

# O “LOUCO PERIGOSO” NO MANICÔMIO JUDICIÁRIO E O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

*The “Dangerous Mad” at the Judicial Asylum and the Deinstitutionalization Process*

Hanna Christina Marques<sup>1</sup>  
Maria Helena Zamora<sup>2</sup>

Artigo encaminhado: 28/06/2023  
Artigo aceito para publicação: 13/10/2024

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo contribuir para a discussão acerca do processo de desinstitucionalização, a partir da reflexão sobre a experiência de acompanhamento psicossocial de usuários que cumpriram Medidas de Segurança em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Foi realizada uma breve revisão teórica sobre a história dos manicômios judiciais e de movimentos que constituíram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como foram utilizados fragmentos dos casos atendidos. É possível afirmar que tais instituições promovem uma espécie de dupla exclusão, reforçando nos usuários a dupla atribuição de “louco perigoso” e violentos. No artigo também foram apontadas as maiores dificuldades em operacionalizar a desinstitucionalização.

**Palavras-chave:** Desinstitucionalização. Manicômio judiciário. Medida de Segurança.

## ABSTRACT

The present study aims to contribute to the discussion about the deinstitutionalization process, based on reflection on the experience of psychosocial monitoring patients who have complied with Security Measures in Psychiatric Custody and Treatment Hospitals. A brief theoretical review was

<sup>1</sup> Assistente Social na Secretaria Municipal de Educação de Paty do Alferes/RJ. Mestra em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/PUC-Rio. E-mail: [hanna.ufri@gmail.com](mailto:hanna.ufri@gmail.com)

<sup>2</sup> Professora Associada 1, Doutora, do Depto. de Psicologia da PUC-Rio. Vice-coordenadora do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social (LIPIS da VRC/PUC-Rio). E-mail: [zamoramh@gmail.com](mailto:zamoramh@gmail.com)

carried out on the history of judicial asylums and movements that constituted the Brazilian Psychiatric Reform, as well as fragments of the cases attended. It is possible to affirm that such institutions promote a type of double exclusion, reinforcing in users the double attribution of “dangerous madmen” and violent people. The article also highlighted the greatest difficulties in operationalizing the deinstitutionalization.

**Keywords:** Deinstitutionalization. Judicial Asylums. Security Measure.

## 1 INTRODUÇÃO

A discussão abordada neste artigo surgiu a partir da pesquisa de mestrado de uma das autoras, acerca da temática Saúde Mental e Interseccionalidade, identificando variáveis que podem impactar no processo de desinstitucionalização de pessoas em sofrimento psíquico e em conflito com a lei. A partir daquele trabalho serão utilizados fragmentos de três casos de usuários institucionalizados em um Manicômio Judiciário. Neste trabalho utiliza-se tanto a nomenclatura Manicômio Judiciário (MJ) quanto Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), referindo-se, portanto, à mesma instituição.

Este trabalho tem como proposta discutir os MJs e a desinstitucionalização. Para tanto, tem-se os seguintes questionamentos: Como este processo se estabelece a partir destas instituições? Como a Rede de Atenção Psicossocial deve se organizar para acompanhar os indivíduos nestas instituições?

A Lei n.º 10.216, de abril de 2001 preconiza a reorganização do cuidado em saúde mental e indica que o modelo asilar seja substituído pelo cuidado no território, preservando os vínculos sociais e afetivos dos usuários. Sob a luz desta lei, pode-se observar que não é possível que suas indicações sejam cumpridas em Hospitais Psiquiátricos, muito menos em Hospitais de Custódia e Tratamento (BRASIL, 2001).

Como a desinstitucionalização segue em curso, trazem-se fragmentos de casos acompanhados por uma das autoras, técnica de referência em saúde mental, vinculada a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), à época dos acompanhamentos. Apesar de se referir a casos, dispensa-se a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois considera-se que a identidade dos

envolvidos está preservada e que não houve necessidade de coleta de novos dados para a sua realização. Nota-se que, enquanto fundamento legal, recorreu-se à Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016, p. 2).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, social e historicamente datada, que emerge a partir da identificação de variáveis durante a prática profissional, tendo como recorte o interesse do pesquisador que a realiza. Dito isto, o trabalho é apresentado na seguinte ordem: inicialmente foi feito um breve levantamento histórico sobre o MJ; bem como considerações acerca da Reforma Psiquiátrica, abarcando a extinção do modelo manicomial e o processo de desinstitucionalização. Por fim, foram trazidos os recortes dos casos e as considerações finais.

## **2 O “LOUCO PERIGOSO”: DAS PROTOFORMAS AO MANICÔMIO JUDICIÁRIO**

De acordo com Mattos (2006), com a Revolução Industrial emergiu a necessidade de regular ainda mais a força de trabalho, principalmente com vistas à recuperação de certa parcela desta força para atender à demanda desta nova fase do modo de produção. Porém, o pobre que não podia ser explorado, que não produzia, pela atribuição da condição de “louco” deveria ser descartado pela via da institucionalização. Foi também neste período, que se iniciou a discussão sobre a periculosidade do louco: “[...] Pelo saber da psiquiatria e também do direito penal, criava-se o vago rótulo de “periculosidade”, que vigerá até os dias de hoje, depois de dois séculos” (Mattos 2006, p. 57). Ainda para o autor, essa atribuição cumpriria duplo papel, “sempre indelével: imantaria a necessidade de “tratamento”, via imposição de diagnóstico de “doença mental” e também contemplaria a necessidade de neutralização penal, via exclusão. (p. 57).

A partir desta proposição, tem-se a discussão que abrange a imputabilidade e a inimputabilidade, o clamor pela defesa social e o surgimento das Medidas de Segurança, no final do século XIX, passando a loucura a ser uma questão de ordem pública e não necessariamente ou não apenas de saúde (Mattos 2006).

A primeira instituição do tipo manicomial e prisional parece ter surgido na Inglaterra: a prisão especial de Broadmoor, no ano de 1863. Antes desta, as experiências de atenção às pessoas com transtorno mental em relação conflitiva com a lei, em outros países, eram nos setores, localizados nas prisões, destinados aos detentos com transtorno mental: seja porque já foram detidos com essa condição de saúde, seja porque a desenvolveram após a detenção. Da mesma forma, existiam alas nos hospitais psiquiátricos para pacientes que haviam cometido algum crime. (Carrara, 2010).

No Brasil, já o Código Penal (CP) de 1890 determinava que pessoas com transtorno mental, que estavam em conflito com a lei e que não apresentavam riscos à sociedade, deveriam ser mantidas no núcleo familiar. Não havendo esta possibilidade, deveriam ser encaminhadas às instituições psiquiátricas. Porém, cabia ao juiz decidir para onde o indivíduo deveria ser encaminhado. (Carrara, 2010).

Em 1903, o Decreto n.º 1.132 (BRASIL, 1903) determinou que os Estados deveriam organizar seus recursos, a fim de que pudessem construir os HCTPs, mas até que isso fosse cumprido, os hospitais psiquiátricos deveriam ter anexos destinados aos pacientes em conflito com a lei.

A partir das reformas introduzidas no Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, em 1903, criou-se uma seção especial para abrigar os ditos “loucos criminosos”. A referida ala foi batizada como *Seção Lombroso* e, em 1921, foi inaugurado o MJ do Rio de Janeiro, tendo como diretor o psiquiatra Heitor Carrilho. Em 1950, em sua homenagem, a instituição passou a chamar-se *Manicômio Judiciário Heitor Carrilho* e, depois de 1986, a partir das reformas na legislação penal brasileira, passou a chamar-se *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho* (Carrara, 2010).

O autor supramencionado entende que os MJs são instituições complexas justamente pela sua condição de *entre*, pois são instituições asilares para os ditos alienados, mas também são prisões. Sinaliza-se que esta instituição não conseguia atender ao seu mandato institucional, enquanto suposto espaço terapêutico, pois era atravessado pela perspectiva da disciplinarização e contenção. Apesar de ser uma instituição intitulada de *tratamento*, a disciplina, própria do punitivismo penal, era a principal forma para lidar com aquele público:

O punitivismo penal pode ser descrito como o uso do direito criminal para causar sofrimento exacerbado naqueles que infringem a lei ou as regras sociais. Tornou-se simples compreender a influência do punitivismo no cotidiano devido, principalmente, ao anseio de penas mais rigorosas a fim de punir o infrator (Silva e Cunha, 2020, p. 8).

Pode-se dizer que os presídios e manicômios são compreendidos dentro de um mesmo conceito, o de instituição total (Goffman, 1987). O MJ é a fusão de duas instituições totais. Para Ibrahim (1989, p. 101), a “[...] instituição total significa estar à mercê do controle, do juízo e dos projetos dos outros, sem a possibilidade de se reger a própria vida.” São instituições totais porque os que nelas se encontram perdem a autonomia para qualquer decisão da vida diária - refeições, passeios, atividades laborais e momentos de lazer.

### **3 UM PANORAMA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

É preciso revisitar o processo de Reforma Psiquiátrica, para seguir na discussão deste trabalho. Ressalta-se que neste tópico não se pretende aprofundar sobre tal processo histórico, tendo em vista que levantar os seus marcos já fornece material suficiente.

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira iniciou-se com o que passou a ser conhecido como a “Crise da DINSAM”, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que era responsável, no Ministério da Saúde (MS), pelas políticas públicas voltadas à saúde mental. O processo foi deflagrado quando profissionais das unidades da DINSAM, no Rio de Janeiro - incluindo o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho -, deflagraram uma greve, em 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais (Amarante, 1995, p. 51).

A Divisão não realizava concurso públicos para contratação de profissionais de saúde efetivos há algum tempo, e seu quadro profissional era composto majoritariamente por bolsistas, custeados com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental (CNMS). Estes profissionais eram graduandos ou graduados, e alguns deles passaram a denunciar as condições precárias de trabalho e de cuidados àqueles que estavam internados nos estabelecimentos psiquiátricos da DINSAM (Amarante; Oliveira, 2004). O

registro de condições irregulares, no livro de ocorrência de hospitais componentes do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPII) propiciou a mobilização e ampliação dos questionamentos, emergindo daí o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica (Amarante, 1995, p. 52).

Deste modo, como sinalizou Tenório (2002), o movimento atual de Reforma Psiquiátrica emergiu durante o período de Estado autoritário, questionando condições de trabalho dos profissionais, mas também as situações de tratamento direcionado aos pacientes. A crítica feita às políticas de saúde daquele período propiciou a emergência do movimento de Reforma Sanitária. No que dizia respeito aos direitos dos pacientes, a discussão se manteve limitada ao aperfeiçoamento e à universalização dos dispositivos tradicionais (Tenório, 2002).

Vasconcelos (2010) infere que, em 1992, na II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), houve a mobilização e conquista favorável ao modelo da desinstitucionalização, no que concerne ao cuidado em saúde mental, de inspiração italiana, com repasses de recursos dos hospitais psiquiátricos para a estruturação de serviços substitutivos ao manicômio. (BRASIL, 1994).

Na III CNSM, em 2001, teve-se a aprovação da Lei n.º 10.216, com vistas à consolidação da atenção à saúde das pessoas em sofrimento psíquico de modo extra-hospitalar, ou seja, fora dos asilos, como se dava prioritariamente o “cuidado” àquele público, até então (BRASIL, 2001). Em conjunto com a Lei supracitada, tem-se a Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011, do MS, que institui a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), voltada ao atendimento de pessoas com transtorno mental e, também, àquelas com agravos em saúde mental em decorrência do uso abusivo de álcool e/ ou outras drogas. (BRASIL, 2011). A RAPS é composta, entre outras, de: rede: atenção básica em saúde; equipe de consultório na rua; equipe de apoio aos serviços do componente – Atenção Residencial de Caráter Transitório (ARCT), unidade de recolhimento, serviços de atenção e regime residencial; Centros de Convivência; CPAS, nas suas diversas modalidades; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com sala de estabilização; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h; hospitais de emergência; Unidades Básicas de Saúde (UBS); enfermaria

especializada em hospital geral; serviço hospitalar para pessoas em sofrimento decorrente do uso prejudicial de álcool e/ ou outras drogas; estratégias de desinstitucionalização através do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e reabilitação psicossocial.

É importante acentuar que desinstitucionalização não se reduz à desospitalização. Enquanto esta última diz respeito à saída e/ou retirada do indivíduo do hospital, aquela tem como proposta “entender a instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos”. (Amarante, 1995, p. 49). É um processo que demanda a construção de um novo lugar social para o louco e a sua loucura.

Entra então no cenário, em consonância com o Movimento de Reforma Psiquiátrica, o Projeto de Desinstitucionalização, visando à desconstrução de saberes, práticas e discursos que objetivassem a loucura e a reduzissem à doença. A desinstitucionalização requer, assim, a criação de uma rede de assistência à saúde mental, que seja capaz de viabilizar a oferta e produção de cuidados neste campo, com vistas, também, à produção de novas formas de sociabilidade e subjetividade. (Amarante; Rotelli 1992).

O manicômio não se resume à estrutura, mas a uma lógica que norteia práticas de suposto cuidado direcionadas às pessoas em sofrimento psíquico. Para ressignificar o lugar social da loucura e do louco é necessário que se construa a rede de serviços substitutivos ao manicômio, de base territorial e articulada com as demais políticas públicas, assim como estratégias de reabilitação psicossocial.

No que tange à reabilitação psicossocial, tem-se a oferta de alguns benefícios sociais que possibilitam a subsistência daquelas pessoas que permaneceram por anos em instituições psiquiátricas, e àqueles que, mesmo sem esse histórico, estão inaptos para o mercado de trabalho. O Programa *De Volta para Casa*, da Lei n.º 10.708 (BRASIL, 2003), do Governo Federal, e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), são alguns deles. Estas e outras estratégias, como a inserção no SRT, da Portaria n.º 106 (BRASIL, 2000), são de suma importância para a operacionalização do processo de desinstitucionalização - processo contínuo e

de atenção, já que, como dito, práticas manicomiais não se resumem à estrutura física.

#### **4 UM RETRATO DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS NO BRASIL**

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), em parceria com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), somando esforços aos outros órgãos de classe, como o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e o Conselho Regional de Enfermagem (Coren), de diversas regiões do país, divulgou o relatório acerca das *Inspeções aos Manicômios no Brasil* (2015), notadamente às instituições voltadas à internação das pessoas com transtorno mental que cometem algum delito.

O documento demonstrou que estas instituições, quase que de modo unânime, não atendem ao que se preconiza na Lei 10.216/ 2001, mantendo internadas, de modo perpétuo, pessoas com transtorno mental. Assim como não são oferecidas condições dignas em relação às instalações, acomodações, acesso aos medicamentos e às refeições. De acordo com o relatório, “os HCTPs continuam regidos pelos ditames da segurança e da defesa social e, apenas no estado do Maranhão, os pacientes são internados em hospital psiquiátrico sob a gestão da Secretaria de Saúde” (CFP, 2015, p. 127).

A dura realidade retratada naquele documento, de violação de direitos e desassistência, exigiu a ação de diversos atores envolvidos no campo da saúde mental, para que houvesse, de fato, a desconstrução destas instituições que sequestram qualquer possibilidade de exercício de cidadania àqueles que lá foram confinados. A assistência por técnicos de saúde era parca, o acesso à Defensoria Pública era diminuto e vínculos sociais e familiares foram rompidos, tanto porque, em alguns casos, o crime foi cometido no seio da família, mas também pela dificuldade de acesso às instituições vinculadas ao poder judiciário. Neste contexto, “nunca receber visita é uma triste sina e um mau sinal. Sabe-se que o vínculo familiar é o único que garante a existência de vida digna após a segregação manicomial” (CFP, 2015, p. 155). O fato também de haver investimento insuficiente nos SRTs (ou outras modalidades de moradia) também ficou demonstrado como entrave à desinstitucionalização dos ditos loucos perigosos.

Importa informar que as medidas de segurança (MS) foram instituídas pelo Código Penal de 1940 e mantidas, mesmo após a reforma, em 1984. As MS sustentam-se no risco da “periculosidade” do louco e constituem-se em sanção penal para ele. Consideradas inimputáveis, as pessoas com transtorno mental que cometem crimes são submetidas ao cumprimento de MS, imposta mesmo quando há absolvição do indivíduo pelo juiz, considerando que seu quadro de saúde mental compromete sua capacidade de discernir quando cometem o crime. (Caetano; Tedesco, 2021). Em alguns casos, podem receber o equivalente a uma condenação praticamente perpétua, haja vista a necessidade de laudo de cessação de periculosidade para que possa ser finalmente desinternada do MJ.

## **5 OLHANDO OS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS DE PERTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Durante o percurso na saúde mental, uma das autoras foi técnica de referência de pessoas que já haviam saído do MJ e daquelas que ainda estavam cumprindo Medida de Segurança naquele tipo de instituição. A partir desta prática, foram resgatados fragmentos dos casos e acompanhamentos realizados durante esse período de inserção na RAPS, em diferentes municípios do estado do Rio de Janeiro. Esses casos são superficialmente mencionados aqui, apenas para ilustrar certas dificuldades, que vão desde a precariedade das políticas públicas, até a realidade das instituições de confinamento; desde a impossibilidade de suporte familiar até às particularidades dos quadros psicopatológicos. Sendo variáveis que emergiram da prática profissional, os casos foram abordados sem, naquela época, haver o intuito de realizar uma pesquisa (Resolução nº510/ 2016).

Uma usuária, aqui chamada Maria, estava em Medida de Segurança há cinco anos, aproximadamente, por ter cometido um homicídio. Ela matou o seu companheiro, permanecendo com o corpo na casa por alguns dias, até que os vizinhos sentiram o odor desagradável vindo da casa e acionaram os serviços de segurança pública.

Durante o período em que foi acompanhada de modo extra-hospitalar, Maria frequentou regularmente o CAPS ao qual era vinculada. O seu processo de desinstitucionalização teve entraves que diziam respeito à sua segurança e

integridade física, porque, supostamente, estava ameaçada no local para o qual inicialmente retornaria. Como bem pontua Mattos (2006, p. 142):

O portador de sofrimento mental que comete fato definido como crime, na maior parte dos casos atinge a um familiar e semeia o medo pânico de que torne a cometer qualquer outro ato violento contra os demais [...]. Obviamente tal medo perpassa pela vizinhança e pela localidade onde foi cometido o crime. Há uma “sem controle” por perto, acendem-se todos os sinais de “alarme social”: intolerância, preconceito, medo.

Durante o acompanhamento com a equipe que realizava as visitas para a continuidade do processo de desinstitucionalização, Maria mostrou-se afável e solícita. Entretanto, o profissional que a acompanhava no MJ sempre deu retorno do quanto a violência, principalmente a física, era o modo como ela “dialogava” naquele espaço. A resposta institucional foi, invariavelmente, contenção medicamentosa e física: uma retroalimentação da violência.

Já o usuário aqui chamado de *Marcelo*, cometeu estupro e assassinato de uma adolescente, e já estava em Medida de Segurança há quatro anos, aproximadamente. Sem qualquer crítica quanto aos crimes que cometeu, falava de maneira saudosista da vida anterior ao MJ e das estratégias de sobrevivência naquele local. Apesar de ainda não haver autorização judicial para suas saídas terapêuticas, ele parecia não ter noção da gravidade de seus atos, e falava que voltaria, sem qualquer problema, para o local no qual cometeu os crimes que acarretaram a Medida. Logo, constituiu-se um desafio para a equipe de referência do caso, traçar as estratégias para seu processo de desinstitucionalização.

Já a usuária de nome fictício *Mariana*, estava reclusa há, aproximadamente, um ano. A equipe do CAPS – ao qual era vinculada – alegou dificuldades de acesso à usuária no sistema prisional comum. Quando pôde visitá-la, pela primeira vez, após mais de seis meses e com acesso irregular à medicação, Mariana apresentava-se bastante desorganizada e com discurso desconexo. Após diversas intercorrências psiquiátricas, sendo direcionada à emergência de referência para questões em saúde mental, ela acabou sendo encaminhada ao MJ e, durante o processo, houve a conversão da pena para Medida de Segurança. Mariana, como nos casos anteriormente

mencionados, era uma pessoa negra e pobre. No caso, ela ainda tinha algum suporte familiar: a sua mãe, que possuía a sua curatela e a guarda de seus filhos menores de idade.

Ao ser transferida para o MJ, Mariana passou a ter acesso às medicações de modo mais regular. Os profissionais do CAPS, que faziam a visita quinzenalmente, também levavam os medicamentos que, porventura, estivessem em falta naquela instituição.

Diferentemente dos demais, ao ser inserida no MJ, Mariana passou a apresentar discurso mais coerente, conseguiu relatar o que havia acontecido para que fosse presa e expressou planos para depois que o período em Medida de Segurança cessasse. Ela contou que agrediu, a golpes de faca, um senhor que, de acordo com ela, abusava sexualmente de meninas no bairro no qual ela residia.

Esse três casos ilustram situações nas quais pessoas com transtorno mental cometem crimes e estavam ou estão em cumprimento de Medida de Segurança, com a principal finalidade de avaliar o grau de periculosidade deles. Assim, todos poderiam ter a Medida de Segurança cessada, através da estratégia traçada para a desinstitucionalização, considerando o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário. Todavia, encontraram-se barreiras ao acompanhamento, seja pelo trâmite para acesso àquela instituição, seja devido aos rebatimentos comuns às políticas públicas, focalizadas e precarizadas, que já vêm passando por processo de desmonte, através do desfinanciamento e outras formas de sucateamento.

## **6 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL**

Esses notáveis desmontes também têm determinações históricas e políticas. A década de 1980 foi um período de efervescência política, com mobilização de movimentos sociais e conquistas indiscutíveis do ponto de vista da garantia de direitos. Dentre estas conquistas, tem-se a Constituição Federal de 1988 que, através do chamado *Tripé da Seguridade Social* (Assistência Social, Previdência Social e Saúde), articulou estratégias de acesso aos direitos sociais aos brasileiros.

No chamado Consenso de Washington, nos anos 1990, discutiu-se a Agenda Neoliberal, com vistas ao reposicionamento do Estado enquanto interventor na sociedade, via políticas sociais, propondo a redução do Estado, com políticas sociais focalizadas e que afinal dispensassem menos recursos, afetando todas as políticas públicas, sejam elas da Saúde, Assistência Social, Educação, dentre outras (Behring; Boschetti, 2008). Dessa forma, as diretrizes de tal Consenso impactavam não somente na capacidade da classe que vive do trabalho em se reproduzir, mas também no que diz respeito ao acesso à riqueza, material e imaterial, socialmente produzida, incluindo neste aspecto a possibilidade de maior qualificação da força de trabalho (Coutinho, 2005).

Cabe mencionar que a focalização e a precarização impactam diretamente nas formas de contratação de profissionais para comporem as equipes dos CAPSs e, em decorrência do vínculo de trabalho precário, implica na alta rotatividade de profissionais. Tal dinâmica traz efeitos negativos à criação de vínculo entre técnicos em saúde mental e os usuários destes serviços; o que, em última análise, impacta também nas possibilidades de acompanhamento dos usuários e, portanto, no processo de desinstitucionalização dos mesmos.

À medida em que se questionam os objetivos e funções do Manicômio Judiciário, são experimentadas novas propostas de atenção àquelas pessoas com transtorno mental que cometem algum delito e, por isso, encontraram-se em algum momento da vida, em cumprimento de medida de segurança. Neste sentido, pode-se observar as experiências de Goiás e Minas Gerais, com o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), respectivamente.

O PAILI surgiu em outubro de 2006 através da proposta da Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, sendo uma parceria pactuada entre as Secretarias de Estado de Saúde e Justiça, somando esforços à Secretaria Municipal de Saúde, ao Tribunal de Justiça e ao Ministério Público do Estado de Goiás. O programa se propõe ao acompanhamento daqueles usuários que, mesmo após a cessação da periculosidade, encontravam-se institucionalizados (Silva, 2013).

Em 2009, com o Prêmio Innovare, o PAILI consolidou-se “como modelo na atenção ao paciente em medida de segurança ao abolir definitivamente a

ultrapassada figura do manicômio judiciário". (Silva, 2013, p. 5). O programa apresenta resultados exitosos no que diz respeito ao resgate da cidadania dos seus usuários acompanhados, dos seus laços sociais e familiares, assegurando uma vida digna.

O PAI-PJ, instituído pela Resolução nº 944 de 13 de novembro de 2020, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, tem como proposta a estruturação do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário. Um de seus objetivos é prestar assessoria à Justiça de Primeira e Segunda instâncias no que diz respeito à individualização das medidas socioeducativas, medidas de segurança e penas aos denominados pacientes judiciários. São considerados pacientes judiciários aqueles com transtorno mental, em alguma modalidade de restrição de liberdade e, também, os adolescentes em conflito com a lei.

O programa tem como uma de suas atribuições que se considera, neste artigo, de fundamental importância, a proposta de realização, de modo articulado com os demais parceiros, de ações com vistas à reinserção social dos pacientes judiciários. Promovendo cuidado preferencialmente de base comunitária e, quando se faz necessária, a inserção no Programa Residencial Terapêutico (SRT) para os que tiveram seus laços familiares e comunitários rompidos em decorrência, principalmente, da institucionalização. (TJMG, 2020).

Percebe-se a diferença entre os programas, no sentido de que o primeiro volta sua atenção àqueles que já tiveram acesso ao laudo de cessação de periculosidade, indicando sua desinternação. Entretanto, frequentemente ela não é viabilizada pela falta de suporte comunitário e familiar para que se trabalhe a desinstitucionalização. Na segunda experiência, basta atender ao perfil delineado na resolução, no qual atende-se qualquer usuário que esteja em privação de liberdade, já em cumprimento de medida de segurança ou aguardando a tramitação do processo, por exemplo.

Entender e operacionalizar esse processo complexo exige um esforço teórico e prático para os trabalhadores da saúde mental. O trabalho não se encerra nas paredes dos equipamentos, seja em qual deles este técnico estiver inserido, com a finalidade de acompanhar pessoas em sofrimento psíquico.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entender e operacionalizar o processo complexo de desinstitucionalização exige esforço teórico e prático para os trabalhadores da saúde mental, tendo em vista que o trabalho não se encerra nas paredes dos equipamentos - seja em qual deles este técnico estiver inserido, com a finalidade de acompanhar pessoas com transtorno mental.

Neste breve artigo não se teve a pretensão de esgotar o debate, tampouco determinar os caminhos a se percorrer acerca do acompanhamento de pessoas com transtorno mental, que estão ou estarão em cumprimento de Medida de Segurança, mas sim contribuir para este debate necessário e recente. O intento é de que os técnicos em saúde mental possam instrumentalizar-se para o adequado acompanhamento deste segmento social, a partir do aparato legal recente.

Apesar dos entraves, é realizado o trabalho de desinstitucionalização daqueles que se encontram nestas instituições atravessadas pelas práticas manicomiais e a lógica da punição, através do trabalho articulado com as equipes dos CAPSs e, quando necessário, com a inserção no Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

O ano de 2023 trouxe a proposta de novos ares ao acompanhamento do dito *louco perigoso*, com o término, positivado, dos HCTPs, um avanço para a Luta Antimanicomial. Os HCTPs são um desafio para a Reforma Psiquiátrica, já que estes espaços agregam exclusão e violência, próprios do manicômio, somados à opressão do sistema carcerário, que se propõe a punir e, supostamente, recuperar. Note-se que, se em 2001, a chamada *Lei da Reforma* colocou os HCTPs na “ilegalidade”, em 2023 tem-se mais um marco legal que positiva a sua eliminação: a Resolução n.º 487, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e dá outras providências.

Enfim, o que se espera é o fim definitivo do antigo Manicômio Judiciário, hoje Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou de qualquer instituição similar, tendo em vista o fato de ele não estar inserido no Sistema Único de Saúde e de ter as limitações próprias da burocracia do Sistema Judiciário. Essas instituições totais trazem severos entraves à operacionalização do acompanhamento dos usuários em Medida de Segurança e repetem o insuportável sofrimento já bastante denunciado.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, PDC; OLIVEIRA, WF. *A saúde integral e a inclusão da saúde mental no SUS: pequena análise cronológica do movimento da reforma psiquiátrica e perspectivas de integração.* Dynamis Revista Técnico-científica, 12(47):6-21. Blumenau: Editora da FURB, abr.-jun. 2004. Disponível em: <https://gpps.paginas.ufsc.br/files/2020/09/Amarante-e-Oliveira-Dynamis-2004.pdf> Acesso 07/10/2024.

AMARANTE, Paulo. *Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo; ROTELLI, Franco. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: AMARANTE, Paulo; BEZERRA, Benilton. (Coords). *Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Relume/ Dumará, 1992.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: Fundamentos e História.* 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Legislação Informatizada. *Decreto Nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903 - Publicação Original.* Reorganiza a Assistência a Alienados. Rio de Janeiro, 1903. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 12 abr. 2023.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.* Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental, 1994. (2. Brasília: 1992). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf). Acesso em: 18 abr. 2023.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.* Emenda Constitucional. Brasília, DF, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 26 maio 2023.

BRASIL. *Decreto Nº 847, de 11 de outubro de 1890.* Promulga o Código Penal. Rio de Janeiro, 1890. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1851-1899/d847.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm). Acesso em: 12 abr. 2023.

BRASIL. *Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001.* Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 12 abr. 2023.

BRASIL. *Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF, 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm). Acesso em: 25 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000*. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatricesConsolidacao/comum/4437.html>. Acesso em: 12 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011(\*)*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 12 abr. 2023.

CAETANO, Haroldo; TEDESCO, Silvia. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciais. *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 191-202, jan-mar 2021.

CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciais no Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, [S. l.], n. 20, v. 1, p. 16-29, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Inspeção aos Manicômios*. Relatório Brasil 2015/ Conselho Federal de Psicologia, Brasília: CFP, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023*. Institui a Política Manicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/ 2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Publicada no DOU nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2022.

COUTINHO, Carlos Nelson. Notas Sobre Cidadania e Modernidade. *Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social*, v. 2, n. 3, dez. 2005.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

IBRAHIM, Elza Maria Mussi. *O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro: hospital ou prisão?* Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Psicologia, 1989. p. 101-106.

MATTOS, Virgílio de. *Crime e Psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança.* Rio de Janeiro: Revan, 2006.

RIO DE JANEIRO, Governo do Estado. Secretaria de Estado de Administração Penitenciária – SEAP. Ato do Secretário. *Resolução SEAP Nº 795 de 12 de novembro de 2019.* Altera a Regulamentação da Entrada de profissionais de saúde da Rede de Atenção Psicossocial nos estabelecimentos prisionais e hospitalares da SEAP e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2019.

Disponível em:

<http://sti.seap.rj.gov.br/sti/admin/uploads/resolucoes/2019/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20795.pdf>. Acesso em: 9 maio 2023.

SILVA, Haroldo Caetano da. *PAI/I: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator.* Goiânia: MP/ GO, 2013.

SILVA, Ruth Stein; CUNHA, Paulo Giovani Moreira da. A quem atinge o punitivismo penal? *Revista do Pet Economia UFES*, Espírito Santo, p. 08-10, 2020.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, [S. l.], v. 9, p. 25-59, 2002.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. *Resolução nº 944 de 13 de novembro de 2020.* Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ e dá outras providências. Minas Gerais, 2020. Disponível em:  
<https://www.tjmg.jus.br/data/files/3E/55/75/6A/D14D57106D6CCB576ECB08A8/Resolucao%20944-2020.pdf>. Acesso em: 26 de junho de 2023.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.* Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.