

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

CINTHYA CARDOSO CRISPIM

**A LUTA ANTIMANICOMIAL E OS DESAFIOS DA
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL DE
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE SANTA CATARINA**

**FLORIANÓPOLIS
2017**

CINTHYA CARDOSO CRISPIM

**A LUTA ANTIMANICOMIAL E OS DESAFIOS DA
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL DE
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Santa
Catarina – UFSC, para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social, orientado pela
Professora Doutora Dilceane Carraro.

FLORIANÓPOLIS
2017

CINTHYA CARDOSO CRISPIM

**A LUTA ANTIMANICOMIAL E OS DESAFIOS DA
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL DE
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Dilceane Carraro, Professora do Departamento de Serviço Social.
PRESIDENTE

Dra. Vânia Manfroi, Professora do Departamento de Serviço Social.
1º EXAMINADOR

Ingyrd Eulália Bonin Valério, Assistente Social do HCTP.
2ª EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

"Confie em si mesmo, quem acredita sempre alcança".
Renato Russo

Quero agradecer primeiramente a Deus que me acompanha desde do início desta caminhada, me protegeu nos dias mais difíceis, me deu forças para não desistir e poder realizar este sonho.

Aos meus pais Luiz Gonzaga Crispim e Vera Regina Cardoso Crispim, por serem meus melhores amigos, pelo apoio em todas as fases da vida, essa conquista só foi possível com vocês ao meu lado. Obrigada por todo amor e dedicação, amo vocês!

Aos meus Avós paternos, José e Herondina pelos carinhos, ensinamentos, que não medem esforços para me verem feliz. Aos meus Avós maternos, o vô Antenor (*in memoriam*) penso em você todos os dias, sei o quanto me amava, e onde estiver sei que está feliz por mim, vô te amarei para sempre. E a vó Amábile pela criação, amizade, cumplicidade, dedicação, por ser sempre meu refugio, e me da força para não deixar de acreditar nos meus sonhos. Obrigada amo vocês!

Ao Leonardo, por estar comigo todos os dias, me dando força para não desistir, a caminhada não foi fácil, mas você sempre esteve ao meu lado. Obrigada e saiba que aprendo cada dia mais com você. Te Amo.

Aos meus familiares que sempre torceram por mim.

Às amigas que construí durante a graduação, pelo incentivo, força e que de alguma forma me ajudaram a concluir esta etapa.

Às minhas amigas Ana, Maria Augusta, Gislayne, Luciane, Mariana, que se tornaram importantes na minha vida desde o dia em que nos conhecemos. Obrigado pelo carinho, conselhos e principalmente por ouvirem meus desabafos.

À minha professora orientadora Dilceane, que me acolheu, apoiou em todos os sentidos no decorrer desse período, que não foi fácil. Obrigada pela compreensão, paciência, ensinamentos. Tenho muita admiração pela profissional que você é.

À Ingrid, primeiramente por ter dado a oportunidade de ser minha supervisora de campo e realizar mudanças em sua vida para continuar como minha supervisora até o final da minha graduação, sei que não foi fácil, mas sou eterna grata. E finalizar dizendo que você uma profissional incrível, sua dedicação e amor pela profissão me motivaram. Você contribuiu para eu realmente ter certeza que escolhi a profissão certa. Obrigada pelas experiências e conselhos.

Às Psicólogas Daniela e Silvia, a estagiária Lorena, que fazem parte do setor de Psicologia do HCTP, pelos debates, conselhos, aprendizado e amizade.

Aos pacientes do HCTP, pelo aprendizado que me proporcionaram durante o período de estágio, pela confiança e contribuição para minha formação.

Ao Márcio, diretor do HCTP, pela oportunidade de estagiar e poder realizar minha pesquisa que contribuiu para minha formação.

Às Assistentes Sociais Denise e Rita, que de certa forma colaboraram com o meu crescimento profissional.

Aos professores do curso de serviço social que contribuíram para minha formação e me tornaram uma pessoa disposta a lutar e enfrentar os desafios no decorrer da profissão.

Obrigada a todas as pessoas que de certa forma construíram para a realização desse sonho.

Muito Obrigada do fundo do meu coração!
Cinthya Cardoso Crispim

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso pretende contribuir com a discussão acerca da Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial. Assim, o objetivo geral do trabalho é analisar a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais e a inserção na rede de atenção à saúde mental. Dentre os objetivos específicos elencamos como objetivos específicos, que nortearam a constituição dos capítulos deste trabalho de conclusão de curso: i) analisar a saúde pública no Brasil, tendo como a reforma sanitária um movimento pela visão ampliada de saúde, e especialmente, a reforma psiquiátrica decorrente desse processo; ii) recuperar a reforma psiquiátrica como forma de enfrentamento a institucionalização da atenção à loucura; iii) abordar a rede de atenção à saúde mental e as alternativas aos hospitais de custódia; iv) problematizar as contradições geradas pela não efetivação do fim dos hospitais de custódia como forma de atenção a partir de uma análise documental nos processos e prontuários dos usuários do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Para isso foi realizada uma pesquisa qualitativa nos prontuários e processos dos usuários do HCTP-SC. Os resultados alcançados demonstram que as práticas não mudam de forma tão rápida como se espera. Mesmo com uma legislação antimanicomial vigente e conhecida pelos profissionais que trabalham com saúde mental, esta muitas vezes não é cumprida. Assim, após mais de quinze anos da aprovação da Lei 10.216/01 há inúmeras situações que ainda se apresentam em contradições com a referida Lei.

PALAVRAS CHAVES: SAÚDE MENTAL, REFORMA PSIQUIÁTRICA, DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.

LISTA DE SIGLAS

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

DEAP – Departamento de Administração Prisional

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPQ/SC – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

LEP – Lei de Execução Penal

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial da Saúde

POP – Procedimento Operacional Padrão

PTM – Pessoas com Transtorno Mental

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SRT – Serviços de Residências Terapêuticas

SUS – Sistema Único de Saúde

SJC/SC – Secretaria de Justiça e Cidadania de Santa Catarina

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

MPSC – Ministério Público de Santa Catarina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 REFORMA SANITÁRIA E A "LOUCURA" NO BRASIL	13
1.1 História da Saúde Pública no Brasil.....	13
2 DO SURGIMENTO À DESCONSTRUÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. 25	
2.1 Uma visão histórica da Loucura.....	25
2.2 As formas de atenção as Pessoas com Transtorno Mental no Brasil a partir da década de 1990	31
3 HCTP DE SANTA CATARINA E UMA PESQUISA COM OS PACIENTES .. 38	
3.1 O Hospital de Custódio e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina	38
3.2 Usuários do HCTP: síntese das histórias de vida identificadas nos prontuários.....	42
3.3 Análise do modelo manicomial do HCTP e as consequências para os usuários.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
APÊNDICES	58
REFERÊNCIAS.....	59

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso é resultado do estágio curricular obrigatório realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina. Ao começar o estágio no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP não tinha conhecimento sobre a importância de sua atuação, tanto para as Pessoas com Transtornos Mentais, quanto para a sociedade.

Assim, ao conhecer melhor a temática sobre a saúde mental foi possível verificar a necessidade de aprofundar melhor o contexto histórico da saúde, a consolidação dessa Política Pública e a luta pela democratização da saúde.

Com a Reforma Sanitária e suas transformações o âmbito da saúde ganhou destaque e a saúde deixa de ser apenas ausência de doença e passa a ter uma visibilidade para outros aspectos como psicológicos, sociais, entre outros fatores. Deste modo, a saúde mental ganha maior visibilidade, e passa a compor a Política Pública de Saúde Mental, que constitui sua própria reforma, denominada de Reforma Psiquiátrica, com a finalidade de garantir os direitos e espaços na sociedade para as pessoas com transtorno mental.

Assim o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico foi criado em janeiro de 1971 para atender as exigências do Código Penal, sendo até os dias atuais o único do Estado de Santa Catarina. Sua criação foi fundamental para que as pessoas com transtorno mentais com problemas na justiça possuíssem um lugar para realizar tratamento psiquiátrico.

Porém a longa permanência das pessoas com transtornos mentais em hospitais de custódia e tratamentos psiquiátricos, devido à precarização da rede de atenção psicossocial, faz com que o usuário passe a ficar por mais tempo na instituições, dificultando para os usuários enxergar as perspectivas fora da instituição, como as possibilidades de encontrar um lar, um trabalho, reestabelecer seus vínculos afetivos, e assim aumentando o desestímulo para realizar novos projetos extra hospitalares, e que pode levar o usuário a continuar na instituição.

Com a Reforma Psiquiátrica abriu-se um novo olhar para as pessoas com transtorno mental, se antes os mesmos deveriam ficar isolados nos manicômios, longe de suas famílias e de convívio com a sociedade, após a

reforma os usuários passam a ter direito de um tratamento humanizado, e de serem reinseridos na sociedade.

Durante o estágio foram surgindo questionamentos referentes sobre a desinstitucionalização dos usuários, o porque de haver internações de longos períodos, mesmo que o transtorno mental esteja compensado, será que era dificuldade de retornarem ao convívio familiar? Se a realidade após a desinternação seria a mesmo de outras pessoas com transtornos mentais? Pois a sociedade mantém um duplo preconceito por ser um "louco infrator".

O interesse de aprofundar melhor essa área de conhecimento de que, conforme a história da Loucura, a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial, que teriam como peça fundamental o fechamento dos manicômios judiciários, a sociedade mantém seu preconceito decorrente da cultura ensinada que tem como pensamento que somente o manicômio é lugar de louco. Desconstruir esse pensamento e buscar soluções para proporcionar a pessoa com transtorno mental espaços para viver em sociedade e realizar seu tratamento de forma justa, garantindo os direitos de cidadão é uma premissa fundamental garantida pela Reforma Psiquiátrica que ainda precisa ser efetivada na sociedade, principalmente quando envolve pessoas com transtorno mental que cometeram um delito.

O Serviço Social torna-se um aliado ao estudo da saúde mental, sendo peça fundamental do restabelecimento do vínculo familiar e reinserção do usuário na sociedade, atuando na garantia de seus direitos. Inserido na equipe de saúde procura com os demais profissionais da equipe técnica democratizar e desmistificar a loucura.

Com isso, o objetivo geral desse trabalho é analisar a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais e a inserção na rede de atenção à saúde mental no Estado, como parte do processo da luta antimanicomial partindo dos registros do acompanhamento e recuperação dos pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina.

Para alcançar esse objetivo geral, elencamos como objetivos específicos, que nortearão a constituição dos capítulos deste trabalho de conclusão de curso: i) analisar a saúde pública no Brasil, tendo como a reforma sanitária um movimento pela visão ampliada de saúde, e especialmente, a reforma psiquiátrica decorrente desse processo; ii) recuperar a reforma psiquiátrica

como forma de enfrentamento a institucionalização da atenção à loucura; iii) abordar a rede de atenção à saúde mental e as alternativas aos hospitais de custódia; iv) problematizar as contradições geradas pela não efetivação do fim dos hospitais de custódia como forma de atenção a partir de uma análise documental nos processos e prontuários dos usuários do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina.

Para alcançar os objetivos, partindo de uma abordagem qualitativa do objeto de estudo, a metodologia utilizada nesse trabalho de conclusão de curso foi a pesquisa documental. Conforme Minayo (2007):

Entendemos por pesquisa a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos. Toda investigação se inicia por um problema com uma questão, com uma dúvida ou com uma pergunta, articuladas a conhecimentos anteriores, mas que também podem demandar a criação de novos referenciais (MINAYO, 2007, p. 16).

Para a realização deste trabalho, utilizou-se os prontuários e processos jurídicos dos pacientes. Desta forma foi analisado nos processos os encaminhados para desinternação dos usuários.

Finalmente, este trabalho está estruturado em três capítulos.

No primeiro capítulo trouxe a Reforma Sanitária e a Loucura no Brasil, fazendo um breve contexto histórico sobre a história da saúde pública no Brasil e o debate em da Reforma Sanitária e da Loucura, contando como foi a mudanças de fases conforme o país se encontrava durante o século XVIII aos dias atuais.

No segundo após o surgimento dos movimentos em torno da Reforma Psiquiátrica, retrataremos o surgimento da loucura e as formas de atenção as pessoas com transtornos mentais no Brasil, a partir de um contexto histórico a começar da década de 1990. Desta forma exemplificando a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

Finalmente, no terceiro capítulo abordaremos a história do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina - HCTP-SC, bem como uma breve síntese sobre os usuários do HCTP. Demonstrando os desafios para

a desconstrução do hospital psiquiátrico, bem como a desinstitucionalização dos usuários, realizando críticas ao modelo manicomial dos hospitais de custódias.

1 REFORMA SANITÁRIA E A "LOUCURA" NO BRASIL

1.1 História da Saúde Pública no Brasil

A saúde no Brasil, após a chegada da família real portuguesa e de sua corte, acostumada com uma estrutura urbana organizada, estimularam o crescimento e o melhoramento na área da saúde pública.

Segundo Bravo (2009), no Brasil, a saúde por volta do século XVIII era organizada pela assistência médica de forma filantrópica e liberal. A saúde à população era ofertada pelas instituições religiosas. Estas instituições eram responsáveis pelos cuidados dos doentes que não tinham condições de arcar com os gastos de um médico particular contratado, claro que estes eram escassos e com poucos recursos da área médica.

Com a independência do Brasil, e Dom Pedro I proclamado Imperador, mesmo que por pouco tempo, a saúde pública tem seus pequenos avanços, como a instauração da Junta de Higiene Pública e a aplicação da vacina contra a varíola para todas as crianças, além da varíola, a vacina tentava controlar também a tuberculose, malária e febre amarela.

No século XIX, por consequência de alterações econômicas e políticas aconteceram algumas ações no âmbito da saúde como a “vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas” (BRAVO, 2009, p. 89). Uma das maiores preocupações do poder Real brasileiro era legislar e fiscalizar a atividade médica no Brasil. Diversas medidas foram tomadas neste sentido. Conforme Galvão (2007):

A principal preocupação da Coroa com a saúde da Colônia, que era a de fiscalização, entendida como forma privilegiada de articular a atividade médica no poder soberano. A chamada Fisicatura, órgão máximo para as questões de saúde, era, na verdade, um tribunal, com leis, alvarás, regimentos e poder restrito à regulamentação da profissão, que visava punir os infratores com o objetivo de reservar para a medicina o espaço da doença. A existência da Fisicatura não revela, também, nenhuma preocupação com a formação de uma esfera autônoma e específica de conhecimento a que o poder político central deva recorrer (GALVÃO, 2007, p. 07).

Compreende-se que a visão da coroa com relação à regulamentação e a fiscalização da profissão médica são de grande importância, haja vista que o

médico se torna nesse período um dos principais responsáveis pela organização hospitalar e da saúde da população. É este profissional que terá o conhecimento necessário para combater as doenças que assolam a sociedade.

A figura do médico sofre uma transformação fundamental no final do século XVIII e início do XIX. Se antes o médico era um profissional com poucos saberes medicinais. Foi a partir desse período que o médico é reconhecido profissionalmente, e passa a determinar questões da área da saúde, desta maneira a saúde deixa ser comandada pela igreja e deixa de ter o caráter filantrópico.

Michel Foucault (2000) é preciso em afirmar que:

Aparece, assim, personagem do médico de hospital, que antes não havia. O grande médico, até o século XVIII, não aparecia no hospital; era o médico de consulta privada, que tinha adquirido prestígio graças a certos números de curas espetaculares. O médico que as comunidades religiosas chamavam para fazer visitas aos hospitais era, geralmente, o pior dos médicos. O grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII (FOUCAULT, 2000, p. 109-110).

No Brasil não era diferente, no refere ao trabalho do médico, logo que esta profissão era supervisionada pela Câmara, os médicos eram auxiliares dos ofícios da Câmara e responsáveis pelo cuidado de seus familiares. Conforme Galvão (2007):

Também o médico que recebe salário fixo proveniente dos vencimentos da Câmara não é alguém encarregado de dirigir ou orientar os encargos de saúde; é, no máximo, assessor da Câmara nas "visitas de saúde" aos navios, feitas sobretudo quando há perigo de peste, além de ser o médico dos ofícios das Câmaras e de suas famílias. Logo, não há nenhum caráter social de preocupação desse médico com a saúde da população (GALVÃO, 2007, p. 09).

Além da preocupação da Coroa em regulamentar a profissão médica, outro aspecto que era considerado importante para a saúde pública na Colônia, era a limpeza das vias públicas. Estes espaços eram considerados pontos de atuação do Estado. O comércio de Alimentos é também outro problema que deveria ser de atenção do poder público, neste caso, as Câmaras Municipais eram as responsáveis (GALVÃO, 2007, p 07).

O saneamento destes espaços era de vital importância no projeto de evitar que as grandes epidemias se tornassem mortais para a maior parte da população que vivia na área urbana, principalmente a população pobre. O Estado precisava agir no sentido de combater as doenças que tinham

facilidade de contaminar um grande número de pessoas em pouco espaço de tempo, por exemplo, a febre amarela e a varíola.

As poucas cidades brasileiras, Rio de Janeiro e São Paulo, por exemplo, são tomadas por processos de transformação modernizadores. A cidade passa a sofrer a interferência de medidas que visem deixá-las mais salubres e próprias para a vivência. Nas palavras de Galvão (2007):

Nesse preciso momento, o Estado português representado pelos Vice-Reis, se atribui a tarefa de conhecer as causas de doenças do Rio de Janeiro, visando a uma intervenção na cidade. O negro e o leproso são então circunscritos - como portadores de um perigo a ser evitado. Os armazéns de desembarque de escravos são transferidos para locais afastados, objetivando separar os escravos sadios dos doentes, e mesmo evitando contato imediato dos recém-chegados com a população. Paralelamente a isso, ocorreram medidas de transformação urbana, como a abertura e o calçamento de ruas, a construção de estradas, pontes e fontes, a secagem de pântanos e a drenagem de águas estagnadas (GALVÃO, 2007, p.11).

O período compreendido entre o final do século XIX e o começo do século XX, no âmbito da saúde pública foi de mudanças, principalmente, com a instauração da República após a queda de Dom Pedro II. Por exemplo, na Revolta da Vacina foram aplicadas vacinas à força na sociedade em nome da saúde pública, a sociedade não tinha conhecimento do que estava acontecendo, os direitos humanos não estavam sendo respeitados.

O processo de transformação política e econômica que ocorre no Brasil no final do século XIX atinge certamente a medicina e a saúde pública. A derrubada do regime político vigente no Império e a instalação da República em 1889 faz com que novos projetos de desenvolvimento sejam implantados no país. O Brasil passa a ter mais importância no mercado mundial, principalmente por causa do seu forte viés exportador de alimento para o mundo.

A partir do século XX, a saúde passa por transformações, conquistando espaço e passa a ser considerado um direito de todos. Com as mudanças ocorridas na sociedade como o processo de industrialização, o Estado atribuindo seu papel, o surgimento das políticas sociais e o trabalhador passam a lutar mais por seus direitos. Sendo assim, era fundamental que o Estado desenvolvesse e implementasse projetos que tinham como objetivo melhorar a qualidade de vida da população.

A Saúde Pública brasileira a partir do final do século XIX se desenvolveu gradualmente e isso significou uma transformação nas práticas dominantes até então. Particularmente em relação ao saber médico sanitário, houve a adoção de saberes experimentais fundamentados na Bacteriologia e Microbiologia e os questionamentos dos saberes tradicionais. Essas novas práticas médicas estão intimamente imbricadas nas alterações nas relações de produção imperante no país.

A racionalidade capitalista se consolida em áreas de produção para o mercado Internacional. Nas regiões onde se acentuou o processo capitalista de produção, tornou-se necessárias políticas públicas orientadas para a preservação da força de trabalho. Estes casos são mais acentuados nas áreas produtoras de café, principal produto na balança comercial brasileira no período. A cidade do Rio de Janeiro também tem importância no comércio, tem até o momento o principal porto do Brasil, e na produção manufatureira.

Assim sendo, desde o momento em que se instaura a hegemonia das classes ligadas à produção capitalista do café, foram buscados padrões de atuação sanitária diferentes dos que predominaram no período escravista. A organização sanitária foi viabilizada em contraposição à ameaça que, principalmente, a varíola a peste e a febre amarela, nas áreas urbanas, significava para a força de trabalho imigrada e nacional e mesmo para as classes dominantes. A ação sanitária também objetivou criar determinadas condições básicas de existência das cidades portuárias, num período de transição para a órbita da acumulação industrial. (GALVÃO,s/d, p 20)

O período da Primeira República (1889 – 1930) foi marcado por diversas campanhas de vacinação. Os programas e serviços de saúde pública se consolidaram. Uma estrutura administrativa centralista e burocrática ligada a um corpo médico vindo da oligarquia cafeeira que se apropriou da República Velha.

Oswaldo Cruz vai ser uma das grandes mentes pioneiras neste campo. Este sanitarista, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil estando à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, localizada no Rio de Janeiro.

Nos anos de 1910 e 1920, o movimento sanitarista externou seu pensamento sobre as bases da comunidade brasileira, assim propôs soluções políticas e institucionais para alterar a realidade da saúde e higiene da

população. Este movimento sanitarista compreendia que as doenças transmissíveis caracterizavam e moldavam a sociedade brasileira, assim as elites e o poder público se viam desafiados. A responsabilidade do Estado era cada vez mais exigida.

Uma das tentativas do Poder Público em combater o surto de Varíola ficou conhecida como a Revolta da Vacina. Esta se passou na cidade do Rio de Janeiro em 1904. Nas palavras de Galvão (2007):

Em 31 de outubro de 1904, a lei que instituía a vacinação obrigatória foi aprovada pelo Congresso e regulamentada em novembro do mesmo ano. A sua Aprovação trouxe reação violenta por parte de alguns parlamentares, militares, parte da imprensa e de setores da sociedade civil. A insurreição que se seguiu foi um movimento de proporções jamais vistas na história da Saúde Pública brasileira, por ter sido uma página de sangue e violência (GALVÃO, 2007, p 24).

Como visto as tentativas de proporcionar melhorias na higiene e saúde para a população nem sempre conseguiam atingir seus objetivos de forma tranquila e que fosse entendida por todos. Muitas celeumas foram travadas e as insatisfações sejam por parte da população, de políticos ou das elites sempre estiveram presentes.

Os anos 30 ficaram marcados pela perda da hegemonia cafeeira paulista e a sua incapacidade de ressumir o poder central. Com a crise de 1929, a economia brasileira foi afetada profundamente, e isso refletiu na mudança de grupo político no comando do país.

Diante desta crise econômica e política, inaugurou-se uma nova etapa na sociedade brasileira, que se caracterizou pela centralização do poder, que passou a ser o árbitro dos diferentes interesses e, como tal, o governo federal ampliou sua área de atuação e controle, inclusive na área de saúde. (IYDA, 1994)

Na medicina previdenciária, foram implantadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, A Lei Elói Chaves representa um marco no surgimento da Previdência Social Brasileira, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Através delas algumas empresas, inicialmente as das estradas de ferro, ofereciam aos seus funcionários assistência médica, além de aposentadorias e pensões. A assistência médica curativa prestada pelas CAPs era financiada pelas empresas e seus empregados. Criavam de forma proporcional às contribuições

com os seguintes benefícios: “assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio funeral” (BRAVO, 2009, p. 90). Em seguida as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

A formação das CAPs beneficiou as camadas menos favorecidas, principalmente os trabalhadores urbanos. Durante os anos de 1933 a 1938 as CAPs são gradualmente unificadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que estão sendo fundados pelo governo. O incremento da rede de assistência médica de Saúde Pública, entretanto, encontrou dificuldades por causa do baixo desenvolvimento das forças produtivas na área da saúde.

Os anos de 1950 até o Golpe civil-militar em 1964 ficaram conhecidos como um período desenvolvimentista. Um projeto nacional de alavancar a industrialização dentro do país foi a tônica da política econômica. É atribuída ao Estado a condição de promotor de uma mudança estrutural da sociedade. Houve uma proposta de modernização das forças produtivas e da sociedade.

A assistência à saúde da população, um dos serviços mantidos foram as campanhas de combate às endemias. O Ministério da Saúde é criado em 25 de julho de 1953 pela lei 1.920 assinada pelo presidente Getúlio Vargas. A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes.

Esta deficiência da saúde pública para a população levou a uma série de revoltas e insatisfações, visto que o país melhorava economicamente, mas essa melhora não era revertida em melhores serviços e condições para o povo. Uma elite progressista reivindicava reformas de base imediatamente, entre as quais uma reforma sanitária. Apesar destas reivindicações, forças políticas conservadoras levaram ao golpe de 1964, dando início ao novo momento da Saúde Pública muito marcado por um referencial assistencialista da Previdência Social (LUZ, 1991).

Os anos 70 presenciou o relativo fracasso de Estado na promoção de alterações na saúde pública que objetivassem melhorias à população. A

conjuntura internacional de crise levando a diminuição do crescimento, diminuição dos empréstimos internacionais e baixa exportação brasileira fizeram com que os recursos do Estado ficassem reduzidos, e por consequência o orçamento destinado à área da saúde fosse comprometido.

Como era de se esperar, essa falta de habilidade do Estado em promover melhores condições de saúde gerou grande descontentamento popular em relação ao “modelo de saúde da ditadura”, muito agravado com o fim do “milagre econômico” dos governos Médici e Geisel. Os movimentos populares e sindicais que mostravam as mazelas do sistema de saúde público, cresceram de intensidade e número. Estes reivindicavam melhores condições no atendimento à população e ampliação do sistema.

Especialista em saúde, acadêmicos da área e tecnocratas discutiam em eventos nacionais e internacionais a degradação das condições de vida da população brasileira, visto que a política apresentada pelos militares se mostrou ineficiente e sem perspectiva de melhoras, visto que a crise dos anos 1980 se acentuava.

Segundo Bravo (2009),

As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2009, p. 95).

Contudo, a saúde deixa de ser interesse somente dos profissionais de saúde e passa a ser de interesse político, dando espaços para o movimento sanitário. Para Matos (2003), em meados da década de 1970, inicia-se no Brasil o Movimento Sanitário, que até então se vivia sob o regime autoritário (devido a ditadura militar instaurada, através de golpe em abril de 1964, e que no final desta década, resulta na impossibilidade desta forma de governar ter continuidade e êxito. O movimento sanitário surgiu por volta dos anos 1970, mas somente na década de 80 o movimento se fortaleceu.

O movimento era formado apenas por profissionais da área da saúde, que juntaram forças com os partidos, sindicatos e associações, fazendo assim com que a luta se tornasse de toda a sociedade. A Reforma Sanitária Brasileira passou a representar a democratização da saúde que havia como objetivo as

mudanças e transformações para a melhoria de vida da sociedade na área da saúde.

O Movimento Sanitário tendo como respaldo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), articulou com os partidos e a partir de então deram ênfase nos debates em torno da Saúde e Democracia, desta forma os partidos viabilizaram debates no Congresso.

Nas palavras de Bravo (2009):

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p. 96).

Para a autora, no período entre 1974 a 1979, a política social, teve como objetivo, maior efetividade no enfrentamento da "questão social", com a finalidade de coordenar as reivindicações e pressões populares.

Desde então a saúde passa a ser compreendida não apenas como ausência de doença, mas como um conjunto de fatores psicológicos, sociais entre outros aspectos. Esse conceito de saúde passa a ser um dos principais debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema fundamental a saúde como direito. A Conferência Nacional de Saúde teve mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuários da saúde, a partir desta Conferência houve uma reforma na saúde. Segundo Arouca (1998) através da conferência saiu o movimento pela ementa popular, a primeira emenda constitucional, fazendo assim com que o maior sucesso da Reforma Sanitária.

A partir da 8ª Conferência, que alguns objetivos foram alcançados como a Constituição Federal Brasileira de 1988. Que possui uma seção exclusiva para a questão da saúde, que se consolida a universalização da assistência, a integralidade da atenção à saúde, o reconhecimento do direito e necessidade da participação da comunidade nos conselhos de saúde, a equidade e descentralização, destinando assim um espaço para o poder público, buscando uma melhor qualidade de vida para a sociedade.

Com todas essas reivindicações os trabalhadores da área da saúde, após passar pelo processo de redemocratização da política e superando o regime ditatorial de 1964, o país ainda encontrava-se em crise econômica.

O direito a saúde foi inserido na Constituição cidadã de 1988 tendo assim como proposta:

A saúde, em seu sentido mais abrangente, foi considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987, p. 382).

Com os avanços da Conferência torna-se a saúde como direito e dever do Estado, posteriormente foi implementado o Sistema Único de Saúde – SUS tendo como princípios a universalidade, equidade e integralidade.

A Constituição de 1988 implanta a Lei 8.080/1990, como resultado de toda luta e organização dos movimentos populares de saúde. Contudo a saúde passa a fazer parte do tripé da Seguridade Social, sendo composta por Saúde, Previdência e Assistência Social.

A saúde tornou-se uma Política Pública aumentando a garantia dos direitos em todas as áreas da saúde, principalmente dando uma força maior no âmbito da saúde mental, que assim constroem sua própria Reforma Psiquiátrica com intuito de dar maior visibilidade na luta pelos direitos e espaços na sociedade para as pessoas com transtornos mentais, que naquela época eram chamados de “loucos”.

1.2 O debate em torno da Reforma Sanitária e da Loucura

Pode-se dizer que deu início no período da colonização do Brasil, principalmente com a chegada da Família Real ao Brasil, a partir desse tempo de consolidação da nação brasileira, passaram a ver os loucos como "resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública", pois com a vinda da Família

Real e da alta nobreza, queriam controlar a população, principalmente os "loucos" que andavam por todos os lugares (FONTE, 2012).

A concepção da "loucura" era determinada pela carência da razão, neste período "a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão" (FOUCAULT, 1997, p.47). Como nesta época a igreja tinha grande influência na sociedade, a loucura era vista como um fato moral ou divino, envolvendo assim questões morais e religiosas.

Segundo Amarante:

As mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigem medidas eficientes de controle social, sem as quais se torna impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações. Convocada a participar dessa empresa de reordenamento urbano, a medicina termina por desenhar o projeto do qual emerge a psiquiatria brasileira (AMARANTE, 1994, p.74).

Para Foucault (1984, p. 78) "não era a loucura que incomodava e sim tudo que fugisse à normatização do estado burguês, da desrazão, da moral, ou seja, tudo que se mostrasse ser diferente dos preceitos da sociedade *in loco*".

Somente no início do século XIX que a loucura passa a ser vista como uma doença, dando espaço para novos "tratamentos". O psiquiatra Francês Philippe Pinel conhecido como o pai da psiquiatria, era conhecido naquela época como "alienista ou alienista mental". Segundo Amarante: "alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade". (AMARANTE, 2011, p.30). Pinel contribuiu para a formação de instituições para lidar com a loucura, dando início aos manicômios e asilos, que seriam lugares "terapêuticos" para o tratamento da loucura.

Neste período, o uso de medicamentos ainda não existia, os "doentes mentais" como eram chamadas as pessoas com transtornos mentais, eram encaminhados para os lugares onde havia tratamento, os doentes mentais eram determinados a realizar terapias de transformações com intuito de curar os doentes.

Desta forma para "acabar com a loucura no Brasil" foi criado o primeiro hospício do país no ano de 1852, no Rio de Janeiro, assim os "loucos" não perambulavam pelas ruas e receberiam o tratamento para a "cura". De acordo com Foucault (1984, p.79) "estas casas não tinham vocação médica alguma,

não se era admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve fazer mais parte da sociedade”.

Os hospícios eram vistos pelo Estado como uma forma de proteger os doentes mentais que viviam nas ruas, o isolamento fazia parte dos tratamentos, outras formas mais radicais eram eletroconvulsoterapia, a prática da lobotomia e o uso intenso de medicamentos intensos. Por outro lado, a forma de tratamento severa fazia com que o doente perdesse seu direito de viver em sociedade, sendo submetidos às terapias violentas e desumanas.

Pelo fato dos manicômios agirem desta forma os pesquisadores, profissionais da saúde, familiares e os próprios doentes mentais, começaram a questionar e discutir sobre a forma de como o tratamento era executado. Desde então deram início aos movimentos questionando a lógica psiquiátrica, visando a desconstrução dos manicômios e um novo olhar para o cuidado com a loucura.

Aos poucos e com muita luta a saúde foi garantindo seus direitos, principalmente a saúde mental que com o movimento da luta antimanicomial, foi conquistando seu espaço, com o objetivo de conquistar os direitos das pessoas com transtorno mental e de seus familiares, conquistando o espaço perante a sociedade.

Os movimentos sociais têm um papel fundamental para a sociedade, pois é um modo de mostrar que a mesma reconhece seus direitos e não vão abrir mão deles. Não seria diferente com o movimento da luta antimanicomial que tem como principal fundamento trazer a responsabilidade das pessoas com transtorno mental o reconhecimento e o convívio digno na sociedade.

Concorda-se com Amarante (1995), quando afirma que o processo de desinstitucionalização não significa fechar todos os manicômios e asilos, mais sim reorganizar a estrutura de forma mais terapêutica e humanizada.

O movimento antimanicomial deu início na década de 70, nesse período os movimentos populares estavam tomando forças no país. Amarante (2008) refere que o Movimento da Luta Antimanicomial não é o único movimento social na luta pela Reforma Psiquiátrica, mas "é certamente o mais importante e abrangente ator social no processo" (AMARANTE, 2008, p.742). Tendo como principal movimento o "Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM".

Com a influência da Psiquiatria Democrática Italiana, em particular o médico psiquiatra Franco Basaglia, que juntamente com outros médicos começaram a pensar formas para fechar os manicômios após visitarem os hospitais na Itália que se assustaram com a realidade do local, surgiram assim no final da década de 1980, os primeiros Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e fechamento de alguns manicômios.

Deste então, como foi chamada a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como ponto de partida para a I Conferencia Nacional de Saúde Mental em 1987 no Rio de Janeiro e a realização do II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (BRASIL, 2005).

Logo após, em 1989, foi criado um Projeto de Lei 10.216 de 2001, conhecida como lei Paulo Delgado, com intuito de propor a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção dos manicômios no Brasil. Na década de 1990, foram implementadas as primeiras normas para a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, assim foram fundados os primeiros CAPS e hospitais dias, a partir desse período que a Reforma Psiquiátrica começou a se materializar em hospitais. A promulgação da Lei Paulo Delgado foi fundamental para consolidar a política de saúde mental no Brasil, visando os direitos humanos da pessoa com transtorno mental.

2 DO SURGIMENTO À DESCONSTRUÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

2.1 Uma visão histórica da Loucura

Com a leitura de Michel Foucault, aprendemos que a visão sobre a loucura e os loucos vem se transformando ao longo da história. No decorrer dos últimos séculos a percepção da sociedade sobre o louco e loucura vem se alterando.

Nas palavras de Foucault (2000):

Ainda no começo da idade clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas ou perigosas. Nestas condições compreende-se a impossibilidade do espaço artificial do hospital em ser um lugar privilegiado, onde a loucura podia e devia explodir na sua verdade. Os lugares reconhecidos como terapêuticos eram primeiramente a natureza, pois era a forma visível da verdade; tinha nela mesma o poder de dissipar o erro, de fazer sumir as quimeras. As prescrições dadas pelos médicos eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o roteiro, o corte com o mundo vão e artificial da cidade. Esquirol ainda considerou isto quando, ao fazer os planos de um hospital psiquiátrico, recomendava que cada cela fosse aberta para a vista de um jardim. Outro lugar terapêutico usual era o teatro, natureza invertida. Apresentava-se ao doente a comédia de sua própria loucura colocando-a em cena, emprestando-lhe um instante de realidade fictícia, fazendo de conta que era verdadeira por meio de cenários e fantasias, mas de forma que, caindo nesta cilada, o engano acabasse por estourar diante dos próprios olhos daquele que era sua vítima. Esta técnica por sua vez também não tinha desaparecido completamente no século XIX. Esquirol, por exemplo, recomendava que se inventassem processos aos melancólicos, para que sua energia e seu gosto pelo combate fossem estimulados (FOUCAULT, 2000, p. 120-121).

Antes do século XVIII, a loucura não era vista como exclusão, os loucos como eram chamados, viviam em sociedade, só havia separação caso a loucura fosse uma ameaça, desta forma, os loucos eram levados para os lugares de tratamentos, para poder conhecer a si mesmo. A loucura não era vista como algo de ruim, era apenas um momento de conturbação, de crise, cujo louco tenta rever suas atitudes para poder voltar e ser aceito ao convívio social.

A forma de tratamento para a loucura era baseada na natureza, visto que era um lugar verdadeiro, no qual fariam as pessoas refletirem sobre seus atos, suas posturas, uma forma humanizada de tratar algo que era naquele período um conhecimento em construção. Para isso o tratamento era realizado

de forma que o louco conhecesse um pouco sua doença, os médicos levavam os loucos para conhecer lugares, como expressado por Foucault, quando houve a intenção de abrir um hospital psiquiátrico, este lugar deveria ter a visão para um jardim, para não deixar de ter o contato com natureza.

Outra de forma de tratamento que era utilizada naquele período era o teatro, onde passava a história de vida do louco, contada através de fantasia para que o mesmo chegasse a entender o que estava acontecendo com ele naquele momento, e fizesse uma reflexão do que havia causado para sociedade. Através desses tratamentos humanizados, o louco passava a conhecer a si mesmo, e aprendia a lidar com sua doença, que por sua vez, voltava a viver em sociedade.

O início do século XVIII é fundamental na mudança de paradigma da compreensão sobre a loucura. Se no período anterior ao século XVIII a loucura era entendida como parte da imaginação, que poderia ser tratada de forma natural, com o ar da natureza e reflexões. É no século XVIII que o olhar médico e social pela loucura sofre uma transformação, é neste século que a razão, é discutida e questionada, aqueles que não tinham o mesmo comportamento eram considerados como loucos e a partir de então eram excluídos da sociedade.

O pensamento da sociedade ocidental, antes tão influenciado pelo misticismo religioso, conheceu a partir do século das luzes uma nova possibilidade de construção embasada no Racionalismo. O mundo físico e seus fenômenos deixavam de ser entendidos com os preceitos da religião e passavam a ser compreendidos pela razão humana. O Iluminismo foi antes de tudo uma revolução cultural já que propôs uma nova forma de perceber e entender a natureza e a sociedade. Significou uma transformação absoluta na forma de pensar, pois rompeu com o modo de como as pessoas pensavam até então.

Esse período da história ficou marcado como século das luzes, principalmente, pois neste momento ocorreu uma revolução que quebra com o modelo de sociedade até então vigente. É a partir do século XVIII que as transformações na política, economia, religião, cultura e sociais marcam o fim da sociedade medieval. Esta foi, e é considerada nebulosa, atrasada e imperfeita. A sociedade era regida pelos preceitos religiosos, o sistema

econômico capitalista ainda era incipiente e não havia grandes avanços tecnológicos.

O movimento das Luzes realizou uma grande contestação à forma do poder vigente (Absolutismo) e propôs um novo entendimento da vida social. Dessa forma, a participação dos iluministas foi além do campo científico, e o Racionalismo foi aplicado à análise social em aspectos como o das relações sociais, da relação entre o governante e os governados, da relação do rei com o Estado e o da religião. O pensamento iluminista, ao mesmo tempo em que espelhava o contexto histórico do século XVIII, sedimentava o processo político-revolucionário que teria início no final daquele mesmo século.

Foucault nos explica como foi a mudança entre os períodos e o que isso acarretou na concepção e tratamento acerca da loucura:

A prática do internamento no começo do século XIX, coincidiu com o momento em que a loucura é percebida menos com a relação ao erro do que com relação à conduta regular e normal. Momento em que aparece não mais como julgamento perturbado mas como desordem na maneira de agir de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre. Enfim, em vez de se inscrever no eixo verdade-erro-consciência, se inscreve no eixo paixão-vontade-liberdade. (FOUCAULT, 1979, p. 120-121).

A loucura passa a ser compreendida como algo prejudicial para a sociedade, os loucos eram uma ameaça, pois eram diferentes dos homens que naquela época ditos como normais. Desde então se passa a pensar em um lugar para colocar as pessoas doentes que não fossem mão de obra necessária para o sistema capitalista que se solidificava.

A sociedade se modificava com o capitalismo, as pessoas taxadas como loucas não acrescentariam nada para a burguesia, portando os loucos eram excluídos e internados para que não fizessem parte desse processo produtivo de acumulação de capitalista. Assim impedia que o louco tivesse um convívio social, limitando as oportunidades em seu processo de humanização. O trabalho não era entendido como terapêutico para auxiliar no tratamento do louco, mas sim para ir em busca do lucro.

Na mesma linha de pensamento de Foucault, João Frayze- Pereira nos traz a contribuição de analisar três momentos da gênese da loucura:

A história da loucura, segundo Foucault, não é a história do discurso psiquiátrico, mas “a arqueologia desse silêncio”. Isto é, uma história anterior à capturação da loucura pelo saber médico como “seu” objeto de conhecimento.

Em linhas gerais, podemos esquematizar essa gênese da loucura segundo três grandes momentos: 1) um período de liberdade e de verdade que inclui os últimos séculos medievais (principalmente o século XV) e o século XVI, 2) o período da “grande internação”, que abrange os séculos XVII e XVIII; e 3) a época contemporânea, após a Revolução Francesa, quando cabe à Psiquiatria a tarefa de lidar com os loucos que abarrotam os asilos. No que diz respeito a esse ramo da Medicina, essa história permite demonstrar que as práticas de internação clássicas (séculos XVII e XVIII) se prolongam nas práticas de hospitalização contemporâneas (séculos XIX e XX), ou seja, se a Psiquiatria científica do século XIX (assim como a nossa) renunciou às práticas e deixou de lado os conhecimentos produzidos no século XVIII, herdou secretamente todas as relações que a cultura clássica no seu conjunto havia instaurado com a desrazão. E para chegarmos a compreender essa situação, será necessário caracterizar, ainda que muito simplificada, esses principais momentos da história da loucura (PEREIRA, 2008, p 48-49).

Conforme Pereira (2008) desde a Idade Média a maneira como a loucura vem sendo observada, estudada, compreendida vem sofrendo alterações. Esses processos de mudanças não são estanques e nem facilmente demarcados e identificados. Sabe-se que as mudanças na sociedade são marcadas por períodos de sobreposição de situações. Assim há que se ter no horizonte que estes momentos avançam um sobre o outro. Tocam-se, convivem no mesmo espaço temporal e territorial.

Tendo em mente que estes processos são complexos e marcados pelo pluralismo de atitudes e pensamentos, é importante a compreensão e a capacidade de perceber as mudanças ocorridas ao longo do período.

Segundo Foucault (1978), a institucionalização da loucura no século XVII que em decorrência da crise econômica na Europa, ocorreu uma desorganização social, ocasionado pelas mudanças estabelecidas no modo da produção industrial, uma das soluções do Estado sobre a crise, foi a reclusão dos indivíduos, desta forma institucionalizando a loucura.

Os estabelecimentos psiquiátricos foram criados e se estruturando com o surgimento do capitalismo, com o fortalecimento do trabalho assalariado e o surgimento do Estado burguês, alicerçados na Revolução Industrial e na Revolução Francesa. A partir desse processo que exigiu uma nova forma de organização social, tendo como argumento filosófico o positivismo e como base, o princípio da razão e da ciência (JUNIOR, 2002).

Deste modo, os estabelecimentos psiquiátricos foram sendo construídos para cobrir as necessidades no que tange a doença mental, com intuito de

aprisionar os fenômenos que eram desconhecidos e que tornavam os homens diferentes entre si.

Junior (2002), explica:

O diferente ou anormal no capitalismo será todo sujeito que não tiver aptidão para o trabalho, pois ao pressupor mobilidade social e liberdade individual, torna-se necessária uma forma de controle e separação entre os sujeitos na determinação do seu lugar social, lembrando que o capitalismo rompe com as formas comunitárias "naturais" de convivência na qual o lugar social do sujeito se definia ao nascer (laços sangüíneos) sem possibilidade de alteração no decorrer de sua vida (HELLER, 1970 apud JUNIOR, 2002, p. 88).

É certo que o capitalismo altera a percepção com relação as pessoas que não são úteis para o processo produtivo. Pessoas que não servem como mão de obra. Com saúde mental debilitada, essas pessoas, os "loucos" são excluídos não só da produção, mas da sociedade. Essa exclusão se materializa com os manicômios e sanatórios.

Junior (2002), afirma que nas instituições psiquiátricas acontece mais que somente uma relação de opressão e violência, pois a intervenção sobre a vida do sujeito, classificando normal ou anormal, equivale na afirmação de um poder médico que, nada mais é do que a imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa.

Os médicos psiquiátricos, além de utilizarem a medicação excessiva, acreditavam que o isolamento era uma boa forma de tratamento, ou seja, fazer com que os doentes mentais, ficassem internados em instituições psiquiátricas.

Goffman define as instituições psiquiátricas como "instituição total", sendo que:

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 2001, p. 11).

A internação psiquiátrica gera a exclusão social do indivíduo, padronizando como toda pessoa com transtorno mental seja um sujeito violento e capaz de cometer atrocidade contra a sociedade.

Conforme Amarante (1995):

O isolamento, semelhante ao estado in vitro", afasta as influências malélicas e a contaminação. [...] serve para identificar diferenças entre os objetos. Distinguir os "mansos" dos "agitados", os - melancólicos" dos "sórdidos" e "imundos" e "suicidas", ou seja,

esquadrinhar cada tipo classificável. Evitando que sua convivência agrave seu estado. O hospício através do isolamento terapêutico permite a possibilidade da cura e do conhecimento da loucura a um só tempo, sendo ao mesmo tempo um ato terapêutico (tratamento moral e cura), epistemológico (ato do conhecimento) e social (louco perigoso, sujeito irracional) (AMARANTE, 1995, p. 23).

O isolamento das pessoas com transtorno mental, havia se tornado uma estratégia social, afastando assim os loucos do convívio, a internação na maioria das vezes é uma forma de exclusão completa e, perda dos direitos humanos.

As pessoas com transtornos mentais eram privados de seus direitos enquanto cidadãos por serem tachados como loucos, que na maioria das vezes eram levados a terapias violentas de forma desumana.

Por causa desses tratamentos, surgiram alguns questionamentos por parte de profissionais da área da saúde para desconstruir a estrutura de hospitais psiquiátricos, trazendo em questão a lógica psiquiátrica, e desde então passaram a compreender que a loucura deveria ter outra forma de tratamento, tendo um olhar baseado na saúde mental.

No século XX, através de Franco Basaglia, começa uma transformação no tratamento e nas instituições psiquiátricas. Segundo VARGAS (2016):

Nos anos 1960, Franco Basaglia, um jovem médico psiquiatra italiano, ao visitar o hospital psiquiátrico na cidade de Gorizia no norte da Itália, juntamente com outros amigos psiquiatras, se propuseram reformar esse hospital, visto que ao adentrarem no recinto pela primeira vez Basaglia teve uma espécie de choque ao ver a realidade imposta naquela local. Para Basaglia, era como se ele estivesse entrando em uma prisão, um campo de concentração. Com isso, o jovem médico começou seu trabalho para tornar o hospital de Gorizia em um local adequado de tratamento e recuperação dos pacientes (AMARANTE, 2011 *apud* VARGAS, 2016 p. 22).

A partir desse conhecimento inicia o movimento da luta antimanicomial, que é marcado pela ideia de defesa da pessoa com transtornos mentais. Basaglia mostra que é possível a construção de uma nova forma de tratamento que visa o cuidado e ao mesmo tempo garante os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

Na década de 1970, principalmente na Itália, consolidou o projeto cuja proposta seria a desinstitucionalização, centrada em uma mudança no âmbito da saúde mental, visando que o modelo de hospital psiquiátrico não é terapêutico. Desse modo a estratégia de conversão do sistema de cuidado

deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por uma ampla rede de saúde mental, dando respaldo quando o usuário tiver uma crise ou para as demandas do tratamento psiquiátrico (VASCONCELOS, 2000).

Amarante (1995), sobre o processo de desinstitucionalização nos mostra que não significa acabar com as instituições hospitalares, asilares, mas reestruturar o manicômio, cujo manicômio não se resume a um prédio fechado, não basta apenas derrubar os prédios, pois é da cultura que adquirimos o pensamento que somente o manicômio é o lugar do louco.

2.2 As formas de atenção as Pessoas com Transtorno Mental no Brasil a partir da década de 1990

No ano 1990 constatamos mudanças na política de saúde mental no Brasil, principalmente na expectativa de consolidação sobre a desinstitucionalização psiquiátrica e a criação e regulamentação de leis e portarias sobre a rede de serviços para a pessoa com transtorno mental.

No mesmo ano de 1990, é promulgada a lei n. 8.080, que estabelece o Sistema Único de Saúde – SUS, aderindo aos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e equidade.

O SUS foi fundamental para a saúde mental, pois, no mesmo ano que a lei foi promulgada, foi criada a Coordenação Geral de Saúde Mental - CGSM, para substituir a Divisão Nacional de Saúde Mental, onde até aquele momento era responsável pelas campanhas de Saúde Mental e manutenção de alguns hospitais psiquiátricos públicos. Assim a CGSM torna-se efetivamente a coordenadora da política de Saúde Mental no Brasil.

Segundo Mateus (2013):

Existem no Brasil instâncias de participação social nas políticas de saúde mental, estabelecidas pelo SUS: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (lei nº 8.142, de 1990). Foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987, 1992, 2001 e 2010 (MATEUS, 2013, p. 21).

A partir dessas conferências, a saúde mental no Brasil ganha destaque na luta pela garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental, principalmente no direito ao tratamento e à proteção contra a discriminação. A partir de então foi criado um conjunto de leis para a defesa dos direitos. Para

além desta função de assegurar os direitos, a legislação da saúde mental visa a execução dos recursos financeiros, os atendimentos, os profissionais, e principalmente um tratamento humanizado.

Por decorrência dos movimentos em torno da saúde mental, um conjunto de leis e portarias garante os direitos dos usuários em relação à atenção psicossocial, a legislação delibera a adequação nas instituições como mudança no espaço físico, atendimento, equipe multidisciplinar, construção de um projeto terapêutico singular, para a melhoria na qualidade de vida no tratamento da pessoa com transtorno mental.

Assim com a influência dos movimentos sociais, a saúde mental já era vista com outro olhar. Em 1989, foi dada entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei 3.657/89, que ficou conhecido como Lei Paulo Delgado. Segundo Fonte (2012), a Lei propunha: "a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil". Este foi o primeiro instrumento legal em defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Nos anos de 1991 e 1992 foram estabelecidas duas portarias que constituíram novos serviços na área da saúde mental. A portaria nº189/1991 e a Portaria nº 224/1992, que constitui as normas em relação aos cuidados dos pacientes que estavam internados em decorrência de seu transtorno mental. A portaria também regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, Hospitais-Dia. De acordo com as necessidades e divisões dos tratamentos para pessoas com transtornos mentais as portarias após alguns anos foram reestruturadas pelas Portarias 336/2002 e 189/2002, que separa o CAPS em varias modalidades de acordo as demandas.

Em 1994, foi instaurada a portaria nº 147/94 que regulamenta o projeto terapêutico para cada instituição que realiza atendimento psiquiátrico. O projeto terapêutico é todo o planejamento e ações terapêuticas que serão realizadas para contribuir no resultado do tratamento. Desta forma é avaliado e construído de acordo com o perfil de cada paciente, o projeto oferece atividades diferentes, sempre pensando na possível alta hospitalar.

Em fevereiro de 2000, a portaria nº 106/00 foi criada para implementação dos Serviços de Residenciais Terapêuticos – SRT, para

substituir a internação psiquiátrica, onde o paciente ficaria por longo período. As Residências Terapêuticas são serviços de moradia, que deveriam ser inseridas em cada cidade, para abrigar o paciente que precisasse utilizar desse serviço, sendo principalmente os pacientes egressos de internações psiquiátricas de extensa permanência que possuem vínculo rompido com a família. Infelizmente em Santa Catarina contamos com apenas quatro residências terapêuticas nos seguintes municípios Lages, Joinville e Monte Castelo.

A portaria 106/00, estabelece em seu artigo 3º que compete aos serviços residências terapêuticas:

- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária (PORTARIA/GM N° 106 /2000).

Enfim em 2001 o Projeto de Lei de Paulo Delgado foi sancionada, entretanto com algumas alterações em seu conteúdo. Assim no dia 06 de abril foi aprovada a Lei 10.216, que dispõe sobre a “proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. A modificação é que não trazia a extinção dos manicômios, mas originou a obrigatoriedade da comunicação ao Ministério Público Estadual para os casos de internações compulsórias (AMARANTE, 2007).

Entre as Conferências Nacionais de Saúde Mental, a III Conferência de Saúde ganha destaque que aconteceu em Brasília em 2001, logo após a promulgação da lei 10.216.

Com base na lei 10.216 a III Conferência de SAúde consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo. Que modifica o modelo de assistência e defende a construção de uma política de saúde mental.

A Lei 10.216/2001 em seu artigo 2º dispõe:

- Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:
- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (LEI nº 10.216/2001, art. 2).

Porém as pessoas com transtorno mental, que estão internados por longo período o artigo 5º dessa mesma Lei estabelece:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (LEI n.º 10.216/2001, art. 5).

Sobre os direitos dos pacientes internados no hospital de custódia, a Portaria nº 628, de 02 de abril de 2002, define o Plano Nacional de Saúde no sistema Penitenciário, voltado para atenção integral à saúde dos usuários que estão detidos. Em julho deste mesmo ano, durante o Seminário Nacional para a Reorganização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que aconteceu em Brasília, instituíram diretrizes que iniciou um novo período para a pessoa com transtorno mental internado em hospital de custódia. Houve a compreensão de que o SUS e a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, deveriam se responsabilizar pelo tratamento dos usuários que estavam submetidos a medida de segurança. Essa portaria foi um avanço na consolidação da Reforma Psiquiátrica e na garantia dos direitos dos usuários. Entretanto o desafio para a articulação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, continua nos dias atuais, principalmente no que tange a atenção extra hospitalar. É importante que a rede esteja fortalecida para dar continuidade ao tratamento do paciente que após cumprir a medida de segurança receberá sua alta hospitalar. Após o Seminário houve um diálogo fundamental entre a saúde e justiça, dessa forma é a consolidação, após anos de luta de uma das ações propostas pela Reforma Sanitária.

A implementação dos serviços de saúde mental no estado de Santa Catarina, é algo que está em constante construção.

2.2.1 A Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS foi deliberada a partir da Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. A Portaria dispõe de acordo com o Artigo 1º que a finalidade da Rede de Atenção Psicossocial é:

A criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2011).

Com a legislação vigente, os serviços que passam a compor a rede de atenção psicossocial são: Unidade Básica de Saúde, SAMU, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, Unidade de Acolhimento, porém serão exemplificados os seguintes serviços que compõem este trabalho.

- Centro de Atenção Psicossocial – CAPS são serviços destinados a acolher os usuários com transtorno mental, estimular sua relação social e familiar, contribuir na busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL 2004). Desta forma o CAPS divide-se em algumas modalidades, conforme consta na Portaria 3.088/2011:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool

e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

- Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT: São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS. Desta forma os SRT dividem-se em duas modalidades, conforme consta na Portaria 3.090/2011:

Serviços Residenciais Terapêuticos TIPO I: Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social.

Serviços Residenciais Terapêuticos TIPO II: Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

- Programa de Volta para Casa - PVC: Tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (02 anos ou mais de internação ininterruptos). É parte integrante deste Programa o auxílio-reabilitação, pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário. São 3.832 beneficiários do PVC no país (BRASIL 2013).

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



A imagem foi retirada do material Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.

3 HCTP DE SANTA CATARINA E UMA PESQUISA COM OS PACIENTES

Neste capítulo será abordado um breve histórico do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, bem como sua trajetória e possíveis mudanças após a Lei nº 10.216, para que houvesse uma melhora na forma de tratamento para os usuários. Desta forma também será discutido uma síntese da vida dos usuários selecionados para a pesquisa.

Para a realização desse estudo, foi utilizada a pesquisa documental nos prontuários e processos jurídicos. Por fim, foi realizada uma análise sobre a desinstitucionalização dos usuários através do respaldo da Lei nº 10.216 juntamente com partes dos processos onde apresenta um desrespeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Cabe informar aos leitores que a metodologia do trabalho foi selecionar sete prontuários dos usuários. No decorrer da escrita, contudo, optou-se por dar maior enfoque em dois prontuários, Hércules e Zeus, pois estes casos são os mais representativos da ineficiência do Estado perante a Reforma Psiquiátrica e a luta Antimanicomial.

3.1 O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina

O estágio curricular obrigatório foi realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, conhecendo o espaço percebe-se a diversidade de conhecimento que ali se encontra. Além disso, desperta a vontade de conhecer as histórias e demandas de cada usuário que está internado nesse espaço.

Após algum período de realização do estágio surgiram os questionamentos sobre como seria a desinternação dos pacientes. Dessa forma buscamos leis e artigos que contribuíssem para o melhor entendimento e compreensão das várias situações possíveis.

Em umas das palestras que participei durante o período de estágio. O tema abordado foi sobre a Reforma Psiquiátrica e a Luta antimanicomial, desde então instigou-me o interesse em aprofundar este tema. Assim, comecei a procurar leituras que me dessem embasamento para uma possível pesquisa de conclusão de curso.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos, caracterizam-se como órgãos auxiliares do Poder Jurídico, que uma das finalidades é elaborar laudos periciais, utilizados como peças jurídicas em processos judiciais, conforme prevê no Código Penal Brasileiro. Desta forma, trata-se de uma unidade prisional que recebe as pessoas com transtorno mental para custodiar e realizar tratamento psiquiátrico.

De acordo com Código Penal, a pessoa com transtorno mental infrator é considerado inimputável, conforme consta no artigo 26:

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1940).

A partir dessa determinação, o Código Penal prevê a medida de segurança para a pessoa com transtorno mental que haja sob surto psicótico ao cometer algum delito. A medida de segurança está prevista na Lei de Execuções Penais - LEP, no qual estabelece a internação do usuário para tratamento em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. O prazo dessa internação varia de um a três anos, dependendo do resultado do Laudo de Cessação de Periculosidade, conforme o resultado pode-se prorrogar a internação por mais um ano.

Na percepção de Sérgio Carrara, os HCTP são instituições que:

Conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas - o asilo de alienados e a prisão - e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco (CARRARA, 2010, p.17).

São nesses espaços que a sociedade contemporânea “deposita” os “loucos” que esta não quer próximo. Assim não são as grades e os muros que impõe o afastamento e aprisionamento, e sim o preconceito duplo devido a cultura construída ao longo dos anos.

Em 1971, foi aprovada a Lei 4.559 que cria o Manicômio Judiciário do Estado de Santa Catarina com as seguintes finalidades segundo artigo 1º, § 1º:

O Manicômio Judiciário do Estado terá por finalidade:

- a) receber, para fins de tratamento psiquiátrico, e por determinação judicial, os pacientes que apresentarem sintomas de alienação mental no decurso de prisão provisória ou após sentença condenatória;
- b) receber, por determinação judicial, os pacientes que devam ser submetidos à perícia psiquiátrica, para fins de apuração de responsabilidades penal;

c) proceder aos exames de sanidade mental solicitados pelo Conselho Penitenciário do Estado (SANTA CATARINA, 1971).

A lei supracitada foi criada para atender as exigências do Código Penal que determinava que em seu artigo 96^º que as medidas de segurança deveriam ser cumpridas em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Deste então, o HCTP passa a ser órgão oficial de psiquiatria forense de Santa Catarina, que determinava que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei por decorrência de sua insanidade mental deveriam ser tratados em manicômios judiciários.

O Manicômio Judiciário de Santa Catarina começa a receber os primeiros pacientes em setembro do mesmo ano que a lei foi aprovada, após a contratação dos agentes de segurança. Os pacientes que até então se encontravam no Hospital Colônia Santana, hoje conhecido como Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ, para cumprir medida de segurança por não haver um lugar adequado para o então cumprimento, foram transferidos para o Manicômio Judiciário (CORDIOLI, [20--] *apud* Vargas, 2016).

Conforme Cordioli ([20--]) nos mostra, após a transferência do médico João Bertolli, os primeiros pacientes passam a ser atendidos duas vezes por semana no Manicômio Judiciário. Sendo assim, por determinação judicial, iniciou-se os primeiros Laudos de Sanidade Mental na Instituição. Conseqüentemente com a crescente demanda no atendimento, a instituição passa a realizar atendimento ambulatorial e exames toxicológicos. Porém o Manicômio Judiciário passa por problemas da ordem do corpo técnico profissional e a insuficiência de medicamentos essenciais ao tratamento. Somente em 1978 que foi contratada a equipe técnica contendo três médicos, um psicólogo, uma assistente social e um número relevante de agentes de segurança. (CORDIOLI, [20--], *apud* VARGAS, 2016).

Com a reforma do Código Penal Brasileiro e a influência dos movimentos que lutavam pela Reforma Psiquiátrica, a denominação passou de Manicômio Judiciário de Santa Catarina para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP em 1984. Conforme Gomes:

A mudança do nome tentava romper com o estigma que esta instituição tinha. O nome manicômio trás consigo o peso de uma instituição que na prática, era espaço de violência e segregação, já o nome hospital nos remete a ideia de tratamento, cura e reabilitação.

Mas a simples troca do nome não é suficiente para que o estigma se rompa (GOMES, 2009, p. 32).

Atualmente o HCTP faz parte do Sistema Penitenciário Estadual, incorporado ao Departamento de Administração Prisional – DEAP, hierarquicamente subordinado a Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania - SJC/SC, localizado na rua: Delminda Silveira, anexo à Penitenciária Estadual de Florianópolis, no Bairro da Agrônômica, em Florianópolis-SC.

O HCTP é a única unidade que abriga as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei no Estado de Santa Catarina, a instituição recebe presos de todas unidades prisionais do Estado. Segundo Tavares,

A instituição presta serviços a pedido da Justiça Penal catarinense para todo e qualquer cidadão maior de idade que se envolva em processos criminais dentro da jurisdição competente e que necessite ser submetido ao Exame de Sanidade Mental, Dependência Toxicológica, Cessação de Periculosidade e Criminológico (para sentenciados comuns que não estão internados no HCTP e desejam obter livramento condicional ou mudança de regime). Mantém, ainda, sob sua custódia aqueles indivíduos que são submetidos à Medida de Segurança, conforme prevê a lei penal brasileira, ou que são transferidos de outras unidades prisionais para tratamento psiquiátrico temporário. (TAVARES, 2002, p. [...] *apud* BONASSA, 2004, p. 28-29).

Os usuários em sua maioria estão cumprindo medida de segurança, outros estão apenas para tratamento psiquiátrico ambulatorial e, após estarem compensados, retornam para as unidades prisionais de origem. Há também aqueles que se deslocam até o HCTP para realizar o Laudo de Sanidade Mental.

Os pacientes internos são todos homens, sendo que o HCTP é desprovido de um espaço reservado às mulheres, desta forma são encaminhadas ao IPQ/SC.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é uma instituição em defesa social e clínica psiquiátrica, cujo objetivo é o tratamento psiquiátrico do usuário, preservando os direitos humanos e a dignidade do mesmo, garantindo qualidade de vida e bom atendimento, tratamento e recuperação durante sua internação. Desta forma, busca a reintegração dos usuários com o meio social e custodiar os usuários que, por determinação jurídica cumprem medida de segurança, devido ao delito cometido (HCTP, 2005).

O Regimento Interno do HCTP, no seu artigo segundo dispõe sobre suas finalidades.

- I - realizar perícia psiquiátrica para fins de apuração de responsabilidade penal;
- II - receber, para fins de tratamento psiquiátrico e por determinação judicial, os pacientes que apresentarem sintomas de doença mental no decurso de prisão provisória ou após sentença condenatória;
- III - proceder exame de sanidade mental em detentos quando solicitados pela Autoridade Judiciária ou pelo Conselho Penitenciário do Estado;
- IV - exercer outras atividades relacionadas com a natureza do Hospital e sua finalidade específica (Decreto n 4.283, de 22 de fevereiro de 1994).

Para atender as finalidades do Regimento Interno, o HCTP possui uma equipe multiprofissional que exerce frequentemente atendimento aos usuários. Os usuários do HCTP contam com o apoio dos seguintes serviços: Psicologia, Serviço Social, Serviço Psiquiátrico, Serviço Odontológico, Setor Médico, Escolarização, Atividades Físicas, Enfermagem, Administrativo, Jurídico, Educação Artística.

O HCTP proporciona aos usuários diversas atividades sendo elas: laborais, oficinas terapêuticas, escolarização, acompanhamento terapêutico e atividades extra hospitalares através do Programa de Alta Progressiva, porém as atividades extra hospitalares acontecem somente com liberação judicial e de acordo com a condição psíquica de cada usuário. E por fim, em datas comemorativas são realizadas festas para a interação dos usuários com seus familiares.

3.2 Usuários do HCTP: síntese das histórias de vida identificadas nos prontuários

Os pacientes abaixo foram selecionados, a partir do interesse de pesquisar a desinstitucionalização, devido à longa permanência dos mesmos dentro do HCTP-SC¹. Ao selecionar os prontuários e processos jurídicos desses usuários, tive o interesse em analisar aqueles que apesar, da Lei mostrar que não é terapêutico e nem adequado ao tratamento psiquiátrico, esses pacientes já estão a muitos anos no hospital de custódia.

¹ Alguns pacientes estão mais de trinta anos no hospital, outros apesar de não estarem tanto tempo assim tudo leva a crer que suas permanências no hospital também será de muitos anos.

Para iniciar a pesquisa nos prontuários e processos jurídicos foi solicitado autorização para o diretor do HCTP – SC, este se mostrou solícito e prontamente assinou a declaração autorizando a pesquisa, porém alertou sobre a importância das informações contidas nos prontuários e processos jurídicos.

A documentação se encontrava no setor jurídico, o acesso a documentação foi fácil, mas conforme normas da instituição não foi possível a retirada do material do HCTP-SC. Desta forma realizei minha pesquisa numa sala que foi disponibilizada para que eu pudesse dar continuidade neste trabalho.

Para iniciar a exposição dos dados dos prontuários apresentaremos, inicialmente, um quadro com breve identificação dos usuários cujos prontuários utilizamos para a coleta de informações. A escolha se deu de forma intencional no intuito de explicitar situações da vida dos usuários que tem seus direitos violados ao não serem desinstitucionalizados e continuarem no hospital, alguns indefinidamente.

Quadro 1: Identificação dos usuários

Hercules², brasileiro, solteiro, 56 anos, natural de Santa Catarina, estudou até o ensino fundamental, trabalhava como serralheiro. O Usuário foi privado de liberdade em 1992 em decorrência ao delito cometido, passou algumas vezes pelo HCTP para tratamento e laudo de sanidade mental. No último ano de sua reclusão, foi realizado e concluído o laudo de sanidade mental, ao ser diagnosticado com transtorno mental, o perito orientou o juiz a converter a pena em medida de segurança. O usuário após cumprir medida de segurança, foi encaminhado para comunidade terapêutica, onde reside atualmente.

² Para o sigilo das pessoas aqui citadas, vou-me utilizar de nomes de deuses gregos em substituição ao seus nomes civis.

Zeus, brasileiro, viúvo, 64 anos, natural de Santa Catarina, estudou até o ensino médio incompleto, trabalhava como motorista. O Usuário foi privado de liberdade em decorrência ao delito cometido no ano de 1984. O perito realizou o laudo de sanidade mental, o usuário foi diagnosticado com esquizofrenia. Foi considerado inimputável, recebendo medida de segurança devido ao delito cometido, desde então usuário está em tratamento no HCTP.

Apolo, brasileiro, solteiro, 30 anos, natural de Santa Catarina, completou o ensino médio, trabalhava como auxiliar de produção. O Usuário foi privado de liberdade em decorrência ao delito cometido no ano de 2001. O perito realizou o laudo de sanidade mental, o usuário foi diagnosticado com esquizofrenia. Foi considerado inimputável, recebendo medida de segurança devido ao delito cometido, desde então usuário está em tratamento no HCTP.

Eros, brasileiro, solteiro, 36 anos, natural de Santa Catarina, estudou até o ensino fundamental, trabalhava como autônomo. O Usuário foi privado de liberdade em decorrência ao delito cometido no ano de 2012. O perito realizou o laudo de sanidade mental, o usuário foi diagnosticado com esquizofrenia. Foi considerado inimputável, recebendo medida de segurança devido ao delito cometido, desde então usuário está em tratamento no HCTP. O usuário após cumprir medida de segurança, foi encaminhado para residência terapêutica, onde reside atualmente.

Alfeu, brasileiro, solteiro, 54 anos, natural de Santa Catarina, estudou até o ensino fundamental incompleto. O Usuário foi privado de liberdade em decorrência ao delito cometido no ano de 2001. O perito realizou o laudo de sanidade mental, o usuário foi diagnosticado com esquizofrenia. Foi considerado inimputável, recebendo medida de segurança devido ao delito cometido, desde então usuário está em tratamento no HCTP.

Hércules, brasileiro, solteiro, 56 anos, natural de Santa Catarina, estudou até o ensino superior incompleto, trabalhava como eletrotécnico. O usuário foi privado de liberdade em decorrência ao delito cometido no ano de 1985. O perito realizou o laudo de sanidade mental, o usuário foi diagnosticado com esquizofrenia. Foi considerado inimputável, recebendo medida de segurança devido ao delito cometido, desde então usuário está em

tratamento no HCTP.

Artênio, brasileiro, solteiro, 35 anos, natural de Santa Catarina, estudou até o ensino médio incompleto, trabalhava como ajudante de pedreiro. O usuário foi privado de liberdade em decorrência ao delito cometido no ano de 2002. O perito realizou o laudo de sanidade mental, o usuário foi diagnosticado com esquizofrenia. Foi considerado inimputável, recebendo medida de segurança devido ao delito cometido, desde então usuário está em tratamento no HCTP.

Para apresentar de forma mais qualificada as informações que utilizaremos para análise neste capítulo, nossa exposição foi organizada a partir de um breve relato da história de vida dos sete usuários selecionados para esta pesquisa. De antemão, adianta-se que abordaremos os seguintes pontos:

- a) história de vida pregressa e a atenção à saúde anterior ao delito;
- b) trajetória desses usuários dentro do HCTP;
- c) a construção da saída do Hospital – da cessação de periculosidade, da dificuldade em encontrar um serviço ou instituição na rede de atenção psicossocial para atender esses usuários até os impactos da institucionalização ao ficarem indefinidamente no hospital.

Todos os dados foram retirados dos prontuários médico e jurídico. Estes ficam arquivados respectivamente no setor de enfermagem e no departamento jurídico, servem para coletar todas as informações dos pacientes. A pasta jurídica contém o Laudo de Sanidade Mental, Laudo de Cessação de Periculosidade e as informações referentes ao processo criminal.

O prontuário médico registra todas as informações da equipe técnica que atende esse paciente, nele ficam descritos atendimentos médicos, psiquiátricos, medicações necessárias, informações psicológicas, acompanhamento de atendimento do serviço social, bem como a entrevista que geralmente é feita com a família quando o paciente vem para o Hospital.

Hércules

Antes de cometer o delito, o usuário não se submeteu a nenhum tratamento nos serviços de atenção psicossocial. De acordo com o Laudo de Sanidade Mental realizado no HCTP no ano 1992, Hércules possuía a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato.

Durante o cumprimento da pena, Hércules esteve internado algumas vezes no HCTP, sendo que durante esses períodos o usuário realizou o Laudo de Sanidade Mental e tratamento ambulatorial. Até que em um dos laudos o usuário foi diagnosticado com superveniência de sanidade mental. Desta forma o Perito responsável, concluiu o laudo orientando a conversão de sua pena em Medida de Segurança.

Após determinação judicial o usuário retorna ao HCTP, para cumprir a referida Medida de Segurança.

Hércules durante seu tratamento no HCTP, manteve-se lúcido, orientado, calmo, sem episódios de agressividade, participava das atividades terapêuticas do hospital.

Hércules encontrava-se privado de liberdade já alguns anos, e neste último ano sua pena foi convertida em medida de segurança. Em decorrência da longa permanência de privação de liberdade, os vínculos familiares foram rompidos, foi tentado algumas vezes pela Assistente Social responsável, reestabelecer o vínculo com filho, mas desde que chegou ao HCTP, nunca recebeu visita familiar. Devido ao rompimento do vínculo não contou com o apoio familiar para a desinternação.

No processo de desinternação o usuário realizou saída terapêutica, para conhecer o ambiente em que iria residir. Após a desinternação por determinação judicial o usuário deveria dar continuidade no tratamento.

Por não haver SRT que abrigasse o usuário, como estratégia o usuário foi encaminhado para comunidade terapêutica, e continua em tratamento.

Zeus

Está internado no HCTP desde 1984, O Laudo de Sanidade Mental conformou que o usuário não possuía a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato. Desta forma foi considerado inimputável. Sendo assim, foi determinada medida de segurança devido ao delito cometido, o tempo para cumprimento da medida de segurança foi estipulado o período de

três anos, porém após o cumprimento da mesma, o usuário ao realizar o Laudo de Cessação de Periculosidade, teve o laudo negado e encontra-se até hoje na instituição. Ao longo desse período teve alta hospitalar, mas retornou por motivo de reagudização da doença.

Durante esse período, não participa das atividades terapêuticas, somente da atividade laborais cujo exerce sozinho, sem contato com os demais internos. Usuário não possui convívio social com os demais internos.

Zeus foi diagnosticado com Esquizofrenia, doença de curso crônico que se caracteriza por alterações senso perceptivas, no pensamento e na conduta, entre outros sintomas. Segundo o relatório de vida hospitalar realizado pela Assistente Social responsável, refere que o usuário mantém comportamento rígido, pouco interage com os demais, não se envolve ou se expõe. No relatório aborda também que a família não possui condições de recebê-lo após a alta hospitalar, assim a Assistente Social refere que o “usuário deve permanecer na instituição por não ter local para encaminhá-lo, mesmo contrariando a Lei 10.216”.

Apolo

Está internado no HCTP desde 2001, O Laudo de Sanidade Mental conformou que o usuário não possuía a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato. Desta forma foi considerado inimputável. Sendo assim, foi determinada medida de segurança devido ao delito cometido, o tempo para cumprimento da medida de segurança foi estipulado o período de um ano, não possui outras internações no HCTP.

O usuário antes do delito, em sua vida pregressa, tem histórico de internação psiquiátrica, no IPQ por duas vezes e em comunidade terapêutica.

Desde sua adolescência faz uso de substâncias psicoativas, foi nesse período que o usuário começou a apresentar alteração no comportamento.

Ao iniciar seu tratamento no HCTP, Apolo, teve dificuldades de assimilar as rotinas e normas da instituição, desta forma tendo conflito com os outros internos e funcionários. O usuário apresenta delírios e alucinações, e tem comportamento oscilante entre delirante/agressivo e calmo/controlado.

O mesmo fez algumas saídas terapêuticas para conviver com seus familiares, porém após o descumprimento e alteração de comportamento o mesmo segue com restrição de novas saídas terapêuticas.

Aquiles

Passou pelo HCTP algumas vezes para realizar tratamento psiquiátrico, realizou alguns laudos de Sanidade Mental, em um deles retornou a instituição e ficou internado para realizar laudo e cumprir a medida de segurança que teve como prazo mínimo de três anos.

O usuário residia com seus pais e com um irmão até cometer o delito. Segundo relato de sua mãe, o usuário apresentou na infância os primeiros sinais de dificuldades no desenvolvimento. Começou a fazer tratamento na rede de saúde mental do município quando já era adulto, o usuário recebe BPC/LOAS, cujo é curatelado pela mãe.

Quando estava em medida de segurança no HCTP, o usuário era tranquilo, participava parcialmente das atividades, recebia visita mensalmente de sua mãe e mantém contato telefônico. Em decorrência do delito o usuário não poderá retornar a residir com família. Desta forma o setor Psicossocial, sugeriu que o usuário fosse encaminhado após alta hospitalar para a residência terapêutica do município de Joinville.

O paciente atualmente reside na Residência terapêutica em Joinville, e continua seu tratamento no CAPS III.

O município de Joinville possui uma rede de atenção psicossocial ampla, esta rede é fundamental no processo desinternação e tratamento para as pessoas com transtorno mental egressos do HCTP.

Héclares

Está internado no HCTP desde 1985, O Laudo de Sanidade Mental conformou que o usuário não possuía a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato. Desta forma foi considerado inimputável. Sendo assim, foi determinado medida de segurança devido ao delito cometido, o tempo para cumprimento da medida de segurança foi estipulado o período de três anos. Não realizou tratamento psiquiátrico anteriormente ao delito cometido. Natural de uma cidade do sul do estado, na adolescência mudou-se

para a capital para realizar estudo e assim se formou na antiga Escola Técnica (atualmente IFSC). Após concluir seus estudos voltou a cidade de origem, onde morava com seus pais.

Por ter cometido delito contra seus familiares, ocasionando a morte destes, desde então os vínculos estão fragilizados com a família. Por esse mesmo motivo, após trinta anos de cumprimento de medida de segurança, e tendo Laudo de Cessação de Periculosidade cessado e também com liberação judicial determinando sua alta hospitalar o mesmo se encontra no HCTP.

No que tange ao apoio familiar, o paciente raramente recebe visita, tem mais três irmãos, porém, somente um irmão que entra em contato e, atende nossos telefonemas, mas deixa claro que não possui condições psicológicas de receber o paciente em sua casa. O paciente já perdeu o vínculo com a família e amigos daquela cidade devido ao delito e aos seus 29 anos de confinamento. (PRONTUÁRIO HÉRACLES)

O usuário participa diariamente das atividades desenvolvidas no CAPS Ponta do Coral. Isso se mostra como uma “alternativa” para ter a possibilidade de uma reinserção na sociedade após estar tanto tempo privado de liberdade. Por estar com a periculosidade cessada, o usuário é o único interno do HCTP a sair sozinho da instituição, fazendo parte do Programa de Alta Progressiva.

3.3 Análise do modelo manicomial do HCTP e as consequências para os usuários

A lei nº 10.216/2001 dá uma base jurídica necessária aos militantes do movimento da Reforma Psiquiátrica, movimento este que iniciou na década de 1970. Este movimento defende a Luta Antimanicomial que visa lutar pela garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental.

Nas palavras de Barbosa, Costa e Moreno (2012):

O movimento da luta antimanicomial compõe o cenário nacional de luta em prol dos direitos dos usuários e familiares a uma atenção digna dos serviços de saúde, através de ações que se multiplicam e pautam pela criatividade dos protagonistas, que buscam mudar o imaginário social sobre a loucura (BARBOSA, COSTA E MORENO, 2012, p.46).

Sabe-se que essa luta por mudanças de práticas e paradigmas não é fácil, muitos desafios já foram superados, contudo, muitos outros ainda precisam ser enfrentados no âmbito da luta antimanicomial. Dentre esses

desafios a serem superados está a questão do preconceito em relação aos usuários do HCTP, por serem “loucos” e “criminosos”. Esse duplo preconceito praticamente determina o imaginário social construído em relação a essas pessoas.

Os usuários, mesmo após o Laudo de Cessação de Periculosidade concluído e afirmando que o mesmo se encontra apto para a reinserção na sociedade, será visto como sempre como o “louco”. Essa visão está refletindo uma subjetividade que foi construída ao longo do tempo. Esse processo se mostra como uma máquina que trabalha constantemente no sentido de construir modos de “existência, de agir e dizer o mundo” (TEDESCO, CAETANO, [20--]).

Conforme consta numa passagem do processo judiciário:

Teria Héracles condições de morar sozinho, mas para que isso ocorra, será necessário que um membro de sua família alugue um local adequado para o mesmo uma vez que ele por estar a 28 anos internado no HCTP, fica difícil alguém aceitar sua assinatura em um contrato de aluguel (PROCESSO HÉRACLES).

Mudar o imaginário social e a compreensão das pessoas frente aos usuários que cumprem medida de segurança se mostra com um dos maiores desafios ao movimento antimanicomial. As visões e práticas permeadas pelo preconceito, medo e repugnância foram moldadas na sociedade ao longo de séculos, assim a desconstrução da visão conservadora perante os “loucos criminosos” não será atingida em curto espaço de tempo. Mudanças na compreensão e da cultura dominante serão graduais e surgirão posições conflituosas acerca do tema.

A passagem acima demonstra o quanto o preconceito com relação aos “loucos” infratores é bastante forte. Numa leitura crítica do excerto não se pode deixar de perceber que há um preconceito embutido na afirmação, visto que vinte e oito anos internado no HCTP não se traduz em impeditivo para que um contrato de aluguel seja firmado. É importante salientar que o usuário possui fonte de renda “o paciente é aposentado por invalidez, recebe um salário mínimo mensal e, após alta do HCTP terá direito de receber o De Volta para Casa (Lei 10.708/2003), seu valor atual é de R\$ 412,00” (PROCESSO HÉRACLES).

Entende-se que a sociedade é responsável por moldar os

comportamentos das pessoas. Ela determina como se deve agir, pensar e se comportar. Se algo não tiver de acordo com as normas sociais, com certeza será penalizado. É difícil viver com esse estresse de ter que se submeter a um policiamento constante e quase sempre agressivo.

Essa sociedade tende a excluir aqueles que não são considerados capazes de pertencer e de serem aceitos na sua integralidade. Porém, nem mesmo as pessoas com transtornos mentais deixam de ser julgadas, pelo contrário, são as que recebem mais críticas, principalmente se tiver uma crise e decorrência disso vier a cometer um delito.

Percebe-se a dificuldade que as famílias possuem em manter o vínculo no período de internação, as dificuldades são muitas, por exemplo, da ordem financeira, a distância entre o HCTP e as residências dos familiares dos usuários, além desses dois exemplos, não se deve descartar os traumas no seio familiar que o delito possa ter causado. Neste caso é difícil para as famílias aceitarem que os usuários tenham cometido delitos que, algumas vezes tirou a vida de pessoas da própria família ou de pessoas próximas. Rosa (2000) é bastante eloquente quando analisa as questões da participação da família no processo de cuidado do paciente.

A família por sua vez, busca, mediante a atitude do acompanhante, convencer os profissionais de saúde mental a internar e, em muitas situações, a prolongar o tempo de internação, justificando essa necessidade em função de procedimentos morais do enfermo considerados desviantes ou intoleráveis. Dessa maneira, utilizam o argumento dos riscos impostos pelo portador do transtorno mental à integridade física de outras pessoas e a ameaça que o mesmo constitui aos bens e ao patrimônio familiar. No discurso familiar dirigido aos trabalhadores em saúde mental, o portador de transtorno mental aparece como uma ameaça de agressão física e material (ROSA, 2000, p. 269-70).

Partindo desse pressuposto é essencial o trabalho do Serviço Social durante o tratamento, para mostrar à família sua importância e participação, a fim de conhecer e entender melhor a doença e tornando parte desse tratamento psiquiátrico.

O usuário ao realizar o processo de desinternação do HCTP possui sua identificação e documentos pessoais garantidos. O setor de Serviço Social da instituição em uma de suas atribuições legaliza toda a documentação. Sendo assim, ao sair do HCTP-SC o usuário tem totais condições de firmar um contrato de aluguel. O único obstáculo que pode impedir que os contratos de

aluguéis fossem firmados com os egressos do HCTP-SC é o preconceito presente na sociedade.

Na mesma linha de pensamento cabe destacar a passagem retirada da Decisão judicial proferida pela Juíza de Direito Sonia Maria Mazzetto Moroso Terres:

O que não se admite é que pacientes possuidores de laudo de cessação de periculosidade continuem internados no HCTP por ausência de local adequado que possa proporcionar o respectivo acolhimento e auxiliar no tratamento ou, ainda, não seja conferida nenhuma oportunidade de progressão da medida de segurança aplicada, nos mesmos moldes da progressão da pena (PROCESSO HÉRACLES).

A magistrada é consciente que o usuário não pode continuar “esquecido” no hospital psiquiátrico mesmo com laudo de cessação de periculosidade cessado. O médico perito é o profissional capacitado para determinar a cessação da periculosidade. Assim, o paciente tem condições de que receba uma progressão da medida de segurança, assim possa receber alta hospitalar e realizar o tratamento de forma ambulatorial nas unidades de saúde disponíveis.

A mesma Juíza faz críticas à ineficiência do Estado em garantir direitos básicos aos egressos do HCTP-SC, nas palavras dela,

Atualmente, o paciente possui condições de convivência social, mas por ausência do cumprimento das políticas públicas inerentes à área da saúde e social não se pode simplesmente abrir as portas do HCTP e liberá-lo porque não tem para onde ir. (PROCESSO HÉRACLES).

Está-se de acordo com a visão da Juíza, pois é fato notório que o Estado de Santa Catarina pouco se esforça no sentido de implantar políticas públicas que atendam este público. Este fato fica nítido pelo pequeno número de residências terapêuticas disponíveis no território catarinense. Outro fato a se lamentar é que Florianópolis, capital do Estado, não possui um CAPS 24h e muito menos Serviços Residenciais Terapêuticos.

A lei 10.216/01 aborda mais de uma vez a questão em debate, no seu artigo 5º ela é taxativa em estabelecer as obrigações do Estado no que tange aos pacientes a longo tempo internados no hospital e sem suporte familiar e social. A lei afirma que

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial

assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (Lei 10.216/01).

Tem-se na leitura do artigo a certeza de que o Estado é o responsável pela formulação de políticas específicas para atender as necessidades de reinserção psicossocial dos usuários que tiveram internados por longos períodos. Também se faz necessárias unidades da rede de atenção psicossocial no sentido de prestar atendimento que assegurem a continuidade do tratamento.

Ianni Régia Scarcelli em sua pesquisa sobre o movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica no Estado de São Paulo demonstra o quanto o Estado é limitado em atender as necessidades demandadas pelos usuários da rede de atenção. Discorrendo sobre a instauração de CAPS na cidade de São Paulo o autor chama a atenção para o pouco resultado alcançado no sentido de alterar as práticas vigentes,

Apesar de suas características inovadoras, a inauguração de apenas um serviço numa realidade complexa como a do município de São Paulo não poderia trazer impacto à situação mais geral dos pacientes psiquiátricos. A política de internação, como já apontamos, em nada se alterou em todo esse processo (SCARCELLI, 1998, p.42).

Neste sentido, sabendo da complexidade do tema e das muitas demandas sociais cabe ao poder público promover o debate amplo no sentido de perceber quais as necessidades e assim contemplá-las no curto espaço de tempo. O problema não é de simples solução, mostra-se transversal e interdisciplinar, contudo, não se admite o Estado, declinar ou se refutar em enfrentar as questões inerentes ao tema da reforma psiquiátrica no seu sentido amplo e irrestrito.

Outro ponto analisado nos prontuários é que alguns usuários já se encontram com alvará de soltura expedido pelo Juiz de Direito. Nessas decisões de soltura, há casos que a decisão já foi proferida a um período superior de um ano, não são cumpridas e o usuário permanece internado no HCTP-SC. A respeito deste não cumprimento das decisões judiciais o usuário continua sofrendo a amarguras de sobreviver num ambiente inadequado às condições humanas.

O antimanicômio não é mero adereço do manicômio. Não é, não pode e nem deve ser. Não há meio termo nesse campo. Não há

caminho do meio nessa matéria. O antimanicômio significa a assunção de uma postura ética diante do outro, o louco, que deve ser respeitado na sua dignidade e nos seus direitos fundamentais. Pelas mesmas razões, não se pode admitir a possibilidade de reformar o manicômio para fazer dele um lugar humanizado, o que jamais será, mesmo que disponha de espaços limpos e serviços hospitalares de qualidade. O manicômio judiciário é instituição asilar, essencialmente lugar de contenção e segregação, inapto e incompatível com qualquer tipo de tratamento psiquiátrico. (CAETANO E TEDESCO [20--], p 10).

A realidade apresentada no excerto acima é emblemática em relação ao cotidiano enfrentado pelos internos. A proposta de se reformar o manicômio no sentido de humanizá-lo não se mostra aceitável, visto que uma instituição asilar e privativa de liberdade, não se enquadram, *a priori*, deste adjetivo.

Essa visão do manicômio judiciário como instituição asilar está presente também nos pedidos do Ministério Público de Santa Catarina. Num pedido de Habeas Corpus para um paciente do HCTP-SC, o MP-SC questiona o prazo máximo de internação.

Conclui-se, assim, que a manutenção da pessoa com transtorno mental em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em tempos constitucionalmente democráticos, consubstancia-se em tortura institucional', ainda mais se tratando de cumprimento por tempo além do prazo máximo estipulado a qualquer sanção penal (PROCESSO ZEUS).

Nessa mesma linha de argumentação a Juíza de Direito afirma que é uma afronta aos Direitos Humanos a permanência dos usuários por tanto tempo nas dependências do HCTP-SC

Em havendo um parecer médico de cessação de periculosidade condicionado à existência de um local adequado para o acolhimento do paciente, mascara-se a real situação: a uma, porque o HCTP encontra-se com uma lotação que, em tese, não é sua pois o paciente ocupa vaga de outro, o qual pode estar segregado em local inadequado ou, mesmo que em liberdade, sem tratamento, colocando a sociedade ou à ele próprio em risco; a duas, porque, caracteriza-se a omissão inadmissível do Estado, em evidente afronta aos direitos humanos (PROCESSO HÉRACLES).

Todas essas passagens apresentam um ponto de contato muito importante no que concerne a perda de sociabilidade e contato com a família por estar internado a longo período. Verifica-se que os casos se repetem quando se atenta o olhar para os casos em que os pacientes ficam reprimidos e com falta de perspectiva em projetos novos nas suas vidas. Na década de 1990, um paciente do HCTP foi aprovado na Universidade. Essa grande vitória, entretanto, foi pouco tempo depois interrompida. A passagem a seguir mostra

os motivos que o levaram a tomar esta decisão.

Matriculado no curso de Turismo e Hotelaria dessa Universidade, por estar acometido de enfermidade que exige longo período de tratamento vem respeitosamente perante Vossa Senhoria dizer que desisto do referido Curso. 30/06/1994 (PROCESSO HÉRACLES).

Vê-se que esta decisão é de 1994 e, já naquele ano, o paciente se mostrava contrário de continuar a vida acadêmica. A pergunta que cabe neste momento é: O paciente continua internado no HCTP e já se passaram mais de vinte anos, quais são as motivações deste para reatar seus vínculos sociais com esta sociedade que o julga e o exclui?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar esse trabalho, possibilitou resgatar contextos históricos que nos auxiliam a compreender e analisar aspectos contemporâneos da política de saúde no Brasil, principalmente em relação a saúde mental, interface deste trabalho, assim como em relação a história da loucura que contextualiza o porquê das pessoas com transtorno mental, ainda nos dias atuais, vivenciarem tanto preconceito.

Percebe-se que com o passar da história o entendimento sobre a "loucura" foi se modificando. Se antes do século XVIII, os loucos não eram vistos como pessoas que deveriam se excluídas da sociedade "normal", foi a partir de uma construção do saber médico acerca do tema e da doença que estas pessoas passaram a serem objetos de políticas medicinais no sentido de fazer com que elas fossem "curadas". O propósito era que essas pessoas, "os loucos", fossem separados da sociedade capitalista burguesa nascente.

Com os movimentos da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, há um aumento nos debates em defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental. Esse processo foi e continua sendo lento, porém, alguns desafios desse processo estão sendo conquistados ao longo das últimas décadas. É exemplo destas vitórias a aprovação da Lei 10.216/01 e um melhoramento na forma de tratamento dos usuários. É bem verdade que as demandas ainda são muitas e crescem muito mais rápidas do que o Estado se dispõe a atendê-las, por exemplo, a falta de espaços apropriados para o acolhimento, quando necessário, e a reinserção conturbada dos usuários na sociedade e em convívio com seus familiares.

Sabe-se a importância da reinserção das pessoas com transtornos mentais, após estarem privados de liberdade por longos períodos, e as diversas dificuldades e preconceitos encontrados. A exclusão do convívio ainda aparece constantemente nos dias atuais, pois a realidade dos usuários do HCTP se diferencia da realidade de outras pessoas com transtorno mentais, devido ao estigma de "louco criminoso". A sociedade tem medo por não saber lidar com essa situação, desta forma acaba deixando de lado e não dando o apoio necessário.

Os resultados alcançados na pesquisa demonstram que mesmo com uma legislação antimanicomial vigente e conhecida pelos profissionais que trabalham com saúde mental, esta muitas vezes não é cumprida.

Dentro do HCTP há muitos profissionais que são totalmente militantes da Reforma Psiquiátrica e do antimanicômio, contudo, a autonomia para realização do trabalho é limitada e não possuem a última palavra na decisão de desinstitucionalização dos usuários.

Chega-se à conclusão que ainda há um longo caminho a ser percorrido na proposta de se construir o antimanicômio. O antimanicômio não é somente um prédio, ou construção civil que abrigará os “loucos criminosos”, mas é muito mais do que isso, é a desconstrução dos preconceitos vigentes na sociedade perante o diferente e não aceitar que o tratamento seja nos modos de prisão asilar.

Na visão desta pesquisadora a luta antimanicomial é para além da criação de espaços apropriados de moradia e tratamento às pessoas com transtorno mental. A luta tem que ser ampla, os preconceitos devem que ser suprimidos, as práticas têm que estar aptas a garantir à pessoa com transtorno mental um tratamento digno e em meios abertos que não utilizem meios de internação asilar.

APÊNDICES



AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO

Exmo. Sr.

Diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

A acadêmica de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina **Cinthyá Cardoso Crispim** está desenvolvendo uma pesquisa para o trabalho de conclusão de curso sob orientação da Profa. Dra. Dilceane Carraro. Este trabalho tem como objetivo analisar a desinstitucionalização dos pacientes em tratamento e o acesso à rede de atenção psicossocial. Para atender ao objetivo da pesquisa solicitamos a autorização para acesso e coleta de dados nos prontuários dos pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Serão tomados todos os cuidados para garantir o sigilo da identidade dos pacientes e nos comprometemos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste estudo.

Cinthyá Cardoso Crispim
Acadêmica de Serviço Social
Curso de Serviço Social/CSE/UFSC

Profa. Dra: Dilceane Carraro
Orientadora
DSS/CSE/UFSC

Florianópolis, 20 de junho de 2017

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. (Org.) **Asilos, alienados e alienistas**. In: Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994, p. 73-83.

_____. (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

AMARANTE, P. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p.735-759.

AROUCA, S. Reforma sanitária. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 16 ago. 2011.

BARBOSA, G. C.; COSTA, T. G. ; MORENO, Vania . Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios.. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 4, p. 45-50, 2012.

BRASIL. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº106, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT. Brasília, 2000. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm Acesso em: 19/06/2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 246, de 17 de fevereiro de 2005**. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Brasília: 2005a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0246_17_02_2005.html Acesso em: 10/06/2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002a**. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Brasília, 2002a. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/Portaria_n336.htm Acesso em: 10/06/2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014**. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o

respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html
Acesso em: 12/06/2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011a.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
Acesso em: 12/06/2017

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 3.090 23 de dezembro de 2011b.** Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília: 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html
Acesso em: 12/06/2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário: Relatório Final do Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.** Brasília, 2002c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_psiquiatrica.pdf Acesso em: 05/05/2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
Acesso em: 24/05/17.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental: Acessibilidade, Direitos, Cidadania.** Brasília, 2001. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf. Acesso em: 24/04/2017.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923.** Lei Eloy Chaves. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm

----- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm Acesso em: 15/05/2017.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm Acesso em:
 21/06/2017.

_____. Ministério da Saúde (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde/ OPAS.

BRAVO, M. I. Políticas brasileiras de Seguridade Social: Saúde. In. **Capacitação em Serviço Social e política social**. Módulo 3. Brasília: UNB-CEAD, 2000., p. 103-116.

BONASSA, Giselli Dandolini. **A Desospitalização e os Impasses da Reintegração Social: Um Estudo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, apr. 2010. ISSN 2175-3598. Disponível em:
 <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19939>>. Acesso em: 27 June 2017

CORDIOLI, Maria Sirene. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: Os Direitos Preconizados pela Reforma Psiquiátrica e a Realidade dos Internos**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 1, mar. 2013. Disponível em:
 <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60>>. Acesso em: 12 Abr. 2017..

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

-----, Michel. **História da Loucura**. Petrópolis: Vozes, 1984.

-----, Michel. **Historia da loucura na idade clássica**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. 551p. (Coleção Estudos; 61)..

FRAYZE-PEREIRA, João A. (João Augusto). **O que é loucura**. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 112 p. (Primeiros passos (Brasiliense) ; 73).

GALVÃO Márcio Antônio Moreira. **Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: Do Brasil-Colônia a 1930**. 2007. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf> Acesso em:14 de junho de 2017>.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7º ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2001.

GOMES, Sabrina. **Os Desafios do Serviço Social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado De Santa Catarina**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. **Plano de Trabalho do Serviço Social**. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Florianópolis, 2006.

_____. **Regimento Interno. Decreto nº. 4.283, de vinte e sete de setembro de 1994**. Florianópolis, 1994.

IAMAMOTO, MV. **A questão social no capitalismo**. Temporalis. 2004.

IYDA, Massako. **Cem Anos de Saúde Pública: a cidadania negada**. São Paulo: Unesp, 1994.

JUNIOR, Osvaldo Gradella. **Hospital Psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão**. In: Revista Psicologia & Sociedade;14 (1):87-102;jan./jun.2002. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em 13 de junho de 2003.

LUZ, Madel T. Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MATOS, M. C. de. O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez. N. 74, jul./2003, p. 84-117.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2007.

ROSA., Lucia Cristina dos Santos: **As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidado dos portadores de transtorno mental**. In: VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e interdisciplinaridade**. 2. Ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.

SCARCELLI, Ianni Régia. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989 - 1992**. 1998. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
doi:10.11606/D.47.1998.tde-03112005-221529. Acesso em: 2017-06-29.

VARGAS, Danieli Cristina. **A Atuação Profissional do Serviço Social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina**. 2016. 65 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.