



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUCIANA CUNHA PAIXÃO

**HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (HCTP):
INSTITUIÇÃO DE AMBIGUIDADE NA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2014

LUCIANA CUNHA PAIXÃO

**HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (HCTP):
INSTITUIÇÃO DE AMBIGUIDADE NA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vânia Sampaio Alves

Santo Antônio de Jesus

2014

LUCIANA CUNHA PAIXÃO

**HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (HCTP):
INSTITUIÇÃO DE AMBIGUIDADE NA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aprovada em 05 de Novembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Vânia Sampaio Alves (Orientadora)
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, Brasil
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a. Ms^a Sinara Vera
Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a. Ms^a Antonia Vieira Santos
Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil
Faculdade Maria Milza

Dedico este trabalho aos meus pais, meu amor mais terno e principais entusiastas.

AGRADECIMENTOS

Há muito e muitas pessoas a quem devo agradecimentos, situações e pessoas sem as quais não conseguiria chegar a esse produto final.

Acima de tudo agradeço a Deus que com Sua magnitude e misericórdia tem me sustentado todos os dias, sobretudo, nos dias mais difíceis da minha graduação. A Ele também agradeço pelas pessoas que colocou no meu caminho.

Aos meus pais que me apóiam e me confortam sempre com sábias palavras. A minha mãe em especial, que me acompanhou durante as noites perdidas e me ajudou em tudo que estive ao seu alcance. Ao meu pai, que plantou em mim a semente do interesse pela temática discutida nesse trabalho.

A todos os meus familiares e amigos que me dão força com suas torcidas, em especial, a minha tia Ednélia, que participou muito gentilmente desse meu processo.

A minha experiência no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas, onde estive mais próxima do universo da saúde mental e tanto aprendi e aprendi para minha vida profissional e pessoal.

A Prof^a. Vânia Sampaio, que abraçou meu interesse pelo tema aceitando ser minha orientadora, com quem sempre é uma satisfação aprender.

A Prof^a. Sinara Vera, meu primeiro gatilho em saúde mental no universo acadêmico. Dentre as lembranças mais agradáveis e instigantes da minha graduação estão, sem dúvida, as aulas do componente curricular Enfermagem na atenção à saúde mental.

Ao Prof. Daniel Carvalho que tão solícitamente me ajudou mais uma vez, também tendo participação nesse trabalho.

Portal da Desesperança

(Braulio Paixão)

Ele abre todos os dias;
Aqui nenhum dia é santo;
Portanto não tem alegria;
Uma casta, cada um com seu nome;
Pra sempre por companhia.

Tritura, embaça e escurece;
A vida que ficou lá fora;
Pode ter sido feia;
E mesmo que fosse bonita;
Beleza aqui não se aplica.

Alopra entorta e mata;
Aqui demônio se trata;
Para a vida ficar estéril;
Para se dormir por três dias.

São vozes, sussurros e agonia;
Há sempre assombrar o dia;
O mal imita, corrompe o que copia;
Também confunde e transforma.

E eis o grande mistério;
O que é torto e feio fica belo;
Todos aqui são felizes;
Isto é o que eles dizem.

Até um inocente sabe;
Anjo algum prescreveria;
Receitas de vilania;
Todos aqui são demônios;
E todo demônio se farta;

Gente aqui é carniça;
Pois lixo se ainda recicla;
Então sendo franco e sincero;
Aqui é o PORTAL do INFERNO.

P S. Que DEUS nos dê misericórdia.

RESUMO

Estudo de revisão exploratório e descritivo sobre o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), como local de ambiguidade na saúde mental brasileira, com os seguintes objetivos: caracterizar o HCTP como instituição de atenção às pessoas com transtorno mental autoras de delitos; analisar a concepção da pessoa com transtorno mental autora de delito e sua responsabilização penal; identificar os fundamentos que estruturam o HCTP como instituição jurídica e de saúde e, discutir estratégias alternativas ao modelo do HCTP para a atenção às pessoas com transtorno mental autoras de delitos. A revisão integrativa foi a estratégia metodológica adotada, com dez artigos selecionados como fonte de dados através de pesquisa bibliográfica, analisados segundo categorização temática. Dentre os principais resultados, destacam-se algumas considerações: a adoção da responsabilização penal da pessoa com transtorno mental autora de delito, com a garantia dos direitos humanos e extinção da medida de segurança. São discutidos também o perfil ambíguo da instituição HCTP e suas noções jurídicas fundamentadoras, como a noção presumida da periculosidade; a Reforma Psiquiátrica e sua abrangência ao HCTP e também, com menos expressão, a rede pública de assistência à saúde mental. Como alternativas substitutivas surgem as experiências do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator, em Minas Gerais (PAI-PJ) e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator desenvolvido em Goiás (PAILI). A fomentação do debate a que se propõe este trabalho é necessária para a criação de novos caminhos que possam substituir a instituição em questão, e dessa forma assegurar às pessoas com transtorno mental autoras de delitos o preconizado pela Reforma Psiquiátrica e direitos humanos.

PALAVRAS-CHAVE: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Manicômio Judiciário. Saúde mental.

ABSTRACT

Review's Study exploratory and descriptive about the Hospital of Custody and Psychiatric Treatment (HCTP), as a place of ambiguity in the Brazilian mental health, with the following objectives: to characterize the (HCTP) as an institution of care for people with mental disorder perpetrators of crimes; analyzes the concept of the person with mental disorder who committed crimes and his criminal accountability; identify the fundamentals that structure the HCTP as a legal and health institution and discuss alternatives strategies to the model of HCTP to care for people with mental disorder perpetrators of crimes. The integrative review was the methodological strategy adopted with ten articles selected as a data source through literature, analyzed using thematic categorization. Among the main results, stand out some considerations: the adoption of the criminal accountability of the person with mental disorder author of crime, with the guarantee of human rights and extinguishment of security measures. Are also discuss the ambiguous profile of the institution HCTP and its legal concepts that based, as the presumed notion of dangerousness; Psychiatric Reform and its extension to HCTP and also, to a lesser extent, the public network of mental health care. As substitutive alternatives emerge, the experiences of the Comprehensive Care Program to the Judiciary Patient Carrier of Mental Suffering Offender, Minas Gerais (PAIPJ) and the Program of Integral Attention to the Crazy Offender developed in Goiás (PAILI). The fostering of debate that proposes this work is necessary for the creation of new pathways that may replace the institution in question, and thus ensure to persons with mental disorder perpetrators of the crimes recommended by the Psychiatric and human rights Reform.

KEY WORDS: Hospital of Custody and Psychiatric Treatment. Judicial Asylum. Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AP	Alta Progressiva
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CP	Código Penal
CPP	Código de Processo Penal
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
RP	Reforma Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
2	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO MANICOMIAL	14
2.2	LOUCURA <i>VERSUS</i> CRIMINALIDADE	16
2.3	PRÁTICAS NO CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO HCTP	18
2.4	REFORMA PSIQUIÁTRICA E O HCTP	21
2.5	PROPOSTAS DE REORIENTAÇÃO DO HCTP E DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA DE SEGURANÇA	24
2.5.1	Estratégias intra-manicomiais	24
2.5.2	Estratégias extra-manicomiais	25
3	METODOLOGIA	28
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
4.1	CONCEPÇÃO DO HCTP	30
4.2	CONCEPÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL AUTORA DE DELITO	31
4.3	FUNDAMENTOS DA PRÁTICA INSTITUCIONAL HCTP	32
4.4	REFORMA PSIQUIÁTRICA E O HCTP	34
4.5	DIREITOS HUMANOS E O HCTP	35
4.6	O CAPS COMO ESTRATÉGIA ALTERNATIVA AO HCTP	37
4.7	RESPONSABILIZAÇÃO PENAL DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL AUTORA DE DELITO	37

5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	42

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Incluso na perspectiva de instituição hospitalar em atenção à saúde mental está o modelo institucional Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), outrora conhecido como Manicômio Judiciário, foco temático desse estudo. De acordo com Sá (1985), “o Manicômio Judiciário é um hospital especializado para doentes mentais criminosos e pessoas à disposição da Justiça, em fase de julgamento”. É, portanto, uma instituição singular que em comum tem com a penitenciária o caráter de confinamento, possuindo concomitantemente aspecto hospitalar, dado que visa o tratamento psiquiátrico dos que são nela internados. De acordo com Reis (2010),

No plano jurídico e administrativo, os manicômios são estabelecimentos ou equipamentos voltados à saúde mental que, em grande parte dos Estados da Federação, não se ligam ao Ministério ou Secretarias de Saúde, mas estão na dependência da esfera da Justiça e, como tais, não pertencem organicamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) (REIS, 2010, p. 14).

Trata-se, então, de um lugar com características singulares: é um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar, permitindo atribuir aos HCTP um caráter ambíguo. Diante dessa ambiguidade e instabilidade verificada na definição de pertencimento do HCTP na política de saúde mental do Brasil, discutem-se as justificativas de manutenção desse modelo assistencial e suas implicações na vida das pessoas com transtorno mental autoras de delitos.

Há muito se discute sobre os HCTP, sobretudo a respeito das práticas implementadas nesses espaços, desde que temas como humanização, garantia dos direitos humanos, atenção integral à saúde como direito do cidadão e princípio norteador do Sistema Único de Saúde (SUS) ganharam espaço no âmbito sociopolítico brasileiro, trazendo para debate conceitos como medida de segurança, inimputabilidade, periculosidade e outros aspectos que embasam o confinamento da pessoa com transtorno mental autora de delito e que, sem dúvida, contribuem para sua estigmatização.

Tendo em vista a necessidade da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, tal como visto no Brasil, surgiram, à custa de debates proporcionados por encontros como a I Conferência de Saúde Mental (1988) e os Encontros

Nacionais dos Hospitais de Custódia, além de estudos envolvendo representantes políticos; profissionais; estudiosos e estudantes, cartas, leis e portarias que propõem mudanças em prol de uma assistência que consolide a Reforma Psiquiátrica (RP) e garanta os direitos dessas pessoas.

A Lei Antimanicomial (Lei nº 10.216/2001), eixo central da RP no Brasil, pressupõe a reformulação do modelo de atenção à saúde mental, transferindo seu foco de tratamento concentrado predominantemente na instituição hospitalar para uma rede de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos, territorializados, de onde o sujeito mantém seus vínculos sociais e familiares facilitadores no seu processo de inclusão e reabilitação social (ANTUNES *et al*, 2012).

A Portaria Interministerial nº 628/2002, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, cujo principal objetivo é contribuir para controle e ou redução dos agravos mais frequentes a saúde da população penitenciária brasileira - incluindo as unidades psiquiátricas – também participa do arcabouço jurídico que sustenta tal reorientação, visto que reconhece a pessoa com transtorno mental autora de delito como usuário do SUS (BRASIL, 2002).

Todavia, a literatura relata que quando em comparação com as unidades penitenciárias, os HCTP têm uma situação estrutural mais modesta, recursos humanos compostos numérica e qualitativamente inferiores, sem contar que as conquistas alcançadas no tangente a melhoria do serviço e qualidade da assistência se vêem com certo atraso em relação às penitenciárias (SÁ, 1985).

A principal defesa encontrada na literatura é a desinstitucionalização que, para Venturini (2010, p. 143, grifo do autor), vai além da desospitalização, “mais do que um *tratamento* ou uma *adaptação*, a desinstitucionalização consiste em um *crescimento* da pessoa”. De fato, a reabilitação psicossocial do paciente dependerá também do fortalecimento da rede extra-hospitalar e capacitação de profissionais envolvidos nesse contexto para reorientação da assistência.

Cumprir lembrar que, os argumentos que defendem a desinstitucionalização colocam em cheque a constitucionalidade da medida de segurança, pautada no conceito de periculosidade que se infere a pessoa com transtorno mental autora de delito. Além do fato de artigos previstos na lei antimanicomial (Lei nº 10.216/2001) nem sempre estar em consonância com o Código Penal Brasileiro (CP), como por exemplo, o descrito para internação compulsória.

Na literatura, ganham significado expressivo ainda as evidências bem sucedidas de estratégias alternativas ao modelo manicomial, como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), surgido em 2003, com o propósito inicial de fazer o censo das medidas de segurança em execução no Estado de Goiás e também o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) de Minas Gerais (SILVA, 2010; SAMPAIO, P., 2010; CORREIA, LIMA e ALVES, 2007).

Não menos importantes são as medidas que incluem a adoção das saídas terapêuticas e altas progressivas, implantação de residências terapêuticas e firmação de parcerias com universidades. Nesse último caso com o objetivo de aproximar a academia e o corpo discente, visando à promoção de ações que possam ampliar medidas terapêuticas de ressocialização e inclusão, como realizado em São Paulo em 1999 (SAMPALIO, P., 2010).

Levando em conta as considerações supracitadas, o presente estudo tem por objetivo geral caracterizar o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) como instituição de atenção às pessoas com transtorno mental autoras de delitos. Como objetivos específicos, almeja-se: 1) analisar a concepção da pessoa com transtorno mental autora de delito e sua responsabilização penal; 2) identificar os fundamentos que estruturam o HCTP como instituição jurídica e de saúde; 3) discutir estratégias alternativas ao modelo do HCTP, para a atenção às pessoas com transtorno mental autoras de delitos.

Sendo assim, e entendendo a RP como marco significativo na reorganização da Saúde Mental, com vistas à contemplação de caráter humanizador a sua assistência, o estudo das práticas viabilizadas nos HCTP, perpassando por sua concepção e seu arcabouço de fundamentação, bem como seu retrato atual no panorama brasileiro, é de grande valia para fomentação do debate de um tema com pouca visibilidade social, entretanto com forte impacto sobre os reflexos do entendimento dos direitos e dignidade humanos.

Espera-se discutir as principais concepções jurídicas da prática manicomial e como viabilizam o cumprimento dos pressupostos da RP trazendo à luz da discussão a viabilidade das alternativas extra-manicomiais/antimanicomiais já conhecidas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO MANICOMIAL

Ao conceituar instituição total como local onde um grande número de indivíduos está separado da sociedade levando uma “vida fechada e formalmente administrada”, GOFFMAN (2008, p. 11) busca caracterizar o manicômio judiciário, que ao passo que é um hospital para doentes mentais, também é uma prisão.

Essa instituição foi primeiramente delineada na Inglaterra, em 1863, quando se erigiu um estabelecimento particularmente destinado para os chamados delinquentes alienados: a prisão especial de Broadmoor. Anteriormente, o que se conhecia eram os anexos especiais a alguns presídios para a reclusão e tratamento dos delinquentes loucos ou dos condenados que enlouqueciam nas prisões (CARRARA, 2010).

Como descreve Carrara (2010), no Brasil, tais delinquentes alienados eram considerados, segundo o CP de 1890, como penalmente irresponsáveis e deviam ser entregues as suas famílias ou internados nos hospícios públicos “se assim ‘exigisse’ a segurança dos cidadãos” (CARRARA, 2010, p. 17, grifo do autor), ficando a critério do juiz tal atribuição.

O perfil da pessoa com transtorno mental autora de delito, outrora conhecido como louco infrator, também foi amplamente discutido, sendo determinante para a concepção e construção de um local específico para sua guarda.

Como cita Carrara (1998), alguns entendiam que o chamado louco criminoso não podia ser internado com os outros loucos. Esse entendimento foi usado por Teixeira Brandão (importante ícone da psiquiatria no século XIX) para justificar as fugas dos hospícios. Ele próprio faz uma solicitação ao ministro da Justiça aproximando com isso os temas crime e loucura.

Juntou-se também ao polêmico debate, como pontua Carrara (1998), Nina Rodrigues (médico legista e psiquiatra brasileiro do século XIX), que defendia a ideia de haver um pavilhão separado no hospício para os que cometeram crimes.

Como descreve Carrara (1998), a opinião dos médicos começa a ser levada em conta pela justiça, a fim de que a mesma defina o perigo inerente ao acusado e com isso, a necessidade de levá-lo para o asilo ou não.

Havia casos, ainda segundo Carrara (1998), em que eram atestadas a alienação e a periculosidade do criminoso, bem como, concordava-se que o mesmo não poderia ser encaminhado para uma prisão. Todavia, os hospícios não queriam recebê-los sob a justificativa de ser prejudicial para o sujeito, devido ao ambiente e também, para o meio, devido sua periculosidade e lucidez. Na falta de um denominador comum, muitas vezes os criminosos eram libertados. A solução, então seria a construção de um “asilo criminal” (CARRARA, 1998, p. 191).

Em 1903, a lei especial para a organização da assistência médico legal a alienados no Distrito Federal (Decreto nº 1.132/1903), influenciada por Teixeira Brandão e Juliano Moreira, estabeleceu que fosse de responsabilidade de cada estado federativo reunir os recursos necessários para a construção de manicômios judiciários e que, enquanto tais estabelecimentos não existissem, deviam ser construídos anexos especiais aos asilos públicos para o seu recolhimento, a exemplo de outros países (CARRARA, 1998, 2010).

A partir de então, reformas foram introduzidas no então Hospício Nacional de Alienados situado no Rio de Janeiro, onde foi criada uma seção específica para os chamados loucos-criminosos, seção essa nomeada “Seção Lombroso”, em homenagem ao psiquiatra e antropólogo criminal italiano César Lombroso. A direção da seção foi encarregada ao médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho.

Em 1919 e em 1920, dois acontecimentos influenciaram fortemente a construção do manicômio: a morte de d. Clarice Índio do Brasil, membro da alta sociedade carioca; e a rebelião dos internos da Seção Lombroso, liderada por Roberto Duque Estrada Godefroy (CARRARA, 1998).

Anos mais tarde, mais precisamente em 21 de abril de 1920, com inauguração oficial em 30 de maio de 1921, a partir do Decreto nº 14.831/1921, surgiu o primeiro manicômio judiciário do país, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, que na década de 50 foi renomeado, passando a chamar-se Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, em homenagem ao antigo diretor da instituição (CARRARA, 2010).

Em 1986, com as reformas da legislação penal brasileira, como descrito por Carrara (1998), os manicômios judiciários passaram a ser denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Ressalte-se que falamos aqui de uma mudança de denominação, não havendo na literatura relato de mudanças estruturais na instituição a partir dessa data.

São essas instituições que abrigam os sujeitos com diagnóstico de doença ou distúrbio mental que praticaram um delito. Segundo o CP vigente, esses sujeitos são considerados inimputáveis, ou seja, penalmente irresponsáveis, devendo ser recluso por medida de segurança para tratamento psiquiátrico. Nos HCTP também estão os detentos em penitenciárias que lá apresentaram distúrbio ou doença de ordem psíquica.

2.2 LOUCURA *VERSUS* CRIMINALIDADE

O fato dos HCTP terem surgido quase simultaneamente em diferentes países levou autores como Carrara (2010) a pensar nos aspectos sociais que influenciaram esse surgimento, indo além das questões locais de cada sociedade. Logo surgem as discussões sobre a relação entre loucura e criminalidade, cujo cenário é a transição entre os séculos XIX e XX.

O aumento significativo do número de crimes nas grandes metrópoles na passagem do século fez com que o debate em torno do perfil do criminoso ganhasse as ruas e atenção da imprensa popular, influenciando até a literatura da época, com o advento do romance policial como gênero literário. O aumento no índice de crimes foi explicado pelo intenso processo de industrialização e urbanização que caracterizaram essa época, não se restringindo aos países desenvolvidos, mas também os países subdesenvolvidos, como o Brasil, não necessariamente nas mesmas proporções (CARRARA, 1998).

No Brasil, despontaram as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, notadamente as cidades com maior aumento populacional, que sofreram influência de fatores outros como:

[...] a liberação não planejada da mão-de-obra escrava, incorporação de grandes contingentes de imigrantes nacionais e estrangeiros, industrialização, formação de um mercado de trabalho competitivo em moldes capitalistas, modernização da estrutura urbana e mudanças significativas no estilo de vida (CARRARA, 2010, p. 20).

Esses aspectos preponderaram como determinantes dos conflitos sociais vividos àquela época. Carrara (2010) complementa que para compreender o porquê do crime ser naquele momento objeto privilegiado de reflexão é necessário também visualizar a crise pela qual passava o liberalismo, como modo específico de

organização social e política. Nesse sentido, refletir sobre o crime era também refletir sobre o que se julgava serem os excessos do individualismo, alimentados pela doutrina liberal.

Assim, profissionais e estudiosos discutiam os limites reais e necessários da liberdade individual, que, vista como excessivamente protegida nas sociedades liberais, era apontada como causa de agitações sociais ou, ao menos, como empecilho à sua contenção (CARRARA, 1998).

Com base nessas considerações, pode-se dizer que esse bojo de acontecimentos sociais com todos os seus determinantes, refletiram no objeto da psiquiatria e no modo como o entendia, aparecem aí conceitos como monomania, degeneração e criminalidade nata que puseram à prova o direito penal liberal.

As pessoas previamente consideradas monomaniacas (impulsivos e loucos racionais ou loucos morais) passaram a ser classificados como degenerados depois do surgimento da teoria da degeneração, através da qual, qualquer ato criminoso podia ser lido como um sintoma de doença mental ou de instabilidade psíquica. Esses degenerados ficavam no meio termo entre a loucura e a sanidade, como salienta Carrara (2010):

Degeneração e monomania apresentam-se, portanto, como noções concorrentes, pretendendo abordar diferentemente um mesmo conjunto de comportamentos: transgressões aparentemente irracionais onde o delírio não está em causa e que partem de indivíduos cuja situação doentia parece ser um estado permanente, indicando uma espécie de doença congênita e incurável (CARRARA, 2010, p. 23).

Conseqüentemente, crimes compreendidos medicamente devido às novas noções conceituais, passaram a ser interpretados como resultado de anomalia e disfunção orgânica, sendo o crime resultado da loucura.

Outro conceito bem difundido nesse debate foi o da criminalidade nata, fruto dos estudos do antropólogo criminal, o médico psiquiatra Cesare Lombroso (1835-1909), por meio de procedimentos desenvolvidos por médicos como Broca e Gall, baseados no estudo dos corpos dos criminosos, como técnicas antropométricas e cranioscopia - posteriormente considerados pouco metódicos e não-científicos - que, no entanto, levavam à hipótese de que alguns criminosos podiam ser considerados uma variação singular do gênero humano. O que se tentava

demonstrar era a existência de um *Homo criminalis*, de um 'criminoso nato' (CARRARA, 2010, p.24, grifo do autor).

Tanto o crime quanto a loucura passam a ser percebidos como comportamentos característicos de seres humanos que representavam uma variação antropológica da espécie, sendo tal variação explicada pelos mecanismos da hereditariedade (CARRARA, 1998, p.104).

Enquanto objeto da psiquiatria, o crime será visto em algumas de suas formas como sintoma de uma doença mental: comportamento referido a uma **situação** excepcional por que passariam alguns indivíduos durante certos períodos de suas vidas. [...] Enquanto objeto de uma antropologia, o crime (ou seus referentes mais abstratos: a maldade, a ferocidade, a impulsividade, etc.) será pensado como espécie de **atributo** peculiar a certas naturezas humanas (CARRARA, 1998, p.68, grifo do autor).

À medida que os casos de crimes com grande apelação popular foram surgindo, psiquiatras e magistrados motivaram-se a lutar em prol da construção de um asilo criminal, entendido como a única saída possível para o impasse que opunha médicos e juristas, e, às vezes, psiquiatras e médicos-legistas. Esse contexto fortemente influenciou a legislação e daí surgiu o Decreto nº1.132/1903, que regulamentava a criação dos então chamados manicômios judiciários (CARRARA, 1998). A construção dessas instituições era defendida não com fins humanitários e terapêuticos, mas sim repressivos aos delinquentes.

2.3 PRÁTICAS NO CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO HCTP

A prática manicomial se vale de conceitos jurídicos que fundamentam o confinamento a que é sujeita a pessoa com transtorno mental autora de delito.

Entre 1940 e 1985, o CP e o Código de Processo Penal (CPP), então vigentes no Brasil, preconizavam apenas dois casos de internação manicomial. O primeiro caso, diz respeito a um indivíduo que estando preso, é diagnosticado com doença mental, sendo então enviado ao chamado Manicômio Judiciário, onde, permanecendo doente, terá sua pena anulada, conduzido de acordo com o diagnóstico mental. O segundo caso trata de um indivíduo que ao cometer um delito teve levantada a suspeita de doença mental. Esse, por sua vez, deverá ser internado imediatamente pelo tempo necessário para confirmação da suspeita, ou

não. Sendo atestado com doença mental, permanecerá internado por medida de segurança. Ao fim do prazo inicial de internação, nova avaliação será feita para decisão de alta ou permanência no Manicômio Judiciário (CARRARA, 1998).

Ao citarem o CP, Reis (2010) e Santana, Chianca e Cardoso (2011) colocam que do ponto de vista jurídico, o portador de doença mental, comprometimento cognitivo ou sofrimento psíquico, comprovado por perícia médica ao cometer um crime, não é considerado autor do ato, uma vez que é julgado inimputável, considerado incapaz de distinguir o caráter ilícito das próprias ações. A este sujeito não se pode atribuir o conceito de crime, mas de ato infracional.

Ainda de acordo com o CP, os autores Reis (2010) e Santana, Chianca e Cardoso (2011) reiteram que nesses casos a lei determina a absolvição com aplicação de medida de segurança, com prazo indeterminado, estando sujeito à perícia médica indicatória de cessação de periculosidade, ou seja, para proteção da sociedade e do próprio paciente contra a ameaça presumida da doença mental.

Embora inimputáveis, as pessoas com transtorno mental autoras de delitos seriam 'socialmente responsáveis' (CARRARA, 1998, p. 113, grifo do autor) pelo perigo que representavam para os demais cidadãos e a pena a ele atrelada, portanto, deveria ter tempo indeterminado, para que o juiz não perdesse o controle sobre o indivíduo depois do fim do tempo previsto pela pena (CARRARA, 1998).

E, baseado nesse conceito de periculosidade, levando-se ainda em consideração o diagnóstico que é feito relacionando-se a motivação do ato com a patologia subjacente do indivíduo, que o médico psiquiatra confere um laudo médico que constará no processo do indivíduo autor do ato infracional para consequente julgamento do juiz, podendo este aceitar ou não o laudo para seu juízo final (CARRARA, 1998).

A própria ideia de periculosidade é explicada historicamente quando a partir do momento em que se pressupõe que o criminoso é criminoso por natureza, houve a necessidade de se defender a sociedade de suas ações. Então, a priori, seria indispensável modificar o entendimento da pena como castigo:

A pena deveria converter-se em 'medida de defesa social', e sua duração e modalidade não deveriam mais ser deduzidas da gravidade legal do crime cometido, ou da intensidade do escândalo produzido na consciência pública, ou ainda do grau de consciência que o autor tivesse tido de seu crime. O critério da reação legal a ser acionada frente aos crimes deveria ser apenas o próprio criminoso.

[...] Os juízes deveriam se orientar por uma avaliação particularizada da 'periculosidade' ou da 'temibilidade' manifestada por cada delinqüente, sendo tal periculosidade compreendida como uma espécie de índice de criminalidade virtual ou índice pessoal de expectativa de realização de novos delitos (CARRARA, 1998, p. 110-111, grifo do autor).

A medida de segurança instituída pelo juiz deve ter, como prevê a lei, um tempo mínimo a ser cumprido, sendo aplicada proporcionalmente à pena que receberia uma pessoa sã pelo mesmo crime e calculada tomando-se como base a proporcionalidade entre a pena e o delito.

Há de saber-se que, segundo Santana, Chianca e Cardoso (2011), a aplicação das penas, baseada em ideais humanitários, pauta-se numa noção de crime sob os postulados do livre-arbítrio e responsabilidade moral, estruturados pela Escola Clássica do Direito Penal. Nessa concepção, o livre-arbítrio deriva da capacidade de discernimento do homem e a responsabilidade moral, por sua vez, deriva da sua capacidade de prever conscientemente a moralidade dos seus atos.

Esses postulados também sustentam o conceito de inimputabilidade, ao qual a pessoa com transtorno mental autora de delito está ligada.

Não se pode negar que a medida de segurança também se justifica pela expectativa da reincidência do ato, a presunção do perigo à sociedade. Para "proteção social", o sujeito deveria ser segregado.

Auxiliando a máquina judiciária, profissionais de saúde que atuaram nesses espaços, ao limitar sua prática para o estudo da loucura, colocando em segundo plano o tratamento de saúde, passaram a medir a responsabilidade jurídica de cada indivíduo, para neutralizar os sujeitos que representassem perigo para a harmonia da sociedade (SANTANA, CHIANCA e CARDOSO, 2011).

Ao entender que a noção de periculosidade é conveniente justificativa para a falta de controle social que foge da gestão institucional, problematizam-se tal conceito Vincentin, Gramkow e Rosa (2010), ao relatar o conflito dentro da psiquiatria criminológica, quando a consistência científica do conceito foi questionada:

[...] pela ruptura do nexos causal entre enfermidade e periculosidade; - pelo questionamento da 'certeza diagnóstica' e da competência e capacidade preditiva da psiquiatria no tocante à periculosidade. (VINCENTIN, GRAMKOW e ROSA, 2010, p.67, grifo do autor).

Ainda de acordo com Vincentin, Gramkow e Rosa (2010), pode-se afirmar que a periculosidade é uma noção jurídica e não um diagnóstico clínico ou médico. A Associação Americana de Psiquiatria, concluiu em 1974:

Está claro que a periculosidade não é um diagnóstico psiquiátrico nem médico, mas que investe questões de definição e julgamento jurídicos, assim como questões de política social. Não se estabeleceu uma competência científica da psiquiatria na predição de periculosidade e os médicos deveriam renunciar a julgamentos conclusivos nesse campo (VINCENTIN, GRAMKOW e ROSA, 2010, p.67).

O HCTP pode assim ser descrito como local de tratamento e correção, ao passo que a pessoa com transtorno mental autora de delito, mesmo sendo considerada legalmente inimputável é culpabilizada socialmente pelo seu ato, o que lhe confere um estigma, tornando-a alheia à sociedade e excetuando-se a necessidade que a mesma tem dos laços sociais para sua reabilitação, não raramente julgada impossível.

2.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA E O HCTP

A linha tênue em que caminha a sustentação da medida de segurança respaldada legalmente para tratamento psiquiátrico é marcada pelo perfil corretivo, ainda que não vise expiação de castigo, uma vez que confina seus apenados, privando-os do convívio social, sabidamente importante para reabilitação psicossocial.

Partindo do pressuposto de que o criminoso não pode escolher ser honesto, de que faz parte da sua natureza ser criminoso, seus direitos lhe eram negados (CARRARA, 1998).

Para Vincentin, Gramkow e Rosa (2010), a noção de periculosidade atrelada à justificativa de proteção social:

[...] impede a leitura dos fenômenos sociais de exclusão e de vulnerabilidade social que são também determinantes do ato infracional e coloca o sujeito em questão despojado da possibilidade de construção de laço social e sem visibilidade na vida pública. (VINCENTIN, GRAMKOW e ROSA, 2010, p.66).

A sustentação da instituição manicomial vai de encontro com os ideais dos direitos humanos e, nesse sentido, a luta antimanicomial persegue a adoção de medidas que deponham esse modelo e possam garantir uma assistência qualificada à saúde dos sujeitos, e que ademais garantam seus direitos enquanto seres humanos. Salientam Correia, Lima e Alves (2007) que:

O advento do Movimento da Reforma Psiquiátrica marca um novo período, a partir do final da década de 1990, propondo a superação do modelo hegemônico de caráter excludente e discriminatório. (CORREIA, LIMA e ALVES, 2007, p. 1998).

A Reforma Psiquiátrica defende assim, entre outros aspectos,

[...] a não compulsoriedade do tratamento, garantias jurídicas quando do tratamento sanitário obrigatório, ruptura do binômio 'cura-custódia', privilégio da vocação terapêutica da psiquiatria, problematização da noção de periculosidade e das funções de controle social abertamente assumidas pela psiquiatria (VICENTIN, GRAMKOW e ROSA, 2010, p.67, grifo do autor).

Subsidiada por fontes legais como a Constituição Federal de 1988 e as leis fundamentais do SUS (Leis Orgânicas de Saúde – Lei nº. 8.080/90 e Lei nº. 8.142/90 – e as Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde), a RP ganha particular expressividade com a lei antimanicomial, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2002). De acordo com Ribeiro *apud* Correia, Lima e Alves (2007, p. 1998),

Essa Reforma visa, entre outros aspectos, a criar uma rede de serviços diversificados, regionalizados e hierarquizados que promova a efetiva contextualização e reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental. Nessa perspectiva, a Reforma apresenta como princípios: a centralidade da proteção dos direitos humanos e de cidadania das pessoas com transtornos mentais, a necessidade de construir redes de serviços que substituam o modelo hospitalocêntrico e a pactuação de ações por parte dos diferentes atores sociais (RIBEIRO *apud* CORREIA, LIMA e ALVES, 2007, p. 1998-1999).

Lembra-se que a própria medida de segurança teoricamente não prevê a internação hospitalar do infrator, que deve ser a última instância, dando-se preferência ao tratamento ambulatorial.

Somada à lei antimanicomial, tem-se a Portaria Interministerial nº 628/2002, que aprova o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário para prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Além de propor ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, prevê a implantação de Programas Permanentes de Reintegração Social junto aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do País (BRASIL, 2002).

O Relatório Final do Seminário para a Reorientação dos HCTP (2002) é a síntese do seminário realizado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, concebido e orientado pela compreensão de que somente a co-responsabilização e o diálogo entre os vários atores envolvidos na problemática da inimputabilidade e da medida de segurança, poderiam estabelecer diretrizes e consensos para a reorientação dos Hospitais de Custódia.

Dentre os objetivos firmados nesse seminário, pode-se destacar a sensibilização do judiciário a respeito da inconstitucionalidade da medida de segurança e da reinternação sem novo delito e sobre a excepcionalidade da reincidência da pessoa com transtorno mental autora de delito e o fim dos exames de cessação de periculosidade (BRASIL, 2002).

A concepção da internação hospitalar sofreu alterações com o advento da lei antimanicomial, que buscaram minimizar os efeitos deletérios que tal modalidade confere aos direitos do indivíduo, passando a ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, ou seja, em última instância.

Pertence à seara da reorientação, o modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), modelo assistencial diário em saúde mental de base territorial, cujo projeto integra os usuários às suas respectivas famílias e à comunidade (CORREIA, LIMA e ALVES, 2007).

Ressalve-se que um novo olhar se constrói a respeito da penalização legal da pessoa com transtorno mental autora de delito, sua convocação para que responda pelo seu ato, forma que propicia ao sujeito a apropriação de seu papel na comunidade, devendo assumir a responsabilidade pelas suas ações e reconhecer a dimensão da lei, como se submete qualquer outro cidadão.

Esse novo olhar deve participar do acompanhamento de saúde a que está submetido o sujeito e se opõe ao conceito de inimputabilidade. Enquanto este for mantido, nega-se ao paciente o direito de ser um sujeito (VENTURINI, 2010).

2.5 PROPOSTAS DE REORIENTAÇÃO DO HCTP E DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

2.5.1 Estratégias intra-manicomiais

Como o processo de extinção dos HCTP é lento, por necessitar do fortalecimento e funcionalidade da rede extra-hospitalar, algumas estratégias são utilizadas com a finalidade de destituir a dependência institucional sem, contudo, privar o interno de acompanhamento e dar visibilidade a reinserção social como a alta progressiva (AP) defendida por alguns autores.

A AP é uma prática de desinternação gradual explicada por Marafiga, Coelho e Teodoro (2009) como:

[...] uma concessão que a autoridade judiciária designa aos internos do manicômio judiciário, que estão cumprindo medida de segurança. Durante esse período, os pacientes que recebem o benefício da AP passam a sair da instituição esporadicamente, mediante solicitação das equipes terapêuticas das unidades assistenciais, através dos laudos de verificação de periculosidade anuais. De acordo com o estágio do tratamento e dos objetivos terapêuticos, ou da avaliação que se destina, o regime da alta progressiva ocorre através de saídas da instituição por breves períodos. Essas saídas podem variar em fins de semana com a família, passeios ou visitas programadas e saídas diárias, semanais ou até mesmo por períodos mais longos do instituto. [...] O processo se encerra quando o paciente só retorna ao IPF anualmente, para a realização de exames. [...] Entretanto, para que o benefício ocorra, os pacientes devem apresentar evolução em seu tratamento e diminuição de seus sintomas, bem como a evidência da capacidade de aceitação de suas famílias (MARAFIGA, COELHO e TEODORO, 2009, p.80-82).

A AP é, portanto, associada à medida de segurança no intuito de aproximá-la da reabilitação psicossocial do paciente. Uma vez baseada na avaliação dos laudos de verificação de periculosidade, a AP também leva em conta a propensão agressiva do paciente, não excluindo assim a noção da periculosidade presumida atribuída à pessoa com transtorno mental autora de delito.

Como apontam Marafiga, Coelho e Teodoro (2009), o procedimento de AP teve seu início em 1966, no Instituto Psiquiátrico Forense, quando foi concedida a dois internos a circulação na área externa do instituto, sendo oficializada na

instituição no ano de 1977. Logo se caracteriza como instrumento importante no processo de desinternação condicional como etapa terapêutica nos HCTP.

A duração da AP é em torno de um ano, nesse período o paciente é preparado para retorno ao espaço social e familiar. Entendendo que pode o paciente apresentar piora dos sintomas psiquiátricos, devido às incertezas ligadas à vida que levará fora do ambiente institucional, nos HCTP onde são praticadas as AP instituiu-se as entrevistas regulares para acompanhamento do processo psíquico e o prazo de 90 dias para exame periódico dos pacientes que estão em suas residências durante a AP, como parte da avaliação para a alta definitiva (GOFFMAN *apud* MARAFIGA, COELHO e TEODORO, 2009).

A reinternação do paciente após a AP pode se efetivar na identificação de situações como a incapacidade prolongada de se fixar em alguma atividade laboral remunerada; o advento de episódios psicóticos nos indivíduos; alcoolismo; ausência nas entrevistas de acompanhamento ou atrasos assíduos às mesmas, sem causas justificáveis; abandono efetivo do tratamento, entre outras (MARAFIGA, COELHO e TEODORO, 2009).

Há de se concordar que, excetuando-se os problemas que emanam da AP, esta ao menos reconhece que o vínculo do interno com o mundo extra institucional não pode ser perdido. A generalização da irrecuperabilidade da pessoa com transtorno mental autora de delito passa a ser contestada.

2.5.2 Estratégias extra-manicomiais

Desinstitucionalização é uma palavra de origem anglo-saxã que geralmente indica a superação daquelas “instituições totais”, como bem descreve Venturini (2010), abrangendo o ideal de possibilidades de reorientação da atenção à saúde das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

O termo não deve ser visto como sinônimo de “desospitalização”, ainda segundo Venturini (2010), uma vez que não se refere a uma simples desinternação do paciente, indo além por necessitar de uma rede assistencial extra-hospitalar que auxilie o sujeito num processo de reinserção social com seu empoderamento e retomada de seu lugar e laços na comunidade.

Como disserta Venturini (2010), em alguns países houve movimentos que, tomando como exemplo experiências práticas de mudança institucional, através de

leis de reforma, produziram uma nova organização comunitária da saúde mental e um novo paradigma da saúde/doença. Ao contrário de outros exemplos onde houve apenas diminuição da quantidade dos leitos psiquiátricos, sem efetiva reinserção social, situação para a qual o autor chama atenção para que não se reproduza na saúde mental brasileira.

Já que o HCTP não é o ideal assistencial, o paradigma de que se vale também precisa ser repensado, o ambiente hospitalar tem feição curativista e, para Venturini (2010), reduz-se o tratamento à “ ‘estabilização’ do paciente” (VENTURINI, 2010, p.141, grifo do autor), resolução dos sintomas, e se preocupa em evitar as recaídas. Predomina a prática farmacológica: seu uso é prolongado e os efeitos colaterais são minimizados. Logo, não é demérito incluir a terapia medicamentosa no acompanhamento da pessoa com transtorno mental autora de delito, no entanto ela sozinha não soluciona a questão.

Em contrapartida, quando se fala em cuidar incluímos aí a valorização das dinâmicas e relações sociais, da individualidade e especificidades de cada um, do empoderamento sobre seu processo de saúde e seu direito de escolha, sua capacidade de aprendizagem e desenvolvimento, aspectos não necessariamente vinculados a um único espaço, é possível prestar cuidados no domicílio, na escola, no trabalho, entre outros (VENTURINI, 2010).

Venturini (2010) ressalta ainda que facilmente profissionais caem em formas de paternalismo ao invés de favorecer a recuperação do papel ativo do paciente. Tal situação implica numa infantilização do indivíduo e sua consequente dependência do serviço.

Entendendo que uma alternativa ao modelo manicomial, que faça jus aos princípios da RP deve assegurar os direitos do indivíduo como cidadão, seu acompanhamento de saúde e a recuperação/fortalecimento dos vínculos sociais e familiares, emergem, nesse contexto, estratégias como o já mencionado PAI-PJ em Minas Gerais, e o PAILI em Goiás.

Influenciado pela RP, o PAI-PJ surgiu em 1999, a partir de uma pesquisa liderada por Fernanda Otoni Barros-Brisset (então psicóloga do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais - TJMG), cujo objetivo era mapear os processos criminais de pessoas com transtorno mental autoras de delitos. Através da pesquisa, alguns HCTP foram visitados revelando situações de violência contra os direitos humanos dos internos (SANTANA, CHIANCA e CARDOSO, 2011).

Depois de ser apresentada à Corregedoria do TJMG, a pesquisa deu origem ao “Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário”. O projeto foi aprovado e implantado em 2000 pelo TJMG, como ação conjunta entre o Poder Judiciário, Rede de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e sociedade, transformando-se em 2001, no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator, por meio da Portaria Conjunta nº 25/2001 (SANTANA, CHIANCA e CARDOSO, 2011).

Após levantamento dos dados, elaboração de relatórios necessários e articulação com órgãos governamentais e rede de clínicas psiquiátricas, o PAILI surge, por sua vez, em 2003, inicialmente propondo-se a fazer o censo das medidas de segurança em execução no Estado de Goiás (SILVA, 2010).

Destaca-se no PAILI a concepção da problemática como de ordem de saúde pública, onde seu espaço de atendimento deixa de ser o HCTP e passa a ser o SUS, resultando assim no convênio de implementação do programa em 2006. O convênio estabelecido confere a médicos e equipes psicossociais das unidades de serviços abertos e das clínicas conveniadas ao SUS autonomia para conduzir o tratamento do paciente, sendo acompanhados pelos profissionais do PAILI. A participação da família e rede pública de saúde mental, sobretudo os CAPS e as residências terapêuticas, são valorizados em primazia pelo programa (SILVA, 2010).

À esfera jurídica cabe a proteção jurisdicional (garantia constitucional no tangente à execução penal) e, como presidente do processo executivo, o juiz responsável acompanhará o tratamento do indivíduo decidindo sobre condutas que entenda excessiva até que esteja extinta a medida de segurança.

O Ministério Público também atua nesse contexto, com o papel de fiscalizar o processo judicial; o tratamento dispensado a pessoa com transtorno mental autora de delito pelas clínicas conveniadas e, a regulamentação do PAILI (SILVA, 2010).

Os programas visam por fim desconstruir o mito da periculosidade ao promover a inserção social da pessoa com transtorno mental autora de delito.

3 METODOLOGIA

Para o estudo sobre o HCTP no contexto de saúde mental do Brasil adotou-se como estratégia metodológica a revisão integrativa. Trata-se de uma investigação científica categorizada como estudo de revisão exploratório e descritivo, que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema (BERWANGER *et al*, 2007; SAMPAIO, R., 2007).

A revisão integrativa envolve a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilita a síntese do conhecimento geral acerca de um determinado assunto, podendo ainda apontar lacunas do conhecimento que precisam ser evidenciadas, orientando assim estudos futuros. Esse método de pesquisa depende, contudo, da qualidade dos dados primários (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

A seleção das pesquisas que constituem a amostra do presente estudo baseou-se na consulta às seguintes bases de dados: Coleciona SUS, BDENF (Base de Dados de Enfermagem), HISA (História da Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), Index Psi Periódicos, MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Essas bases fazem parte da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bireme.br>).

Inicialmente, em consulta realizada às bases de dados com as palavras-chave Manicômio Judiciário e/ou Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico foram levantados todos os trabalhos nacionais indexados, totalizando um acervo de quarenta e dois artigos. Os critérios estabelecidos para inclusão dos artigos na revisão foram: recorte temporal de 10 anos (período 2003 - 2013), relação com a pergunta de pesquisa; disponibilidade do texto completo em português. Foram excluídas as publicações classificadas como livros, carta ao editor, resenha e comunicação breve, mantendo-se somente os artigos na íntegra que foram analisados em relação ao foco de interesse.

Após averiguação dos critérios de inclusão, foram selecionados dez artigos para composição da amostra. A partir desta seleção, realizou-se uma leitura analítica dos textos escolhidos. Essa etapa teve por finalidade ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema de pesquisa (GIL, 2002). Em seguida, procedeu-se a

categorização temática para análise dos dados com os seguintes tópicos: 1) Concepção do HCTP; 2) Concepção da pessoa com transtorno mental autora de delito; 3) Fundamentos da prática institucional HCTP; 4) Reforma psiquiátrica e o HCTP; 5) Direitos humanos e o HCTP; 6) O CAPS como estratégia alternativa ao HCTP e 7) Responsabilização penal da pessoa com transtorno mental autora de delito.

Os núcleos temáticos foram analisados em relação às principais convergências e divergências entre os autores e comparação de suas colocações com outros textos da literatura revisada para síntese dos resultados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os artigos selecionados, nota-se maior número de publicações no ano de 2010 - com sete publicações - envolvendo como áreas do conhecimento a Antropologia, Direito, Psicologia, Psiquiatria, Psicanálise e Enfermagem. As publicações concentram-se na esfera da Saúde Pública, Saúde Coletiva, História da Saúde e Desenvolvimento Humano. No entanto, o foco dos trabalhos gira em torno de aspectos jurídicos, com poucas colocações específicas sobre as práticas de saúde no modelo institucional em estudo.

Outro aspecto característico presente em todos os artigos é a dicotomia entre crime e loucura e entre saúde e justiça. A maioria dos artigos foi publicada em periódicos da região Sudeste com apenas uma publicação na região Sul. Em relação aos aspectos metodológicos, são predominantes as revisões bibliográficas com alguns estudos empíricos, com pouca pormenorização dos métodos e metodologia adotados.

Dentre as considerações apontadas pelos autores, destaca-se a responsabilização penal do sujeito em medida de segurança, além de garantia dos direitos humanos e extinção da medida de segurança. São discutidos também o perfil da instituição HCTP e suas noções jurídicas fundamentadoras, a concepção da pessoa com transtorno mental autora de delito, a RP e sua abrangência ao HCTP e também, com menos expressão, a rede pública de assistência à saúde mental.

A partir da análise dos textos selecionados segundo as categorias temáticas propostas, foi possível identificar algumas convergências nos pontos de vista dos autores e também divergências pontuais acerca do tema, conforme discutido nos tópicos que seguem.

4.1 CONCEPÇÃO DO HCTP

Os autores Reis (2010), Correia, Lima e Alves (2007), Carrara (2010) e Santana, Chianca e Cardoso (2011) caracterizam os HCTP como instituição de caráter ambíguo e complexo, haja vista que mantêm uma interface com a área da saúde e a jurídica. Nesse sentido, Reis (2010) pontua que a instituição não pertence organicamente ao SUS. Não pertencendo ao SUS não tem necessariamente o

compromisso de cuidado à saúde e respeito aos direitos humanos, como concordam Silva (2010) e Correia, Lima e Alves (2007).

Correia, Lima e Alves (2007) e Marafiga, Coelho e Teodoro (2009) salientam o caráter segregador e excludente dos HCTP que reproduzem o isolamento social. Este foi explicado historicamente por Carrara (1998) pela necessidade de controlar as ações dos indivíduos, 'prevenção' e 'proteção social' (CARRARA, 1998, p. 112, grifo do autor) na época em que o debate sobre os chamados loucos-criminosos ganhava destaque na sociedade. Nesse sentido, converge também Santana, Chianca e Cardoso (2011) ao afirmar que a periculosidade ganha vez de fruto da inaptidão para o convívio social que precisava ser prevenida e tratada, no entender daquela sociedade. Ainda sobre o caráter segregador do HCTP, discorrem Vicentin, Gramkow e Rosa (2010):

A noção de periculosidade [...] impede a leitura dos fenômenos sociais de exclusão e vulnerabilidade social que são também determinantes do ato infracional e coloca o sujeito em questão despojado da possibilidade de construção de laço social sem visibilidade na vida pública (VICENTIN, GRAMKOW e ROSA, 2010, p. 66).

Ainda sobre a concepção dos HCTP, Carrara (2010) e Marafiga, Coelho e Teodoro (2009) concordam que se trata de um espaço onde as transformações concernentes aos direitos humanos e desospitalização são de difícil aplicação. Santana, Chianca e Cardoso (2011), como descreve Goffman em 1974, explicam que essas instituições totais

[...] colocam uma barreira quase que impenetrável entre o internado e o mundo externo, provocando a deformação pessoal decorrente da perda do conjunto de fatores determinantes da identidade e assegurando profunda ruptura com os papéis sociais anteriores (SANTANA, CHIANCA e CARDOSO, 2011, p. 25).

4.2 CONCEPÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL AUTORA DE DELITO

A respeito da concepção do sujeito autor de ato infracional, os artigos analisados fazem menção ao perfil historicamente criado sobre os mesmos, como resume Correia, Lima e Alves (2007), quando indica a percepção da sociedade do

século XIX sobre o louco como ameaça a segurança pública, o que, por sua vez, é explicado por Carrara (1998) ao levantar os diagnósticos de degeneração, criminoso nato e monomaníaco amplamente veiculados a pessoa com transtorno mental autora de delitos na época: o criminoso nato não controlava seus atos, ‘como defender a sociedade de seus ataques?’(CARRARA, 1998, p. 110, grifo do autor). Dessa forma, justificava-se a segregação desses indivíduos, contribuindo para que as possibilidades de inserção social não fossem consideradas na conduta desses pacientes.

4.3 FUNDAMENTOS DA PRÁTICA INSTITUCIONAL HCTP

Em se tratando dos fundamentos sobre os quais se pautam a prática manicomial, tem-se em questão a noção de periculosidade apontada em todos os artigos analisados como alicerce da medida de segurança. Trata-se, portanto, de uma noção jurídica e não psicológica, como afirmam Reis (2010) e Vicentin, Gramkow e Rosa (2010).

Entendida como presumida por Reis (2010), a noção de periculosidade é explicada por Correia, Lima e Alves (2007) ao citar Foucault, que a mesma:

[...] significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam” (FOUCAULT apud CORREIA, LIMA e ALVES, 2007, p. 1997, grifo do autor).

Na visão de Reis (2010), essa é uma noção probabilística de um evento não realizado no presente. Some-se a isto a experiência de Barros-Brisset (2010) ao afirmar que, dentre os casos que acompanhou no PAI-PJ, não encontrou casos em que todos os laudos coincidissem no seu parecer, afirmando assim que eram incertos os diagnósticos psicopatológicos. Logo, pode-se afirmar, a partir desses artigos, que a presunção da periculosidade não considera outras potencialidades da pessoa com transtorno mental autora de delito.

De acordo com Reis (2010), a medida de segurança, por ser estimada em prazo indeterminado, ganha caráter de prisão perpétua. A indeterminação do tempo

de privação da liberdade também foi citada por Vicentin, Gramkow e Rosa (2010). A esse respeito, Carrara (1998) discorre:

Os delinqüentes, embora não fossem moral e individualmente responsáveis por seus crimes, eram, entretanto, 'socialmente responsáveis' pelo perigo que representavam para os demais cidadãos. Uma intervenção legal era necessária para a proteção da sociedade (CARRARA, 1998, p. 113, grifo do autor).

Sendo assim, ao pautar-se na presunção de um delito que eventualmente acontecesse, pelo perigo que estes indivíduos representavam ao resto da população, não poderia a pena ser estipulada: deveria a mesma ter tempo indeterminado, só assim o juiz responsável teria controle sobre o indivíduo após o cumprimento da pena (CARRARA, 1998).

Outra questão relativa à prática no HCTP foi abordada por Marafiga, Coelho e Teodoro (2009), que defendem a associação da AP com a medida de segurança. Para esses autores, a AP contribui para que as medidas de segurança atinjam de forma mais eficaz o objetivo de reabilitar psicossocialmente o paciente delituoso, já que se trata de um local de custódia e tratamento que funciona para este fim. Afirmam ainda estar a AP em consonância com a RP por encontrar-se “alicerçado na defesa dos direitos humanos e na liberdade” (MARAFIGA, COELHO e TEODORO, 2009 p.89). No entanto, há de se levar em consideração que não há na lei antimanicomial menção a alta progressiva, falando-se apenas sobre uma alta planejada para aqueles casos em que se configure alta dependência institucional:

Art. 5.º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL, 2002, p. 45-46).

Marafiga, Coelho e Teodoro (2009, p.82) discorrem ainda que “[...] do ponto de vista da perícia, a AP proporciona uma avaliação mais completa em relação à propensão de atos violentos do paciente”. Ressalte-se que a AP considera a noção de periculosidade em seu processo de acompanhamento dos pacientes, o que é contrário ao discurso de autores como Sampaio, P. (2010), quando cita o III

Encontro Nacional de Hospitais de Custódia e a proposta emergente deste de exclusão da periculosidade presumida. Contrapõe-se ainda às propostas aprovadas em plenária e elencadas no Relatório Final do Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de 2002, que pedem fim aos exames de cessação de periculosidade.

Há, contudo, que se levar em conta o debate sobre propostas que, como a AP, considera a importância da família e da comunidade no tratamento das pessoas com transtorno mental autoras de delitos, indicado por Correia, Lima e Alves (2007, p.1998) como objetivo da RP ao visar à criação de uma “rede de serviços diversificados, regionalizados e hierarquizados que promova a efetiva contextualização e reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental”.

4.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA E O HCTP

Ao explicar o funcionamento do PAILI, Silva (2010) pontua que o juiz deve sempre dar preferência ao tratamento ambulatorial ainda que em caso de fatos puníveis com reclusão, e que os atores envolvidos nesse processo devem ser responsabilizados quando não cumprirem o disposto em lei, mesmo nos casos de conduta omissiva.

Autores como Vicentin, Gramkow e Rosa (2010) e Correia, Lima e Alves (2007) apresentam um ponto de vista convergente com o de Barros-Brisset (2010) quando descreve a experiência do PAI-PJ (onde também prevalecem as medidas ambulatoriais), ressaltando, por sua vez, que “os pacientes judiciais alcançam a possibilidade de demonstrar sua capacidade de responder pela sua medida em liberdade, quando sua medida de internação é modulada para ambulatorial” (BARROS-BRISSET, 2010, p.87). Os referidos autores encontram respaldo na lei antimanicomial quando versam sobre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, cujo tratamento deve ser preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental.

Reis (2010), Sampaio, P. (2010), Correia, Lima e Alves (2007) e Santana, Chianca e Cardoso (2011) convergem sobre a concepção de que a RP não contempla as pessoas com transtorno mental autoras de delitos e/ou os HCTP. No entanto, Sampaio, P. (2010) afirma ser possível a interpretação dessa abrangência a partir do disposto nos artigos 5º e 6º da lei antimanicomial:

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

Art. 6.º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. (BRASIL, 2002, p. 46-47).

Em seu artigo, Sampaio, P. (2010) elenca a criação, em 2003, do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, sendo que os hospitais de custódia foram contemplados como unidades básicas. Apesar da consonância sobre a importância do SUS nesse contexto, como também relata Silva (2010) e Vicentin, Gramkow e Rosa (2010), Sampaio, P. (2010) salienta que a qualidade do tratamento prestado aos pacientes internados nos HCTP continua precária devido à falta de normas específicas que contemplem estes hospitais.

De acordo com Venturini (2010, p. 143), as propostas de reorientação das práticas voltadas a pessoa com transtorno mental autoras de delito precisam partir de “experiências práticas de mudança institucional”, embasadas em leis de reforma, que produzam uma “nova organização comunitária da saúde mental e um novo paradigma da saúde/doença”, para que não reproduzam feitos de simples redução de leitos nos hospitais psiquiátricos em efetiva reinserção social.

Todos os autores dos artigos analisados argumentam em favor da reinserção social, a qual corresponde a uma premissa na lei antimanicomial, que no seu artigo 4º preconiza que o “tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2002, p. 46). Segundo Correia, Lima e Alves (2007, p. 1998-1999), a RP tem como princípio “a centralidade da proteção dos direitos humanos e de cidadania das pessoas com transtornos mentais”, propicia assim, a co-responsabilidade da sociedade e do Estado.

4.5 DIREITOS HUMANOS E O HCTP

Para Silva (2010), a partir do momento em que o SUS reconhece o direito à saúde das pessoas com transtorno mental autora de delitos, a atenção a esses sujeitos deixa de ser exclusivamente uma questão de segurança pública, tornando-

se igualmente uma questão de saúde pública. Busca-se assegurar assim a proteção dos direitos fundamentais dos que padecem de transtornos mentais e são autores de delitos.

Ao citar a integração do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira de Lima ao SUS, Sampaio, P. (2010), concordando com Silva (2010), afirma ser este fato importante na inclusão de projetos terapêuticos que propiciem a inclusão social dos pacientes, a exemplo de “ ‘pichações’ terapêuticas, olimpíadas esportivas, exposições e teatro, entre outros” (SAMPAIO, P., 2010, p.32, grifo do autor).

Na perspectiva dos direitos, considerar a família e comunidade como participantes é também respeitar e garantir uma melhor assistência às pessoas com transtorno mental autoras de delitos, como prevê a lei antimanicomial:

Art. 3.º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (BRASIL, 2002, p. 46, grifo nosso).

Nessa vertente, comunga Correia, Lima e Alves (2007) quando explicam que o caráter reducionista da noção de periculosidade compromete o cuidado integral à saúde da pessoa com transtorno mental e a garantia dos seus respectivos direitos. Salientam ainda que mesmo a internação compulsória em HCTP deve - a partir da lei antimanicomial – manter-se “coerente com os mesmos princípios éticos de garantia de direitos humanos, de forma que a penalização da pessoa não se sobreponha ao direito de uma atenção integral às suas necessidades de saúde” (CORREIA, LIMA e ALVES, 2001, p. 1999).

A própria restrição indeterminada da liberdade, como bem salientam Correia, Lima e Alves (2007) e Vicentin, Gramkow e Rosa (2010), é contrária ao previsto na Constituição Brasileira, indo portanto de encontro ao defendido pelos direitos humanos. Tal restrição contribui ainda para o rompimento dos laços familiares e comunitários indispensáveis à reinserção social desses indivíduos, como concorda Barros-Brisset (2010) ao afirmar estarem no município do portador de sofrimento mental os elementos que dão suporte a sua rede de sociabilidade.

4.6 O CAPS COMO ESTRATÉGIA ALTERNATIVA AO HCTP

Citados por Silva (2010), Sampaio, P. (2010) e Correia, Lima e Alves (2007), os CAPS aparecem na perspectiva dos autores como parte da rede de assistência em saúde mental pública, centrada nos princípios de territorialidade, apontada por Venturini (2010) como possibilidade de continuidade terapêutica. Correia, Lima e Alves (2007) afirmam ser essa uma modalidade que ao ter em seu projeto a integração dos usuários com suas famílias e comunidade contemplam pressupostos dos direitos humanos. No âmbito das redes de assistência em saúde mental, os autores elencam também as residências terapêuticas. A rede pública em saúde mental é indicada na literatura para o tratamento ambulatorial dos pacientes, em conformidade com o preconizado na lei antimanicomial.

Cumprir lembrar que, como cita Sampaio, P. (2010), a quantidade de CAPS e residências terapêuticas na capital São Paulo é insuficiente para atender a demanda. Trata-se de uma questão importante e que remete à necessidade de ampliação da rede de assistência que possa atender de forma qualificada as pessoas que a ela recorra.

4.7 RESPONSABILIZAÇÃO PENAL DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL AUTORA DE DELITO

Os autores Reis (2010), Barros-Brisset (2010), Correia, Lima e Alves (2007), Vicentin, Gramkow e Rosa (2010), Venturini (2010) e Santana, Chianca e Cardoso (2011) concordam que a abolição da medida de segurança só seria possível com a responsabilização penal da pessoa com transtorno mental autora de delito, considerada legalmente nos dias de hoje inimputável. Essa responsabilização não exclui o tratamento psiquiátrico do sujeito, caso necessário, como ressalta Correia, Lima e Alves (2007).

Apresentam posicionamentos convergentes Reis (2010) e Correia, Lima e Alves (2007) ao atribuir à responsabilização penal o caráter de restaurador da democracia, estando em consonância ainda com princípios de integralidade e equidade do SUS e dos direitos humanos. Para Vicentin, Gramkow e Rosa (2010), a responsabilização possibilita a imputabilidade do sujeito com transtorno mental,

auxiliando na ruptura da noção de periculosidade historicamente atrelada à doença mental.

Para Barros-Brisset (2010), Correia, Lima e Alves (2007) e Venturini (2010), sob a ótica da igualdade dos homens perante a lei, cabe à pessoa com transtorno mental autora de delito responder por seus atos publicamente através de penas substitutivas, com o acompanhamento terapêutico que a ela couber, a exemplo do PAI-PJ – como elencado por Barros-Brisset (2010) e Correia, Lima e Alves (2007) -, sendo este também, um direito do indivíduo.

Os autores Santana, Chianca e Cardoso (2011) citam Foucault, que por sua vez, explica que ao passarem a coadjuvar com o Poder Judiciário, os profissionais de saúde, delegaram a segundo plano, o tratamento dos indivíduos. Com isso, a Justiça deixa de percebê-los como sujeitos de direito e passa a vê-los como homens-objeto (FOUCAULT apud SANTANA, CHIANCA e CARDOSO, 2011, p. 25), suscetíveis a correção.

Acerca disso, Carrara (1998) pontua que a presença de profissionais da saúde no âmbito jurídico fez surgir conflitos, longe de ter sua resolução alcançada, entre as concepções dos profissionais das duas áreas. A este respeito, Santana, Chianca e Cardoso (2011, p. 27) concluem que “a medida jurídica só atingirá seu fim público de zelar pelos direitos desses cidadãos ao convocá-los a responder por seus atos diante do corpo social”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar o objetivo do estudo de caracterizar o HCTP como instituição de atenção às pessoas com transtorno mental autoras de delitos e, levando em conta o discutido nos artigos elencados, é possível afirmar que por se tratar de uma instituição ambígua, como afirma Reis (2010), a mesma se traduz como constante paradoxo dentro da saúde mental brasileira.

A atenção dispensada aos sujeitos nos HCTP é questionável do ponto de vista da saúde, suas práticas não são descritas nos trabalhos selecionados, e assim permanecem suscitando dúvidas sobre ser o HCTP de fato âmbito de cuidado e atenção à saúde. Também sob a ótica jurídica, muitos são os conflitos por suas práticas e fundamentos não estarem em total consonância com direitos previstos na Constituição, bem como as premissas dos direitos humanos.

A respeito dos fundamentos que estruturam o HCTP como instituição jurídica e de saúde, tem-se como principal fundamento a noção de periculosidade, sobre a qual se vale a aplicação da medida de segurança. Trata-se de uma noção jurídica, explicada historicamente pela necessidade de proteção e defesa social como explicado por Carrara (1998) acerca da figura do chamado “louco-criminoso” que se pintava em meio a grandes transformações sobre a ideologia política e moral no século XIX.

Essa concepção de periculosidade não tem acompanhado as mudanças pelas quais a sociedade contemporânea vem entendendo o sujeito como ser de direitos. Logo se trata de um modelo anacrônico, considerado por Correia, Lima e Alves (2007) ultrapassado e inadequado. Também o é a inimputabilidade inferida à pessoa com transtorno mental autora de delito, uma vez que a mesma é destituída do direito de responder pelos seus atos perante a sociedade.

A concepção da pessoa com transtorno mental autora de delitos e sua responsabilização penal também discutida nesse trabalho está amplamente presente no discurso dos autores estudados, compreende então os direitos do indivíduo a respeito das leis que igualam os homens, não excluindo, contudo, a importância do acompanhamento terapêutico oportuno aos que possuem transtornos mentais.

A esfera dos direitos humanos compreende ainda o direito ao convívio familiar e social, muitas vezes encerrados permanentemente pela privação indeterminada da liberdade daqueles que possuem transtorno mental e estão em conflito com a lei.

Nessa perspectiva, a rede de assistência à saúde mental pública centrada nos princípios de territorialidade e integralidade, que norteiam o SUS denotam a possibilidade de efetiva integração social por parte do usuário da rede e co-responsabilidade da família e comunidade no processo terapêutico do indivíduo em questão.

Cumprir lembrar que a não existência de lei específica sobre a reorientação dos HCTP, como destacado por Sampaio, P. (2010), permite brechas para que a instituição se mantenha e com isso sejam dificultadas as transformações necessárias a sua superação, como descrito por Venturini (2010, p. 144) que julga necessária a mudança da “maneira de entender a doença mental, [...] e, do conceito de periculosidade social para a doença mental”.

Não sendo contemplados com clareza pela lei antimanicomial sobre a qual também se fundamenta a RP no Brasil, estão também à margem os egressos dessas instituições que não tem a garantia da continuidade terapêutica e acompanhamento no processo de retorno ao seio familiar e comunidade, bem como frisa Barros-Brisset (2010), apontando:

[...] a necessidade de reunir os diversos atores e construir diretrizes nacionais para a construção de uma política de atenção integral ao paciente judiciário, portador de sofrimento mental infrator, na rede pública de saúde e nos espaços abertos de convivência da cidade (BARROS-BRISSET, 2010, p. 88).

Não se pode negar a conquista que representa a lei antimanicomial, indicada por Correia, Lima e Alves (2007, p. 1999) como afirmação do “direito ao tratamento respeitoso e humanizado das pessoas com transtorno mental, em serviços substitutivos estruturados segundo princípios da territorialidade e integralidade do cuidado”.

Como alternativas substitutivas ao modelo do HCTP, também enfoque objetivo desse estudo, ganham destaque experiências como a do PAILI em Goiânia e do PAI-PJ em Minas Gerais, relevantes no aspecto de mesmo não havendo normatização específica sobre a reorientação dos HCTP fomentam o debate sobre o tema e instigam a busca e reflexão sobre modos de abolição da instituição.

Sampaio, P. (2010, p. 33) defende que ao “se reunir experiências exitosas que vêm se desenvolvendo Brasil afora, de modo que se possa, finalmente, transformar realidade tão inóspita”.

Reitera-se que uma temática tão complexa não pode ter seu conteúdo esvaziado nessa revisão, no entanto trazer o assunto para o rol de debates se torna relevante com o intuito de buscar novos caminhos.

Lacunas como, a falta de leis específicas que tratem da instituição HCTP e daqueles que ela se ocupa; a descrição de práticas de saúde voltadas para o processo terapêutico desses indivíduos, ou ainda, o levantamento das possibilidades de responsabilização penal, que contemplem o caráter jurídico que emana do tema, tais lacunas podem vir a ser preenchidas com novos estudos e pesquisas que apontem nesse sentido. Há, contanto, que se investir na fomentação do debate, para o qual este trabalho espera contribuir, a fim de que os membros sociais tomem parte do contexto e possam contribuir com a criação dos novos caminhos.

Dadas as devidas proporções às incertezas que emergem da problemática que é a existência dos HCTP, há de se concordar que a permanência da noção de periculosidade, como norteadora da prática que vise atender as pessoas com transtorno mental autoras de delitos é a contramão do almejado pelos direitos humanos, sem estes não há respeito à dignidade humana, não há consideração das potencialidades do indivíduo pondo-se em xeque a humanização pretendida pelos serviços de assistência à saúde abrindo conseqüentemente, espaço para o advento de medidas e modelos institucionais que façam vez de novas roupagens da instituição manicomial.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, B.; COIMBRA, V. C. C.; SOUZA, S. A.; ARGILES, C. T. L; SANTOS, E. O.; NADAL, M. C. Visita domiciliar no cuidado a usuários em um Centro de Atenção Psicossocial: relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 11, n. 3, p. 600-604, 2012.

BARROS-BRISSET, F. O. Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 83-89, 2010.

BERWANGER, O.; SUZUMURA, E. A.; BUEHLER, A. M.; OLIVEIRA, J. B. Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 475-480, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciários. **Relatório Final do Seminário Nacional para a reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**.

_____. Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. **Código de Processo Penal**.

_____. Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a assistência a alienados.

_____. Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921. Aprova o Regulamento do Manicômio Judiciário.

_____. Lei nº 10.216, de 06 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.

CARRARA, S. L. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

_____. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.

CORREIA, L. C; LIMA, I. M. S. O; ALVES, V. S. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1995-2012, 2007.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 8 ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2008.

MARAFIGA, C. V; COELHO, E. R; TEODORO, M. L. M. A alta progressiva como meio de reinserção social do paciente do manicômio judiciário. **Mental**. Barbacena, a. VII, n.12, p.77-95, 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

REIS, A. O. A. Saúde mental, democracia e responsabilidade. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 11-15, 2010.

SÁ, E. N. C. O manicômio judiciário. Saúde ou justiça? **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 19, p. 389-400, 1985.

SAMPAIO, P. C. Passagens. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 30-35, 2010.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

SANTANA, A. F. F. A; CHIANCA, T. C. M; CARDOSO, C. S. Direito e saúde mental: percurso histórico com vistas à superação da exclusão. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 16-31, 2011.

SILVA, H. C. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do PAILI. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 112-115, 2010.

VENTURINI, E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 138-151, 2010.

VICENTIN, M. C. G; GRAMKOW, G; ROSA, M. D. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciais. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 61-69, 2010.