

Magalhães, R. P., & Altoé, S. L. *Dentro e fora: tecendo reflexões sobre um hospital de custódia*

## **Dentro e fora: tecendo reflexões sobre um hospital de custódia**

### **Inside and out: casting reflections upon a custody hospital**

## **Dentro y fuera: tejiendo reflexiones en un hospital de custodia**

1

Rayanne Pinto Magalhães

2

Sonia Elisabete Altoé

#### **Resumo**

Neste trabalho, buscamos refletir se em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), atualmente, existem ou não ações consoantes ao processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para ilustrar essa questão, é apresentado um caso clínico sobre um paciente acompanhado durante estágio em um HCTP. Consideramos que os princípios e objetivos do movimento de Reforma Psiquiátrica, em geral, não são referências aos modelos de funcionamento dos HCTP, mas ressaltamos a existência de ações psicossociais sendo feitas nesse tipo de instituição.

**Palavras-chave:** Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Reforma Psiquiátrica. Manicômio Judiciário. Saúde mental. Psicologia Política.

#### **Abstract**

In this work we seek to reflect on whether, in a Custody and Psychiatric Treatment Hospital (CPTH), there currently are actions in accordance with the process of Brazilian Psychiatric Reform or not. To illustrate this issue, a clinical case is presented about a patient accompanied during internship at this institution. We consider that the principles and objectives of the psychiatric reform movement, in general, are not references to the functioning models of the CPTH, but we emphasize the existence of psychosocial actions being practiced within this institution.

**Keywords:** Custody and Psychiatric Treatment Hospital. Psychiatric Reform. Insane Asylum. Mental health. Political Psychology.

#### **Resumen**

En este artículo buscamos indentificar la existencia o no de acciones basadas en la reforma psiquiátrica brasileña en un Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico (HCTP). Para ilustrar esa cuestión, se presenta un caso clínico sobre un paciente acompañado durante las prácticas en un HCTP. Consideramos que los principios y objetivos del movimiento de Reforma Psiquiátrica, en general, no actúan como referencia a los modelos de funcionamiento de los HCTP. Sin embargo, resaltamos La existencia de acciones psicossociales realizadas dentro de esa institución.

**Palabras clave:** Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico. Reforma Psiquiátrica. Manicomio Judicial. Salud mental. Psicología Política.

---

1 Psicóloga formada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

2 Professora associada ao Departamento de Psicologia Social e Institucional do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise. Coordenadora do Curso de Especialização em Psicologia Jurídica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

## Introdução

Este trabalho busca refletir se atualmente as práticas profissionais em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), localizado no estado do Rio de Janeiro, atendem aos princípios e às diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, que vem sendo implementada desde o fim de 1970. Tem como principal referência um estágio realizado por uma de nós, que teve duração de dois anos (2014 a 2016). Consideramos o referido tema pouco abordado e com escassa publicação no debate sobre a Reforma Psiquiátrica, apesar de sua importância e complexidade. Buscamos aqui trazer nossa contribuição.

## Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)

A partir do ano de 1986, considerando as reformas da legislação penal brasileira que aconteciam naquele momento (Jacó-Vilela, 2012, p. 239), os manicômios judiciais passaram a ser chamados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Os HCTPs, por determinação judicial, propõem tratar pessoas com algum transtorno mental que cometeram um ato ilícito. A partir da prática de estágio realizada em um estabelecimento como esse, foi possível observar duas principais funções dessa instituição: atuar como hospital, quando pretende tratar os pacientes ali internados, e também como prisão, na medida em que é o local de reclusão para cumprimento de medida de segurança.

Tendo como função primordial o tratamento de indivíduos portadores de transtorno mental, o HCTP revela claramente seu caráter ambíguo. Como escreve Carrara (1998), o manicômio judiciário é uma instituição marcada por uma ambivalência decorrente de dois modelos de intervenção social: “o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-

terapêutico” (Carrara, 1998, p. 18). Essa relação tão intrínseca, como aponta esse autor, marca o “defeito constitucional” (Carrara, 1998, p. 28) dessa instituição contraditória. Nela perpassa, então, não somente a cultura manicomial, mas também a cultura prisional.

Como os hospitais psiquiátricos, possuem uma equipe terapêutica (composta de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais) encarregada de tratar os pacientes até a sua recuperação. Porém, como parte do sistema prisional, os hospitais de custódia e tratamento possuem, além disso, guardas penitenciários. Os conflitos entre tais atores podem ser agudos, uma vez que geralmente mantêm representações muito diferentes sobre os internos. Enquanto a equipe terapêutica tende a percebê-los como pacientes, os guardas tendem a tratá-los como presos comuns. (Jacó-Vilela, 2012, p. 240)

Pode-se ressaltar, a partir da prática profissional realizada no estágio, que, apesar da importância do caráter terapêutico, esses hospitais acabam por reproduzir as práticas encontradas em presídios. Como integrante da equipe, foi possível observar o esforço de muitos técnicos em modificar as práticas institucionais engessadas para promover diferentes ações de saúde. Consideramos importante que esse movimento, que

<sup>3</sup> denominamos como instituinte, ou seja, que busca transformação, esteja presente para garantir os avanços no trabalho institucional.

---

<sup>3</sup>

Trabalhamos aqui com o conceito de instituição, entendido em uma perspectiva dialética, que contém três instâncias: o instituído é a força de inércia que busca preservar a situação tal como ela é; o instituinte é a força de transformação que contesta o instituído e demanda novas normas; a institucionalização é a fase de resolução da contradição inicial – instituinte contra instituído. É também o reconhecimento das novas formas que emergem (Altoé, 2014).

Apesar de o HCTP atender a uma clientela que não foi condenada a uma pena, mas sim absolvida impropriamente, e de ser destinado ao tratamento desses indivíduos, recebendo por isso a nomenclatura de hospitais, o HCTP que orientou este artigo não é gerido pela Secretaria de Saúde, e sim pela Secretaria de Administração Penitenciária.

Após o tempo determinado pelo Juiz para cumprimento da medida de segurança, que pode ser de um a três anos – devendo ser realizadas avaliações nesse período –, a equipe do HCTP deve responder a pedidos de relatórios sociais e laudos médicos que solicitam informações sobre o interno. Considerando o tempo de cumprimento alcançado e o acompanhamento realizado, é agendada uma audiência de desinternação.

A desinternação de um indivíduo do HCTP ocorre por meio de audiência na Vara de Execuções Penais (VEP), quando da decisão pelo juiz da execução. Essa desinternação será condicional pelo período de um ano e será acompanhada pelo juiz da VEP nesse período, após a saída do sujeito do HCTP. Se em um ano o indivíduo não praticar fato que indique persistência da periculosidade, estará encerrada a medida de segurança (art. 97, § 3º do Código Penal; art. 171 a 174 da Lei nº 7.210/84 – Lei de Execução Penal).

Nesse sentido, ainda que o funcionamento da medida de segurança se proponha a ser diferente do regime penal, acaba por se aproximar deste quando o tomamos para análise: se a medida de segurança tivesse natureza de tratamento, a audiência de desinternação poderia

acontecer antes do prazo estabelecido pelo juiz. No entanto, na prática, entendemos que essa medida é considerada como pena, pois, em geral, obedece a prazos legais, independentemente do processo de tratamento.

Também é possível pensar a medida de segurança em comparação ao sistema de progressão de pena. Esse sistema se caracteriza pela passagem de regimes penais a partir de uma avaliação da equipe técnica, pelo chamado Exame Criminológico – essa avaliação permite que o preso passe do regime fechado para o semiaberto, quando ele pode passar o dia em ocupações externas à prisão, por exemplo, ir trabalhar e retornar para dormir, e, posteriormente, para o aberto, quando a execução da pena será cumprida em casa de albergado ou estabelecimento adequado, devendo cumprir compromissos com a justiça.

Contrariando a aproximação feita anteriormente com o regime penal, destacamos a diferença em relação à liberdade nos dois estabelecimentos: prisão e HCTP. Quando está preso e recebe o alvará de soltura – documento expedido por autoridade judiciária que autoriza a liberdade do preso –, imediatamente o apenado é liberado da prisão. Já no HCTP, para ser desinternado, o louco infrator pode contar com um responsável que assine seu alvará de desinternação ou com aparatos montados a partir da rede de saúde mental pela equipe que o acompanha, independentemente de um responsável nomeado. Nos dois casos, consideramos que esses encaminhamentos favorecem a desresponsabilização daquele interno sobre seus atos. Isso tem consequências, pois implica uma compreensão de que as ações do louco são vistas a partir da lógica da desrazão.

A aproximação da loucura à ideia de desrazão e a influência da Psiquiatria e da ordem médica parecem fortalecer a propagação da ideia de desresponsabilização dos atos e da

4

Após o cometimento do crime, por ser considerado inimputável, ou seja, incapaz de responder a essa ação no momento de sua realização, o indivíduo é absolvido impropriamente, pois não pode ser submetido a uma pena privativa de liberdade e deve se submeter a medida de segurança, em meio ambulatorial ou em internação.

periculosidade do louco, corroborando, assim, práticas disciplinares de exclusão. Como coloca Soares (2013, p. 19), “Com a associação da loucura à periculosidade, surgiram práticas de criminalização que endossaram a estratégia alienista de isolamento social do louco como forma de prevenção. Esse discurso induziu a produção desenfreada de medo, da vigilância e do controle”.

Em relação às práticas disciplinares, temos como exemplo maior e flagrante o fato de os HCTPs funcionarem como instituições totais, conforme descrição de Goffman (2013). As instituições totais são definidas a partir da delimitação de espaços com a finalidade da realização de práticas específicas, que se apoderam do sujeito, de sua rotina, das relações e de suas atividades de modo formalmente administrado por outrem.

Segundo Goffman (2013), as instituições totais têm alguns elementos em comum, pois têm a disciplina como uma de suas características fundamentais. Nelas, as pessoas são administradas por uma autoridade única que deve ser obedecida por todos, vivem uma rotina delimitada, num espaço demarcado, ou seja, com portas fechadas, muros elevados e, sobretudo, não exercem livremente o direito de ir e vir.

A captura das subjetividades e a produção de rotinas comuns acabam por influenciar na forma como o indivíduo percebe seu meio e a si mesmo, efeito denominado por Goffman (2013, p. 23) de desculturação: “Por isso, se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado ‘desculturação’ – isto é, ‘destreino’ –, que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária.”

Nos hospitais de custódia, os loucos são fiscalizados pelos agentes penitenciários para que cumpram a rotina institucional, obedeçam às ordens das

autoridades, cumpram as regras institucionais, além de serem submetidos a uma rotina padronizada. Somado a todas essas determinações, nos manicômios os loucos também têm suas vidas regidas pelos saberes disciplinares, como a Psicologia e a Psiquiatria, por exemplo. Vamos, a seguir, desenvolver algumas ideias sobre o saber psiquiátrico.

Michel Foucault, em sua obra *História da loucura* (1978), tratou das concepções do conceito de loucura ao longo dos anos, assim como do poder disciplinar nas relações interpessoais e do início da Psiquiatria. Em sua análise histórica, ele demonstra que há muitos anos os loucos vêm sendo excluídos do meio comunitário por perturbar a ordem e o espaço social. A partir de Foucault, podemos dizer que ainda hoje, no século XXI, o louco é aprisionado e segregado, como observamos no HCTP, apesar da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e da vigência da Lei nº 10.216/01, que abordaremos aqui.

Durante o estágio realizado, foi possível observar que, nessa instituição, que tem características de instituição total, o caráter da vigilância tem mais importância do que o de cuidado, gerando assim forte desamparo aos internos por parte das pessoas que se propõem a cuidar – funcionários do HCTP. Pessoas descuidadas, com péssimas condições de higiene, catam guimbas de cigarro do chão e alguns até mesmo se deitam no chão gelado, nus, usando trajes largos ou inadequados – alguns usam uniformes, outros usam roupas fornecidas pelos familiares. Há escambo de roupas, cigarros, lanches e de qualquer coisa que seja passível de troca.

Devido às denúncias dos movimentos sociais, sobretudo na década de 1970, surgiu a necessidade de se repensar o sentido da internação no tratamento do louco. A lógica da internação, até então fundamental para o tratamento, passou a ser substituída pelas

ideias de desospitalização e desinstitucionalização, como veremos a seguir em um breve recorte histórico.

### **A Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização**

Segundo análises desenvolvidas por Amarante (1994), Franco Basaglia, psiquiatra italiano, promoveu uma grande reforma no campo da saúde mental na Itália que muito influenciou o movimento social e político do Brasil. Apesar de reconhecermos a grande influência da reforma psiquiátrica europeia e americana na construção da reforma brasileira, optamos por não nos alongarmos sobre esses movimentos. Neste trabalho, para fins de nossa reflexão, preferimos enfatizar determinados pontos desse processo no Brasil.

Foi a partir da reforma psiquiátrica europeia, quando o Brasil vivia o período histórico da ditadura civil-militar – de 1964 a 1985 –, que, na década de 1970, emergiram movimentos sociais que denunciavam intensa violência nos manicômios brasileiros. Aqui, a Reforma Psiquiátrica origina-se a partir de questionamentos e denúncias feitas por profissionais que desejavam melhores condições de trabalho e de tratamento aos loucos. A criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, possibilitou a ampliação do debate, implicando outras pessoas na luta, como ressalta o artigo “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil”, elaborado pelo Ministério da Saúde (2005).

Uma nova Constituição Federal foi promulgada no fim da ditadura militar, em 1988. Essa modificação constitucional inaugurou uma nova configuração em relação à saúde, que passou a ser

considerada como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Foi formulado, então, um sistema de saúde público que atendesse a todos os cidadãos de forma igualitária e universal – o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com este novo modelo, introduziu-se importantes mudanças no campo da saúde, demarcando a importância da integralidade do cuidado e da atenção primária. A noção de intersetorialidade inseriu novos campos de saber no cuidado à saúde, envolvendo também as áreas social, educacional e jurídica, por exemplo, no cuidado do louco.

O movimento de Reforma Psiquiátrica se organiza, principalmente, como um processo de reconstrução cultural. Esse processo busca modificar modelos instituídos de cuidado na tentativa de enfraquecer práticas asilares que eram vistas como tradicionais naquele momento, como a eletroconvulsoterapia ou o uso de

algemas, e interrogar as concepções sobre os conceitos de saúde e doença mental, para, enfim, dar um outro lugar ao louco na sociedade.

A Reforma Psiquiátrica tem como um dos principais objetivos não só modificar a forma de trabalho dos profissionais de saúde mental, mas também a visão que a sociedade tem da loucura, pensando a desinstitucionalização para além da desospitalização.

Sobre o termo “desinstitucionalização” aqui utilizado, retomamos Delgado (2007), que especifica de forma clara e objetiva dois sentidos atribuídos a esse termo:

- a) agenciamento de saída de pessoas com transtornos mentais graves dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, garantindo seu cuidado na cidade;
- b) enfrentamento da alienação a que estamos sujeitos em nossa vida cotidiana, que pode ser promovida pelo manicômio,

5

ver Amarante, P. Saúde mental e atenção psicossocial, 2011.

6

ver Arbex, D. Holocausto brasileiro, 2013.

*Magalhães, R. P., & Altoé, S. L. Dentro e fora: tecendo reflexões sobre um hospital de custódia*

e também por outras instituições com características totais.

A desinstitucionalização é aqui colocada como “um conjunto de estratégias no campo da macro e da micropolítica” (Amarante & Guljor, 2005, p. 69) que deve perpassar todos os elementos constitutivos da instituição (Rotelli, 2001).

O primeiro sentido atribuído por Delgado (2007) para pensar a desinstitucionalização aborda o que chamamos anteriormente de desospitalização – ou seja, o agenciamento de saídas dos internos dos hospitais psiquiátricos sem considerar a alienação, que pode ser promovida para além dos muros das instituições totais.

O processo de desinstitucionalização também questiona a existência da instituição total para tratamento do louco, sugerindo alternativas territoriais de cuidado e novas formas de atuação no campo da saúde. A partir dessa perspectiva, o louco deve ser pensado integralmente, como qualquer ser humano, um sujeito de direitos e de desejos (Mougin-Lemerle, 2010).

O momento atual desse processo, politicamente marcado pela ameaça de desmonte de inúmeros objetivos já alcançados pelos movimentos sociais, coloca a necessidade do debate sobre o tema, visando à elaboração de caminhos que sustentem ações de cuidado na rede de saúde do território e não mais em manicômios, locais esses que enclausuram e mortificam aqueles ali internados. Vejamos, a seguir, alguns pontos sobre o tratamento em um HCTP.

### **Reflexões sobre a prática no HCTP**

De acordo com Santos e Farias (2014, p. 516), até o ano de 2018 a Secretaria de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro (SEAP-RJ) tinha um HCTP e um Hospital Penal como “portas de entrada” da medida de segurança.

O Hospital Penal é o serviço de referência para os casos que envolvem dependência química, acautelados sem situação jurídica definida, atendimentos de algumas emergências psiquiátricas, demandas de determinação judicial e referência para mulheres acauteladas ou em medida de segurança (Santos & Farias, 2014, p. 516).

Neste artigo, abordaremos o HCTP, localizado no Rio de Janeiro. Durante o estágio, esse hospital de custódia era o principal local responsável pelo cumprimento da medida de segurança de homens maiores de 18 anos.

Utilizaremos esse HCTP como referência para pensar a respeito de outras instituições como esta, mas, por meio de

<sup>7</sup> pesquisas via internet, é possível constatar que as condições dessas instituições em outras regiões também não são favoráveis, como observamos no documentário “A casa dos mortos” (2009), sobre um HCTP na Bahia, bem como diversas outras notícias de jornais *online*. De acordo com a produção científica que trata do assunto, não há um número consensual de HCTPs no Brasil, pela dificuldade de distinguir a situação dos internos, em prisões comuns ou em HCTPs (Ministério Público Federal [MPF], 2011; Diniz, 2011).

O hospital a que nos referimos neste trabalho é considerado, por ex-externos ou mesmo por internos, como um “bom destino” no sistema penitenciário, pois, apesar de todas as dificuldades que

<sup>7</sup> <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/manicmios-judiciais-funcionam-como-prisao-e-tem-novo-conceito-de-tortura/>; <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2017-05/defensores-publicos-debatem-situacao-de-presos-em-manicomios>; e <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2018/08/20/O-estado-dos-%E2%80%98manic%C3%B4mios-judici%C3%A1rios%E2%80%99-em-SP-segundo-este-relat%C3%B3rio>

traremos aqui, não sofre de superlotação como outras unidades do sistema carcerário brasileiro, além de ser possível receber alguma atenção e assistência – seja técnica; da equipe do hospital, que chega a conhecer os internos pelo nome; seja jurídica, que, pela quantidade de internos, é possível de ser realizada individualmente com alguma frequência.

Nesse estabelecimento, o trabalho é feito por três equipes multidisciplinares, sendo cada uma delas composta por um(a) psicólogo(a), um(a) assistente social, um(a) terapeuta ocupacional, um(a) médico(a) psiquiatra e um(a) técnico(a) de enfermagem. As equipes atendem os usuários tendo como referência os seus territórios de moradia, ou seja, elas são responsáveis por usuários de regiões específicas. Essa decisão foi tomada na tentativa de facilitar o trabalho em rede, como propõe o SUS e como descreve as diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica – Lei 10.216/01.

No HCTP, a rotina dos internos é rígida: a primeira refeição é o café da manhã e, em seguida, podem desfrutar de algumas horas de banho de sol, caso queiram; no início da tarde, é servido o almoço e, posteriormente, o “café”. No período da tarde são realizadas as atividades com os técnicos: atendimento individual, em grupo, atividade da terapia ocupacional, atividade na barbearia, entre outros serviços; o jantar é oferecido no fim da tarde e após essa refeição é oferecida a ceia.

É válido ressaltar que são muito curtos os intervalos entre as refeições, além de o jantar ser oferecido no fim da tarde. Tal rotina institucional demonstra o favorecimento de interesses que beneficiam, sobretudo, os funcionários do HCTP e não as necessidades reais dos internos.

Apesar da oferta de cinco refeições pelo hospital, muitos internos reclamam da qualidade destas. A maioria deles, que pode arcar com a alimentação à base de

lanches, prefere se dirigir à cantina do estabelecimento, onde, normalmente, trabalha um interno. Esse trabalho na cantina é parte de um projeto de geração de renda realizado pelo hospital. Os internos que também trabalham na lavanderia, barbearia ou na limpeza são remunerados semanalmente por uma quantia ínfima, mas que traz alguma autonomia, além de ocupar o tempo ocioso durante a internação. Em relação às visitas de amigos e familiares, uma ocorrem durante a semana e outra no fim de semana, em dias marcados, no período da tarde.

Para esclarecer e melhor exemplificar as questões trazidas neste artigo, bem como para podermos visualizar um trabalho possível de ser realizado nessa instituição, apresentaremos um interno acompanhado durante o estágio e faremos comentários sobre questões até aqui colocadas.

### **Um fato, uma sentença, um sujeito, um vazio**

Neste tópico, discorreremos sobre Lucas,<sup>8</sup> que marcou a passagem pelo HCTP. Serão utilizadas informações obtidas no acompanhamento do paciente durante o estágio, no atendimento de seus familiares, nas reuniões de equipe e em seu prontuário. Esse relato tem como finalidade fazer existir uma pessoa para além do louco infrator com diagnóstico

7 8

F.20 do CID. 10. O encaminhamento de Lucas ao HCTP se deu devido a um crime cometido dentro um estabelecimento psiquiátrico, sendo os dois envolvidos

<sup>8</sup> Nome fictício do paciente observado.

<sup>7</sup> Diagnóstico de esquizofrenia.

<sup>8</sup> Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

pacientes internados no local na época do fato.

Lucas, cujos pais faleceram quando ele era adolescente, iniciou as atividades escolares quando criança, mas interrompeu os estudos ainda no ensino fundamental devido a dificuldades de aprendizagem e já tinha histórico anterior de tratamento psiquiátrico.

Durante um atendimento, conforme descrito em seu prontuário, Lucas diz: “aos dezoito anos de idade eu comecei a ficar doente, queria ser um anjo, serafim de seis asas. Passei por várias internações porque tenho medo de mulher, tenho medo de me apaixonar” [sic].

Na maior parte do tempo no HCTP, Lucas apresentou aparência descuidada, fala lentificada e discurso delirante. Nos atendimentos individuais, com frequência, culpava-se pelo fato ocorrido que o levou ao hospital. Por meio do discurso religioso, buscava seu próprio perdão, citando trechos da bíblia e cantando músicas devotas a Deus.

Apesar de ainda apresentar delírios em certos momentos de sua fala, durante a realização do estágio foi possível observar que, por vezes, quando Lucas tinha visita agendada no HCTP e não se sentia bem, ele demonstrava querer proteger a si mesmo e aos outros, solicitando à equipe que ligasse para seus familiares informando de sua condição para que não comparecessem no hospital. Outras vezes, quando no convívio com outros internos, ele pedia para ser encaminhado à enfermaria individual, onde ficava sozinho, pois avaliava não estar bem para estar no mesmo espaço dos outros.

Lucas foi internado na clínica onde cometeu o crime devido a quadro psiquiátrico delirante e alucinatorio, com episódios de auto e heteroagressividade, que acabaram por resultar no delito citado anteriormente. Por causa do fato, em 2007, foi acautelado por determinação judicial, permanecendo nessa mesma clínica. Somente em 2010 foi encaminhado a um

primeiro HCTP (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, desativado como HCTP em 2016, funcionando atualmente como Instituto de Perícias) e, em 2013, foi transferido ao HCTP em que foi assistido por uma de nós.

Na época da transferência, o processo de sua desinternação já estava sendo construído. No entanto, devido a dificuldades de articulação com o território que deveria recebê-lo para dar continuidade ao tratamento, a transição não se deu; apesar de as equipes de referência no HCTP defenderem a possibilidade de desinternação, a medida de segurança teve prosseguimento na unidade em pauta neste artigo.

Antes da internação que resultou na chegada ao HCTP, Lucas já era acompanhado por um serviço de saúde mental – o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) – em seu território de moradia. Esse mesmo serviço tem por obrigação acompanhar o usuário durante qualquer intercorrência em seu projeto de cuidado, como, neste caso, o cumprimento da medida de segurança. Dessa forma, deve participar da construção de um projeto terapêutico singular (PTS) de cuidado com a equipe do HCTP visando à desinstitucionalização e continuidade do tratamento ambulatorial, realizando visitas ao paciente, atendimento de seus familiares e efetivando a articulação intersetorial com outros serviços do território, caso seja necessário. No entanto, diante da complexidade do caso, consideramos que teria sido necessária uma presença maior do Caps no acompanhamento do usuário em questão.

Como forma de demonstrar uma das práticas psicossociais que ocorrem nos HCTPs, nos valem do empréstimo do conceito de PTS da área da saúde mental para a construção de um projeto de cuidado que envolva essa rede, os familiares e todo o território em que esse sujeito se localiza.



No nosso entender, a dificuldade de acompanhamento mais frequente pelo Caps ao interno no HCTP se deve às limitações dos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro, bem como às dificuldades de trabalhar em parceria com uma instituição do sistema prisional.

As condições da rede de saúde territorial são precárias: existem poucos investimentos para a manutenção e cuidado dos espaços de saúde, além disso, o quadro de profissionais da equipe técnica tem sido diminuído, enquanto a demanda de atendimento tem aumentado. Essa conjuntura de inúmeras limitações tem como consequência a insuficiência de ações para articulação com outros serviços de cuidado.

Destacamos algumas dificuldades na implementação do projeto terapêutico singular de Lucas. Segundo pesquisa em prontuário, observa-se que é datado de 2013 o primeiro registro de reunião entre a equipe do hospital e do Caps. Foram inúmeros os encontros realizados entre os técnicos do hospital e a equipe do Caps visando à desinternação de Lucas. Por alguns anos, o projeto terapêutico desinstitucionalizador do usuário no serviço territorial permaneceu o mesmo, qual seja, a ida para residência terapêutica que não chegou a ocorrer devido a inúmeras dificuldades para que esse projeto fosse encaminhado. Entre estas podemos citar dois fatores observados: o sucateamento e a precariedade da rede de saúde, bem como a resistência que se expressava em forma de preocupação em relação à “periculosidade” de Lucas.

A respeito da ideia difundida sobre a periculosidade associada ao louco e, principalmente, ao louco que cometeu um crime, é importante destacar que as atitudes agressivas de Lucas eram pontuais. De modo geral, em seu caso, essas atitudes ocorreram em condições de desestabilidade psíquica e de afastamento do serviço de tratamento. Lucas, durante a maior parte do tempo em seu

acompanhamento no HCTP, mostrou-se respeitoso, gentil e querido pelos técnicos e por outros internos, que eram as pessoas que mais cuidavam dele e se preocupavam com suas condições clínicas e psiquiátricas.

No período de elaboração deste trabalho, quando considerávamos que passos importantes estavam sendo dados em direção à desinstitucionalização de Lucas, ou seja, quando ele já havia conseguido retornar ao Caps durante uma saída para casa de familiares no fim de semana, ocorreu algo inesperado: Lucas veio a óbito.

Mesmo com o fim do estágio no HCTP, por conta do vínculo e implicação no acompanhamento de Lucas, houve uma preocupação por parte da equipe do hospital de nos informar que ele havia falecido devido a complicações clínicas, durante uma internação em outra unidade de saúde. A causa da morte é imprecisa. Seu falecimento causou enorme surpresa para todos e nos convida a repensar o papel das instituições totais para o cuidado das pessoas.

Algumas questões se colocam: no hospital de custódia essas pessoas recebem o tratamento a que têm direito, considerando o estabelecido pela Lei nº 10.216/01 e o direito constitucional à saúde? Quais as atribuições dos serviços substitutivos territoriais e de que forma estes podem contribuir de fato para a reinserção dos usuários no meio social?

O hospital de custódia é considerado uma instituição de transição, para cumprimento de medida de segurança, não fazendo parte da rede de saúde. Os HCTPs, como mencionamos, não são geridos pela Secretaria de Saúde, e sim pela Secretaria de Administração Penitenciária (Cesp).

Entendemos que a gestão desse espaço já coloca impasses importantes na construção de algum cuidado, seja por não ser responsabilidade primeira da Cesp o cuidado à saúde, seja pela dificuldade desta se articular com a rede de saúde

mental. O vínculo com a Cesp traz ainda mais rótulos, preconceitos e estigmas ao sujeito a ela submetido.

Por conta do processo de Reforma Psiquiátrica, pela luta realizada na busca de direitos de cuidado dos loucos infratores, os serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico começam a se voltar em direção ao HCTP, reconhecendo o público dessas instituições como usuários pertencentes ao seu território. Apesar disso, ainda existem dificuldades dos profissionais em acolher esses usuários. Consideramos necessário um maior envolvimento dos serviços territoriais para que se responsabilizem no cuidado dos loucos infratores.

Com as novas diretrizes do Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário, inicia-se uma nova etapa na Reforma Psiquiátrica com a inclusão dos fundamentos teórico-práticos dos HCTP na pauta das discussões. As repercussões dessas aprovações legislativas são inúmeras e decorrem da integração dos HCTP às diretrizes gerais da Reforma Psiquiátrica que redireciona a assistência da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. (Santos & Farias, 2014, p. 522)

É possível afirmar, diante do que foi observado nesse hospital de custódia, que os próprios serviços assistenciais de saúde enfatizam, em suas ações, a necessidade e força dos hospitais psiquiátricos. Inúmeras vezes, os Caps fortaleceram a continuidade da internação dos usuários no HCTP, apesar de todas as políticas já implementadas no sentido da desospitalização e desinstitucionalização.

Consideramos que desinstitucionalizar é mudar práticas e criar espaços de existência para o louco. É também produzir rupturas com os modelos ultrapassados e engessados, buscando alternativas diferentes de cuidado e tecer uma rede de assistência com o território. É dar voz, espaço e autonomia para os pacientes psiquiátricos. Essa mudança de postura favorece que sejam produzidas

novas concepções sociais sobre a loucura.

Neste sentido, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, desinstitucionalização torna-se, acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos. (Amarante, 2009, p. 1)

Pensando a desinstitucionalização do HCTP, consideramos válido destacar a recente (2017) modificação em relação ao exame de cessação de periculosidade. Esse exame, até então, era realizado com os internos visando à possibilidade da desinternação e tinha como objetivo verificar o grau de periculosidade dessas pessoas, investigando se estariam aptas para conviver novamente em sociedade. Esse processo incluía a elaboração de parecer da equipe técnica assistente, muitas vezes desconsiderado, e, principalmente, exame pericial realizado por médico do Instituto de Perícias. Caso fosse considerada cessada a periculosidade sob a perspectiva do médico perito, a audiência de desinternação seria agendada para efetivar a saída do HCTP.

Atualmente, por um processo instituinte que ocorre na Defensoria Pública do Estado, nascido de rodas de conversa realizadas no próprio hospital de custódia, esse exame, antigo “Exame de Cessação de Periculosidade”, foi modificado e passou a se chamar “Exame Multiprofissional e Pericial de Atenção Psicossocial” (Empap) e a ser realizado na unidade do interno com o acompanhamento da equipe técnica que o assiste.

Consideramos essa uma mudança positiva porque permite levar em conta o acompanhamento da equipe ao usuário e de suas impressões para além de um relatório formal, dando mais ênfase aos

aspectos psicossociais do que aos critérios exclusivamente médicos e judiciais.

Nos dias atuais, é muito difundida a ideia de que a rede de atenção à saúde mental deve se responsabilizar pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança, tendo sido esse um grande passo para a consolidação das políticas da Reforma Psiquiátrica. No entanto, ainda existem inúmeras dificuldades e desafios para o fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalar.

Apesar de todas as conquistas já alcançadas com a Reforma Psiquiátrica brasileira, a invisibilidade do louco infrator não foi superada. Consideramos que ainda não há o reconhecimento de que o louco, independentemente se infringiu ou não a lei, deve ser acompanhado e cuidado pela rede de saúde, o que implica na desassistência aos internos no HCTP.

O HCTP ainda é uma instituição forte, difícil de ser desmontada, mesmo que todas as políticas vigentes se guiem no caminho da extinção dos hospitais psiquiátricos. Segundo Santos e Farias (2014, p. 516), “a proposta de extinção dos HCTP parte de uma reorientação, determinada pelo Governo Federal desde 2002”. No entanto, é necessário superar a simples desospitalização para que sejam promovidas ações antimanicomiais fora dos muros dos hospitais, efetivando, assim, a desinstitucionalização.

Muitos caminhos ainda terão de ser percorridos para que o louco conquiste seu espaço na sociedade em que vivemos. É fundamental que os próprios usuários, os profissionais de saúde, seus gestores e a sociedade se impliquem nesse processo, estimulando a reflexão e as discussões sobre a prática no campo da saúde mental.

Para concluir, é importante ressaltar que existem políticas legalmente vigentes que regulamentam as medidas de segurança como sendo pautadas pela Lei nº 10.216/01, como a Resolução nº 113 de 20 de abril de 2010 e a Recomendação nº 35 de 12 de julho de 2011 do Conselho

Nacional de Justiça. Ou seja, para que isso aconteça na prática, é importante o apoio dos representantes dos poderes executivos na implementação das políticas públicas existentes.

O campo da saúde mental trabalha com a desordem, não com a ordem. É a partir da desorganização que podemos pensar coisas novas. Não temos respostas claras às questões aqui trazidas, mas buscamos contribuir com reflexões a respeito desse tema que interpela a prática em saúde mental.

## Referências

- Amarante, P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *Hist. cienc. Saúde – Manguinhos [online]*, 1(1), 61-77. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a06v01n1.pdf>.
- Amarante, P., & Guljor, A. (2005). A Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In R. Pinheiro & R. Mattos (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (pp. 65-76). Rio de Janeiro: Cepesc.
- Amarante, P. (2009). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1), (CD-ROM). Recuperado de [http://abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04\\_Paulo\\_Amarante.pdf](http://abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04_Paulo_Amarante.pdf).
- Amarante, P. (2011). *Saúde mental e atenção psicossocial* (3a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Baptista, T. W. S. (2007). História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In G. C. Matta & Moura, A. L. (Orgs.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde* (pp. 29-60). Rio de Janeiro:

- Fiocruz/EPSJV.
- Barros-Brisset, F. O. (2010). Por uma política de atenção integral ao louco infrator. *Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais*. Minas Gerais. Recuperado de [http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai\\_pj/livretopai.pdf](http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/livretopai.pdf).
- Bezerra Jr., B. (2007). Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>.
- Carrara, S. (1998). *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: Eduerj; São Paulo: Edusp.
- Decreto-Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. (1940). Código Penal. Rio de Janeiro. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>.
- Delgado, P. G. G. (2007). Por uma clínica da Reforma: concepção e exercício. In A. M. Lobosque (Org.). *Caderno saúde mental: a reforma psiquiátrica que queremos por uma clínica antimanicomial* (pp. 59-65). Belo Horizonte. Recuperado de <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental.pdf>.
- Diniz, D. (Diretor). (2009). *Casa dos mortos*. [Filme-vídeo]. Bahia: Imagens Livres. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=noZXWFxdtNI>.
- Diniz, D. (2011). *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*. Censo 2011. Brasília: Letras Livres. Editora Universitária de Brasília. Recuperado de [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_fil es/custodia\\_tratamento\\_psiquiatrico\\_no\\_brasil\\_censo2011.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_fil es/custodia_tratamento_psiquiatrico_no_brasil_censo2011.pdf).
- Foucault, M. (2002). *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2012). *Microfísica do poder* (25a ed.). São Paulo: Graal, 2012.
- Goffman, E. (2013). *Manicômios, prisões e conventos* (8a ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Jacó-Vilela, A. (Org.). (2011). *Dicionário histórico de instituições de Psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília.. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm).
- Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. (1984). Institui a Lei de Execução Penal. Brasília. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm).
- Liberato, M. D. M. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 212-222. Recuperado de <http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1016/1142>.
- Ministério da Saúde. (2005). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: Opas. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf).
- Ministério Público Federal (2011). *Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e*

Magalhães, R. P., & Altoé, S. L. *Dentro e fora: tecendo reflexões sobre um hospital de custódia*

- Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001.* Brasília. Recuperado de [http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer\\_medidas\\_seguranca\\_web.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf).
- Mougin-Lemerle, R. (2010). Sujeito do Direito, Sujeito do Desejo. In S. Altoé (Org.). *Sujeito do Direito, Sujeito do Desejo: Direito e Psicanálise* (pp. 1-14). Rio de Janeiro: Revinter.
- Recomendação n. 35, de 12 de julho de 2011.* (2011). Recuperado de [http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs\\_cnj/recomendacoes/reccnj\\_35.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/recomendacoes/reccnj_35.pdf).
- Resolução n. 113, de 20 de abril de 2010.* (2010). Recuperado de [http://www.cnj.jus.br/files/atos\\_administrativos/resoluo-n113-20-04-2010-presidencia.pdf](http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/resoluo-n113-20-04-2010-presidencia.pdf).
- Rotelli, F. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In F. Rotelli, O. Leonardis & D. Mauri (Orgs.). *Desinstitucionalização* (pp. 17-59). São Paulo: Hucitec, 2001.
- Santos, A. & Farias, F. (2014). Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 17(3), 515-527. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142014000300515&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000300515&lng=en&nrm=iso).
- Silva, M., & Costa-Moura, R. (2013). De “louco infrator” a “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”: sobre categorias governamentais e processos de vulnerabilização. *Interseções*, 15(2), 301-328. Recuperado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/viewFile/9525/7377>.

Recebido em: 30/1/2018

Aprovado em: 9/7/2019