

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

www.uesb.br/revista/rsc/ojs

O PERFIL DOS INTERNOS DE UM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO: PERSPECTIVAS DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL**PROFILE OF PATIENTS AT A PSYCHIATRIC TREATMENT AND CUSTODY HOSPITAL: PERSPECTIVES FROM THE PSYCHIATRIC REFORM****Mara Cristina Ribeiro¹, Marilya Cleonice Santos de Souza², Eline Vieira da Silva, Murillo Nunes de Magalhães², Nailena Maika da Rocha Vieira¹**Centro Universitário CESMAC¹, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL², Universidade Federal de Pernambuco- UFPE³,**Abstract**

Psychiatric Treatment and Custody Hospitals show what we could consider a limitation to the Psychiatric Reform due to manifesting an antagonism to its proposals. This research sought to understand the profile of the patients of one of these institutions with the aim of utilizing data, which could assist in the care that institutions of this type are dedicated to. A quanti-qualitative study, making use of documentary analysis. The profile of the population showed fragilities similar to those of the populations in other Psychiatric Treatment and Custody Hospitals in Brazil. The sociodemographic data showed the context of vulnerability in which the research subjects find themselves, as well as the precariousness of the treatments to which they are submitted. The absence of care, which seeks to attend to the real needs of these individuals, has accompanied them prior to and during their hospitalization. This drives their social marginalization after the experience of institutionalization, mainly in the face of an absence of care strategies, which guarantee their reintroduction into society. We find that it is necessary to extend the changes recommended by the National Mental Health Policy, by guaranteeing that the Psychiatric Reform also has resonance in these spaces of care.

Keywords: *Mental Health, Legal Psychiatry, Custody, Deinstitutionalization.***Resumo**

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico revelam o que se pode considerar como limite da Reforma Psiquiátrica por expressarem o antagonismo de suas proposições. A pesquisa buscou conhecer o perfil dos internos de uma dessas instituições a fim de utilizar dados que auxiliem a análise do cuidado que instituições desse tipo se propõem. Estudo de abordagem quanti-qualitativa, com o uso de técnica de análise documental. O perfil da população revelou fragilidades similares aos da população de outros Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Brasil. Os dados sociodemográficos expõem o contexto de vulnerabilidade em que os sujeitos da pesquisa estão inseridos, bem como a precariedade do tratamento a que estes estão submetidos. A ausência de cuidados que busquem atender às necessidades reais dos indivíduos os tem acompanhado antes e durante a internação, o que potencializa a sua exclusão social após a experiência de institucionalização, principalmente em face da ausência de ações de cuidado que garantam a sua reinserção social. Conclui-se que é preciso estender as mudanças preconizadas pela Política Nacional de Saúde Mental, garantindo que a Reforma Psiquiátrica tenha ressonância também nesses espaços de cuidado.

Palavras chave: *Saúde Mental, Psiquiatria Legal, Custódia, Desinstitucionalização.*

Introdução

No transcurso civilizatório da humanidade, a sociedade se ocupou em processos de realocação dos sujeitos, distinguindo perfis e enquadrando-os em contextos ditos apropriados, tudo isso mediante um arcaico organizador social: o poder¹.

As ações voltadas ao sujeito em sofrimento psíquico ou, vulgarmente intitulado, louco, encontram seu ápice nas condições mortificantes dos hospitais psiquiátricos, que constituem um dos modelos de instituições totais. Uma instituição total se caracteriza por ser “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade [...], levam uma vida fechada e formalmente administrada”².

As sequelas sociais deixadas pelo padrão de tratamento oferecido pelos hospitais psiquiátricos revelam o anacronismo das ações no campo da saúde mental, visto que esses espaços, muitas vezes considerados fábricas de adoecimento, continuam a existir e receber subsídios para sua manutenção³.

Durante mais de dois séculos, o ritmo da vida nessas instituições foi marcado por regras forçadas e mortificações dos sujeitos nelas inseridos, a organização desses espaços fechados e o isolamento imposto resultaram em um processo denominado de *institucionalização*, percebido por Franco Basaglia como um tipo de doença resultante do vazio emocional vivido pelo doente ao transpor os muros do internamento⁴.

Se aprofundarmos essa discussão para o campo das instituições totais responsáveis pela exclusão daqueles indivíduos que, acrescidos do transtorno mental, têm em suas histórias alguma ação criminal, as condições de existência humana nesses locais tornam-se ainda mais precárias.

No Brasil, o primeiro local destinado especificamente à reclusão do louco que cometesse crime e o criminoso que enlouquecesse na prisão foi o Manicômio Judiciário inaugurado na cidade do Rio de Janeiro em 1921. Estes, atualmente nomeados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), constituem o mais devastador dos espaços ditos de tratamento em saúde mental⁵.

Segundo Barros⁶, “a noção de periculosidade associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata”.

Nesse sentido, os HCTPs são em essência a instituição que mais expõe essa ambiguidade,

pois se caracterizam como instituições totais que transitam entre a saúde e a justiça.

A partir da Lei nº 7.209, de Julho de 1984⁷, passou a vigorar no Brasil o sistema vicariante, o qual permite ao juiz a aplicação da pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme as características de cada caso. Assim, esse sistema estabelece que um indivíduo pode receber ou pena ou medida de segurança (MS), e nunca ambas simultaneamente⁸.

A medida de segurança pode determinar internação ou tratamento ambulatorial, conforme o crime seja apenado com reclusão ou detenção. No caso da internação, ela tem sido considerada uma solução de caráter preventivo e assistencial, sendo reservada aos indivíduos considerados inimputáveis pela justiça, ou seja, aos que, por transtornos mentais ou déficits cognitivos, eram, ao tempo da ação ou omissão, completamente incapazes de compreender o seu caráter ilícito ou de determinar-se de acordo com essa compreensão⁹.

Segundo Crespo de Souza e Menezes⁸, as medidas de segurança diferem das penas por várias razões: enquanto a pena tende a ser mais punitiva, a medida de segurança tende a ser mais preventiva; o fundamento da aplicação da pena é a culpa, o da medida de segurança é a periculosidade. Essas diferenças trazem, na prática, significativa consequência, pois, enquanto as penas têm duração preestabelecida e não-modificável, as medidas de segurança podem ser por tempo indeterminado, visto que são passíveis de renovação anual.

Portanto, ainda que destinadas aos cuidados do louco criminoso, essas instituições estão centradas na manutenção da ordem e garantia de proteção social, pois em face das transgressões cometidas, socialmente esses indivíduos passam a ser símbolos de monstruosidade¹⁰, o que reforça o caráter de exclusão que os HCTP possuem.

Espaços como esses são contraditórios em todas as dimensões em que buscam se inserir, não promovendo meios de saúde e tão pouco de justiça, pois aos homens a que se destinam não há culpas, no entanto lhe condenam a viver a maior das punições, a perda de si mesmo¹¹.

Mediante as novas configurações dos serviços de saúde mental, em virtude da Reforma Psiquiátrica Brasileira, regulamentada pela Lei nº 10.216/01, de 6 de abril de 2001¹², e mais recentemente com a publicação da Portaria Nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool

e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde¹³, a atenção à saúde mental deve se estender a todos os indivíduos que padecem de sofrimento mental, sendo garantido a estes atenção clínica e de reabilitação em espaços inseridos na comunidade e, por conseguinte, substitutivos ao modelo hospitalar psiquiátrico, em que não apenas os serviços específicos sejam mobilizados para o cuidado mas outros setores da sociedade devem estar envolvidos na atenção, reinserção e garantia de direitos desses sujeitos.

Deste modo, torna-se importante dar visibilidade a práticas exercidas em locais que ainda se apresentam antagônicos à Política Nacional de Saúde Mental por se manterem estruturados a partir de modelos psiquiátricos arcaicos, tendo como principal objetivo o isolamento.

O principal sujeito dessa pesquisa muitas vezes é esquecido pela lei, por ser portador de um transtorno e estar inserido na esfera da saúde; esquecido pela saúde, por ter cometido um ato criminoso e, portanto estar inserido na esfera da justiça; e, finalmente, esquecido por sua família e sociedade, por ter pouca ressonância com ela. Em conjunto, essas circunstâncias fazem com que ele viva em um vácuo social, intensificando ainda mais a sua exclusão.

A contribuição que o estudo pretende é aprofundar o olhar sobre esses sujeitos que ainda se constituem como vítimas de um sistema repressor, a fim de torná-los visíveis, participantes e beneficiários dos novos modelos de cuidado em saúde mental, na perspectiva da desinstitucionalização.

Para tanto, o embasamento teórico para a presente investigação considera o termo desinstitucionalização proposto na visão de Franco Basaglia¹⁴, que não deve ser entendido como desospitalizar, que se refere apenas ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, tampouco transinstitucionalizar, que se refere ao processo de mudança institucional, sem envolvimento da comunidade e que estimula o aumento de asilos, casas de repouso e outras instituições segregadoras.

Existe grande equívoco em usar de forma sinônima os termos desospitalização e desinstitucionalização, uma vez que o primeiro refere-se a um ato administrativo que faz sair um paciente da instituição-hospital, enquanto o segundo refere-se a um processo que faz sair um paciente da instituição-psiquiatria¹⁵.

Se o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder estruturados

em torno do objeto *doença* constituem a concepção de *instituição*, ao substituímos o objeto *doença* pelo objeto *existência sofrimento dos pacientes* e sua relação com o corpo social, o processo de desinstitucionalização torna-se reconstrução da complexidade desse *objeto* e sua ênfase, antes colocada no processo de *cura*, agora é dirigida por um projeto de *invenção de saúde* e de *reprodução social do paciente*¹⁶.

A pesquisa, portanto, quer enfatizar a necessidade da desinstitucionalização desses espaços com o objetivo de resgatar os sujeitos que ainda se encontram isolados em suas doenças e presos nos muros institucionais, para que se possa garantir um novo papel social a estes que durante séculos têm sido reconhecidos apenas em sua periculosidade.

Desta forma, o estudo objetivou conhecer o perfil dos internos de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e as ações de cuidado descritas nos documentos referentes aos seus pacientes para que, a partir de seus resultados, fosse possível analisar que ações e estratégias de cuidado desenvolvidas nesta instituição estão inseridas nas proposições de atenção da Política Nacional de Saúde Mental.

Metodologia

O HCTP em que o estudo foi desenvolvido está situado no Complexo Penitenciário de uma capital do nordeste brasileiro e representa a única unidade do Estado responsável pelo acolhimento e cuidado de pessoas em sofrimento psíquico que cometeram crimes.

A investigação aqui apresentada faz parte de pesquisa integrada intitulada “Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e a Reforma Psiquiátrica: a reabilitação psicossocial como perspectiva”, que teve como objetivo geral analisar como essa instituição e sua equipe têm se articulado às novas propostas preconizadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde Mental. Para tanto, além dos documentos institucionais que subsidiaram as fontes de dados escritas, foram sujeitos deste estudo os internos, seus familiares e trabalhadores do serviço.

Neste artigo apresentamos os resultados referentes à investigação específica dos prontuários dos internos, portanto, com o objetivo de conhecer o perfil dos usuários e ações desenvolvidas em seu tratamento, realizou-se pesquisa documental caracterizada como de fontes escritas, primárias e contemporâneas.

Em período anterior à coleta dos dados realizou-se uma pré-análise dos prontuários para

que esta pudesse orientar a formulação de um instrumento norteador para a obtenção das informações contidas nos documentos a serem estudados. Esta fase foi de extrema importância para esclarecer que informações eram possíveis serem obtidas por meio da pesquisa documental.

Após esse momento, foi elaborado um formulário norteador semiestruturado, com questões abertas e fechadas, de preenchimento do pesquisador, para a organização dos dados a serem colhidos e o aprofundamento do conhecimento do perfil dos internos e das ações realizadas e descritas pela equipe de trabalhadores da saúde envolvidos no tratamento e pela instituição.

A partir disso, a pesquisa aplicou-se em realizar buscas minuciosas nos prontuários de todos os internos, procurando conhecer seus perfis, suas histórias, as razões que os levaram à internação e todas as informações possíveis de serem acessadas por meio desse instrumento.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016 e, nesse período, foram estudados integralmente a totalidade dos prontuários dos que se encontravam internos.

A análise dos dados compôs duas etapas distintas:

- A primeira, de abordagem quantitativa, relativa ao levantamento do perfil por meio das informações gerais sobre idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de permanência na instituição e frequência diagnóstica. Estando os dados desta etapa registrados e identificados por códigos numéricos, alimentados em uma planilha Excel®.
- A segunda etapa cumpriu os objetivos qualitativos do estudo, realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo¹⁷, foram analisadas as informações obtidas pelas questões abertas do instrumento norteador da coleta de dados. Estas questões versaram sobre a história de vida anterior à internação, história da internação, indicações terapêuticas, participação do interno nas estratégias de cuidado e outras informações alcançadas pela leitura minuciosa dos prontuários.

Obedecendo às normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, Declaração de Helsinque (1964) e Resolução nº. 466/12 do Ministério da Saúde, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE: 38396514.1.0000.5011.

Resultados e Discussões

A população deste estudo se divide em duas categorias: os que cumprem medida de segurança (MS), 38 indivíduos que representam 46% da população total; e os sub-júdictes ou população provisória, 44 indivíduos que representam 54% da população total, perfazendo um total de 82 indivíduos (100%).

Quanto ao sexo, a população em MS se divide em 37 homens (97%) e uma mulher (3%); a população provisória em 42 homens (95%) e duas mulheres (5%). A faixa etária da população apresenta uma variação de 19 a 78 anos, conforme expõe a Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da população quanto à faixa etária.

Faixa etária	População total	População em MS	População em MS	População provisória	População provisória	
Menos de 20	1	1%	0	0%	1	2%
20 a 29	27	33%	13	34%	14	34%
30 a 39	29	35%	13	34%	16	36%
40 a 49	13	16%	7	19%	5	11%
50 a 59	8	10%	2	5%	6	13%
60 a 69	3	4%	2	5%	2	4%
70 ou mais	1	1%	1	3%	0	0%
Total	82	100%	38	100%	44	100%

Fonte: Dados da pesquisa

O estado civil se caracteriza por 70 indivíduos solteiros (85,3%), seis divorciados (7,3%), três amasiados (4%), dois viúvos (2,4%) e um casado (1%).

Com relação à escolaridade, há maior índice de pessoas com baixa escolaridade, como revela a Tabela 2.

No que concerne ao exercício de uma profissão, 54 pessoas apresentam atividade profissional (67%). Os detalhes são expressos na Tabela 3.

Ainda com menção à atividade profissional, alguns indivíduos tiveram sua inserção no mercado de trabalho informal durante o período da infância e adolescência.

Com relação aos diagnósticos, estes foram agrupados conforme a CID 10 (Classificação Internacional de Doenças)¹⁸, indicando que há maior índice de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, com um número de 22 indivíduos em MS (57,8%) e 16 da população provisória (36,3%). Neste item, um mesmo indivíduo pode se enquadrar em mais de uma categoria, pois, dos que possuem diagnóstico, apenas 21 em MS (55%) e oito da população provisória (18,1%) possuem uma única doença mental. Os detalhes são apresentados na tabela 4.

Tabela 2. Distribuição quanto à escolaridade.

Escolaridade	População total		População em MS		População provisória	
Analfabeto	33	40%	21	55%	12	27%
Fundamental incompleto	40	49%	15	39%	25	57%
Médio incompleto	2	2,4%	1	3%	1	2%
Médio completo	4	5%	1	3%	3	7%
Superior	1	1,2%	0	0%	1	2%
Sem informações	2	2,4%	0	0%	2	5%
Total	82	100%	38	100%	44	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 3. Distribuição quanto ao contexto profissional.

Profissão	População Total		População em MS		População provisória	
Forças Armadas, policiais e bombeiros militares	1	1,2%	0	0%	1	2,2%
Profissionais das ciências e das artes	4	5%	0	0%	4	9%
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercado	9	11%	2	5%	7	16%
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	18	22%	14	37%	4	9%
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	15	18,2%	7	18%	8	18,1%
Trabalhadores de manutenção e reparação	4	5%	3	8%	1	2,2%
Profissão não listada	1	1,2%	1	3%	0	0%
Aposentado	4	5%	3	8%	1	2,2%
Desempregado	24	29%	8	21%	16	36,3%
Sem informações	2	2,4%	0	0%	2	5%
Total	82	100%	38	100%	44	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 4. Distribuição quanto ao diagnóstico*.

Diagnóstico	População em MS		População provisória	
Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	22	57,8%	16	36,3%
Retardo mental	7	18,4%	5	11,3%
Transtornos de Personalidade	9	24%	7	15,9%
Transtorno de ansiedade	1	2,6%	1	2,2%
Transtorno mental orgânico	4	10,5%	3	6,8%
Transtorno mental devido ao uso de álcool e outras drogas	7	18,4%	10	22,7%
Transtornos do humor	2	5,2%	2	4,5%
Outros	2	5,2%	2	4,5%
Não possui	1	2,6%	13	29,5%

Fonte: Dados da pesquisa.

*Um mesmo indivíduo pode se encaixar em mais de uma categoria

Importante destacar que, embora 17 pessoas apresentem transtorno mental devido ao uso de álcool e outras drogas (21%), 30 detêm histórico de uso abusivo de álcool e drogas ilícitas (36%).

Com relação às infrações penais cometidas, podendo um indivíduo se enquadrar em mais de um tipo, destacam-se os crimes contra a vida: 19 tentativas de homicídio (23%), 18 homicídios qualificados (22%), seis homicídios simples (7%) e cinco homicídios dolosos (6%).

Em menor incidência, de naturezas jurídicas diversas, estão os seguintes crimes: 13 lesões corporais (16%), 11 ameaças (13%), sete roubos (8%), três estupros (4%), três estupros de vulneráveis (4%), duas tentativas de estupro (2%), dois danos qualificados (2%), um constrangimento ilegal (1%), uma tentativa de roubo (1%), uma receptação qualificada (1%) e uma associação criminosa.

Uma estimativa de 40 indivíduos cometeu a infração contra algum familiar (49%). Em relação ao parentesco das vítimas, há um número de 14 genitoras (17%), 10 esposas (12%), nove irmãos (11%), seis genitores (7%), quatro filhos (5%), duas sobrinhas (2%), dois primos (2%), um esposo (1%), uma enteada (1%) e uma tia (1%).

As narrativas encontradas sobre a história de vida anterior à internação, conforme descritas nos prontuários, não são consubstanciais ao retrato singular de cada sujeito, estão imersas em fatos estritamente correlacionados ao adoecimento mental ou situações vivenciadas que o justifiquem. A respeito dessas situações, retratam as alterações comportamentais com gênese na infância, os abusos sexuais e os eventos de violência sofridos no meio familiar e social.

No que se refere à internação em instituição psiquiátrica anterior à admissão no HCTP, 40 indivíduos (49%) apresentam histórico de internação em hospitais psiquiátricos.

Quanto ao número de internações no HCTP, há um índice de reincidência de 15 indivíduos da população em MS (27%) e sete indivíduos da população provisória (16%).

Apesar de não poder ser determinado o cálculo do tempo total que um indivíduo poderá passar internado em um HCTP, a maior parte da população em MS está dentro do prazo mínimo estabelecido pela justiça (55%), assim como a população provisória (69%). Os detalhes sobre o período de internação são exibidos na Tabela 5.

Inesperadamente, na leitura aprofundada das informações contidas nos prontuários, deparamo-nos com uma realidade: alguns internos não apresentam anseio pela saída do

HCTP, havendo registro de relatos em que essa possibilidade ocasiona sentimentos de tristeza e angústia.

Tabela 5. Distribuição quanto ao tempo de internação.

Tempo de internação	População total		População em MS		População provisória	
Menos de 1 ano	31	38 %	5	13 %	26	59 %
1 a 3 anos	32	39 %	16	42 %	16	36 %
4 a 5	11	13,4 %	9	24%	2	5 %
6 a 10	5	6 %	5	13 %	0	0%
11 a 15	0	0%	0	0 %	0	0%
16 a 20	1	1,2 %	1	3 %	0	0%
21 a 25	0	0%	0	0%	0	0%
26 a 30	2	2,4 %	2	5 %	0	0%
Total						

Fonte: Dados da pesquisa

Sendo os exames psiquiátricos a principal via que fornece ao indivíduo dados concretos sobre a sua permanência ou alta no HCTP, 17 (45%) indivíduos em MS apresentam pendências nos exames com relação ao prazo legal; quanto à população provisória, 24 (54%) indivíduos estão na mesma situação. Cabe destacar que dos 21 indivíduos em MS que estão com exame em dia, 11 possuem parecer favorável à desinternação (29%).

Sobre a situação laborativa dentro do HCTP, nove indivíduos em MS (23,6%) e três indivíduos da população provisória (6,8%) prestam serviços à instituição em funções correspondentes ao cargo de serviços gerais.

No que diz respeito à medicalização, todos os pacientes estão sob efeito de algum medicamento, em uma escala decrescente de maior incidência de uso temos: 94,7% com uso de haldol, 73,6% ampicilil, 68,4% diazepam, 65,7% neozine, 57,8% fernegan, 39,4% cinetol e 21% tegretol; importante pontuar que todos fazem uso de mais de uma medicação.

Com relação à vinculação familiar, os internos apresentam a seguinte caracterização: 64 possuem referência familiar (78%), os familiares de seis não foram localizados (7%), os familiares de cinco demoram a visitar (6%), quatro não possuem referência familiar (5%) e os familiares de três rejeitam o estabelecimento de qualquer contato (4%).

Os dados sociodemográficos levantados pelo estudo se equiparam ao de pesquisas anteriores em relação ao maior quantitativo de homens, a faixa etária frequente, predomínio de solteiros e o baixo nível de escolaridade^{19,20}.

Diferindo apenas a situação laborativa, que apresenta menor número de desempregados²¹.

A variante escolaridade estabelece íntima ligação com o pouco desenvolvimento profissional, que pode estar diretamente ligado à escassez de subsídios para a manutenção da qualidade de vida, tanto no âmbito pessoal quanto familiar.

A descrição do perfil dessa população permite refletir sobre histórias que não possuem expectativas salutaras em relação ao tempo e ao espaço que se situam, pois são infrutíferos ao progresso das potencialidades humanas.

O diagnóstico prevalente de esquizofrenia reforça ainda mais a afirmação acima e está condizente com dados da literatura^{18,22} é preciso destacar, no entanto, que embora a esquizofrenia afete desmedidamente o cotidiano dos indivíduos, apenas uma minoria desta população comete crimes²³. Outrossim, a associação a hábitos nocivos, como abuso de álcool e outras drogas, estabelece estrita ligação com o comportamento violento²⁴.

O predomínio da categoria de crimes contra vida também está de acordo com outros estudos realizados em instituições do mesmo caráter, bem como a incidência de vítimas no âmbito familiar^{19,20}. Uma das justificativas de crimes contra familiares é que estes ocorrem em momentos de crise psicótica aguda, e que possivelmente as vítimas estão incluídas, devido à proximidade, nos conteúdos delirantes do agressor¹⁹.

A presença de fatos dessa natureza na mídia tem sido corriqueira e, quando ocorrem, assumem papel de destaque, permitindo à sociedade, principalmente leiga, pré-julgamentos. Em função disso e da ausência de discussões sólidas em torno da questão, o estigma tem se perpetuado^{24,25}.

Destarte, a cultura do medo, gerada diante de indivíduos em sofrimento psíquico e seu estereótipo, fundado há décadas como um ícone vivaz de violência, apontam para uma das maiores problemáticas no que tange à reinserção destes no seio da família e em seus territórios de vida, pois, apesar de estudos incitarem que a doença mental não constitui uma predisposição à prática criminal^{24,25,26}, a soma desses fatos acaba potencializando a dificuldade de inclusão desses sujeitos, tornando-os alvos permanentes de rejeição social. A ausência de narrativas sobre suas histórias de vida para além do adoecimento mental ou possíveis fatores que o justifiquem, demonstram a escassez de recursos técnicos contemporâneos em saúde mental que ultrapassem a hegemonia do diagnóstico²⁶.

A exposição a situações de violência, fato recorrente nos achados da pesquisa, é considerada como fator de risco para o adoecimento mental^{27,28}. Contudo, esse aspecto parece não ser levado muito em conta ao se pensar nas estratégias de cuidado descritas nos prontuários.

Uma questão importante a ser discutida é a constatação do acompanhamento da população estudada em serviços de saúde mental, anterior ao delito, resultado que corrobora estudos anteriores^{18,19} e leva a possíveis questionamentos sobre a qualidade da assistência dos serviços oferecidos a esses indivíduos, perante a expressão de seu sofrimento mental¹⁸. Outro dado que espessa os questionamentos sobre esta questão é o quadro de reincidência de internação no HCTP, presenciado também na realidade de outros Estados, que denotam a falência no tangente à efetividade do tratamento e à reinserção social^{5,29,30}.

Avalia-se que mesmo sendo afirmado continuamente pelos profissionais da saúde mental que a periculosidade apresentada por estes pacientes ser bem menor se comparada ao infrator comum, haja vista a reincidência de esses ser significativamente mais elevada do que aqueles, para o Sistema de Justiça Criminal e o Sistema Prisional, esse fato parece não ter importância, pois ainda o tratam como muito perigoso³⁰.

O conjunto desses resultados nos traz um importante questionamento: a que se destinam instituições desse tipo? Não é possível afirmar que o tratamento ofertado segue parâmetros da assistência em saúde mental conquistados nos últimos anos e reforçados pela Política Nacional de Saúde Mental, que tem em seu bojo a atenção à singularidade dos sujeitos, o resgate da cidadania e a inclusão social como objetivos.

Se houver aprofundamento dessa questão, levando em conta o tempo determinado para o tratamento e tendo em consideração que a vida humana não é atemporal, compreender a condução do tratamento em um HCTP constitui um eixo importante na medida em que o tempo de internação possuiu apenas prazo mínimo, que varia de um a três anos, sendo pré-estabelecido que a cada ano o indivíduo que cumpre medida de segurança deve passar por novas avaliações médicas psiquiátricas a fim de verificar se há ou não necessidade de prorrogação do tempo de internação, que se efetuará mediante decisão judicial³¹. No caso dos indivíduos da população provisória, juridicamente o tempo estipulado para avaliação de seu estado mental, corresponde a 45 dias, dado este acontecimento,

ficam aguardando decisão judicial³².

Os achados da pesquisa revelam o não cumprimento do modelo jurídico estabelecido, concomitante ao descaso à dignidade humana, como o excessivo tempo de reclusão e o grande número de pendências em relação aos exames psiquiátricos, esta situação coincide com pesquisas anteriores realizadas na mesma instituição^{22,33}. Desse modo, a conduta institucional demonstra suas características essenciais: o isolamento e a exclusão social do sujeito, resultante das formas de tratamento que exprimem seu caráter nocivo³⁴.

Os modos de controle sobre o indivíduo exibem seus rastros em grande parte dos procedimentos de cuidados administrados, a medicalização, assim, continua a representar a centralidade do tratamento, demonstrando sua função predominante, onde esta via exerce papel elementar e essencial ao tratamento, sendo inúmeras vezes o único meio idealizado para isto³⁵.

Apesar de um significativo número de internos possuírem referência familiar, isso não determina a disposição da família em colaborar com os cuidados que eles necessitam. As fragilidades da relação familiar relacionam-se diretamente com um mau prognóstico no processo de reabilitação, sendo muitas vezes o maior motivo da prorrogação do tempo de permanência no HCTP, mesmo diante de laudos favoráveis à desinternação^{22,36}.

Os torturantes sentimentos que assolam alguns internos, em virtude da possibilidade da desinternação, conduzem a outro questionamento imprescindível: para onde irão?

Conforme expõe a mais recente inspeção aos manicômios realizada no Brasil³⁷, o processo ininterrupto de exclusão transcende o espaço físico do HCTP, pois mesmo diante da alta hospitalar os indivíduos continuam vivendo à sombra da instituição, até que o desamparo familiar e assistencial da saúde, brevemente, promova sua reinternação.

Conclusão

A Reforma Psiquiátrica vem, desde os seus primórdios, buscando romper com o modelo hospitalocêntrico e com modelos de cuidado em que a doença e seus sintomas tenham mais destaque do que o indivíduo e sua vida.

Para a garantia de uma atenção pautada nas necessidades do sujeito com experiência de sofrimento mental foi desenhada uma rede de serviços que garantam o tratamento clínico e sua (re)inserção na sociedade.

O levantamento do perfil da população do HCTP do estudo revelou, além de um completo distanciamento do atual modelo de atenção em saúde mental, fragilidades similares aos de outras instituições do mesmo tipo no Brasil, tanto no que diz respeito à natureza dessas instituições quanto nas condutas técnicas empregadas para o tratamento.

A reabilitação pretendida na atualidade, portanto, não deveria estar focada apenas nas questões diagnósticas e tratamentos medicamentosos, mas integrar as diferentes necessidades dos sujeitos, incluindo aspectos familiares, educacionais, de trabalho entre outros, a fim de não torná-los encarcerados por toda a vida.

Conclui-se que é preciso estender as mudanças preconizadas pela Política Nacional de Saúde Mental, garantindo que a Reforma Psiquiátrica tenha ressonância também nesses espaços. Para que haja a inversão da lógica carcerária e institucional para uma lógica fincada na desinstitucionalização, na reabilitação inclusiva e cidadã.

Experiências exitosas de substituição do modelo manicomial judiciário por modelos extra-hospitalares têm sido descritas em alguns Estados da federação, portanto é preciso somar forças, propiciar fóruns de debates para a divulgação dos exemplos já existentes e a construção de diálogos interinstitucionais e intersetoriais para a criação/ampliação do conhecimento de estratégias que garantam a desinstitucionalização desses sujeitos com acesso aos serviços de cuidado na comunidade, visando ações inclusivas e de reabilitação.

Referências

1. Melo ZM. Violencia Y familia: supervivencia en la casa y en la calle. Espanha, Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.
2. Goffman E. As características das instituições totais. In: Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974. p. 13–23.
3. Venturini E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Revista Bras Crescimento Desenvol* [Internet]. 2010;20(1):138–51. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100018&lng=pt&nrm=iso
4. Basaglia F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. In: Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro:

- Garamond; 2005. p. 23–34.
5. Borenstein MS, Cordioli MS, Ribeiro AAA. Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. *Esc Anna Nery*. 2006;10(4):671–7.
 6. Barros DD. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Lemos; 1994.
 7. Brasil, Presidência da República S de AJ. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Dispõe sobre a aplicação da lei penal [Internet]. Brasília, DF; 1984 [cited 2016 Jul 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7209.htm
 8. Crespo de Souza CA, Menezes RS. Aspectos históricos sobre a psiquiatria forense, os manicômios judiciais e o Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso. In: Crespo de Souza CA, Cardoso RG, organizadores. *Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional*. Porto Alegre: Sulina; 2006.
 9. Cohen C. Medida de Segurança. IN: Cohen C, Segre M, Ferraz FC, organizadores. *Saúde Mental, Crime e Justiça*. 2nd ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2006.
 10. Milanez N, Prates C. O Estereótipo do Monstro: uma discussão sobre a monstrosidade e sua representação social. In: Colóquio do Museu Pedagógico. Vitória da Conquista: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB); 2013.
 11. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Cien Saude Colet*. 2009;14(1):297–305.
 12. Brasil, Presidência da República S de AJ. 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 [Internet]. [cited 2016 May 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 11]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial
 14. Basaglia F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Graal; 1991.
 15. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1999.
 16. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. *Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa ocidental e dos países avançados*. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. *Desinstitucionalização*. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
 17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
 18. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10*. Porto Alegre: Editora Artmed; 1993.
 19. Gentil CG. *Crime e loucura: problematizações sobre o louco infrator na realidade do Distrito Federal*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2012.
 20. Teixeira EH, Dalgalarrodo P. *Crime, diagnóstico psiquiátrico e perfil da vítima: um estudo com a população de uma casa de custódia do estado de São Paulo*. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(3):192–4.
 21. Garbayo J, Argolo MJR. *Crime e doença psiquiátrica – perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro*. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2008;57(4):247–52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n4/a04v57n4.pdf>
 22. Andrade MFLO, Barros TYM. *O perfil do louco infrator no Estado de Alagoas e os efeitos sócio-jurídicos decorrentes da não determinação do tempo de duração das medidas de segurança* [Internet]. *Revista Jus Navigandi*. 2008 [cited 2016 Feb 14]. Available from: <https://jus.com.br/artigos/19456>
 23. Moreira FMD. *Compreender o crime na esquizofrenia – factores de risco e prevenção*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2010.
 24. Teixeira EH, Pereira MC, Rigacci R, Dalgalarrodo P. *Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas*. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2007;56(2):127–33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047852007000200009&script=sci_abstract&tlng=pt
 25. Gattaz WF. *Violência e doença mental: fato ou ficção?* *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;25(4):145–7.
 26. Mitjavila RM, Mathes PG. *Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos*. *Rev Saúde Coletiva*. 2012;22(4):1377–95.
 27. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. *Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura*. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31:S49–57.
 28. Abelha L, Lovisi G. *Violência intrafamiliar*

e transtornos mentais. *Cad Saúde Coletiva*. 2010;18(4).

29. Moscatello R. Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(1):34–5.

30. Soares Filho MM, Bueno PMMG. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. *Cien Saude Colet*. 2016;21(7):2101–10.

31. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal [Internet]. Brasília; 1940 [cited 2016 Jun 10]. Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>

32. Brasil. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Institui o Código de Processo Penal [Internet]. 1941 [cited 2016 May 30]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm

33. Diniz D. Ela, Zefinha - o nome do abandono. *Cien Saude Colet*. 2015;20(9):2667–74.

34. Marcantonio JH. A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle. *Psicólogo Informação*. 2010;14(14):139–59.

35. Zanello V, Fonseca GMP, Romero AC. Entrevistas de Evolução Psiquiátricas: entre a “Doença Mental” e a Medicalização. *Mental*. 2011;9(17):621–40.

36. Pereira DCS, Junior GO. A responsabilidade da família na defesa dos direitos de personalidade do familiar infrator com transtorno mental. *Rev Bras direito das famílias e sucessões*. 2013;15(34):21–33.

37. Conselho Federal de Psicologia. Inspeção aos manicômios Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP; 2015.

Endereço para Correspondência

Centro Universitário - CESMAC
Rua da Harmônia - Farol, Maceió – AL
CEP.: 57081-350
e-mail: maracrisribeiro@gmail.com

Recebido em 28/11/2017

Aprovado em 13/09/2018

Publicado em 26/09/2018