



4º Encontro Internacional de Política Social
11º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações:
desafios à Política Social
Vitória (ES, Brasil), 6 a 9 de junho de 2016

Eixo: Direitos humanos, segurança pública e sistema jurídico.

A POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA E A REALIDADE DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

Thayane Santos Crespo da Cunha¹

Resumo

A análise das ambiguidades do tratamento jurídico destinado pelo Estado às pessoas com transtorno mental que cometeram algum delito e são submetidos à internação compulsória em manicômios judiciários nos remete ao processo de construção da política de saúde mental brasileira que possui seus avanços tanto nas influências dos modelos internacionais de atenção à loucura quanto nas experiências isoladas no Brasil. Analisamos como tal política possui embates e desafios que podem ser também considerados a partir da própria construção da política social no Brasil como um todo.

Palavras-chave: Política social. Saúde mental. Manicomios judiciários.

SOCIAL POLICY BRAZILIAN AND THE MENTAL HOSPITALS JUDICIARY REALITY

Abstract

The analysis of the ambiguities of the legal treatment for the State to persons with mental disorders who have committed a crime and are subject to compulsory hospitalization in forensic psychiatric hospitals in refers to the construction of the Brazilian mental health policy process that has its advances in both the influences of international models attention crazy as in isolated experiences in Brazil . However this policy has struggles and challenges that can also be considered from the very construction of social policy in Brazil as a whole.

Keywords: Social policy. Mental health. Hospitals judiciary.

INTRODUÇÃO

A Atenção Psicossocial enquanto um modelo inovador de integralidade na política de saúde mental a partir da década de 1980 vem sendo discutida na maioria dos estudos a partir do reconhecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no acesso à saúde mental, entretanto, não temos discussões no âmbito da necessidade de ações intersetoriais de outros equipamentos territoriais que articulem as políticas de assistência social, habitação e previdência social, por exemplo.

A política de saúde mental possui sua trajetória analisada pelos principais autores pioneiros sempre associada ao Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira e ao Movimento de Reforma Sanitária, o que a caracteriza como uma política em movimento e inserida historicamente em diversos espaços políticos, não só nas discussões de transformação do tratamento psiquiátrico, mas nos projetos de

¹ Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Política Social na Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (ESS/UFF). E-mail:<thayane_snt@hotmail.com>.

transformação política e social. Podemos de certa forma então dizer que o campo da saúde mental possui uma característica própria no conjunto da formação das políticas sociais brasileiras, com seus principais atores inseridos nos espaços políticos e no desenvolvimento de ações conjuntas em prol de projetos de ordem social.

As condições necessárias para viabilizar a desinternação das pessoas com transtornos mentais autoras de delitos apresentam-se como um dos principais problemas enfrentados atualmente à efetivação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira nos Manicômios Judiciários, uma vez que, conta-se com a escassez dos serviços substitutivos dos municípios, a deficiência de programas direcionados a esses usuários na atual Política Nacional de Assistência Social, ausência dos Serviços Residenciais Terapêuticos nos territórios, déficit no quadro profissional nos dispositivos de Saúde Mental, entre outros. Por essa via de análise, podemos considerar que as políticas públicas precisam ser pensadas no sentido de garantir o acesso igualitário e integral a esses sujeitos e finalmente assegurar que o espaço institucional do manicômio judiciário é o último lugar a ser destinado às pessoas com transtornos mentais.

CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA: EIXOS INTRODUTÓRIOS

A política social enquanto campo de produção de novos conhecimentos configura-se como categoria de análise complexa dentro das ciências sociais e, portanto, necessita de novas incorporações conceituais que estão atreladas à tradução prática sobre o que é política social. Ao discutir sobre as roupagens assumidas pela política social, suas configurações social e cultural e principalmente os desafios para sua efetivação, deve-se levar em conta as intenções e relações de poder intrinsecamente associados à efetivação ou não dos objetivos.

Os atores envolvidos no processo de construção e suas intencionalidades e valores defendidos aparecem como outros elementos que nos possibilitam compreender como uma determinada política social se insere na dinâmica dos projetos societários. Spicker (2008) analisa que tais intencionalidades compõem a formação de uma política social e seu direcionamento ideológico que por um lado pode definir a satisfação de necessidades dos indivíduos, mas que por outro implica também no desenvolvimento do papel do Estado nesse processo. Portanto, é um campo de análise complexo carregado de valores e princípios (ibidem, 2008).

Analisar a política social implica desvendar o jogo de forças envolvidas, os atores que participam desde o processo de formulação e todo o processo de formação das instituições que direcionam as práticas.

Enquanto política pública, a política social inserida no bojo das ações governamentais está implicada na dimensão histórica e política da proteção social e no desenvolvimento econômico. Diante disso, tais ações são diferenciadas segundo a configuração assumida nos diversos países e sua localização no desenvolvimento do capital global, assumindo em alguns locais e períodos históricos caracteres mais conservadores ou universalistas, conforme análise de diversos autores que aprofundaram o tema.

Para esta análise vale citar de forma sucinta as Pow Laws desenvolvidas a partir do século XVI na Europa que vão iniciar o processo de proteção social com alvo de atuação na pobreza diante do desenvolvimento do mercado auto-regulador, conforme a análise de Polany (1980). O modelo de seguros sociais vai configurar uma nova modalidade de proteção social difundida na Europa já no século XIX com enfoque na relação assalariada e no amparo ao proletariado numa hierarquização entre protegidos e desprotegidos. Já no século XX no período pós-guerra as transformações no mundo do capital e diante de todo o processo de novos atores no cenário político, a noção de “cidadania” é destacada por diversos teóricos como elemento central no desenvolvimento dos Estados de Bem – Estar sob o modelo de seguridade social. As reflexões em torno do desenvolvimento da proteção social nos permitem apontar que as características de cada modalidade de proteção social a partir da formação do Estado moderno assumiram aspectos da cidadania ora traduzida como “invertida”, ora como “regulada”, ora como “plena” em diferentes contextos institucionais e políticos (FLEURY, 1989; SANTOS, 1979).

Tratando-se da formação da política social no Brasil, as características dos diferentes modelos de proteção social estão presentes na conjuntura atual. E ainda que o caso brasileiro possua formas específicas inerentes à sua tradição histórica e política, que na maioria das realidades territoriais reproduz práticas conservadoras, os modelos de “cidadania invertida” e “cidadania regulada” analisados pelos autores citados são reproduzidos nas diversas instâncias. Inicialmente a “cidadania invertida” configurou o acesso aos serviços sociais mediante práticas assistencialistas, na comprovação de

miserabilidade e no reconhecimento do indivíduo na condição de necessitado (FLEURY, 1989).

A “cidadania regulada” caracterizou o modelo de proteção social no período pós-30 no Brasil numa associação do reconhecimento de acesso somente via categoria ocupacional legalmente reconhecida, configurando o padrão de cidadania naquele período vinculado ao padrão previdenciário de seguro social, com arranjo institucional centralizado na oligarquia política (SANTOS, 1979). E já no contexto do autoritarismo burocrático na década de 1960 o avanço da privatização dos serviços, principalmente na saúde, inclusive desencadeando um “movimento” no desenvolvimento de novas ações no campo da saúde mental a partir da articulação política dos profissionais.

Trazendo a análise para o contexto contemporâneo da política social brasileira e as estruturas de bem-estar defendidas por alguns autores como um processo de abertura democrática a partir do período constituinte e a interação de novos atores na cena política nos anos oitenta, as políticas sociais assumem em sua estruturação o princípio de justiça social. Entretanto, conforme destaca Fleury (2008) a proposta da seguridade social articulou lógicas diferenciadas já existentes de reconhecimento na dinâmica de formação das políticas sociais: com o campo da saúde direcionado pela necessidade, a previdência social pela condição de trabalho e a assistência social pela incapacidade do indivíduo, ainda que numa tendência ao modelo de “individualização dos riscos” mediante o avanço da ideologia neoliberal (ibidem, p. 17).

As inovações nesse processo de formação do modelo de seguridade social no Brasil trouxeram dois princípios que foram destacados nesse trabalho para nossa compreensão acerca da Política de Saúde Mental e os desafios da premissa intersetorial na condução das ações públicas nessa área. O primeiro é a participação social que possibilitou o reconhecimento de novos atores no processo de formulação, execução e monitoramento das ações, caracterizando a Política de Saúde Mental enquanto um “movimento”.

E o segundo a ser destacado é a descentralização político - administrativa na dinâmica do redesenho das relações entre entes federativos, levando-se em conta toda a discussão das disparidades políticas, econômicas e sociais dos territórios brasileiros. Sendo assim, partimos do entendimento de que a relação entre a tradição histórica da política social no Brasil e alguns arranjos que permanecem na atualidade são configurados pela co-gestão das políticas entre os três entes federativos, elementos do

federalismo brasileiro, as desigualdades territoriais e o por fim o desenvolvimento desigual das políticas sociais (CASTRO, 2012).

A descentralização político-administrativa foi um dos elementos centrais na institucionalização do federalismo brasileiro pós-1988 e na organização dos entes federativos na autonomia de provisão de serviços das políticas sociais brasileiras bem como na hierarquização entre os territórios sub-nacionais (SOUZA, 2005). Entretanto, o desenho federativo e a distribuição das ações a níveis estadual e municipal esbarram-se até hoje nas disparidades econômicas, sociais e culturais do território brasileiro e na tendência de setorização das políticas sociais. No desenvolvimento histórico da política de saúde mental no Brasil, vimos experiências mais avançadas sendo desenvolvidas em determinados municípios, como por exemplo, em Santos no estado de São Paulo do que em outros territórios.

A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL COMO UM “MOVIMENTO”

Partimos da premissa de que a Política de Saúde Mental deve ser pensada enquanto processo social e contínuo de transformação da atenção e cuidado em saúde mental, sobretudo ao considerar como objeto de ação o sujeito em sofrimento mental e “[...] a existência global e complexa do corpo social” (AMARANTE, 2010, p. 66 *apud* ROTELLI, 2001). Porém, num breve histórico a literatura nos mostra que durante toda a história houve um destino social designado àqueles considerados “loucos” segundo a ordem instituída referente a cada período histórico e seus respectivos ordenamentos sociais, políticos e econômicos na formação da sociedade ocidental.

Na Idade Moderna a loucura passa a ser associada à idéia de desrazão, àqueles que não possuíam juízo racional. Especialmente a partir do século XVII na Europa, o caráter histórico de internamento configura-se através do surgimento de instituição destinada àqueles que não correspondiam à ordem moral da época como a população desempregada, miseráveis, prostitutas, mendigos, entre outros. Configuravam-se também algumas formas assumidas da função dos leprosários. Assim, o surgimento dos Hospitais Gerais em 1656 se institui como forma justificável à idéia asilar, na lógica moral e repressiva, sem nenhuma função médica, baseado no contexto político, econômico e social do estabelecimento da monarquia absoluta (FOUCAULT, 2012).

Na Europa, inicialmente no caso francês efetiva-se a prática tutelar daqueles considerados loucos, com a promulgação da lei que regula “o regime dos alienados” em

1838, que caracterizou uma transformação do destino dos “doentes mentais” diante dos ideais do liberalismo econômico, representando uma reestruturação das práticas asilares junto à necessidade da atuação de um saber médico sobre a doença mental e sua cura. Portanto, nesse período inicia-se um novo processo de entendimento da loucura sobre alguns aspectos: desqualificação do arbítrio do poder real com a abolição das “*lettres de caches*”, inserção de novos agentes de controle, “[...] atribuição do status de doente mental ao louco [...]” (FOUCAULT, 1991, p.10) e surgimento dos asilos destinados aos loucos, com características históricas das práticas correcionais e morais.

O protagonismo da medicina mental constitui-se no século XIX como regulador das práticas morais dentro dos hospícios, e a doença mental passa a ser objeto de conhecimento desse novo saber. Assim, “[...] a nova relação de tutelarização vai se definir e se modificar através da instauração e da transformação do dispositivo da medicina mental” (FOUCAULT, 1991, p. 50).

Para Serra (1979), a trajetória do desenvolvimento do saber psiquiátrico se inscreve no sentido de manutenção da ordem burguesa no final do século XIX, enquanto instância que assume um papel político na medida em que serve à disponibilidade do Estado burguês, por conseguinte, verifica-se um discurso político que estabelece o destino social dos sujeitos considerados “doentes mentais”.

As primeiras décadas do século XX demarcaram o início de uma época considerada por alguns autores como o período da primeira reforma psiquiátrica no Brasil, a criação da primeira instituição pública de saúde, a Assistência Médico-Legal aos Alienados e a criação das duas primeiras colônias de alienados no Rio de Janeiro – Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita – sendo as primeiras da América Latina. Juliano Moreira assumiu a direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados durante 27 anos. Esse período entre 1903 e 1930 foi marcado por nova reorganização nos âmbitos jurídico e legal, inclusive com a promulgação da Lei de Assistência aos Alienados (AMARANTE, 1994, p.76-77).

Com o advento da Segunda Guerra Mundial e seus reflexos globais, o tratamento até então destinado aos sujeitos em sofrimento psíquico internados nos hospitais psiquiátricos passa a ser questionado, ao mesmo tempo em que as atenções são voltadas às formas precárias e consideradas desumanas de assistência nessas instituições. Nesse período inicia-se um movimento em busca de mudanças, porém restritas a priori ao âmbito asilar, prevalecendo ainda a defesa da função terapêutica da instituição

psiquiátrica na França, Inglaterra e EUA. Já na Itália, inicia-se um modelo de ruptura radical com as práticas hospitalocêntricas de atenção psiquiátrica, através de um movimento inovador no campo político e nas instâncias de formulação prática das ações no campo da saúde mental e na desconstrução do paradigma clássico da psiquiatria, um movimento conhecido como Psiquiatria Democrática.

A lógica de desinstitucionalização até então elementar nas alternativas de reforma nos outros países europeus como já mencionado, reduzia-se ao processo de desospitalização. O movimento da Psiquiatria Democrática iniciado pelos profissionais dando continuidade ao trabalho desenvolvido por Franco Basaglia e Franco Rotelli, significou antes de tudo um movimento político no sentido de desconstrução do paradigma racionalista, que preconizava a cura da doença mental (problema-solução), um movimento que pautou a “[...] invenção da saúde e de reprodução social do paciente” (AMARANTE, 2001, p. 30). Para isso, foram criadas estratégias de substituição ao modelo asilar como, por exemplo, a criação de Centros de Saúde Mental e Plantão Psiquiátrico no Hospital Geral, ou seja, construiu-se uma rede de oferta de serviços territoriais substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, com vistas ao tratamento integral desses sujeitos inseridos em suas relações sociais (AMARANTE, 2001). A participação social nesse processo foi um elemento decisivo na formulação de ações, com a inserção de novos atores sociais nesse processo, na maioria representada por familiares e os próprios usuários.

No Brasil temos a trajetória do Movimento de Reforma Psiquiátrica marcado pela formação e militância do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no final dos anos 70 e início da década de 80, num momento de grande mobilização social no Brasil de diversas entidades e segmentos sociais no cenário político.

Inicia-se um movimento no Rio de Janeiro por reivindicações corporativas associado ao Movimento de Renovação Médica (REME) a partir da formação dos Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Saúde (CEBES), pautando ações de debate tanto em torno das situações precárias das condições de trabalho no campo da saúde mental, como propostas de reformulação da política como um todo. Nesse sentido, foram organizados eventos iniciais como o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, ambos em 1978, e o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental já em 1979,

trazendo a discussão crítica do regime político da época, o chamamento de outros setores sociais para o movimento de busca democrática e à denúncia da situação de descaso dos hospitais psiquiátricos (*ibidem*, 2013).

Já no II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental realizado em 1980 na cidade de Salvador, aparece a preocupação sobre os direitos dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos a partir da discussão trazida por grupos defensores dos direitos humanos, e o reforço crítico sobre a privatização da saúde e as determinações estigmatizantes do tratamento destinado às pessoas em sofrimento mental (*ibidem*, 2013).

No âmbito gerencial houve a formação do modelo de co-gestão entre os Ministérios da Previdência Social e Assistência Social e Saúde, num momento de grande crise previdenciária, com a implantação do “plano CONASP” (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) em 1982 no campo da saúde mental, o que representou a responsabilização do Estado com a saúde e ampliação nacional das ações com caráter descentralizado e regionalizado (*ibidem*, 2013).

A importância de pontuar os eventos que marcaram a mobilização inicial por transformações no âmbito do tratamento até então destinado à loucura no Brasil, se insere também no esboço acerca da ruptura do modelo de psiquiatria tradicional inserido no contexto marcado pelo fim da Ditadura Militar no Brasil, pela campanha nacional de “Diretas Já” em 1983 e, com o evento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que marcou um momento de grande participação popular, trazendo a concepção universal sobre o acesso à saúde e os ideais do movimento da Reforma Sanitária.

O processo de transformações no campo da saúde mental no Brasil sob a perspectiva de desinstitucionalização teve início a partir da segunda metade da década de 1980, com a adoção do lema “por uma sociedade sem manicômios” no II Congresso Brasileiro de Saúde Mental realizado em São Paulo no ano de 1987. No mesmo ano surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, juntamente com a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira (NAPS) em Santos, a partir da adoção teórico-conceitual da experiência italiana de Baságli e da inserção de novos atores no cenário político nos espaços deliberativos da política de saúde mental com a participação dos próprios pacientes psiquiátricos e familiares.

O Projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado significou um marco na dimensão jurídico-política propondo a reformulação de ações na política de saúde mental pautadas na necessidade de internação psiquiátrica somente em casos esgotáveis de tratamento em dispositivos extra-muros e reforçando a necessidade do caráter integral no tratamento à loucura. A lei só veio ser aprovada em 2001, conhecida atualmente como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei 10.216/01) que representou novas mudanças na reformulação de ações substitutivas ao modelo hospitalocêntrico no tratamento à loucura no Brasil.

A trajetória de transformar o sistema de saúde mental encontra uma nova tática: é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas às comunidades. (AMARANTE, 2013, p. 94)

Amarante (2010) destaca que uma das estratégias de transformações ocorre na dimensão teórico-conceitual ao considerar o sujeito em sofrimento psíquico como objeto de intervenção, não somente “a doença mental”, mas sim no sentido de compreender o sujeito inserido em suas relações familiares, comunitárias, entre outras. Ao ampliar a noção de integralidade no campo da saúde mental a partir do entendimento da necessidade de se desenvolver dispositivos que “[...] devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades” (AMARANTE, 2010, p. 69) nos referimos à dimensão técnico-assistencial. A dimensão jurídico-política se inscreve na desconstrução de associar loucura à incapacidade civil, com atenção à questão dos diversos direitos desses usuários, com vistas a sua cidadania, e o acesso aos direitos sociais, como trabalho, lazer, moradia e educação. Um marco importante foi a promulgação da Lei 10. 216 em 6 de Abril de 2001, conforme citamos anteriormente.

Além disso, com o desenvolvimento estratégico de estimular a produção cultural dos usuários em diversos espaços e eventos que priorizam o lema “por uma sociedade sem manicômios” e com a instituição do Dia Nacional da Luta Manicomial representado todo dia 18 de maio, e por meio de incentivo em discutir o campo da saúde mental e estimular a participação da sociedade em geral nesses espaços, temos estratégias desenvolvidas na dimensão sociocultural.

O SURGIMENTO DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS NO BRASIL E APONTAMENTOS ATUAIS

Podemos remeter a necessidade de construção de um estabelecimento que pudesse destinar aqueles que possuíam alguma deficiência mental e tivessem cometido algum ato delituoso, ao contexto marcado pela associação entre crime e loucura e as representações dos discursos construídos na prática psiquiátrica e jurídica sobre a loucura já na passagem do século XIX e XX.

O cruzamento entre o saber psiquiátrico, antropologia criminal e o direito se configura no decorrer do século XIX com a expansão e categorias nosológicas no campo da psiquiatria, principalmente com os conceitos de “monomania”, “degeneração” e “criminologia nata”. Como vimos no primeiro capítulo desse trabalho, a classificação dos sujeitos em “monomaniacos” se insere na definição de um objeto de atuação no campo da psiquiatria, justificando o caráter do tratamento asilar e moral na busca pela cura da “alienação mental”. Com o surgimento da categoria de “degenerados” designada pelo médico francês A. Morel abre-se um questionamento sobre a natureza dos crimes considerados bárbaros e sem razões reais e novas interpretações sobre o crime, inclusive com a hipótese de ser considerado como um sintoma de algum transtorno mental. A categoria de “criminoso nato” surge nesse mesmo processo, em considerar a noção biodeterminista da antropologia criminal no desenvolvimento de estudos sobre a prática do crime, tendo como propulsor o médico psiquiatra italiano Cesare Lombroso, que sustentava o discurso de disfunção orgânica no desenvolvimento das doenças mentais (CARRARA, 2010). A legislação penal de alguns países previa a reclusão desses sujeitos em espaços anexos aos hospitais psiquiátricos da época. No Brasil o Código Penal de 1890 previa que estes fossem entregues as suas famílias ou submetidos à internação psiquiátrica pública, uma vez que, constatada a presença de algum transtorno mental eram considerados irresponsáveis pela prática delituosa (DELGADO, 1992). As formas de penalidade que passam a vigorar no início do século XIX em alguns países europeus traçam novas formas de controle social agora sobre o princípio da periculosidade, distinguindo-se do sistema penal de Beccaria que vigorou no século XVIII (FOUCAULT, 2001). Assim, o desenvolvimento industrial, o processo de urbanização, a propriedade privada enquanto elemento de acumulação do sistema de produção capitalista, e a necessidade de controle sobre aqueles que pudessem vir a descumprir a lei, formam um sistema penal de privação de liberdade na figura da prisão.

Sabemos que nesse sistema capitalista o fenômeno da loucura sempre esteve associado à noção de “periculosidade” por meio de vários instrumentos de controle e

segregação desenvolvidos ao longo da história através da criminalização daqueles que pudessem ameaçar a ordem social. No Brasil o Decreto Nº 1132 de 22 de dezembro de 1903 prevê a construção de um local que pudesse agregar os “loucos criminosos”, porém essa legislação contribuiu apenas para reformas no Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, com a criação da “Seção Lombroso 24” destinada à reclusão dos sujeitos com transtorno mental que cometessem algum delito. É nessa perspectiva que em 1921 nasce o primeiro Manicômio Judiciário do Brasil 25 no Rio de Janeiro, dirigido pelo médico psiquiatra Heitor Carrilho. Sendo nomeado em 1950 por Manicômio Judiciário Heitor Carrilho surge o estabelecimento destinado às pessoas em sofrimento psíquico que cometeram algum delito e não seriam imputáveis à pena privativa de liberdade (CARRARA, 2010). Com o Código Penal de 1940, criado a partir dos fundamentos do Direito Penal positivista 26 , ficou instituído o sistema “duplo binário” que determinava o cumprimento da medida de segurança 27 segundo o grau de periculosidade do sujeito, e a pena de acordo com a culpabilidade na prática do delito. Em 1984 com algumas reformas no Código Penal brasileiro e com do sistema “vicariante”, a aplicação da medida de segurança passa a se destinar apenas aos acusados, que segundo exame de sanidade mental, são considerados inimputáveis ou semi-inimputáveis à pena privativa de liberdade por não reconhecer o caráter ilícito da ação praticada pela constatação de algum transtorno mental ou desenvolvimento mental incompleto, e assim devem ser submetidos a um período indeterminado de internação no Manicômio Judiciário, ou seja, no mínimo por um ano, até que sua periculosidade seja cessada por meio do exame de cessação de periculosidade.

O nome “Seção Lombroso” foi criado em homenagem a Cesar Lombroso, psiquiatra e antropólogo criminal que desenvolveu seus estudos em que acreditava na “criminologia nata”. 25 Conhecido por Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, situado à Rua Frei Caneca 401- Estácio, Rio de Janeiro. No momento atual foi renomeado por Instituto de Perícias sendo destinado apenas à realização de perícias e exames de sanidade mental dos internos da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro. 26 Designado a partir do surgimento da Escola Positiva de Direito Penal na Itália no período de 1875 e 1880, a qual defendia a necessidade do dispositivo penal na lógica de garantir a segurança da sociedade contra os “perigosos”. 27 A medida de segurança configura-se enquanto um dispositivo jurídico destinado às pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes e são

consideradas pelo atual Código Penal Brasileiro como inimputáveis à pena privativa de liberdade.

Assim, o Código Penal de 1940 em vigor no Brasil determina que Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. [...] Art. 97 – Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação. Se todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940). E a Lei de Execuções Penais (Lei N.º 7.210, De 11 De Julho De 1984) institui: Art. 99 - O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no Art. 26 e seu parágrafo único do Código Penal (BRASIL, 1984). Portanto, a medida de segurança se materializa por proteger a sociedade daquilo que o “louco criminoso” possa vir a fazer (DELGADO, 1992). A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível e suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades e comportamento que elas representam (FOUCAULT, 2001, p. 85). Temos assim, a medida de segurança enquanto um dispositivo jurídico destinado àqueles cuja culpabilidade é entendida no campo do Direito Penal enquanto ausente. Entretanto, podemos percebê-la muito presente no caráter contraditório do tratamento destinado ao “louco infrator” nos Manicômios Judiciários e fora destes, uma vez que ora essas pessoas são tratadas como pacientes, ora como detentos. É nessa perspectiva que destacamos alguns entraves colocados ao processo de desintitucionalização nessas instituições, uma vez que, apresentam em suas particularidades a lógica institucionalizada da atenção e do cuidado. Além disso, lidamos com o preconceito da própria família, da comunidade e até mesmo dos dispositivos extra-muros principalmente quando esses sujeitos se encontram em vias de desinternação.

O último censo publicado em 2013 baseado numa pesquisa sobre a custódia e o tratamento destinado aos internos em HCTPs, mostrou que em 2011 o Brasil possuía 23 Hospitais de Custódia e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico dentro dos complexos penitenciários, com uma população de 3.989 internos (2.839 cumprindo medida de segurança, 117 cumprindo medida de segurança mediante conversão de pena e 1.033 em situação de internação temporária). Sendo que 91% (2.585) desses pacientes estavam

cumprindo medida de segurança por internação e 6% (159) estavam na reinternação. Dessa população total de internados, somavam-se 3.684 (92%) do sexo masculino e 291 (7%) do sexo feminino. Essas instituições são distribuídas nos estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe (DINIZ, 2013).

Pode-se definir o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como uma “instituição total” conforme nos apresenta Goffman (2010), pelo caráter de impedimento da relação dos internos com o meio exterior e por vários aspectos aliados que podem contribuir, por exemplo, para a “mortificação do eu” conforme destaca o autor. Muitas vezes as regras institucionais são impostas sobre os internados, que são submetidos aos mecanismos de controle do estabelecimento. Nesse sentido podemos destacar a própria indefinição de tratamento colocada a esses sujeitos, que ora são tratados pela lógica institucional como “pacientes” ora como “presos”.

No âmbito da assistência destinada aos pacientes judiciários em cumprimento da medida de segurança podemos destacar alguns avanços legais como a Resoluções Nº 05 de 04 de maio de 2004 e a Resolução Nº 04 de 30 de julho de 2010 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária; as Resoluções Nº 113 de 20 de abril de 2010 e Nº 35 de 12 de julho de 2011 ambas do Conselho Nacional de Justiça, as quais podemos julgar no redesenho da atenção psicossocial destinada a esses sujeitos, com vistas à reafirmação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No entanto, percebemos a retração da oferta de serviços extra-hospitalares devido ao processo global de atenção mínima do Estado aos Serviços de Saúde e às demais políticas públicas. E se tratando de uma população “carcerária”, a necessidade de existência dessas instituições é reafirmada na sociedade, aos familiares e muitas vezes aos próprios dispositivos de saúde mental dos municípios.

Ao mesmo tempo em que é designada como uma instituição com vistas ao tratamento psiquiátrico há a política penitenciária que orienta o funcionamento dessa instituição. A Vara de Execuções Penais representa o órgão responsável por promover execução do processo de medida de segurança dos pacientes, ao passo que, a Política de Saúde Mental deva prevalecer para cumprir com os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira orientada pela Lei 10.216/01. É nesse sentido que, encontramos os impasses colocados ao processo de desinstitucionalização, uma vez que, nos deparamos com a

correlação de força colocada entre técnicos das equipes assistentes e a política de gestão penitenciária frente às demandas burocráticas provenientes do Sistema de Justiça Criminal, e ainda a permanência da internação dos pacientes que não possuem referência familiar e a insuficiência de oferta dos Serviços de Residências Terapêuticas dos municípios. As implicações postas ao processo de desinstitucionalização podem ser reconhecidas também como elementos constitutivos ao processo de reincidência desses sujeitos nos Manicômios Judiciários e até mesmo no sistema penitenciário como todo. Uma vez percebido o não reconhecimento da ação efetiva de assistência na rede extra-hospitalar, o duplo estigma de “louco perigoso” é reforçado a partir da referência de ação de uma instituição que melhor os representa para segurança da família e da sociedade como um todo: o hospital de custódia “[...] imerso em uma cultura prisional, cujas características remetem à conservação da tradição, do autoritarismo e da conseqüente submissão, além da sacralização da hierarquia” (DAHMER, 2011, p. 166). É nessa trajetória construída que muitas histórias são projetadas na prevalência da lógica prisional, quando apenas uma intervenção assistencial da rede do território poderia impedir todo o processo de reinternação desses sujeitos em Manicômios Judiciários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desse trabalho proporcionou a clareza crítica acerca do direcionamento da atenção e assistência destinadas às pessoas em sofrimento mental nos âmbitos histórico, cultural e econômico. Em relação à análise desenvolvida ao longo do trabalho acerca das considerações da Atenção Psicossocial a partir da desconstrução dos paradigmas clássicos de tratamento à loucura no contexto brasileiro, foi possível salientar a necessidade de constante investimento e atenção do Estado no campo da saúde mental, que tem sido marcado pela escassez e precarização dos serviços territoriais.

A política de saúde mental enquanto uma política social “em movimento” caracterizada na contemporaneidade da política de saúde pela sua atuação sob o lema “por uma sociedade sem manicômios” deveria contar com os serviços territoriais como potencialidades de desenvolvimento de ações intersetoriais, tanto no que tange ao combate de práticas hospitalocêntricas quanto na construção de novas modalidades de atenção integral à população usuária.

Esses impactos destacados no estudo são refletidos no processo de assistência aos egressos dos Manicômios Judiciários no âmbito territorial, uma vez que, a maioria desses usuários reincidentes retornam para a instituição em menos de um ano, não conseguem ter acesso a outras políticas sociais, principalmente no que tange à oferta de serviços de prevenção ao uso de drogas, havendo assim a fragilidade de garantia dos direitos sociais desse segmento populacional.

Portanto, considerar que os desafios estão postos e compreender a configuração político-administrativa do Brasil bem como as particularidades da construção da política social, aparece como uma possibilidade de proposição de novas alternativas de efetivação das ações e serviços no campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2010.

BASAGLIA, Franco. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. *In*: AMARANTE, Paulo (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL. Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001. Brasília (DF), 2001.

_____. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Brasília (DF), 2011.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CARVALHO, José M. de. **Cidadania no Brasil, o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

FLEURY, S. Seguridade Social um novo patamar civilizatório. *In*: DANTAS, B.; CRURÊN E.; SANTOS, F.; LAGO, G. Ponce de Leon. (Org.). **A Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois - Os cidadãos na carta cidadã**. Brasília: Senado Federal, Instituto Legislativo Brasileiro, 2008. v. 5, p. 178-212.

_____. Coesão e Seguridade Social. *In*: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura. (Org.). **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 10-27.

FOULCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 9. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O. ; MAURI, D. “Desinstitucionalização, uma outra via”. *In*: ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Política social**: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.