

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Mateus Pierri da Silva

**Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis: O manicômio
do século XXI?**

Florianópolis

2022

Mateus Pierri da Silva

**Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis: O manicômio
do século XXI?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina para
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social. Orientadora: Prof^a e Dra. Dilceane
Carraro

Florianópolis

2022

MATEUS PIERRI DA SILVA

**HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE
FLORIANÓPOLIS: O MANICÔMIO DO SÉCULO XXI?**

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.

ORIENTADORA

Dra. Heloísa Teles, Professora do Departamento de Serviço Social.

1º EXAMINADOR

Denise Venera, Assistente Social do HCTP.

2ª EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Primeiramente queria agradecer a um querido amigo, seu nome era Lost, um gatinho que achei perdido quando estava voltando de um passeio na cachoeira, ele estava assustado e com medo, se escondeu perto de um barranco, mas fui atrás dele, com paciência o chamei e aos poucos ele se aproximou, seu coração batia rápido como um tambor, segurei em meus braços e prometi a ele que iria cuidar. Chegando em casa minha mãe não permitiu ficar com ele, então mandou eu doá-lo a alguém. Coloquei uma postagem nas redes sociais apenas por um dia, a fim de evitar que alguém o adotasse, pois já notava que tinha uma conexão com ele. Passou os dias e ele ficou, seu nome que significa “perdido” ficou, mas no fim eu tinha encontrado um serzinho que mudaria minha vida. Eu agradeço plenamente todas as vezes que chegava em casa tarde da noite e ele vinha me cumprimentar, me seguia por toda a casa como um cachorro, na hora de dormir seu ronronar me acalmava, suas mordidinhas no pé me faziam cócegas. Assim se seguiu pelo meu tempo na graduação, todo dia olhava seu rostinho lindo e fofo me fazia continuar. Infelizmente ele veio a falecer, eu vi toda sua dor nos dias que se passaram. Quando se foi, todos em casa sentiram o pesar de sua partida, mas eu sei que você estará sempre comigo em meu coração. Obrigado Lost por ter feito cada dia da minha vida uma razão para estar aqui, por me acolher sem dizer nada, por me adotar e lidar com meus pesares, você me salvou sem ao menos saber disso, te amo meu amigo eterno!

Agradeço também ao meu pai Pedro Nicolau da Silva Filho, também conhecido como Télo ou Bitele. Obrigado por me apoiar no caminhar da minha graduação, por me levantar toda vez que eu caía, por ser mais amigo que qualquer outro, por tentar entender pelo que eu passava, por beber várias cervejas comigo e desabafar sobre a vida, de querer saber coisas que não tinha necessidade de aprender, por me ouvir todas as vezes que precisava de um conselho, por me elogiar e me pôr para cima quando me via cabisbaixo, por falar que eu conseguia fazer todas as coisas, por me ajudar de forma financeira, pois sem isso essa graduação não seria possível. Obrigado meu pai por estar ao meu lado, por ser um pai amigo incrível que você é. Quero agradecer a minha mãe por cuidar de mim, mesmo nas condições mais difíceis. Obrigado por me ensinar tudo que você pode passar para mim, pois foi com seus ensinamentos que conseguir chegar até aqui!

Agradeço a uma amiga da graduação, muito mais que uma amiga, uma irmã, que se chama Samantha Schütz, se pronuncia “Schitiss” som de “i” com boquinha de “u”. Uma amiga que no primeiro dia da graduação já despertou uma amizade que duraria uma vida inteira. Na primeira semana já estávamos mais grudados que chiclete no sapato. Me ajudou com as leituras durante a graduação. É uma pessoinha encarnada que adorava uma manifestação e organizar manifestos. Aluna que foi exemplo para mim, que me apoiou sem precisar de nada em troca, escutou meus desabafos da vida, me ajudou a seguir sem olhar para trás, me fez estar aqui e agora. Amiga, serei eternamente grato por você entrar em minha vida.

Também queria agradecer a chamada por mim Ana Cananéia, por me mostrou como uma verdadeira aquariana outros pontos de vista, que soube me ouvir quando precisava, que deu seu ombro para chorar (e olha que chorei de soluçar), que me deu momentos de grandes loucuras durante a graduação. Obrigado amiga por ser essa aquariana que eu gosto.

Agradeço a Shyrley ou também conhecida como Mayara, que de uma brincadeira cresceu uma amizade divertida, mesmo no fundo do poço estávamos rindo. E de tanto te chamar de Shyrley ter esquecido seu nome verdadeiro, obrigado por me dar uma baita diversão nessa graduação.

Queria agradecer a você Gustavo Goulart, primo e amigo, que desde muito tempo sempre estive do meu lado, nossas conversas me fizeram ser quem eu sou hoje, aprendendo juntos, mesmo com várias brigas e tretas, sempre estive ao meu lado, me mostrou uma parte da Universidade que eu adorei. Festinhas mais divertidas e rolês gloriosos. Obrigado amigo por sempre insistir, conversar e debater sobre a vida.

Também quero agradecer a uma pessoa que entrou recentemente na minha vida, que apoiou muito até chegar aqui. Adércio Junkes meu querido amor, você me ajudou a se erguer novamente e ter forças para construir o TCC, foi muita a luta interna para chegar onde chegamos e também muito trabalho duro, entre altos e baixos que pareciam nunca acabar, por todos os momentos felizes e mágicos que vivemos ao mais difícil que conseguimos superar juntos, isso que faz a gente conseguir alcançar nossos objetivos, a capacidade de se tornar mais forte a cada dia após cada batalha vencida. Por isso sou grato de você entrar na minha vida e está ao seu lado, meu querido amor!

Agradeço a melhor orientadora de todos os tempos inimagináveis, Dilceane Carraro, além de me ajudar muito na construção do meu TCC, sempre me ouviu sobre o que passava sobre minha vida, com um sorriso no rosto, sempre disposta a ouvir e aconselhar.

Agradeço a Professora Eliete que sempre ouviu todos os meus problemas em sala, que acreditou em mim e que me mostrou que eu sou bom no que faço, sempre sorridente que chega a alegrar o dia de qualquer pessoa.

Agradeço a Professora Luciana Zucco, que mesmo com um medo tremendo dela, me mostrou que eu sou capaz, que eu sou forte e que irei conquistar o que eu quiser na vida.

Agradeço a todos os envolvidos que viram uma novela mexicana nessa graduação, no fim só tenho gratidão a todos que estiveram do meu lado, independentemente do tempo que estiveram perto de mim. Vocês são demais galera!

Gratidão!

SILVA, Mateus Pierri da. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis: O manicômio do século XXI?**. 2022. 71 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso abordará a história da construção da loucura no mundo ocidental, fazendo um percurso das proto-formas do desenvolvimento da psiquiatria no contexto europeu e sua influência no Brasil, além de trazer como se desenvolveu a saúde mental no contexto brasileiro, e o desdobramento da reforma psiquiátrica; também o percurso histórico do desenvolvimento do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis – HCTP e sua dinâmica social; também aborda os conceitos de instituição total, periculosidade e medida de segurança que envolvem o HCTP; por fim a rede de apoio à saúde mental. Tem como objetivo geral evidenciar a construção histórica do controle penal direcionado às pessoas em sofrimento psíquico e mental em conflito com a lei. Como objetivos específicos se elegeram: recuperar a história da saúde mental no Brasil; identificar as origens da institucionalização das pessoas em sofrimento psíquico e mental em conflito com a lei; problematizar a institucionalização e a medida de segurança como medidas preventivas direcionadas às pessoas em sofrimento mental e psíquico. A metodologia escolhida se baseia na pesquisa bibliográfica de revisão histórica e teórica. Por fim tem como resultado retomar a crítica da medida de segurança e as contradições impostas pela instituição em face das conquistas da luta anti-manicomial no Brasil.

Palavra-chave: Saúde mental. Reforma psiquiátrica. Hospital de custódia e Tratamento Psiquiátrico. Medida de segurança. Periculosidade.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 01 – Organograma do departamento de administração penal.....	42
Figura 02 – Centro de Atenção Psicossocial.....	59
Figura 03 – Rede de Atenção Psicossocial.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP - Associação brasileira de Psiquiatria

BPC - Benefício de Prestação Continuado

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira

CEBES - Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CJM - Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira

CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciário

CPPII - Centro Psiquiátrico Pedro II

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis

ICNSM - I Conferência Nacional de Saúde Mental

II CNMTSM - II congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPQ/SC - Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

PAE - Programa de Acompanhamento ao Egresso

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

TCC - Trabalho de conclusão de curso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 HISTÓRIA DA LOUCURA E MEDIDAS DE CONTROLE.....	13
2.1 Breve Contextualização da história da Loucura.....	13
2.2 Controle da loucura e a construção dos manicômios no Brasil.....	18
2.3 A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	24
2.3.1 Trajetória Sanitarista I.....	27
2.3.2 Trajetória Sanitarista II.....	29
3 HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO DE FLORIANÓPOLIS.....	34
3.1 Estrutura e Funcionamento.....	37
4 CONCEITO DE INSTITUIÇÃO TOTAL.....	46
4.1 A construção do Conceito de Periculosidade e Medida de Segurança.....	49
5 REDE DE APOIO A SAÚDE MENTAL OUTRA ATENÇÃO AOS SUJEITOS.....	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....;	69

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso – TCC teve como base a realização do Estágio Obrigatório exigido no currículo do curso serviço social. O estágio foi realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis – HCTP, que está integrado ao complexo penitenciário na Agronômica e único do tipo do Estado de Santa Catarina, o estágio foi realizado no ano período de um ano entre os anos de 2018 a 2019.

O HCTP é uma instituição voltada para pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, uma mescla de hospital-presídio, estes são internados na instituição por meio da medida de segurança, podendo permanecer na instituição no período de um a três anos, além da possibilidade de ser estendido a sua permanência caso o usuário não apresente melhora, que é analisado por uma equipe multiprofissional e realizam o laudo de periculosidade, se o usuário estiver apto para o convívio em sociedade, este é desinternado.

Durante meu percurso no estágio comecei a me deparar com a complexidade da instituição e querer entender o seu papel social nos dias de hoje. Vivenciando a situação em que os usuários se encontravam na instituição, não havia uma melhora significativa destes, além da instituição ter dificuldades em prover um verdadeiro tratamento terapêutico. O HCTP apresentava-se mais como uma prisão, cujo o foco maior está relacionado em cumprir uma pena, do que um hospital cujo o foco seria a promoção a saúde mental. A partir dessa proximidade com a saúde mental comecei a me questionar: O que é o HCTP e qual a sua história? O que é medida de segurança? Quais as contradições evidenciadas em um hospital-prisão? Por que o HCTP evidencia as desigualdades sociais? Quais as demais possibilidades além do HCTP?

Foi a partir desses questionamentos que propulsionou a produção deste TCC, cujo objetivo é evidenciar a construção histórica do controle penal direcionado às pessoas em sofrimento psíquico e mental em conflito com a lei. Os objetivos específicos são: recuperar a história da saúde mental no Brasil; identificar as origens da institucionalização das pessoas em sofrimento psíquico e mental em conflito com

a lei; problematizar a institucionalização e a medida de segurança como medidas preventivas direcionadas às pessoas em sofrimento mental e psíquico.

Para a construção deste trabalho foi utilizado o método crítico dialético da tradição marxista, além de ser uma pesquisa bibliográfica, de revisão histórica e teórica. Uma pesquisa qualitativa que segundo Minayo (2001 p.21-22)

responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Além da

[...] pesquisa bibliográfica coloca frente a frente os desejos do pesquisador e os autores envolvidos em seu horizonte de interesse. Esse esforço em discutir ideias e pressupostos tem como lugar privilegiado de levantamento as bibliotecas, os centros especializados e arquivos. Nesse caso, trata-se de um confronto de natureza teórica que não ocorre diretamente entre pesquisador e atores sociais que estão vivenciando uma realidade peculiar dentro de um contexto histórico-social. (2001, p.53).

Por fim o trabalho estará dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo será abordado a construção histórica da loucura, o surgimento dos hospícios, o desenvolvimento da psiquiátrica, depois será apresentado a construção da psiquiatria no Brasil e a construção e desenvolvimento da luta antimanicomial, marco importante na consolidação dos direitos às pessoas em sofrimento psíquico. No segundo capítulo apresentará a história do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP, além de evidenciar a dinâmica institucional adquiridas no campo de estágio. No terceiro capítulo serão expostos os conceitos que circundam a instituição, como o conceito de periculosidade, o desenvolvimento da medida de segurança e conceito de instituição total. Por último será abordado a rede de apoio a saúde mental, fruto da conquista da luta antimanicomial no Brasil, que teve um impacto importante no desenvolvimento e criação dos serviços à saúde mental.

2 HISTÓRIA DA LOUCURA E MEDIDAS DE CONTROLE

2.1 Breve Contextualização da história da Loucura

No decorrer da história humana, cada sociedade e período histórico apresentará uma relação com a loucura. Essas relações são moldadas ao longo de cada período de forma dinâmica, pois as doenças mentais sempre fizeram parte do ser humano.

A existência das doenças mentais é tão antiga como a vida, mas não a sua identificação, a sua interpretação e os tratamentos aplicados, que vem sofrendo mudanças com o decorrer do tempo a fim de acompanhar os padrões culturais, socioeconômicos, o desenvolvimento da ciência e os avanços do conhecimento na sociedade (ESPINOSA, 1998 *apud* GOMES, 2009, p.14).

Essa dinâmica social cria crenças e tabus que circundam as doenças mentais e essas relações podem criar um status sociais ou a marginalização desses indivíduos em sofrimento psíquico, pois como explica Costa (2017, p.15) ao fazer uma releitura de Foucault (1999, 2014) elucida que

a ideia de loucura em determinado momento histórico, bem como os mecanismos institucionais criados para lidar com o louco, pode ser apreendida a partir de um conjunto de discursos influenciado por questões culturais, religiosas e por necessidades econômicas.

As relações sociais podem apresentar uma aproximação com as doenças mentais, como em algumas culturas vista como algo divino ou um distanciamento, criando tabus, medos e a marginalização desse grupo social, sendo assim esse processo dinâmico vem moldando as relações com a loucura. Na

Idade Média, dentro de uma concepção cristã, a loucura era percebida enquanto algo sagrado. Assim, as casas de detenção destinadas ao abrigo de loucos eram concebidas como meio para a prática da caridade e para a provação da fé. Na pintura, a loucura fascinava, pois reunia um saber ao qual somente o louco tinha pleno acesso. Ela sinalizava momentos onde toda a sabedoria, toda a razão, seria aniquilada. Assim, o elemento trágico ligava o homem à instância maior do seu destino (FOUCAULT, 1999, 2014 *Apud* COSTA, 2017, p.15).

A loucura era considerada como algo divino, por expressar um conhecimento que nem todos tinham acesso. “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” (CRISPIM, 2017, p.22).

Porém após a Revolução Francesa, segundo Paulo Amarante (2007) foi um período de diversas transformações sociais, econômicas, políticas e científicas. Essas transformações sociais impactaram na relação com a loucura, nesse sentido, Crispim (2017) aponta:

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. (CRISPIM, 2017, p.25)

Com a Revolução Francesa, a relação humana com a loucura criou novos patamares, a loucura passa a não ser mais vista como parte do ser humano, mas como uma disfunção moral e social. Pois

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. (CRISPIM, 2017, p.26)

A loucura fazia parte do dia a dia e aceita socialmente, como parte do ser humano. Mas

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. (CRISPIM, 2017, p. 26)

Foucault (1984) salienta que os loucos, os doentes e os vagabundos não tinham muita distinção nas recentes cidades industriais, mas a sua presença nos locais públicos causava um desconforto geral, não era a loucura e os vagabundos que as incomodavam, mas tudo que se apresentava fora dos padrões da sociedade burguesa, sendo assim o louco prejudicava a ordem social da época, fugindo da ética e a moral exigida pela sociedade da época.

A loucura que passou a ser vista como doença e algo “anormal” passou a estar recheada dos preconceitos e estigmas como afirma Gonçalves (2018, p.14)

[...] os sujeitos com transtorno mental foram sendo rotulados de muitas maneiras, sendo uma delas como “loucos”. O “louco” era geralmente mantido preso em sua própria residência, fazendo com que a questão da “loucura” permanecesse oculta na sociedade. [...]

O estranhamento com a loucura propiciou por meio do senso comum explicar as causas da doença mental e justificar a loucura: “como castigo dos deuses, como experiência trágica da vida, como possessão de demônios, como poderes sobrenaturais” (BISNETO 2007, p. 173 apud GONÇALVES, 2018, p.14).

O processo da construção do louco perigoso fez com que os “esses sujeitos se tornassem estigmatizados, tornando-os indesejáveis e imprevisíveis ao convívio social, diante disso, deveriam ser mantidos às margens do convívio da sociedade” (GONÇALVES, 2018, p. 14).

A Revolução Francesa propiciou diversas mudanças societárias, desde as relações microssociais e macrossociais. Em especial na área da medicina teve grandes avanços, incluindo a saúde mental. Essa nova relação social mudou a forma como se via a loucura. Assim como a medicina ganhou um novo papel social, que foi se desenvolvendo até os moldes que conhecemos hoje em dia.

Na idade média os hospitais eram locais de caridade e abrigos para os pobres e doentes, com vínculo religioso em especial com a igreja católica, como o próprio nome utilizado, hospital, tem origem do latim, que significa hospedagem. Com o passar da história essas instituições foram sendo moldadas, tornando-se instituições médicas por excelência, deixando de serem locais de filantropia e passando por um novo significado social. Amarante (2007, p.23) ao referenciar o filósofo Michel Foucault expressa que o “hospital geral foi de fundamental importância para a definição de um novo ‘lugar social’ para o louco e a loucura na sociedade ocidental. E, também descreve a origem desses espaços institucionais como “A grande Internação” e “O grande Enclausuramento”, tendo como sua origem marcada pelo isolamento social, que será apresentado no decorrer deste trabalho.

Os hospitais passaram a suprir um poder semi jurídico que ultrapassava os muros da instituição, alcançando além dos internados a população usuária, como afirma Amarante (2007, p. 24)

[...] podemos constatar, tinha início uma grande transição, na qual o hospital de caridade sofreu uma metamorfose e começava a assumir funções mais sociais e políticas. Foi nessas instituições que muitos

médicos foram atuar no sentido de humanizá-las e adequá-las ao novo espírito moderno, principalmente após a Revolução Francesa, e acabaram por transformá-las em instituições médicas. Em uma palavra, o hospital foi medicalizado; foi transformado 'na' instituição médica por excelência.

O hospital passou de uma instituição de caridade, para uma de controle social e após a revolução houve uma mudança significativa, tornando uma instituição de cuidados aos doentes, e outras instituições assistenciais foram criadas para suprir os pobres, famintos, desabrigados e os desajustados da nova ordem social, como escolas, orfanatos, centros de reabilitações e etc.

A medicina foi se apropriando das doenças curáveis, se apropriando de conhecimento por meio do modelo epistemológico e do conhecimento medicamentoso que Amarante (2007) divide em duas etapas. A primeira refere-se à apropriação da medicina dos hospitais que se tornaram seu espaço exclusivo de atuação, tendo transformações fundamentais com o processo da medicalização no final do século XVIII, e no modelo científico que propiciou o nascimento da anatomoclínica.

O hospital tornou-se, a um só tempo, espaço de exame (como um laboratório de pesquisas que permitiu um novo contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e doentes, disciplina do corpo terapêutico e das tecnologias terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (hospital-escola, residência médica, local privilegiado de ensino e aprendizagem). (AMARANTE, 2007, p. 26)

O conhecimento científico da medicina teve consideráveis avanços, no entendimento das doenças curáveis, dos tratamentos medicamentosos e da apropriação dos espaços de atuação (Hospitais, Clínicas, laboratórios), um saber científico nunca visto na história humana, porém um saber da doença em seu estado mais puro e não como sujeitos que experienciam a doença, com um forte modelo biomédico da medicina ocidental.

Assim, não é apenas a psiquiatria que tem esta relação genética com o hospital (ou hospitalocêntrica como se usa dizer), de ser especializada (priorizando o conhecimento isolado de órgão, de partes do corpo), verticalizada e hierarquizada (níveis crescentes de complexidade: primário, secundário, terciário), centrada na doença e não nos sujeitos que têm as 'doenças', e assim por diante (AMARANTE, 2007, p. 27).

Embora o conhecimento científico tenha ganhado um novo status social, as relações sociais sofreram também mudanças, a loucura também embebida da mesma

noção deixava de ser parte do ser humano e passava a ser foco de uma análise clínica, da mesma forma como acontecera com as doenças curáveis, não se olhava mais para este sujeito social, mas somente para suas enfermidades.

Foi somente no início do século XIX que a loucura passou a ser vista como doença, e Philippe Pinel foi uma das figuras mais importantes para a criação da psiquiatria, sendo conhecido também como pai da psiquiatria e também uma figura importante para a medicina moderna. Atuou e dirigiu no Hospital de Bicêtre, além de iniciar grande obra de medicalização em Paris.

Após a Revolução Francesa “Pinel [...] ao propor a liberdade dos loucos que, embora liberados das correntes, devem ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo isolamento” (AMARANTE, 2007, p.29). O louco que antes estava inserido na sociedade, passará a ser isolado, distante dos olhares da população e sua liberdade se fundava numa relação de institucionalização, não poderia mais ir e vir, mas manter-se em um ambiente de vigilância e controle da loucura. “O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do ‘tratamento moral’, o princípio do ‘isolamento do mundo exterior’, é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada na prática psiquiátrica contemporânea” (AMARANTE, 2007, p.29).

Inicialmente a ciência que estuda as doenças mentais era conhecida como Alienismo, e foi Pinel que “[...] lançou as bases do que ficou conhecido como a 'síntese alienista' [...] uma primeira classificação das enfermidades mentais” (AMARANTE, 2007, p. 29). Assim nasceu a profissão da psiquiatria, conhecida primeiramente como alienista.

O Alienista teve um papel fundamental na legitimação do isolamento do louco, como explica Costa legitimou a exclusão social e a necessidade da tutela, visto estes sujeitos como incapazes de decidir sua própria vida. Amarante (2007) explica que o isolamento proposto por Pinel destes indivíduos propiciava também por conhecer a alienação no seu estado mais puro, que possibilitou a própria produção científica, da mesma forma que ocorreu com a medicina, as clínicas se tornaram espaço para a produção deste conhecimento.

A noção de periculosidade já estava sendo ligada com a loucura, o que conseqüentemente propiciou a noção de medo e discriminação. O isolamento se

tornou a forma comum para o tratamento da alienação mental, assim referido a doença mental na época. O alienista se tornava o detentor da verdade, sendo a figura mais poderosa nas instituições na cura da alienação mental.

O tratamento moral da época, era o trabalho terapêutico proposto por Pinel, visto que a sociedade medieval passava por transformações para a sociedade de produção capitalista, o trabalho seria a forma de reeducação mais apropriada para a alienação mental, já que na sociedade emergente capitalista o trabalho era visto com uma noção moral, “[...] o trabalho não era entendido como terapêutico para auxiliar no tratamento do louco, mas sim para ir em busca do lucro. ” (CRISPIM, 2017, p.27).

Com uma nova concepção de um Estado de direito, de cidadania e democracia, que contraditoriamente não contemplava esses indivíduos, que acabavam por perder sua autonomia enquanto cidadãos “[...] assim impedia que o louco tivesse um convívio social, limitando as oportunidades em seu processo de humanização. [...]” (CRISPIM, 2017, p. 27).

Amarante (2007) vai ressaltar que a internação e o isolamento deixarão de ser por caridade ou repressão e passarão pelo pretexto de tratamento terapêutico. Garantindo não só segurança e o tratamento do louco, mas da sociedade e de suas famílias, evidenciando a relação com a periculosidade nos espaços terapêuticos. Esta noção pineliana de tratamento a alienação mental ganhou destaque não só na sociedade ocidental, mas também no contexto mundial.

2.2 Controle da loucura e a construção dos manicômios no Brasil

Na Europa já havia uma preocupação com a posição do louco solto pelas cidades, vagando sem rumo, sujando e degradando as vistas das ruas das cidades europeias. Foucault (1984) descreve que na Europa o louco poluía as cidades burguesas indo contra às normativas da época, como solução de limpar as ruas das cidades, os loucos e vagabundos eram isolados em instituição, como os manicômios, pensões e workhouse, outra solução era banir estes para o novo continente recém-descoberto, como no caso do Brasil.

Gonçalves (1983) salienta que no período Colonial no Brasil, não se tinha uma precaução com os loucos, pois ainda não era conhecida como uma doença. Os

pobres, os loucos e os enfermos eram enviados da Europa para o Brasil, estes vagavam livremente nas estradas no novo continente, não havendo cuidados ou assistências a estes indivíduos, ficando à mercê de três possibilidades: primeiro, eram colocados em prisões por desordem pública; segundo, ficavam aos cuidados da família e em terceiro caso, nas famílias privilegiadas eram mandados para a Europa e internados em instituição para tratamento. E até a segunda metade do século XIX no Brasil não havia nenhum tipo de assistência para esse tipo de público.

Amarante (1983) descreve que antes das primeiras formas de assistência, os loucos eram encontrados por todas as partes das cidades, nas ruas, nas prisões, nas casas de correções, asilos e nas Santas Casas de Misericórdia, embora era inabitual encontrar os loucos internados para tratamento em enfermarias e hospitais. A assistência médica era centrada em asilos, as Santas Casas de Misericórdia concentravam-se como local e celas para tutela dos loucos. (GONÇALVES, 1983).

É somente a partir do ano de 1830 que uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro inicia um diagnóstico da condição dos loucos na cidade. Em consequência passam a ser classificados como doentes mentais, demandando um espaço social próprio para isolamento e tratamento, decorrente da chegada da família real no Brasil (AMARANTE, 1998). No ano de 1841 é construído o primeiro hospício do Brasil na cidade do Rio de Janeiro, conhecido como Pedro II, decorrente de sua coroação como imperador (GONÇALVES, 1983). Inaugurado onze anos depois, em 1852 na Corte Imperial. (GONÇALVES, 2013).

As principais bases teóricas sobre conhecimento da medicina mental do Brasil, assim como para a construção do primeiro hospício, são os referenciais da França e da Inglaterra, pois no século XVIII que impulsionou as primeiras teorias genéricas acerca da insanidade, que se materializa as primeiras instituições para tratamento no início do século XIX, consolidando-se ao longo do mesmo século, como os principais centros de referenciais sobre distúrbios mentais. (GONÇALVES, 2013).

Mesmo com a construção do primeiro hospício do Brasil, já se apresentava com diversos desafios pela frente, em perspectiva da legitimação socioprofissional encarado pela emergente psiquiatria, entre 1850 a 1880 existia uma escassez de produção teórica sobre o tema, além da ausência de uma disciplina voltada às doenças mentais e conseqüentemente uma carência de profissionais especializados.

Em face disto foi criada uma disciplina de doenças mentais apenas em 1881, mediante pelo decreto nº 8.024 de março de 1881¹, que acrescentava a Reforma Leôncio de Carvalho², aprovada já em 1879. (GONÇALVES, 2013).

Com a primeira instituição voltada para os loucos, também se tornou *locus* do saber médico sobre a saúde mental, no controle e experimentos médicos com medicações, choques, pesquisa de drogas, e, ao mesmo tempo os representantes médicos criticavam a assistência das Santas Casas e instituições religiosas pela falta de qualificação em lidar com as doenças mentais. (GONÇALVES, 1983).

Amarante (1983) também destaca que no período entre a criação do primeiro Hospício Pedro II até a proclamação da República, os médicos excluídos das instituições, expressaram suas críticas das insatisfações com o sistema dos hospícios e a ausência de um projeto assistencial científico. Reivindicam o poder das instituições que estavam nas mãos da Igreja. Além de que o hospício se torne um local de produção e conhecimento teórico.

Mesmo com as críticas realizadas pelos profissionais da saúde mental sobre a desqualificação das instituições religiosas, os maus-tratos ainda se mantinham nas instituições médicas, como no caso dos eletrochoques, cirurgias de lobotomia e o isolamento da sociedade.

Com a proclamação da República, o Hospício Pedro II tem sua administração entregue ao Estado brasileiro em 1890, e o nome da instituição passa a ser Hospício Nacional dos Alienados. A assistência médico-legal aos loucos passa a pertencer ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (GONÇALVES, 1983). A psiquiatria busca modernizar-se, desvinculando dos moldes arcaicos do Hospício Pedro II do absolutismo político e o início das obras das Colônias de Alienados e a construção do Manicômio Judiciário (AMARANTE, 1983).

As medidas de implementação de colônias na assistência de doentes mentais, caracterizam como a primeira reforma psiquiátrica do Brasil, tem um modelo asilar, inspirados nas experiências europeias, decorrente de uma aldeia belga. Onde eram

1 Manda executar o Regulamento para os exames das Faculdades de Medicina. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1881, Página 171 Vol. 1pt2 (Publicação Original)

2 A Reforma Leôncio de Carvalho, em 1879, estabeleceu que o oferecimento dos ensinos primário e secundário seria considerado completamente livre no âmbito da Corte e das províncias brasileiras, salvo a inspeção necessária para garantir condições de moralidade e higiene. (VICENTE, João Pedro Aparecido; NETO, Wenceslau Gonçalves, 2019, p. 43)

encaminhados os loucos insanos, no intuito de criar uma comunidade, em que estes conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho, pois é um valor decisivo na formação social burguesa, que conseqüentemente torna-se uma função nuclear na terapêutica asilar (AMARANTE, 1983). Mas,

Em 1903, a lei nº 1132 reorganiza a “assistência a alienados”, estabelecendo em seu artigo 1.º, que o “indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, compromete a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”, subordinando-se a um parecer médico a sindicância dos seus cuidados. (GONÇALVES, 1983, p. 30)

Com as primeiras formas de tratamento no Brasil, observamos duas características que são mais presentes vindas dos referenciais europeias, uma é o trabalho como terapia nas instituições para as pessoas em sofrimento psíquico, que ainda é presente nos dias de hoje. Teve sua justificativa na moralização dos insanos pelo trabalho, marca principal da sociedade burguesa, vistos estes como improdutivos na sociedade, passam por meio do trabalho, serem produtivos, tornando-se uma mão de obra de baixo valor para as instituições para a manutenção dos espaços físicos. Outra, é o isolamento como tratamento, em que o louco é retirado da sua comunidade, ou local de origem e isolado em uma instituição/colônias, na qual o instituto é retirá-lo de circulação das cidades, distanciando da sociedade externa e criando uma comunidade interna nas instituições. Salvo que em 1911 é regulado a criação das colônias para alienados mentais e para a concretização do trabalho agrícola (GONÇALVES, 1983). E o período que se finaliza em 1920 estabelece uma etapa do desenvolvimento da psiquiatria, em destaque a aumento do espaço asilar. (AMARANTE, 1983).

Gustavo Riedel inaugura a Liga Brasileira de Higiene Mental no ano de 1923, consolidando-se o movimento de higiene mental, tendo princípios eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racista. E é por meio da Liga Brasileira de Higiene mental que a psiquiatria se insere na defesa do Estado, com ações rigorosas no controle social e novamente exigindo um poder maior nas intervenções (AMARANTE, 1983). No mesmo período existia uma preocupação de eugenia da liga de Higiene Mental, na qual os psiquiatras comecem a exigir a esterilização dos doentes mentais, a proibição de imigração de pessoas não caucasianas e pelo fim da miscigenação, sendo aparentemente uma posição nazista e fascista da categoria profissional

(GONÇALVES, 1983). Neste contexto também se percebe a influência trazida por Juliano Moreira, diretor da Assistência Médico-legal ao Alienados, que ocupou o cargo por 27 anos, por sua obra prática teórica da escola psiquiátrica alemã, que traz consigo a ideologia da tradição alemã do biologicismo, que passa a explicar as causas das doenças mentais, mas também fatores como: étnicos, éticos, políticos e ideológicos (AMARANTE, 1983).

A construção da categoria profissional na saúde mental, já vem recheada de precederes preconceituosos, sem globalizar as diversas expressões das doenças mentais, colocando um grupo social como perigosos para o convívio social e embebida com uma noção de medo na população. Segundo os precederes racistas dos próprios profissionais, em posicionar o louco como o um não humano. Influenciados por uma lógica eugênica e segregadora dos ideais europeus de “raça pura”, que consequentemente cabiam às pessoas não brancas, pobres e marginalizadas como um grupo potencialmente de doentes mentais, possibilitando que a lógica eugenista seja posto em prática, isolando estes indivíduos da sociedade como potencialmente perigosos para o convívio social, além das atrocidades que estes são submetidos pelos detentores do poder institucional. Gonçalves (1983) vai ressaltar que a psiquiatria no Brasil surge com influências eugênicas trazidas da Europa que já estava à beira do caos econômico, acuada pela Revolução Socialista de 1917, e o crescente ideal nazista e fascista da hegemonia da “pureza ariana” propagadas por Hitler e seus fantoches.

É em 1930 que a psiquiatria traz consigo uma proposta de cura milagrosa, um “[...] grande entusiasmo com a descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias [...]. A psiquiatria torna-se mais poderosa, e o asilamento mais frequente. [...]” (AMARANTE, 1983, p.78).

Com a nova prática da psiquiatria que se consolida, os loucos que já passavam por diversas formas de torturas, passam a receber o eletrochoque como forma de tratamento, além da lobotomia que transformava o louco em um “zumbi”, um ser humano destituído de sua humanidade, vagando pelos corredores da instituição sem alma, desprovido de qualquer expressão ou anseio.

O Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM é criado em 1941 e cinco anos após é autorizado a realizar acordos com as secretarias de Estado da Federação

para a ampliação e construção de hospitais e ambulatórios de higiene mental. (Gonçalves, 1983).

A partir do fim da Segunda Guerra Mundial, surgem também várias experiências de reformas psiquiátricas, dentre as quais destacam-se as de comunidades terapêuticas, de psicoterapia institucional, de psiquiatria de setor, de psiquiatria preventiva e comunitária, de antipsiquiatria, de psiquiatria democrática, para ficar apenas nas mais importantes. Uma característica comum a todas estas experiências no Brasil é a sua marginalidade. São experiências locais, referidas a um ou outro serviço, a um ou outro grupo. Tão à margem das propostas e dos investimentos públicos efetivos, que suas memórias são de difícil, senão impossível, resgate. (AMARANTE, 1983, p. 79).

Na década de 1950 a psiquiatria fortalece com o surgimento dos primeiros neurolépticos. A ferocidade farmacológica da origem ao uso de medicamentos nem sempre “tecnicamente orientada”, por vezes o uso dos medicamentos tem por influências da propaganda industrial, ignorando os efeitos e limitações destes, além de ser utilizada como mecanismo de repressão e violência, no intuito de uma internação mais tolerável e pacientes mais dóceis. Vale ressaltar que o medicamento como tratamento também foi um marco no tratamento as doenças mentais, mas as inovações mais importantes no campo das reformas psiquiátricas, como as comunidades terapêuticas e tratamentos livres, foram realizadas antes da introdução dos psicotrópicos (AMARANTE, 1983).

Na década de 1960 a psiquiatria passa pelo processo de privatização. Assim

o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor da saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento de número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total dos recursos de saúde mental para as internações na rede hospitalar. (AMARANTE, 1983, p. 79).

No ano de 1974 o SNDM torna-se a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), estabelecendo normas no fornecimento de serviços de assistência psiquiátrica (GONÇALVES, 1983). A privatização da psiquiatria assim como a saúde, teve um impacto violento, concentrador, fraudulento e ganancioso, que favoreceu para a crise institucional e financeira da Previdência Social para a população usuária, revelada no início dos anos 80. (AMARANTE, 1983).

A psiquiatria brasileira sempre teve influências das teorias desenvolvidas na Europa. Porém, a saúde mental no país foi fundada em bases preconceituosas e segregadoras, principalmente da camada mais pobre do país. Marcada pelo asilamento do louco, que os isolava da sociedade, uma prisão perpétua disfarçada de tutela, além das diversas formas de torturas, como o eletrochoque, as lobotomias, justificadas como tratamento, uma cura milagrosa que transformava o louco em corpos sem almas, um adestramento da loucura. Marcas que ainda estão presentes nos dias de hoje, uma herança histórica triste e recheada de vidas perdidas.

2.3 A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil

A reforma psiquiátrica no Brasil foi um marco importante nas políticas de saúde mental. Mobilizadas por lutas sociais dos profissionais da área, pacientes, estudante e setores da sociedade civil. Tendo com lema “uma sociedade sem manicômios” também ficou conhecido como luta antimanicomial. O movimento resultou na aprovação da lei n. 10.216/2001 que prevê os direitos e proteção às pessoas em sofrimento psíquico.

Amarante (1995) pontua que o início do movimento da reforma psiquiátrica ocorreu entre os anos de 1978 à 1980, teve como estopim as indignações dos profissionais da área da saúde mental com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental – Dinsam, formada por quatro unidades (Centro Psiquiátrico Pedro II - CPPII, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira - CJM, Manicômio Judiciário Heitor Carrilho) no Rio de Janeiro, pertencente ao Ministério da Saúde responsável pela formulação de políticas de saúde e saúde mental.

Vasconcelos (2002) também pontua que esse contexto de início da luta antimanicomial consiste num período histórico brasileiro de anos de repressão do regime militar da época e uma ascensão dos movimentos sociais populares, algo que até o momento não tinha possibilidade de expressão política.

A crise da Dinsam foi uma das primeiras formas de expressão da precarização da saúde mental, partindo tal indignação pelos próprios funcionários da instituição, construindo uma greve que veio à tona em 1978 e, conseqüentemente, na qual foram demitidos 260 funcionários e estagiários (AMARANTE, 1995).

As quatro instituições da Dinsam já não realizavam concursos públicos deste os anos 1956 e com a falta de novas contratações, deparou-se com um quadro de profissionais institucionalizados e precarizados. A contratação de “bolsista” torna-se uma alternativa para suprir a demanda, formado por estudantes e graduados que atuavam em condições sub-humanas, sob ameaças e violência, exercendo atividade como médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Tal era a precarização nas instituições que havia diversas denúncias de agressão, estupro, trabalho em condições similares à escravidão e mortes misteriosas (AMARANTE, 1995).

A partir de denúncias dos profissionais do Centro Psiquiátrico Pedro II e, conseqüentemente, das demais instituições, teve-se grande repercussão na mídia. Em meio a tal contexto nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, escancarando a falta de recursos e da precariedade das condições de trabalho (AMARANTE, 1995).

Nesse primeiro momento as reivindicações das pautas eram dos próprios trabalhadores das instituições, das condições irregulares de contratações como bolsistas, ajustes salariais, excesso de consultas por turno, falta de investimentos nos manicômios, uso de eletrochoque e por melhores condições no atendimento à população usuária (AMARANTE, 1995).

Em face do contexto histórico brasileiro o Estado estava sobre Ditadura Militar, assim outros movimentos sociais da sociedade civil estavam emergindo e ganhando espaço na mídia brasileira. O MTSM mesmo em face das demais lutas sociais, continuou fortalecendo o movimento, na organização de vários eventos junto ao Cebes (núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e demais instituições (AMARANTE, 1995).

[...] Uma característica marcante do movimento nesse período estava no fato de ele ser completamente externo ao aparelho de Estado, em mobilização aberta da opinião pública e da imprensa, principalmente em Belo Horizonte, apesar de algumas lideranças pertencerem ao serviço público. (VASCONCELOS, 2002, p. 23).

Em outubro de 1978 é realizado o V congresso Brasileiro de Psiquiatria também ficou conhecido como “Congresso da Abertura”, pois surge a oportunidade de um alcance nacional, na organização de eventos em outros estados que já estavam se mobilizando (AMARANTE, 1995).

Os movimentos em saúde mental pela primeira vez participaram de organizações ditas conservadoras, vinculados a Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, tornando propulsores nas mudanças de carácter político-ideológico em face das políticas de saúde mental e da Ditadura Militar da época, pois a crise enfrentada no setor da saúde mental era vista como parte da política brasileira. (AMARANTE, 1995).

Em nota oficial do movimento as pautas seguiam no combate a privatização do sistema de saúde mental, a carência da participação democrática na criação de políticas e também na luta por organizações representativas livres, devido a censura da época. Além da delação das universidades pela escarcas de uma formação crítica, sendo suprimida pelo utilitarismo. (AMARANTE, 1995).

Outros eventos também foram importantes na construção da luta, como o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizada no mesmo ano no Rio de Janeiro, também conhecido como “Feira da Psicanálise”, proporcionou a chegada de autores no Brasil

[...] da Rede de Alternativas à psiquiatria, do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, enfim, das correntes de pensamento crítico em saúde mental, dentre eles Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman, dentre outros (AMARANTE, 1995, p. 55).

No ano de 1979 ocorreu o I congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em São Paulo, que também trazia críticas do sistema de atenção à saúde mental, além do vínculo com demais lutas setores da sociedade civil, no alcance de uma democracia plena, fortalecimento das organizações representativas de lutas, democratização na construção das políticas de saúde mental. Além de apresentar críticas ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como enclausuramento dos marginalizados. (AMARANTE, 1995).

No mesmo ano em Belo Horizonte ocorre o III Congresso Mineiro de Psiquiatria trouxe críticas relacionados ao sistema assistencial e da criação de políticas de saúde mental, propondo alternativas aos serviços prestados.

O I Encontro Regional dos trabalhadores em Saúde Mental, foi realizado em 1980 no Rio de Janeiro, na qual debates foram relacionados aos problemas sociais vinculadas às doenças mentais, da política nacional de saúde mental, da precarização do ambiente de trabalho, da privatização do setor, além de delações de abusos

ocorridas nas instituições. O II encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e o VI Congresso de Brasileiro de Psiquiatria, ocorreu em Salvador no mesmo ano. Também apresentou temas relacionados à defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, da finalidade de aproximar as lutas da saúde mental aos movimentos populares, da situação política, economia, ideológica e social da proletarização da medicina, do poder médico, da assistência a população usuária, da carência dos serviços prestados, da estigmatização da saúde mental, da mercantilização da loucura, da privatização dos setores e da formação dos profissionais da saúde mental. (AMARANTE, 1995).

2.3.1 Trajetória Sanitarista I

No item anterior observamos os primeiros movimentos da luta antimanicomial, as demandas que os movimentos foram expressando e as primeiras formas de resistência pelos profissionais, pacientes e da sociedade civil, nas denúncias das condições precária dos hospitais. Após essa efervescência dos movimentos sociais, iniciou-se a primeira Trajetória Sanitarista marcada por transformações na gestão dos recursos públicos na saúde mental. Além da continuidade da resistência referente às políticas de saúde mental.

Amarante (1995) demarca que no início dos anos 80, surge uma alternativa de convênio entre o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS e o Ministério da Saúde – MS, que vai demarcar as políticas públicas de saúde, que ficou conhecido como “cogestão”. Tinha como objetivo que o MPAS contribuísse no subsídio, planejamento e avaliações das unidades hospitalares do MS, mas como resultado da cogestão entre o ministério, o MPAS interrompe a adesão de serviços do Ministério da Saúde.

A cogestão “[...] permitiu, por um lado, a abertura de um importante espaço político para lideranças de MTSM implementarem processos de reforma e humanização hospitais psiquiátricos públicos [...].” (VASCONCELOS, 2002, p. 24)

Uma oportunidade dos movimentos dos trabalhadores da saúde mental, na construção de novas vertentes nas políticas públicas de saúde mental, na possibilidade de transformação real nas instituições públicas, porém as instituições

psiquiátricas da Dinsam tiveram uma participação imitada, mesmo sendo berço das diversas denúncias e insatisfações dos próprios funcionários dos quadros instituições psiquiátricas. (AMARANTE, 1995).

Amarante (1995, p. 59) exemplifica que a

[...] cogestão estabelece a construção de um modelo de gerenciamento em hospitais públicos, mais descentralizado e dinâmico, em face a um modelo de assistência profundamente debilitado e viciado em seu caráter e em sua prática privatizante.

Isso se justificava porque nas últimas décadas o Estado apresentou diversas formas de gestão das instituições públicas de saúde mental, e as políticas construídas sempre tiveram um caráter privatizante dos serviços prestados à população usuária, sendo uma brecha para a propagação da corrupção do desvio de verbas pública, sobre uma crise institucional de carácter financeiro e também ético e estrutural na precarização dos serviços. (AMARANTE, 1995).

Com a cogestão abre a possibilidade de concretizar políticas públicas de saúde tendo bases na prestação de serviços públicos descentralizados e regionalizados, podendo atender as necessidades particulares de cada comunidade. Além de orientar diretrizes para atendimentos aos usuários de forma universal, independente do vínculo previdenciário. O resultado disso foi que a cogestão ficou responsável pelos repasses financeiros que por sua vez, prevaleceu a mesma falta de recursos, resultando em reuniões esporádicas das diretorias e funcionários, na busca de soluções em comum a todas as instituições. (AMARANTE, 1995).

Com a influência da cogestão nas unidades da Dinsam, altera-se a dinâmica hospitalar de cada instituição. O hospital Pinel ficou responsável pela atenção ambulatorial, focando em atendimentos sem a necessidade de internação. O CPPII também manteve o foco nos atendimentos ambulatoriais e orientando-se internamente para atendimentos voltados para a intervenção, diagnóstico e tratamento imediatos. O CJM que já realizava internações de longa duração, em média de 21 anos, caminha para uma ação voltada para a ressocialização. Por fim a implementação de um novo hospital voltado para intervenções emergenciais e internações de curta duração. (AMARANTE, 1995).

A cogestão teve sua influência política na construção do SUS, mas conseqüentemente torna-se uma força ameaçadora às instituições privadas. O que

faz com que a Federação Brasileira de Hospitais – FBH, contrário aos ideais da cogestão, manipulem dados afim de atender seus próprios interesses empresariais. “O debate FBH versus cogestão traduz uma disputa de modelos de assistência: é a substituição de um modelo essencialmente privatista, pautado na relação atendimento/produção/lucro, por um modelo assistencial público e eficiente. ” (LOUGON, 1984, p.19 apud AMARANTE,1995, p. 65).

Com forte influência da cogestão e com o agravamento da crise financeira da previdência, é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciário – Conasp, foi um plano em nível nacional na integração de princípios da integração, hierarquização, regionalização e descentralização do sistema de saúde, voltados a saúde previdenciária, saúde oral e assistência psiquiátrica. Inspirados pelas propostas do CEBES na criação de um Sistema Único de Saúde.³

“Em São Paulo e Minas Gerais, a vitória de governos estaduais oposicionistas (Tancredo Neves e Franco Montoro) em 1982 permitiu a entrada de lideranças do MTSM nas secretárias estaduais de saúde [...]. (VASCONCELOS, 2002, p. 24). O que futuramente tornou-se como estratégia na construção de novas vertentes no atendimento à saúde mental, que será apresentado no capítulo a seguir.

2.3.2 Trajetória Sanitarista II

Amarante (1995) demarca entre os anos de 1985 até 1987 como a segunda trajetória Sanitarista, na qual ocorrem diversos encontros de coordenadores e conferências em saúde mental, na região sudeste do país, na sua maioria realizadas no estado do Rio de Janeiro.

3 O Plano, inspirado fundamentalmente nas propostas do CEBES de criação de um Sistema Único de Saúde (CEBES, 1980^a), do *Manual de Assistência Psiquiátrica*, elaborado sob a condução do professor Luiz Cerqueira (Brasil. MPAS, 1974), tem propostas para a utilização total da capacidade ociosa do setor público, adoção de modalidades assistenciais que assegurem melhoria de qualidade, previsibilidade orçamentária e mecanismo de controle adequados, em detrimento do setor privado. Para isso, preconiza a descentralização do planejamento e da execução da assistência à saúde, desburocratizando-se os procedimentos administrativos, contábeis e financeiros. Ou seja, no nível das unidades sanitárias, cada qual seria gestora de seus próprios recursos. Como proposições gerais são recomendadas universalização da assistência, a regionalização do sistema de saúde, a coordenação tripartite (Previdência Social, Ministério da Saúde e secretarias estaduais de saúde), a hierarquização dos serviços públicos e privados, de acordo com o grau de complexidade, com mecanismos de referência de contrarreferência, a descentralização do planejamento e execução das ações, a desburocratização do atendimento ao público, a valorização dos recursos humanos do setor público, a vinculação da clientela aos serviços básicos de saúde da sua área, e o controle dos setores públicos/privados, através do sistema de auditoria médico-assistencial. (ANDRADE, 1992:24). (AMARANTE,1995, p. 66).

Vasconcelos (2002, p.25) ressalta que neste período

Houve um fechamento temporário do espaço político para os interesses democrático-populares e para as políticas de saúde mental identificadas com esses interesses, tendo em vista o governo Sarney em nível federal, o governo de Fleury em São Paulo e de Newton Cardoso em Minas Gerais. A exceção foi o Rio Grande do Sul, com um governo estadual que permitiu um avanço significativo nas políticas de saúde mental a partir de 1986.

Mesmo com um cenário político fechado, “[...] esse período é testemunha da consolidação de algumas conquistas [...], como a Constituição de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, que apontam para a construção do Sistema Único de Saúde.” (VASCONCELOS, 2002, p. 25).

Mesmo nesse cenário político, os encontros são resultados da inserção de lideranças do MTST em cargos de chefia de programas estaduais e municipais de saúde mental e em instituições de saúde mental, compondo de forma majoritária, que foram responsáveis em produzir novas alternativas no atendimento à população usuária, conforme mencionamos no final do item anterior. (AMARANTE, 1995).

Em contraponto o setor privado ausenta-se por um período de tempo, após a tentativa frustrada de derrubar o Plano CONASP. Porém a ABP, um dos setores mais conservadores, ameaçada pela evasão de seus associados, insere-se na esfera das políticas públicas e vincula-se à direção da Dinsam, na construção da I Conferência Nacional de Saúde Mental – I CNSM. (AMARANTE, 1995).

A partir disto, cria-se um cenário de um verdadeiro conflito entre o MTSM *versus* Dinsam/ABP que demandavam a construção do I CNSM com carácter totalmente científico. Ao contrário do que foi pactuado na 8ª Conferência Nacional de Saúde⁴, postergou na realização de um evento ao contrário do que a Dinsam e a ABP esperava. Neste mesmo evento partiu a necessidade de construir conferências com assuntos particulares, tais como: saúde do trabalhador; saúde da mulher; saúde da criança e como sugestão do MTSM, a saúde mental.

4 [...] ocorre em Brasília no período de 17 a 21 de março de 1986, a 8ª conferência Nacional de Saúde. Ao contrário das conferências anteriores, de cunho fechado e de participação exclusiva de profissionais e tecnocratas do setor, pela primeira vez, uma conferência teve o carácter de consulta e participação popular, contanto com representantes de vários setores da comunidade, resultado de um processo que envolveu milhares de pessoas em pré-conferências (estaduais e municipais) e em reuniões promovidas pelas mais variadas entidades e instituições da sociedade civil. Estima-se que somente da reunião em Brasília participaram quatro mil pessoas, dentre as quais mil delegados eleitos nas atividades preparatória. (Amarante, 1995, p.76)

Uma nova concepção de saúde surgiu desta conferência – a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado – e permitiu a definição de alguns princípios básicos, como a universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida. (AMARANTE, 1995, p. 77)

As conferências com tópicos específicos foram sendo realizadas, porém a temática de saúde mental ficou em segundo plano, pois para o Ministério da Saúde e Dinsam significaria a hegemonia do MTSM. Paralelamente, o MTSM por estarem inseridos em cargos nas secretarias de saúde, universidades e hospitais, realiza como alternava conferências estaduais e nacionais, mesmo sem a aprovação ou envolvimento da Dinsam e do Ministério da Saúde.

O conflito resultou numa participação mais reduzida da Dinsam e ABP na construção do I CNSM. E o MTSM que já havia pactuado por um evento de participação popular, pode estabelecer uma agenda comum. Foi realizada entre os dias 25 a 28 de junho de 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental que resultou em uma conferência progressista da saúde e saúde mental em termos políticos, econômicos e sociais. E um momento importante na renovação política e ideológica da categoria. (AMARANTE 1995).

Ao mesmo tempo que era realizado a conferência, o MTSM realizava reuniões periódicas, na qual aflorou a organização do II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – II CNMTSM, na qual foi elaborado por três pilares: (1) Por uma sociedade sem manicômios; (2) Organização dos trabalhadores de saúde mental; (3) Análise e reflexão das nossas práticas concretas⁵. (AMARANTE, 1995).

O II CNMTSM foi realizado em Bauru, entre os dias 03 e 06 de dezembro de 1987, também conhecido como “Congresso de Bauru”. É neste momento histórico que ocorre uma verdadeira ruptura com os antigos hábitos (psiquiatrização,

5 1. Por uma sociedade sem manicômios – significa um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial. Concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Coloca-nos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura. 2. Organização dos trabalhadores de saúde mental – a relação com o Estado e com condição de trabalhadores da rede pública. As questões do corporativismo e interdisciplinidade, a questão do contingente não universitário, as alianças, táticas e estratégias. 3. análise e reflexão das nossas práticas concretas – uma instância crítica da discussão e avaliação. (a quem servimos e de maneiras). A ruptura com o isolamento que caracteriza essas práticas, contextualizando-as e procurando avançar (MSTM, 1987, p.04).

institucionalização), partindo para um novo estágio de levar à sociedade a questão da loucura e das instituições psiquiátricas.

[...] com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, ressurgiram o projeto da desinstitucionalização na tradição basagliana, que passava a ser um conceito básico determinante na reorganização do sistema de serviços, nas ações de saúde mental e na ação social do movimento. (AMARANTE, 1995, p. 81)

A participação popular, das famílias, dos usuários e dos profissionais da área, torna-se uma mudança inovadora na construção de novas alternativas de atenção, além do envolvimento com o tratamento. (AMARANTE, 1995).

O Congresso de Bauru foi um marco importante na implementação de uma nova vertente de atenção psiquiátrica, inspirando outros eventos que agregaram ainda mais nas novas modalidades de atenção, contrapondo o modelo ultrapassado da psiquiatria tradicional. (AMARANTE, 1995).

Foi a partir desses debates que surgiu alternativas concretas como o: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira – Caps em São Paulo no ano de 1987, cujo o objetivo é criar atendimentos focalizados na demanda de cada comunidade; e em 1989 os Núcleos de Atenção Psicossocial – Naps surgiu perante diversas denúncias da Casa de Saúde Anchieta, uma instituição privada de saúde mental, o que acabou ganhando repercussão nacional e impulsionando a reforma psiquiátrica em todo o país. (Amarante 1995).

Tais alternativas foram

[...] inspirados na experiência de Trieste, Itália, um serviço comunitário de portas abertas durante 24 horas por dia, sete dias por semana, e capaz de atender a praticamente todo tipo de demanda de cuidado em saúde mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos, com grande capacidade de substituição dos hospitais psiquiátricos convencionais. [...]. (VASCONCELOS, 2002, p. 26).

O Caps e o Naps tornam-se sinônimos, “[...] o Ministério da Saúde regulamentou a implantação e o financiamento de novos serviços desta natureza, tornando tais serviços modelos para todos países [...].” (AMARANTE, 1995, p. 83). Além deste período conter diversas outras alternativas de modelos de atenção e cuidados a saúde mental.

Em termo jurídico-político o Projeto de Lei n. 3.657/89, do deputado Paulo Delgado em Minas Gerais, visa a regularização dos direitos a pessoa em sofrimento

psíquico e a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados. Tal lei tornou-se inspiração na construção de outros projetos de leis em outros estados brasileiros. (AMARANTE, 1995).

Por fim Vasconcelos (2002, p. 27) demarca que esse

[...] período foi marcado pelas maiores e mais significativas mudanças da história das políticas de saúde mental no Brasil, consolidando a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e colocando o país *pari passu* aos principais centros internacionais de reforma da assistência psiquiátrica [...].

A lua antimanicomial no Brasil teve um grande significado histórico de transformações das políticas de saúde mental, tornando-se referência internacional no tratamento e atenção. Apesar de tal conquista, ainda há muito caminho a percorrer até tornar-se o ideal, apesar de muitas conquistas, pouco se posicionou aos manicômios judiciários, na atenção à saúde mental.

3 HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE FLORIANÓPOLIS

Desde a chegada da corte real portuguesa no Brasil, houve diversas mudanças significativas na colônia, trouxe a preocupação com o lugar do louco, e ainda, havia uma preocupação com o louco criminoso. Piccinini (2002, p.01 apud GOMES, 2009, p. 30)

Pontua um avanço já no Código Criminal do Império que trazia em seu artigo 10, parágrafo 2, “a declaração de irresponsável o indivíduo que praticasse algum ato delituoso em estado de perturbação mental”. O artigo 12 dizia ainda que: “os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer conveniente”.

Contudo, a loucura ganhava status de doença e as diversas expressões da mente poderiam ser consideradas perigosas, outra é que a loucura historicamente já vinha sido vinculada com a pobreza e a miséria. E então, os locais para os loucos, pobres e miseráveis serviam como alternativa para limpar as cidades, principalmente das vistas da nobreza que repudiava tal cenário.

O isolamento tornou-se uma alternativa eficaz de limpar as cidades dos indesejáveis, e

no final do século XIX, era prática habitual enviar os criminosos violentos e agressivos aos hospícios. Contudo, a confusão entre loucura e crime, provocada pelo determinismo biopsicológico, contida nas categorias de degeneração e de criminoso nato, colocava-se no campo da prática psiquiátrica como uma anomalia. Os loucos degenerados eram um encargo insuportável para os hospícios comuns, vez que não podiam ser contidos e tratados pelos mesmos meios que a doença mental dos não-criminosos (FOUCAULT, 1999, 2002, 2014 Apud COSTA, 2017, p.32).

No Brasil já havia um amplo debate acerca do “louco infrator e uma necessidade de uma instituição para esses indivíduos, mas pouca preocupação que eram considerados indomáveis para um “manicômio comum”. Costa (2017) elucida ao fazer um comparativo que antes mesmo da consolidação da medida de segurança, o discurso da psiquiatria brasileira já era direcionado para o destino dos loucos infratores que era o *hospiral-prisão*. Durante a Primeira República do Brasil já existia o

O Decreto n. 1.132, de 22/12/1903, [que] determina, no Brasil, a separação dos doentes mentais que cometeram crimes, considerados perigosos, daqueles que não praticaram nenhum ato contra a lei jurídica. Assim, a construção de manicômios judiciários tem início baseado no decreto acima e na periculosidade sugerida pela doença [...]. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2007 *Apud* GOMES, 2009, p. 29 e 30).

Enquanto a medida de segurança somente ganhou materialidade no Código Penal de 1940.

O Manicômio Estadual de Santa Catarina⁶ foi inaugurado no ano de 1971, estando entrelaçado pela Lei Estadual nº 4.559, de 07 de Janeiro de 1971, partindo das exigências do Código Penal em relação aos usuários que estavam sob custódia decorrente a saúde mental prejudicada, se viu a necessidade de uma instituição voltada para este tipo de usuário no estado de Santa Catarina.

No mesmo ano que foi inaugurado o Manicômio Judicial, o Dr. Júlio César Gonsalves foi o primeiro diretor da instituição e atuou por mais de quatro meses, sendo posteriormente o médico e psiquiatra Dr. Pedro Largura a assumir como Diretor-Geral, exercendo a função por até 20 anos.

A instituição constava com o prédio e os leitos, que tinha a capacidade para 53 internos. Mas foi somente no final daquele ano que o Manicômio Judicial começou a receber os primeiros pacientes e a expedir os primeiros Laudos de Sanidade Mental.

Em 1978 houve uma ampliação do quadro de funcionários, sendo contratados três Médicos Psiquiatras, um Psicólogo e um Assistente Social, além de aumentar o número de Agentes Penitenciários. E no mesmo ano, com a ampliação houve a abertura de espaço para estagiários na instituição.

No ano de 1984, o Manicômio Judicial passou a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP, após a reforma do Código Penal brasileiro. Como afirma Gomes (2009, p. 32):

A mudança do nome tentava romper com o estigma que esta instituição tinha. O nome manicômio traz 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.

⁶ Com a reforma do Código Penal Brasileiro, em 1984, a denominação passou de Manicômio Estadual de Santa Catarina para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP. (GOMES, 2009, p.32)

E com a aprovação do Regimento Interno, pelo Decreto nº 4.283, de 27 de setembro de 1994, o Artigo 2º – Ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina indica que compete:

- 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.
- V – Proceder a exame de dependência toxicológica em presos provisórios que se declaram viciados. (SANTA CATARINA, 1994, p. 11)

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é uma instituição pública de defesa civil e clínica psiquiátrica, fica localizado no estado de Santa Catarina, na cidade de Florianópolis, no bairro Agronômica, agregado ao complexo penitenciário de Florianópolis uma mescla de presídio com hospital, porém

[...] O cruzamento entre medicina e justiça caracteriza o processo de instituição da doença mental através do mecanismo descrito por Denise Dias de Barro, baseado em Michel Foucault: “A noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade de gesto que pune e aquele que trata. (Barros, 1994: 34). A relação tutelar para com o louco torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartógrafa em territórios de segregação, morte e ausência de verdade. (AMARANTE, 1995, p. 25)

A fusão propicia uma dinâmica punitiva sobre o usuário, pois este apresenta-se em conflito com a lei, na qual visa-se o afastamento da sociedade, ficando muito mais no controle penal e moral, e o tratamento desses usuários passa a não considerado de forma prioritária.

O HCTP é a única instituição do tipo no estado de Santa Catarina. Conforme a lei n. 12.116 de 07 de janeiro de 2002

Art. 1º Os estabelecimentos penais do Estado de Santa Catarina, subordinados ao Departamento de Administração Prisional - DEAP, da Secretaria Executiva de Justiça e Cidadania, que funcionará como órgão corregedor, compreendem: (Redação dada pela Lei 15.085, de 2010)

- I - Penitenciárias;
- II - Colônias Agrícolas, Industriais ou similares;

III - Presídios;
IV - Casas de Albergado;
V - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; [...] (SANTA CATARINA, 2002, p. 01).

Estando assim subordinado à Diretoria de Administração Penal da Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania⁷ e não à Secretária de Estado da Saúde, mesmo sendo uma instituição para a saúde mental, acaba refletindo na instituição uma ação mais voltada para o isolamento dos usuários da sociedade civil. Sob responsabilidade do Estado de Santa Catarina, sua gestão assume os gastos realizados para a subsistência e manutenção do mesmo.

O objetivo da instituição é “oferecer tratamento psiquiátrico ao paciente internado, preservando os direitos humanos e a dignidade do mesmo, garantindo qualidade de vida e bom atendimento durante a hospitalização” (HCTP, 2006, p. 01). E sua missão é: “tratar e recuperar os internos, buscando uma reintegração deles ao meio social e custodiar estes indivíduos que por determinação judicial tem uma medida de segurança a cumprir” (HCTP, 2006, p. 01).

3.1 Estrutura e Funcionamento

O HCTP conta com uma ampla equipe de profissionais, nas quais são: Médicos Psiquiatras; Assistentes Sociais; Psicólogos; Advogados; Técnicos Administrativos; Contadores; Gerentes de Operação; Enfermeiros; Técnicos de Enfermagem; Farmacêuticos; Dentista; Agentes Penitenciários; Auxiliar de Limpeza; Professor de Educação Física; Professores que atuam na alfabetização, ministram aulas de ensino fundamental, ensino médio e oficinas terapêuticas; além de estagiários em diferentes áreas profissionais.

Dentro do complexo penitenciário de Florianópolis há duas áreas que constituem o HCTP. A primeira, localizada perto da entrada do complexo penitenciário, fica responsável pela parte administrativa da instituição, os setores de advocacia, o almoxarifado, a direção, o pecúlio e a farmácia. Neste espaço contém banheiros e refeitórios para os profissionais.

⁷ Mudou a nomenclatura para “Secretaria de Estado da Administração Prisional e Socioeducativa”

O segundo complexo é onde localiza-se os leitos dos usuários, neste espaço fica os setores de segurança, psicologia, serviço social, enfermagem, psiquiatria, professores, e entre outros. Há dois refeitórios, um para os usuários e um menor para uso dos profissionais; leitos individuais; leitos com banheiros, onde constam cerca de 1 a 8 usuários; pátio externo com duas quadras, sendo uma delas coberta, aparelhos de ginástica, bancos e banheiros para uso dos usuários; duas salas de aulas; biblioteca; sala multiuso; salas para atendimentos com os usuários e os familiares; lavanderia; uma sala para a equipe de enfermagem, onde os usuários tomam seus medicamentos; alojamentos para os profissionais que fazem plantão 24 horas. Também no HCTP desenvolve-se as seguintes atividades:

- Atendimento médico clínico e psiquiátrico;
- Atendimento de enfermagem;
- Atendimento psicológico;
- Atendimento individual e em grupo;
- Assembleia Geral dos Pacientes;
- Atividades laborativas (limpeza e lavanderia)
- Atividades de Educação Física;
- Encontros Religiosos Semanais (Católico, Evangélico e Espírita);
- Aulas de Alfabetização, Ensino fundamental e médio;
- Assistência Jurídica;
- Atendimento Odontológico;
- Programa Alta Progressiva;
- Programa de Acompanhamento ao Egresso;
- Grupo de Família.

Os usuários que são internados pelo HCTP por determinação judicial são somente do público masculino, que necessitam realizar laudos periciais de sanidade mental e toxicológico. Também era realizado atendimentos ambulatoriais para usuários que precisam brevemente de um tratamento psiquiátrico, chamado internamente de Hospital-Dia, geralmente encaminhados da penitenciária ou dos presídios do estado de Santa Catarina, porém atualmente não é mais realizado este tipo de atendimento. Além de contar com atendimento com usuários transitórios, estes

ficam na instituição para realizarem o laudo de sanidade mental, podendo perdurar num período de 45 dias ou mais.

“O HCTP é desprovido de um espaço reservado às mulheres, desta forma são encaminhadas ao Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina - IPQ/SC.” (CRISPIM, 2017, p. 41). Porém pode ocorrer exceções em que estas usuárias recebem atendimento ambulatorial através do Hospital-Dia, que ainda era realizado no meu período de estágio (2018-2019), mas atualmente o HCTP não realiza mais esse tipo de procedimento.

Aos usuários que cometeram delitos no Estado de Santa Catarina, que foram considerados inimputáveis ou semi-imputáveis pelo Juiz, recebem a penalidade na condição de Medida de segurança, correspondente ao Código Penal:

Art. 96. As medidas de segurança são:

- I – Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;
- II – Sujeição a tratamento ambulatorial.

A Medida de Segurança pode ter no prazo de:

§ 1º – A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. (BRASIL, 1984, p.01)

Dependendo da evolução do usuário a Medida de Segurança pode ser estendida, incluindo mais um ano ou até três anos, após realizarem seu Laudo de Cessação de Periculosidade, em que uma equipe multiprofissional realiza uma reunião para debater sobre as condições que o usuário apresenta, podendo assim ser ou não estendido o tratamento psiquiátrico. A equipe multiprofissional conta com um(a) representante do Serviço Social, Psicologia, Segurança, Jurídico, Médico Psiquiatra, Enfermagem e um Perito que vai até a instituição, além de outros profissionais.

Após realizado o Laudo médico e instituído a Medida de Segurança e com a internação dos usuários, são desempenhados os seguintes projetos como: o Acompanhamento Terapêutico, também conhecido como Programa Alta Progressiva, que foi criado em 1998, com o objetivo de reabilitação psicossocial, através de atendimentos em grupos, oportunidade de tratamento fora da instituição no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a ressocialização do usuário, com a finalidade do usuário obter contato com a realidade fora da instituição, exercitar sua independência,

o exercício da cidadania e sua sociabilidade quando for cessado sua Medida de Segurança. Os usuários que são considerados aptos para sair, recebem uma autorização judicial para ficarem com seus familiares em suas residências. Estes assinam um termo de compromisso, de responsabilidade do usuário, que está ainda sob tutela do Estado. Estas saídas ocorrem principalmente em períodos de festas, salvo as exceções, fazendo parte do Programa Alta Progressiva.

Também incluso neste mesmo projeto, existe as Saídas Terapêuticas que são “passeios” supervisionados fora dos muros da instituição, são realizados com os usuários que já possuem Medida de Segurança, geralmente são acompanhados por um(a) Assistente Social, um(a) Psicóloga, um(a) Terapeuta Ocupacional, um(a) ou mais Agente Penitenciário e os(as) Estagiários de Serviço Social e também da Psicologia.

Outro projeto é o Programa de Acompanhamento ao Egresso (PAE), foi criado devido a uma demanda institucional,

[...] uma vez que o modelo antimanicomial preconiza o atendimento ambulatorial garantindo o acesso do paciente psiquiátrico a rede, e como muitas vezes se depara com municípios que não constam com CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou a rede ainda é frágil, foi então criado o PAE. (HCTP, S/A, p. 03)

Criado pelo Serviço Social e Psicologia em 2012, atualmente coordenado por um Agente Penitenciário formado em Psicologia, o projeto tem como objetivo acompanhar o progresso dos usuários que foram desinternados do HCTP visando evitar sua reinternação ou reestabelecimento da Medida de Segurança. Pois muitos dos usuários que são desinternados correm o risco de não continuarem o tratamento ambulatorial em relação a sua saúde mental prejudicada, que pode condicionar ao usuário cometer outro delito e retornar para a instituição.

Estes são acompanhados após sua desinternação num período de até um ano, são realizadas ligações por telefone uma vez por mês, visitas domiciliares e dos serviços, em caso de episódio psicótico, a equipe que acompanhou entra em ação, além da articulação com os serviços ambulatoriais (CAPS e Comunidades Terapêuticas) para que haja sua reinserção social. Os recursos deste projeto consistem em diárias para os(as) profissionais, combustível para a viatura e o pagamento da conta do telefone móvel.

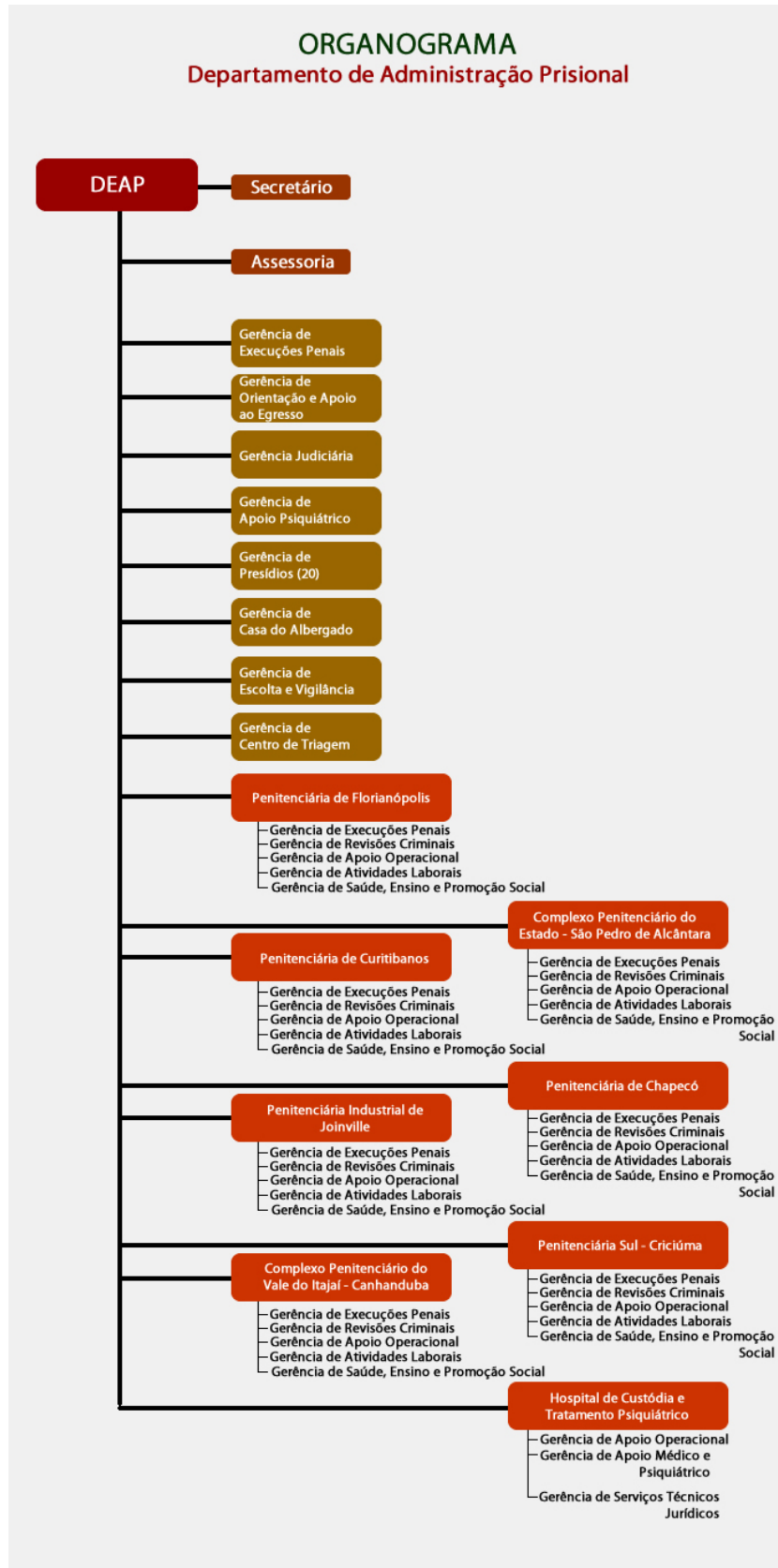
Em 2019 o HCTP contava com 93 leitos, tendo capacidade de até 110 usuários, mas atualmente varia entre 70 a 90 homens, com idade de 18 até 70 anos ou mais, sendo que a escolaridade também varia de analfabetos até pós-doutorado, sendo que a maioria não possui o ensino médio.

Os direitos dos usuários de Saúde Mental são assegurados pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. ”

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2001, p. 01)

Conforme o gráfico a baixo, podemos destacar o vínculo do HCTP com o fazendo parte da administração penal.

Figura 1: Organograma do departamento de administração penal



Fonte: DEAP (2014).

Os internados participam da Assembleia Geral dos Pacientes, denominada assim na instituição, é um espaço para os usuários do Hospital de Custódia exercitem a cidadania, além de compreender como um espaço democrático. Neste espaço os usuários expõem assuntos pertinentes a instituição e demandas coletivas, além de configurar num espaço em que os usuários sejam ouvidos.

Também há um cronograma semanal de atividades em que os usuários são estimulados a participar, nas quais são: visitas de familiares, que ocorrem todas as quintas-feiras e domingos para quem está em Medida de Segurança e todas as terças-feiras para os usuários que estão aguardando seu laudo; a Assembleia Geral dos Pacientes como já citado acima; grupos de debates, como o ALANON que está relacionado com o uso abusivo de álcool e drogas, Encontros Religiosos Semanais (Católico, Evangélico e Espirita); Aulas de alfabetização, ensino fundamental e médio; aulas de tear; aulas de yôga; saídas terapêuticas que fazem parte da alta progressiva; filmes semanais; educação física; aulas de capoeira e boi de mamão; aulas de artes e cerâmica, entre outras atividades.

Após sua desinternação da instituição, são encaminhados para a residência de seus familiares, para uma comunidade terapêutica. E também que recebem o Benefício de Prestação Continuado - BPC, garantido pelo direito a seguridade social que se encontra sancionada no Capítulo IV, seção I, que explicita

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. (BRASIL, 1993, p. 04)

O benefício para o usuário, uma vez que solicitado, tem como foco custear uma comunidade terapêutica, no caso dos usuários sem vínculos familiares ou fragilizados, para que deem continuidade ao tratamento, e, também no caso do grupo familiar do usuário está em vulnerabilidade social, necessitando mesmo para dar continuidade ao tratamento no CAPS, que muitas vezes estão distante da moradia dos usuários.

Outra possibilidade também para o usuário recém-desinternado, é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que integra como um dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), este serviço destina-se para a desinternação do

usuário, mas existem apenas quatro SRT's no Estado de Santa Catarina, sendo insuficiente perante uma demasiada demanda social.

O tratamento interno dos usuários, teve mudanças significativas após a criação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Estão assegurados no:

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.

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. (BRASIL, 2001, p. 01)

Os direitos dos usuários de saúde mental devem ser respeitados por todos os profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, pois o usuário é envolvido numa concepção de que este é um indivíduo portador de uma doença mental, na qual há necessidade de um tratamento, isto é o que diferencia a instituição com outras unidades prisionais.

Os profissionais do HCTP em sua maioria são contratados por meio do concurso público, como informado na Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, sendo que o salário de cada profissional seja proporcional ao cargo exigido, tempo de trabalho na instituição e nível de escolaridade. Os demais que não são contratados via concurso público, são empregados por via terceirização.

Das contradições postas na instituição, a que mais se evidencia é a que está relacionada com a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 que protege os direitos dos usuários de saúde mental; está relacionada com o desinteresse dos poderes públicos com os usuários de saúde mental, não sendo efetivado de forma plena os direitos de

tais indivíduos, o que também reflete diretamente na ação dos profissionais, que se deparam com uma gama de limitações e descasos com a instituição.

4 INSTITUIÇÕES TOTAIS, COMPLETAS E AUSTERAS.

Michel Foucault (2014) ao se referenciar às instituições completas e austeras, se dirige às prisões e vislumbra os conceitos e sistemas que foram sendo aplicados no mundo real. A partir disto, ele evidencia os termos e características que se expressam nesses locais. Já Goffman (1961), primeiramente refere-se as instituições ocidentais, que possuem características em comum como suprir-se de parte do tempo e dos interesses de seus integrantes; possuem tendências de “fechamento”, umas mais abertas que outras, mas com restrições de entrada e saída, o que inclui a estrutura física da instituição.

Na história sabemos que já existiam muitas outras formas de punição, essas formas de castigos estão intrinsecamente ligadas com cada organização social em cada período histórico. Partiremos do sistema que vivemos.

Goffman (1961) classifica as instituições totais em cinco categorias:

1. Instituições de cuidados, consideradas incapazes e inofensivas, alguns exemplos dessas instituições são: Asilos para idosos e Orfanatos;
2. Instituições de cuidados de incapazes e riscos à terceiros, na qual são os: Sanatórios, Hospícios e leprosários;
3. Instituições de proteção à comunidade, no que fazem parte as: cadeias, penitenciários, prisões;
4. Instituições que são adequados a um trabalho, que são os: quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho e colônias;
5. E por último as instituições de refúgio do mundo exterior, são comuns a estes: abadias, mosteiros e conventos.

Todas as instituições totais possuem uma característica em comum, a permanência contínua de seus envolvidos nos locais, o isolamento do mundo exterior é comum a elas, porém apresentam-se em graus de fechamento distintos.

No início de século XIX, a prisão como conhecemos apresenta uma simples e inovadora mudança, a penalidade de detenção, “[...] uma legislação define o poder de punir como função geral da sociedade [...]” (FOUCAULT, 2014, p.223), ligado ao sistema judiciário, mas ao mesmo tempo de forma independente, com um poder total sobre o indivíduo.

A “privação da liberdade” marca principal do sistema judiciário, é embutida como uma noção igualitária e universal na sociedade capitalista. Mas “[...] conhecem-se todos os inconvenientes da prisão, e sabe-se que é perigosa, quando não inútil. E, entretanto, não ‘vemos’ o que pôr em seu lugar. Ela é a detestável solução, de que não se pode abrir mão.” (FOUCAULT, 2014, p. 224).

Goffman ressalta que

[...] o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida [...]. (1961, p. 17)

Uma característica também muito comum nos manicômios clássicos como conhecemos, a internação, o isolamento, fazem parte da privação de liberdade e nessa privação ocorre uma ruptura com o convívio social, em que esse distanciamento social é envolvido como parte do tratamento.

O termo “instituições completas e austeras” utilizado por Foucault são advindas das ideias de Baltard. São instituições que tem como função social disciplinar e maçante, controlando os indivíduos em vários aspectos que vão desde o controle na hora de dormir, comer e fazer exercícios, mas também no seu comportamento e atitudes morais no dia a dia, mantendo essa vigia de forma contínua e sem repouso até o termino do prazo da pena e ou internação. (FOUCAULT, 2014).

Essa relação de poder sobre o outro, repercute nas relações interpessoais entre os agentes envolvidos, “[...] Os participantes da equipe dirigente tendem a sentir-se superiores e corretos; os internados tendem, pelo menos sob alguns aspectos, a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados.” (GOFFMAN, 1961, p. 19).

Foucault (2014) exalta três princípios que regem as instituições completas e austeras. A primeira é o isolamento, não somente a privação da liberdade ir e vir, mas a solidão como mecanismo de punição, um momento na qual o indivíduo reflete sobre seus atos, uma forma do próprio detento encarar de frente seus demônios internos. A segunda consiste no trabalho como agente transformador do indivíduo, em que tirá-lo do isolamento de sua cela, não o trabalho como lucro, mas de converter um detento perigoso em uma perfeita engrenagem que a sociedade demanda, assim o foco do trabalho constitui-se na relação de poder econômico, a sua submissão e manutenção

do sistema capitalista. Por último é a possibilidade de uma pena mutável, uma alternativa para um desempenho benéfico a prisão, e na utilidade de renovação, confiada pela própria justiça. O tempo da pena é quantificada segundo as mudanças apropriadas do prisioneiro, podendo ser estendida e/ou reduzida de forma individualizada, o que se torna a moeda de troca do tempo de permanência pré-fixada. “Todo um regime de punições e de recompensas que não é simplesmente uma maneira de fazer respeitar o regulamento da prisão, mas de tornar efetiva a ação da prisão sobre os detentos. “ (FOUCAULT, 2014, p. 239).

Nas relações de poder, Goffman (1961) expressa que o indivíduo é submetido à dinâmica institucional, não tendo controle sobre as ações e as informações que o circundam. Sobretudo, há uma limitação de informações sobre o seu próprio destino. A relação do trabalho na instituição é diferente da sociedade externa em que um trabalhador exerce sua função em troca de um salário, também tem a liberdade no que usufruir. Já o internado, pelo trabalho ganhará outros motivos impostos, podendo estar ligado a privilégios em relação aos outros internados. Outra expressão refere-se a um distanciamento social antagônico, criando no interior dessas instituições uma própria cultura e costumes.

Assim, a pena é uma decisão judicial e tem como finalidade uma ação da justiça a quem for submetida a ela. Sua ação é validade pela noção de “pagar seus pecados”, assim se desenvolve ações de controle total do indivíduo, criando um sistema punitivo e disciplinar, além de tornar-se um local de produção de saber clínico sobre os observados. (FOUCAULT, 2014).

E é neste sentido que na produção do saber da prática penal, outro discurso se vincula, o do saber psiquiátrico se entrelaça, fomentando assim a noção do “indivíduo perigoso” e determina a noção de punição e correção destes. (FOUCAULT, 2014).

Ao fazer uma análise ao HCTP nota-se que ele apresenta as características mais comum encontrada nas instituições totais. Nela a vigilância constante faz parte da dinâmica, o indivíduo está a todo momento em observação, a instituição não só o observa, mas também controla seu dia a dia, decide seu horário de descanso, quando deve se alimentar e também seu momento de lazer, um poder sobre o indivíduo. Sua liberdade é limitada aos muros da instituição, a privação da liberdade é reduzida, e uma pequena minoria (os menos perigosos) conseguem dispor de benefícios acima

dos outros. Porém é esse controle institucional, que o indivíduo perde sua autonomia, ele passa a ser gerido pelas agentes, cuidados, monitorados constantemente. Esse controle torna-se esses indivíduos dependentes da instituição, não conseguem manter-se de forma independente, e novamente sua permanência é validada.

4.1 A construção do Conceito de Periculosidade e Medida de Segurança

Costa (2017) afirma que é em meados do século XIX que o discurso tradicional da prática jurídica europeia começou a se confrontar com indagações do pensamento positivista, que trazia a noção de periculosidade criminal como um desvio social às normas e aos interesses da sociedade burguesa. E essa noção ilusória do homem perigoso tem como base a prevenção criminal como única alternativa da sociedade ter relação com a loucura e seus desajustamentos.

Carrara (1998, p. 69) aponta que a aproximação do crime e loucura teve surgimento na sociedade liberal. Partindo da compreensão que “[...] a sociedade burguesa liberal, democrática, progressista, representação do próprio paraíso reconquistado [...] não parece aceitar que alguém possa agredi-la em sua consciência. ”

Jacobina (2008, p. 83) faz um questionamento sobre o criminoso nato na noção positivista. Para a autora, essa noção consiste em “[...] um autônomo cujos estigmas revelam a pré-determinação ao cometimento de crimes. Ele não tem opção: cometerá crimes, ao longo de sua vida, independentemente de sua vontade[...].”

É a partir dessa concepção que o

[...] criminoso nato e criminosos loucos estariam submetidos ao mesmo determinismo cruel, que os impeliria irresistivelmente ao crime e legitimaria o direito de punir. Adotados os pressupostos do determinismo (seja o determinismo social da escola francesa, seja o determinismo biologizante da escola italiana), não se poderia mais falar em direito de punir, mas em direito de prevenir. O direito penal transforma-se em um grande direito sanitário e seu fundamento lastrear-se-ia na periculosidade e não na culpabilidade, ou seja, ao julgar alguém, o crime que se cometeu (ou que nem sequer cometeu ainda, já que, no limite, isso é irrelevante) passa a servir apenas como baliza, como referencial para um diagnóstico de personalidade criminosa, vale dizer, um prognóstico de periculosidade do cidadão perante seus concidadãos [...]. (JACOBINA, 2008, p. 85)

Nesse primeiro momento destacamos uma noção de uma predeterminação do ser social, que afirma que ele não tem controle sobre esses impulsos, ele é ao mesmo tempo submisso a elas e, conseqüentemente, já é considerado perigoso ao outro sem mesmo ter cometido tal crime.

Carrara (1998) aponta que no início do século XIX

as primeiras incursões dos alienistas franceses para fora dos asilos de alienados e de sua problemática estiveram relacionadas justamente à questão dos crimes. [...] quando os alienistas foram chamados pelos tribunais para desvendar o “enigma” que certos crimes lhes apresentavam [...]. (CARRARA, 1998, p. 69-70).

Crimes que “[...] são moralmente tão inaceitáveis que a razão parece se recusar a compreendê-los, permitindo, exigindo mesmo, a presença dos alienistas nos tribunais [...]” (CARRARA, 1998, p. 71), que são horrendos para a mente sadia, que e visto como possível ausência da racionalidade em seus anseios.

Pinel já havia observado uma mania sem delírio em pacientes que, embora considerados como inteligentes, manifestavam súbita violência física. Sua análise foi rechaçada à época, pois eram justamente a demência ou o delírio que definiam e constituíam o estado de loucura. Pretendendo resolver esse impasse, Esquirol desenvolveu a categoria nosológica da monomania, marcando uma reflexão significativa entre crime e loucura. (COSTA, 2017, p. 18).

A monomania era entendida como um delírio parcial, em que “tais delírios podiam ficar por muito tempo insuspeitados pelas pessoas mais próximas do monomaniaco.” (CARRARA, 1998, p. 72). Podendo a doença ficar adormecida por muito tempo, mas quando exposta ao delírio, estaria este submisso a essas vontades, de forma automática e submissa, súbita e passageira. “[...] os indivíduos afetados por essa espécie de loucura conservariam durante toda a sua vida um caráter indisciplinado, reivindicador, cruel, agressivo, amoral. Esse conceito de monomania coloca a loucura como algo imprevisível e, portanto, perigoso. Tal reflexão influenciou o pensamento psiquiátrico do século XIX, aumentando o poder de intervenção dos alienistas, e por outro lado a internação asilar.

[...] os psiquiatras conseguiram realizar muito bem a difícil tarefa de responder àquilo para o que foram feitos socialmente: desvendar a subjetividade para codificar os comportamentos que são problemáticos em outros códigos e, portanto, que não são geríveis

pelos outros aparelhos” (CASTEL, 1978, p. 170 *apud* CARRARA, 1998, p. 78).

Ainda segundo o autor, “contribuindo para um bom funcionamento do sistema penal que se instalava nas sociedades liberais, os psiquiatras, na realidade, “criminalizavam” o louco, [...] marcado pela crueldade, indisciplina, amoralidade e periculosidade.” (CARRARA, 1998, p. 79).

Porém, é em meados do século XIX que a monomania começou a receber severas críticas. A partir desse momento que começou a ser utilizado o termo degenerados (CARRARA, 1998). “Influenciados pelo pensamento vitalista, muitos cientistas argumentavam que o ser humano era definido por uma unidade psíquica e no caso de adoecimento da parte, o todo também ficava.” (COSTA, 2017, p. 19).

[...]. É importante salientar, entretanto que a expressão monomania continuou a ser utilizada pelos médicos durante todo o século passado e não desapareceu com o surgimento das teorizações em torno da degeneração. O que acontece é que os indivíduos antes considerados monomaniacos são, a partir da segunda metade do século XIX, classificados preferencialmente como degenerados. (CARRARA, 1998, p. 81).

A degeneração segundo as ideias de Morel, seria hereditária, os comportamentos desviantes, passariam de geração a geração e seriam transmitidos tanto as características físicas, quanto os comportamentos morais (CARRARA, 1998). “[...]. Pautada na tese de que a hereditariedade era um fator constitutivo de tipos antropológicos desviantes da normalidade e de que grande parte das doenças mentais derivava da má formação do sistema nervoso.” (COSTA, 2017, p. 19)

“É certo que a predisposição hereditária já era comumente apontada pelos alienistas de meados do século XIX como uma das causas principais da alienação mental” (CARRARA, 1998, p.83). Porém, a concepção da hereditariedade da degeneração, apontava o louco mais como um tipo específico de humano ao invés de uma situação doentia.

Para o criminoso ser diagnosticado enquanto degenerado ele deveria ser possuidor de uma tendência precoce para o mal, que incluía o sintoma de déficit intelectual. Não sendo possível ou legítimo esse enquadramento, ele passava para a categoria da tendência à alienação, que era também uma espécie de doença mental, porém determinada por causas não-degenerativas. Dessa forma, mantinha-se o dilema sobre sua responsabilidade penal e não se sabia se o seu

destino deveria ser a prisão ou asilo (GENIL-PERRIN apud CARRARA, 1998, apud COSTA, 2017, p. 20).

O degenerado não é um possuidor de uma enfermidade mental, mas interiormente possuidor das tendências criminais, pois já é existente a ele. “[...]. Esse movimento da psiquiatria significava mais uma legitimação do sequestro do corpo físico do alienado do que a da abordagem médica propriamente dita.” (FOUCAULT, 1999, 2002, 2014 apud COSTA, 2017, p. 20). Porém,

[...] o asilo como elemento terapêutico passa a ser considerado ainda mais ineficaz, devendo as atenções dos alienistas voltarem-se para problemas que não eram imediatamente médicos e cuja resolução passava pelos meandros da política e da moral: miséria, fome, indústria, moralidade, alcoolismo. De outro lado, a ênfase nos estigmas anatômicos enquanto elemento diagnóstico importante exigia que o médico alienista entrasse em campos e manuseasse técnicas que, a princípio, eram estranhas à sua especialidade. Tais deslocamentos gerarão muitas polêmicas ao longo do século XIX e contribuirão para o posterior abandono da ideia de degeneração. (CARRARA, 1998, p. 90)

A construção dos conceitos da hereditariedade criminosa influenciou na concepção do ser perigoso, pois esse ser é antes mesmo de cometer um crime um possível criminoso, um indivíduo potencialmente criminoso.

Foi a partir da construção do louco-criminoso que se viu a necessidade de um local específico para esses indivíduos. Como Costa (2017) elucida que o louco criminoso era difícil para domar em um manicômio comum. Carrara (1998, p. 148) também expressa que havia uma

[...] impropriedade de se manter em um mesmo estabelecimento uma certa classe de alienados. A ideia central é de que loucos perigosos ou que estivessem envolvidos com a justiça ou polícia deveriam ser separados dos alienados comuns, constituindo-se em objeto institucional distinto [...].

Carrara (1998) aponta que o discurso do lugar do louco-criminoso é reivindicado pela separação do “louco tranquilo, dos “agitados” e “perigosos”, e já se encontra em debates em 1870, como uma alternativa mais completa para a medicalização. Também num debate médico, aponta que inseridos o louco perigoso no hospício comum, exigiria uma reformulação estrutural, de práticas repressivas e violentas, ao contrário da prática médica normalizadora.

Outra é que o louco-criminoso é considerado um outro tipo de alienado, pois mantinham-se sua inteligência intacta, como é no caso dos monomaníacos,

degenerados, loucos morais e epiléticos. Além de que durante a sua permanência na prisão, havia um agravamento da saúde mental. (CARRARA, 1998)

Assim que o debate do lugar do louco-criminoso foi sendo formulado, de um lado o louco-criminoso é perigoso demais para ser internado em um hospício tradicional, pois este não apresenta estrutura para sua permanência, na falta de um corpo técnico suficiente para sua vigilância e a sua facilidade de fuga, e no contexto prisional, seu adoecimento era inevitável e seu tratamento (a ideia de cura da doença) tornava-se quase que extinto nessas condições.

Tal debate do lugar do louco-criminoso gerou a necessidade de uma instituição voltada para este tipo de público, um “manicômio criminal” que já existia como solução nos países considerados “civilizados”. Sendo uma alternativa de reclusão mais segura para a sociedade aos loucos-criminosos. Porém “[...] o destino institucional dado aos loucos-criminosos [...] continuará incerto até que se construa um manicômio judiciário [...].” (CARRARA, 1998, p. 188).

A partir deste debate entre médicos, advogados ou magistrados, cria-se uma posição em comum na necessidade urgente de um manicômio criminal. E na inexistência de um manicômio criminal, o louco-criminoso deverá ser encaminhado a um hospício comum, no qual deverão permanecer até completa cura, ou, até que apresente segurança para serem entregue à família (CARRARA, 1998).

A noção de encaminhá-lo para tratamento implicava diretamente na

possibilidade de o assassino vir a ser absolvido [e] faz com que a própria imprensa se engajassem intensamente na luta pela criação de um manicômio judiciário. [...]. Ao defenderem a construção do estabelecimento, não enfatizavam o seu caráter terapêutico ou humanitário; antes, apontavam sua urgente necessidade para uma repressão mais eficaz aos delinquentes. (CARRARA, 1998, p.192)

Foi a partir do debate da necessidade de uma instituição específica para esses indivíduos que

a campanha pela construção de um manicômio judiciário na capital tem efeitos positivos e imediatos. A 21 de abril de 1920 [...] era lançada, nos fundos da Casa de Correção, na rua Frei Caneca, a pedra fundamental do primeiro asilo criminal brasileiro, que seria inaugurado em 30 de maio do ano seguinte. ” (CARRARA, 1998, p. 194)

Assim foi inaugurado a primeira instituição do tipo, o debate do lugar do louco-criminoso já era uma problemática constante no Brasil, tal foi a sua necessidade que a criação de um manicômio judiciário atravessou antes mesmo um debate jurídico para a criação de leis para esses casos. Para a construção da medida de segurança

[...] A noção de prevenção não só foi o ponto central do desenvolvimento da doutrina da medida de segurança, como também foi a responsável por antecipar uma nova abordagem sobre os limites e finalidades de todo o sistema penal. A prevenção criminal incorporou-se ao sistema punitivo por meio de uma finalidade correcional estabelecida à própria pena e a outras medidas de caráter punitivo como, por exemplo, à medida de segurança de internação. (COSTA, 2017, p. 25-26)

Atualmente o HCTP é o resquício do manicômio judiciário, mas também a sua permanência, pois a construção do louco perigoso foi e é importante para sua manutenção, seu vínculo com o sistema prisional a torna uma prisão para loucos, não é uma instituição de promoção a saúde, mas local cronificador das faculdades mentais dos usuários já fragilizados por um sistema de saúde, preconizado pelas políticas de enxugamento dos direitos sociais. E é por meio de uma análise da periculosidade, dominado por seus extintos, sua incapacidade de viver em sociedade, demanda a sua permanece na instituição, atrás de grades de suas “enfermarias”. Mesmo numa tentativa de prover um tratamento, é uma instituição incapaz de viabilizar um ambiente terapêutico. E até os dias de hoje conceito periculosidade é utilizado como parâmetro na decisão judicial do retorno do indivíduo a sociedade.

A medida de segurança, que segundo Jacobina (2008) pode ser contextualizada historicamente quando as escolas penais positivista e clássica se colidem, e a medida de segurança seria o meio termo aceito entre ambas as escolas como solução pragmática. Mas o julgamento penal continua sendo baseado na liberdade como fundamento filosófico, mas também é inserido no julgamento o conceito de periculosidade, a noção de prevenção. “[...]. Nesse sentido, o ato criminoso não é considerado fruto de uma escolha racional, mas mero sintoma de uma personalidade reprovável e perigosa [...]”. (COSTA, 2017, p.26)

Antes mesmo da própria construção da medida de segurança, já existia fragmentos normativos do qual seu conteúdo era diferenciado das sanções penais. Nessas noções era entendido que certos indivíduos são considerados incapazes de

tal responsabilidade, e que não podiam ser deixados em liberdade ao menos que não apresentassem nenhuma ameaça. (COSTA, 2017).

Até a consolidação da medida de segurança, apresentaram-se duas principais definições doutrinárias da medida de segurança. Por um lado, seria considerado uma sanção penal. E no outro, era visto como a medida aplicável para proporcionar um tratamento adequado, sendo a quem for aplicado tal medida apresentar a periculosidade social. (JACOBINA, 2008).

Nas palavras de Costa (2017, p. 29) a medida de segurança

Em meados da década de 1920, os tradicionalistas só admitiam as medidas de segurança para os inimputáveis, enquanto os criminólogos positivistas entendiam que pena e medida de segurança eram aspectos da mesma sanção penal. Já os ecléticos demandavam que a pena fosse complementada pela medida de segurança.

Assim “[...] podemos dizer que este foi o percurso das primeiras discussões doutrinárias em torno da medida de segurança, que tiveram incorporação progressiva do instituto aos ordenamentos jurídicos de quase todos os países, inclusive do Brasil [...]” (COSTA, 2017, p.29).

No contexto brasileiro, Sá Pereira inspirado no Código de Rocco⁸, expôs uma primeira delimitação das medidas de segurança. Adotando como critério de periculosidade, além de detalhamentos dos critérios para apuração do estado de perigoso. Também Alcântara Machado, em 1938, exprimiu de forma mais detalhada a sistematização das medidas de segurança, mantendo o critério de periculosidade criminal, respeitando às exigências da política criminal. (COSTA, 2017).

Desta forma mesmo no contexto brasileiro apresentar a medida de segurança mais diversificada entre as duas principais doutrinas, a periculosidade tornava-se sempre base na validação e aplicação da medida de segurança.

É no Código Penal de 1940 que a medida de segurança poderia ser aplicada mesmo contendo a ausência da (in) imputabilidade, aplicada conjuntamente a pena. E no Código Penal de 1969 embora revogado o duplo sentido da medida de segurança, a sua aplicação só se daria por meio da comprovação absoluta da

8 O projeto Rocco, que resultou no Código Penal italiano de 1939, seguiu a mesma tendência dualista de Stooss. Inspirado no princípio clássico da responsabilidade moral, traçou fortes limites entre pena e medida de segurança, o que deu organicidade ao instituto. Este resultava da periculosidade, mas só devia ser aplicado pelos juízes diante do cometimento de crimes ou atos a eles equiparados pela lei. (COSTA, 2017, p.29)

periculosidade da inimputabilidade, pois caso contrário não seria permitido sua aplicação. Por fim com a reforma do Código Penal brasileiro, em 1984 passou a distinguir os insanos dos criminosos, portanto, a medida de segurança seria aplicada somente aos insanos considerados inimputáveis e semi-imputáveis, excluindo os imputáveis de sua aplicação. (COSTA, 2017).

A medida de segurança, é aplicada aos indivíduos que por ausência da noção da realidade, uma amnésia completa ou imparcial do crime, visa a necessidade de um tratamento, a duração pode variar de um a três anos, em privação de liberdade, um tipo pena para o louco. Porém diferente de uma pena, que após o término do prazo o indivíduo volta para o convívio em sociedade, o louco em tratamento, “internado” em um “hospital”, é negado um espaço terapêutico, pois atrás das grades, e embebido pela noção da periculosidade, justifica a sua permanência na instituição, e sua estadia não tem um tempo determinado. A internação converte-se em uma “prisão perpétua”.

A medida de segurança também evidencia a desigualdade social, demanda a um manicômio judiciário, mas não necessariamente e preciso que seja internado nele, mas aqueles cuja condições socioeconômicas favorecidas tem a oportunidade de realizar um tratamento terapêutico em instituições privadas. Já no HCTP não é uma local que atende a um sistema verdadeiro de promoção a saúde mental, mas na garantia estadia na instituição, enquanto cumpridor do tratamento psiquiátrico, porém por seu vínculo ser maior com o sistema penitenciário, o tratamento se reduz aos medicamentos, e na ausência de um espaço terapêutico, sua piora é inevitável assim como sua permanência. A instituição torna-se ineficaz no que diz a melhora do usuário, o que demandaria uma instituição de acesso universal, sem discriminação, vinculados aos princípios do sistema único de saúde, e até mesmo a extinção da medida de segurança e conseqüentemente os Hospitais de custódia, rompendo com a ideia do louco perigoso e indomável, quebrando com os tabus que circundam a saúde mental.

5 REDE DE APOIO A SAÚDE MENTAL OUTRA ATENÇÃO AOS SUJEITO

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil teve grande impacto na construção de políticas sociais voltadas para a saúde mental, mas antes mesmo da reforma psiquiátrica, já havia outras reformas sanitárias pelo mundo, visto que a tradição Basaglia da experiência italiana, foi a base para a inspiração e construção de uma rede de apoio a saúde mental, cujo foco principal era voltado para a questão da desinstitucionalização como alternativa de evitar a dependência e o enclausuramento dos usuários nas instituições.

Paulo Amarante (2007) explica que um dos pontos centrais mais complexos e estratégicos para a construção das políticas de saúde mental foi a crise/surto. Essa concepção se explica porque a crise/surto no modelo clássico é considerada uma situação grave da disfunção da doença, e o resultado da intervenção seria segurar a pessoa a qualquer custo, amarrá-la e injetar-lhe fortes medicamentos, além do uso do eletrochoque. Uma violência sem precedentes ao indivíduo. Ao contrário da visão conservadora, a crise/surto vai ser entendida como um acúmulo de condições externas ao usuário, que podem ser familiares, vizinhos, amigos e condição socioeconômica, que resulta na precariedade de recursos em seu tratamento. No acolhimento dessas pessoas a necessidade de criar serviços de apoio, que sejam ouvidas sem julgamento, criando vínculos profissionais e o compromisso no amparo dessas pessoas.

Na mesma perspectiva, os serviços prestados devem manter-se com uma estrutura flexível, sem cair na burocratização e em atendimentos repetitivos, visando compreender as necessidades de cada situação, além de nos casos mais graves, as internações ocorram de forma breve, evitando o enclausuramento do usuário.

E essa nova concepção de serviços foram

[...] inspirados na experiência de Trieste, Itália, um serviço comunitário de portas abertas durante 24 horas por dia, sete dias por semana e capaz de atender a praticamente todo tipo de demanda de cuidados em saúde mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos, com grande capacidade de substituição dos hospitais psiquiátricos convencionais [...]. (VASCONCELOS, 2002, p.26)

Como alternativa ao antigo sistema psiquiátrico brasileiro, nos atendimentos em que a especialidade é a saúde mental, por meio das Portarias nº189/91 e a nº

224/91 elabora diferentes modalidades, formados por hospitais-dias, oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que posteriormente serão reformulados pelas portarias nº 336/2 e a nº 189/2 criando várias modalidades do CAPS. (AMARANTE, 2007).

Advindos das ideias de Basaglia, os CAPS devem funcionar “pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana (de segunda a sexta-feira). O horário e funcionamento nos fins de semana dependem do tipo de Centro.” (AMARANTE, 2007, p 85).

As normativas indicam que para cada tipo de centro terá uma especialidade que será desenvolvida no interior da instituição. Para ser introduzido um CAPS em um município deverá ter no mínimo 20.000 habitantes, desenvolvendo serviços com base territorial, atendendo as necessidades e demandas da comunidade ali inserida. “[...]. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes [...]” (AMARANTE, 2001, p. 88). As diferentes modalidades são:

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;

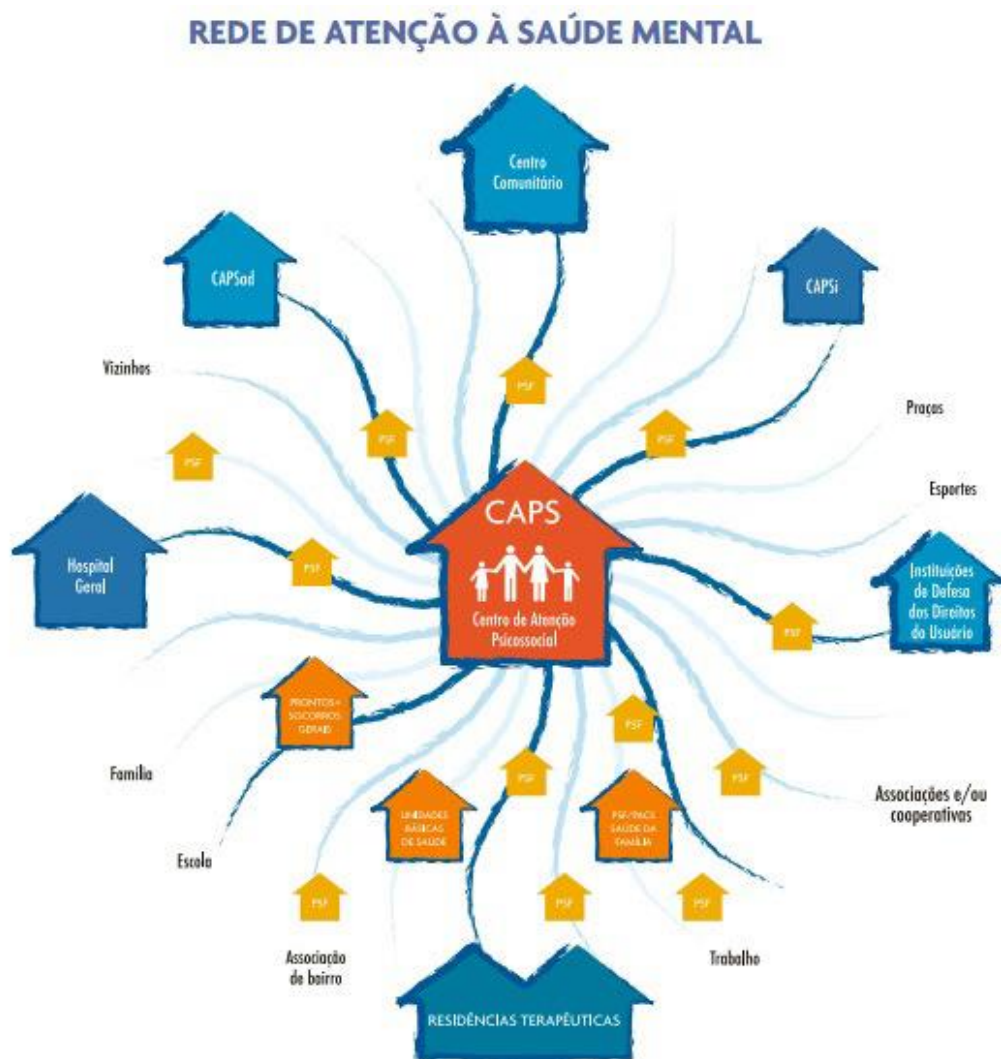
IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população 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. (BRASIL, 2011).

O CAPS foi uma das mais importantes conquistas na construção na atenção à saúde mental, principalmente no que se refere à internação. A fim de evitar o sequestro e o enclausuramento dos corpos, criou-se um sistema aberto para atender as pessoas, respeitando o direito do usuário ao convívio social. Como expresso no gráfico abaixo.

Figura 2: Centro de Atenção Psicossocial



Fonte: (CRISPIM, 2017, p.37)

Outra proposta que visa ainda mais a emancipação e/ou trazer mais independência possível das instituições, foi a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, por meio da Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, sendo posteriormente substituído pela Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Contrapondo o modelo asilar da psiquiátrica que resultava em indivíduos sem autonomia e conseqüentemente

[...] a grande maioria delas não tem condições de voltar a viver sem ajuda de terceiros [...] depois de muitos anos vivendo institucionalizadas, muitas não queriam sair do claustro, muitas não têm famílias ou suas famílias não as desejem mais em casa [...]. (AMARANTE, 2007, p. 90).

Como resposta à desinstitucionalização o 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. (CRISPIM, 2017, p. 36).

Sendo possível para o residente permanecer nessas casas por um período de no mínimo dois anos. As residências são separadas em duas categorias

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. (BRASIL, 2011)

Outra alternativa às pessoas que viveram longos anos institucionalizadas e que “não tem facilidade para conseguir um emprego, ou um emprego com renda suficiente para que possam sustentar-se, ou outra forma de recurso financeiro [...]” (AMARANTE, 2007, p. 92), foi a criação do programa “De Volta para Casa” por meio da lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Esse programa

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. (CRISPIM, 2017, p. 37)

Por fim a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 foram criadas alternativas ao modelo clássico, visto que “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).” (BRASIL, 2011). “[...] A ideia de Rede de Atenção Psicossocial – RAPS perpassa todo o sistema de saúde, nos diferentes tipos de assistência [...].” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 17). A RAPS será constituída pelos seguintes componentes em distintos níveis:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas;
- c) Centros de Convivência;
- d) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- e) SAMU 192;
- f) Sala de Estabilização;
- g) UPA 24 horas;
- h) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- i) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- j) Unidade de Recolhimento;
- k) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- l) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- m) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- n) Serviços Residenciais Terapêuticos. (BRASIL, 2011)

se propulsores a cometer transgressões que nem mesmo o usuário tenha conhecimento, domado por uma mente adoecida que foi negligenciada a muito tempo.

Adoecido e fragilizado, esse usuário sê vê enclausurado em uma instituição de tratamento, a promoção a saúde torna-se seu acesso aos medicamentos em um espaço que é mais adoecedor a mente que terapêutico, pois este encontra-se rodeado não apenas pela equipe de saúde, mas também de guardas penitenciários. E ao invés de um ambiente rodeado de natureza, o concreto e os muros altos são seu ambiente terapêutico, e as grades são sua enfermaria.

Como alternativa criar novas possibilidades que possam atender a um tratamento terapêutico mais benéfico ao usuário, que visa a desinstitucionalização, e caso seja necessário a internação, que sua permanência seja de forma breve de curto período, garantindo a consolidação dos direitos as pessoas em sofrimento psíquico, vinculado à rede de apoio e aos princípios do SUS, buscando a superação o modelo psiquiátrico do HCTP, que mesmo na tentativa de promover um tratamento de qualidade, acaba sendo um ambiente mais cronificador da doença, dificultando o retorno do usuário ao convívio social e na sua própria manutenção, mantendo a sua permanência na instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a criação do primeiro hospício no mundo ocidental, a ideia do isolamento sempre esteve presente, ao longo que as cidades burguesas cresciam, assim como a desigualdade, foram surgindo novas expressões da psique humana, a vinculação das doenças mentais com os crimes propiciaram ainda mais a mistificação desses indivíduos, impulsionados pela aproximação da psiquiátrica com o sistema jurídico, o que legitimou a ideia do louco perigo, indomável para os manicômios comum, e a necessidade de pagar pelo crime. Assim criou-se os manicômios judiciários, que serviam para atender esse público tão específico, e o HCTP é a permanência desses manicômios, cujo a estadia se dá de forma continua e ininterrupta.

Podemos destacar que a relação sociedade e loucura tem sido uma construção histórica. É após a revolução Francesa e com a consolidação da sociedade burguesa que a loucura passou a ser vista por um prisma clínico, colocando-a em status de doença, desvio e imoralidade. Foi por meio desse status que se desenvolveu um lugar para o louco, os hospícios, passaram a ser o local exclusivo da psiquiatria e da produção do saber.

Mesmo logo após a revolução burguesa, já havia um debate em torno do tratamento do louco, mas pouco falava-se da liberdade, mesmo Pinel, conhecido como o pai da psiquiatria, e mesmo a favor da liberdade das correntes, defendia o asilamento como alternativa ao tratamento. Assim o louco poderia circular pelos corredores e jardins da instituição, mas sob observação e tutela constante, visto como incapaz na sua própria manutenção. A ideia da tutela tonou-se comum no tratamento, como única forma eficaz.

Essas instituições também serviam como forma de limpar as cidades europeias dos loucos e moribundos, esses eram trancafiados nos hospícios e ou mandados para o novo mundo e deixados à própria sorte.

Trazendo a mesma concepção de limpar as ruas das cidades, no Brasil já se apresentava uma preocupação com louco solto nas ruas das cidades, o que demandava um lugar exclusivo desde a chegada da família imperial portuguesa. E foi a partir deste momento que foi construído o primeiro hospício do Brasil, e a psiquiatria brasileira é fundada nas bases europeia.

Hospício, instituição para alienados, manicômio, só são formas diferentes de referir-se a uma mesma coisa, um local exclusivo para o louco. Em todas as suas formas o isolamento é visto como parte primordial do tratamento. A marca mais comum entre elas. Esse isolamento, permitiu que a psiquiatria desenvolvesse seus tratamentos, mesmo os mais horrendos deles. Agressões, torturas, lobotomias, choques, abusos sexuais, enclausuramento, ameaças, punições, podemos fazer uma extensa lista de violações ao ser humano, mas todas encontradas em um único lugar.

É após a segunda guerra mundial, que o mundo voltou seus olhos para os manicômios, em choque com os horrores dos campos de concentração, começou a ter um olhar mais humano para os hospícios, que eram verdadeiros campos de concentração fora da guerra. O que propulsionou diversas reformas na área da psiquiatria.

Mesmo com as diversas reformas que ocorriam no contexto europeu, o Brasil permaneceu nas bases conservadoras, e foi somente com a luta antimanicomial na década de 1980, que proporcionou uma verdadeira mudança no atendimento à população. Foi um marco histórico na consolidação dos direitos à pessoa em sofrimento psíquico, e, na construção de uma rede de atenção de saúde mental inspirados pela tradição Basaglia, mas foi pouco o avanço nos manicômios judiciais, que ainda necessita de debates constantes, e até mesmo desconhecido pela sociedade.

A construção do conceito de periculosidade e a medida de segurança legitimam a existência desses locais, primeiro a ideia de um louco tão perigoso que seria incapaz de um tratamento em liberdade, outro seria seu conflito com a lei, exigindo uma punição como das prisões, que é principalmente a privação de liberdade.

De um lado encontramos um indivíduo doente que necessita de um tratamento, mas seu adestramento torna-se quase impossíveis nos hospícios comum, crimes tão horrendos que nem as mentes sadias poderiam aceitar-lhes, assim a psiquiatria se viu em um espaço diferente do seu habitual, agora para responder as questões jurídicas a esses indivíduos, e sua resposta foi mais que satisfatória. O louco, agora é embebido da ideia de perigoso, não só perigoso, mas comum a ele, natural a sua existência, impossível de escapar de uma predisposição ao crime, um destino que jamais poderá evitar, assim é construído o conceito de periculosidade.

O lugar do louco perigoso já era um debate presente na psiquiatria brasileira, desta forma a existência dos manicômios judiciais antecede a própria criação da medida de segurança.

O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico de Florianópolis, é uma instituição voltada para esse público, a pessoa que devido ao surto comete um crime, e devido à ausência total e ou parcial do ato, passará a ser considerado (semi) inimputável. Como uma instituição vinculada ao sistema penitenciário, a duas contradições postas, de um lado é constituído uma tentativa de um local de promoção a saúde, de outro à um sistema que visa a punição por meio da privação da liberdade.

Claro que com a reforma psiquiátrica houve grandes avanços na atenção à saúde mental, que até mesmo refletiu uma mudança significativa na dinâmica e no tratamento prestado pelo HCTP, mas mesmo com esses avanços e com o lema “pelo fim dos manicômios”, o movimento não obteve sucesso na extinção dos manicômios judiciais e da medida de segurança, ficando o HCTP como uma herança manicomial. Além da necessidade de resgatar o debate antimanicomial, que ainda carece de um debate multidisciplinar em pensar novas alternativas de atenção à saúde mental que garante os direitos a pessoa em sofrimento psíquico.

Qual a problemática da medida de segurança? Em termo jurídico a medida de segurança determinará que o indivíduo deverá realizar um tratamento psiquiátrico num período de um a três anos, podendo ser estendida caso comprovada a ineficácia da melhora do usuário, em outras palavras a sua periculosidade. Além da medida de segurança não especificar o local que será realizado este atendimento, visto isso os usuários cujo possuem condições socioeconômica mais elevada, conseguem custear uma instituição privada para o tratamento, mas aqueles que não possuem tais condições permanecem na instituição como única alternativa para o tratamento.

É nesse contexto em que o HCTP deixa de ser um espaço de promoção a saúde mental, já embebido da noção punitiva do sistema penitenciário da privação de liberdade, a mesma concepção das instituições totais, nos deparamos com um local em que uma “prisão perpétua” se materializa, diferente de uma pena que tem um prazo final. A permanência do usuário na instituição acaba por torna-lo institucionalizado, pois como visto nas instituições totais ela toma o poder de controle

sobre indivíduo, comandando o que será feito a cada dia, dificultando ainda mais a autonomia do indivíduo, deixando dependente dessa instituição.

Também é necessário romper com a ideia de penalidade imposta na medida de segurança, a noção punitiva dificulta a promoção de um tratamento verdadeiramente terapêutico, devemos defender a ampliação da rede de apoio, criar alternativas que superem o HCTP, e que o tratamento o foco principal aos indivíduos em sofrimento psíquico, e desmitificar a ideia do louco perigoso, e os preconceitos que circundam a saúde mental.

Outra refere-se ao vínculo com a secretária de administração penal e socioeducativa, o que acaba por não compor a rede de apoio que tem um vínculo com o sistema único de saúde em diferentes setores e graus de complexidade. Em face disto o HCTP mesmo com as diversas tentativas de promover um tratamento terapêutico, ainda é atrasado em comparação aos serviços de promoção a saúde mental, como o CAPs e o RAPs, que visam uma abordagem sem internação (somente como última alternativa) e a permanência extensiva do usuário na instituição, além de criar abordagens vinculadas com as necessidades das comunidades que o cercam.

Desta forma o HCTP é a última instância de um sistema também preconizado, principalmente pelo desinteresse dos poderes em investir na saúde, resultando também em um atendimento preconizado, ou mesmo a falta de criação de novos espaços para atender à crescente demanda por saúde mental. Outra necessidade é debater a medida de segurança no sistema judiciário, além de desmistificar a ideia do louco perigoso.

Visto isso é de responsabilidade do Estado de promover um acesso digno a esses serviços, e a falta deles resultam em pessoas que já fragilizadas pela crescente desigualdade do país, e pelos descasos vivenciados tem como resultado o crime, derivado de um surto, de um sofrimento psíquico não tratado e até mesmo nem conhecido pela própria pessoa. Também é responsabilidade do Estado o investimento em políticas sociais, no acesso a saúde e na sua promoção, criando espaços verdadeiramente terapêuticos, focados em compreender a loucura e proporcionar ao usuário saber lidar quando encontra-se em condição de surto.

Por fim o fortalecimento das lutas sociais, envolvendo não só os próprios profissionais da área, mas os usuários, as famílias e a comunidade, numa participação

ativa e democrática na construção de políticas sociais, pois com o crescente avanço do neoliberalismo no contexto brasileiro, o desmonte dos direitos sociais tendem a se materializar e a privatização tornará a única forma de acesso ao um tratamento digno, preconizando muito mais o acesso a saúde mental, além de evidenciar ainda mais a desigualdade no país.

Por fim o HCTP não é a solução, e sua extinção ainda se encontra distante, mas promover um verdadeiro acesso a saúde mental poderá tornar algo que só existiria no passado, assim como a loucura é uma construção social, podemos mudar o futuro da saúde mental, reinventando e procurando as melhores formas de lidar com as diversas expressões da psique humana.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Asilos, Alienados E Alienistas: Pequena História Da Psiquiatria Brasileira.** A Saúde No Brasil, Ministério Da Saúde, Vol. 01, Nº3, Jul/Set, DF, 1983, P149-152.

AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida A Trajetória Da Reforma Psiquiátrica No Brasil.** Rio De Janeiro. Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental E Atenção Psicossocial.** Rio De Janeiro. Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Decreto-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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm)> Acessado Em 08 De Jul. De 2022.

BRASIL. **Decreto-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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm)> Acessado Em 17 De Jun. De 2019.

BRASIL. **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. Disponível Em: <[Http://Www.Planalto.Gov.Br/Ccivil_03/Leis/Leis_2001/L10216.Htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/Leis_2001/L10216.htm)> Acessado Em 17 De Jun. De 2019.

BRASIL. **Lei Nº 8.112, de 11 de Dezembro de 1990.** Dispõe Sobre O Regime Jurídico Dos Servidores Públicos Civis Da União, Das Autarquias E Das Fundações Públicas Federais. Disponível Em: <[Http://Www.Planalto.Gov.Br/Ccivil_03/Leis/L8112cons.Htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm)> Acessado Em 17 De Jun. De 2019.

BRASIL. **Lei Nº 8.742, de 7 De Dezembro de 1993.** Dispõe Sobre A Organização Da Assistência Social E Dá Outras Providências. Disponível Em: <[Http://Www.Planalto.Gov.Br/Ccivil_03/Leis/L8742.Htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm)> Acessado Em 08 De Jul. De 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 3.088, de 23 De dezembro De 2011.** Ministério Da Saúde.<[Https://Bvsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Saudelegis/Gm/2011/Prt3088_23_12_2011_Comp.Html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html)> Acessado Em 08 De Jul. De 2022.

CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura: O Aparecimento Do Manicômio Judiciário Na Passagem Do Século.** Rio De Janeiro: Eduerj; São Paulo: Edusp, 1998. 228 P. – (Coleção Saúde & Sociedade)1998.

CONSELHO DE PSICOLOGIA. **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para da Constituição da Rede De Atenção Psicossocial No Sistema Único De Saúde A Partir Do Decreto 7.508/2011.** Brasília. Saf/Sul. 1ª Edição. 2011.

CORDIOLI, Maria Sirene; SCALZAVARA, Fernanda; BERNARDINO, Maria Inês De Oliveira; BONASSA, Giselli Dandolini; WALENDOWSKI, Sueli. **Programa Alta Progressiva**: Relatório De Atividades. Florianópolis, 2004.

COSTA, Bruna Martins. **Aprisionamento da Loucura: Internamento, Psiquiatrização e Controle Penal**. Trabalho De Conclusão De Curso (Graduação) – Universidade Federal De Santa Catarina, Centro De Ciências Jurídicas, Graduação Em Direito, Florianópolis, 2017.

CRISPIM, Cinthya Cardoso. **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 (Serviço Social), Universidade Federal De Santa Catarina. 2017.

DEAP – Departamento De Administração Prisional, Secretaria De Estado Da Justiça E Cidadania. **Organograma**. 2014. Disponível Em: <[Http://Www.Deap.Sc.Gov.Br/Index.Php/Institucional/Organograma](http://www.deap.sc.gov.br/index.php/institucional/organograma)> Acessado Em 17 De Jun. 2019.

FOUCAULT, Michel. *História Da Loucura*. Petrópolis: Vozes, 1984.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar E Punir Nascimento Da Prisão**. Tradução De Raquel Ramallete. 42. Ed. Petrópolis, Rio De Janeiro. Vozes, 2014. P. 223 – 250.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões E Conventos**. São Paulo. Ed. Perspectiva S.A.. 1961.

GOMES, Sabrina. **Os Desafios Do Serviço Social No Hospital De Custódia E Tratamento Psiquiátrico Do Estado De Santa Catarina**. Trabalho De Conclusão De Curso (Serviço Social), Universidade Federal De Santa Catarina. 2009.

GONÇALVES, Grenia Sene Campos. **Família E Transtorno Mental: Dilemas No Acompanhamento E No Cuidado**. Trabalho De Conclusão De Curso (Serviço Social), Universidade Federal De Santa Catarina. 2018.

GONÇALVES, Lúcia Maria S. Rodrigues. **Saúde Mental E Trabalho Social**. São Paulo. Ed. Cortez, 1983.

GONÇALVES, Monique Siqueira. **A Imprensa Médica Na Corte Imperial A Loucura E As Doenças Nervosas Nas Páginas Dos Periódicos Especializados (1850-1880)**. VARIA HISTORIA, Belo Horizonte, Vol. 29, Nº 49, P.143-168, Jan/Abr 2013.

HCTP – HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO. **Histórico**. Florianópolis, S/A.

HCTP – HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO. **Objetivo, Missão E Finalidade**. Florianópolis, 2006.

HCTP – HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO. **Plano De Trabalho Do Serviço Social**. Florianópolis, 2006.

HCTP – HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. **Programa De Acompanhamento Ao Egresso – PAE**. Florianópolis, S/A.

MINAYO, Maria Cecília De Souza (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, Método E Criatividade. 18 Ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

JACOBINA Paulo Vasconcelos. **Direito Penal Da Loucura E Reforma Psiquiátrica**. Paulo Vasconcelos Jacobina – Brasília: ESMPU, 2008. 152p.

SANTA CATARINA. **Decreto Nº 4.283, De 22 De Fevereiro De 1994**. Regimento Interno Do Hospital De Custódia E Tratamento Psiquiátrico Da Secretaria De Estado Da Segurança Pública, Com A Nominata Dos Cargos De Provimento Em Comissão. Santa Catarina, P. 11. Legislação Estadual De SC.

SANTA CATARINA. **Lei Nº 12.116, De 07 De Janeiro De 2002**. Define Os Estabelecimentos Penais Do Estado, Cria Unidades Prisionais Avançadas E Adota Outras Providências. Procedência: Governamental, Santa Catarina, P. 2. Legislação Estadual De SC.

SANTA CATARINA. **Lei Nº 4.559, De 04 De Janeiro De 1971**. Manicômio Judiciário Do Estado E Dá Outras Providências. Procedência: Governamental, Santa Catarina, P. 1. Legislação Estadual De SC.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental E Serviço Social: O Desafio Da Subjetividade E Da Interdisciplinaridade**. São Paulo. 2ª Ed. Cortez. 2002.

VICENTE, João Pedro Aparecido; NETO, Wenceslau Gonçalves. **Estratificação Estamental Pela Via Da Educação: Reflexões A Partir Da Reforma Leôncio De Carvalho**. Cadernos Da Fucamp, V.18, N.33, P.43-61/2019.