

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER**

**O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO:
REVISÃO DOS ESTUDOS BRASILEIROS**

JÚLIA DE ALBUQUERQUE PACHECO

BRASÍLIA – DF, JULHO DE 2011.



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER**

**O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO:
REVISÃO DOS ESTUDOS BRASILEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de bacharel, sob orientação da professora Debora Diniz

JÚLIA DE ALBUQUERQUE PACHECO

BRASÍLIA – DF, JULHO DE 2011.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho as histórias dos homens e mulheres infames, que anonimamente povoam os HCTPs do Brasil.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, pela compreensão das minhas escolhas e incentivo constante de perseguir meus sonhos.

Ao meu pai, com saudade.

À minha irmã, pelo companheirismo.

Ao meu amor, por todas as conquistas que compartilhamos.

À minha orientadora, professora Debora Diniz, pelas oportunidades de pesquisa e conhecimento, e pela incrível paciência com meu tempo de escrita.

Às professoras Ivanete Boschetti e Janaína Penalva, pelas oportunidades de aprendizado e crescimento acadêmico.

À Rai, minha supervisora de estágio, por ter me apresentado a área pela qual me apaixonaria.

Aos meus companheiros de viagem, pelas descobertas, inspiração e frutíferas conversas de avião.

Aos meus amigos e companheiros de curso, por compreenderem e dividirem os fardos comigo.

À equipe da Anis e, em especial, Seânio Sales, pelo treinamento e pelas pequenas dicas fundamentais, e João Neves, pela mágica de restaurar arquivos corrompidos.

EPÍGRAFE

“[...]”
E, ainda sobre as 3 cenas:
são 3 cenas de um mesmo filme-documentário:
Cena 1, das mortes sem batidas de sino;
Cena 2, das overdoses usuais e ditas legais;
Cena 3, das vidas sem câmbios lá fora
- que se reescrevam, então,
Os Infernos de Dante Alighieri;
mas, aqui é a realidade manicomial!
[...]”
porque a casa dos mortos,
que é a metáfora arquitetônica
pela qual designo a psiquiatria,
pede que se fale
contra si mesma!”

Trechos do poema “A Casa dos Mortos”, de Bubu.

RESUMO

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) são instituições penais de natureza ambígua, responsáveis pela custódia e tratamento dos sujeitos considerados inimputáveis devido à doença mental. Os inimputáveis são absolvidos de suas penas diante da ausência de responsabilidade pelo ato criminoso, justificada pelo transtorno mental. A realidade dos HCTPs no país ainda é muito desconhecida, permeada de violações de direitos e incompatibilidades em relação aos princípios da reforma psiquiátrica e aos direitos humanos. Este trabalho teve como objetivo levantar as principais perspectivas dos estudos brasileiros sobre manicômios judiciários a fim de sintetizar os achados de pesquisa. Foi realizada uma análise documental dos textos encontrados pela revisão bibliográfica, de acordo com as categorias de autoria, metodologia, forma, conteúdo, conclusões e marco teórico. Os resultados demonstram um número pequeno de estudos sobre o tema no país, mas que apontam para um perfil sócio-demográfico, penal e psiquiátrico comum aos sujeitos custodiados em manicômios judiciários; inadequações, carências estruturais e violações de direitos nos HCTPs; paradoxos e inconsistências na prática dos profissionais dessas instituições; predomínio de perspectivas que afirmam a necessidade de superação e supressão dos manicômios judiciários dentro do atual marco da reforma psiquiátrica; e ausência de estudos que relacionem gênero e drogas para além da associação estigmatizante entre diagnóstico e violência.

Palavras-chave: Manicômios judiciários, HCTPs, revisão de literatura, estudos brasileiros.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1. Capítulo I - O objeto de pesquisa: estudos Brasileiros sobre HCTP.....	11
1.1 Metodologia.....	12
2. Capítulo II – Loucura, Manicômio e Reforma.....	15
2.1 Loucura e exclusão.....	15
2.2 Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização.....	18
2.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	21
3. Capítulo III – Loucura e crime.....	24
3.1 O Manicômio Judiciário.....	26
3.2 O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.....	27
4. Capítulo IV – HCTP e medida de segurança: desafios à Reforma Psiquiátrica.....	29
4.1 Política de Saúde Mental e medidas de segurança.....	30
5. Capítulo V - Análise dos dados.....	32
5.1 Revisão dos estudos brasileiros.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXO.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CF – Constituição Federal

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPF – Instituto Psiquiátrico Forense

LEP – Lei de Execução Penal

MJ – Ministério da Justiça

MS – Ministério da Saúde

MPE-BA – Ministério Público do Estado da Bahia

MPF – Ministério Público Federal

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

PFDC – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNDH – Programa Nacional de Direitos Humanos

PNDH 3 – Programa Nacional de Direitos Humanos III

PSF – Programa Saúde da Família

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TAC – Termo de Ajustamento de Conduta

INTRODUÇÃO

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), conhecidos como manicômios judiciários, são instituições de natureza híbrida, entre a prisão e o hospital psiquiátrico, e surgiram como instituições feitas para abrigar os loucos criminosos. Pelo atual ordenamento jurídico penal, recebe pessoas consideradas como inimputáveis devido a doença mental para cumprir uma medida de segurança. Entre a prisão e o hospital, os manicômios judiciários permanecem um impasse entre as políticas de saúde e segurança pública, sem acompanhar as transformações na atenção às pessoas com transtorno mental preconizada pela reforma psiquiátrica brasileira.

A realidade dos hospitais de custódia do país é pouco conhecida. Os dados sobre quantas instituições, ou de quantas pessoas estão custodiadas nesses estabelecimentos, são hoje meras especulações. O que sabemos sobre os HCTPs no Brasil? Foi tentando responder a esta pergunta, juntamente com a minha experiência de pesquisa com a coleta de dados para o projeto de pesquisa “Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: um estudo censitário”, realizado pelo Ministério da Justiça e executado pela Anis – Instituto de Bioética Direitos Humanos e Gênero, que está realizando o primeiro censo nacional dos HCTPs no país, que esta monografia foi concebida.

O objetivo foi levantar os estudos sobre manicômios judiciários no Brasil, identificando suas perspectivas. Entende-se que existem diferentes posicionamentos sobre como essas instituições devem ser entendidas diante dos princípios e normas da reforma psiquiátrica, e que o conflito entre aqueles que defendem sua permanência e adequação e aqueles que defendem sua supressão está presente na bibliografia brasileira sobre o tema.

O primeiro capítulo apresenta o problema de pesquisa e o percurso metodológico do trabalho. No segundo capítulo foi realizada uma breve explicação da trajetória que culminou com os princípios de reforma psiquiátrica no Brasil, desde a concepção da loucura como doença e estigma de exclusão, passando pela crítica aos manicômios e terminando com a implementação dos princípios de desinstitucionalização e reforma psiquiátrica no contexto brasileiro.

O terceiro capítulo traz os principais eventos responsáveis pela construção histórica da relação entre loucura e crime, muitas vezes defendida como natural e um dos principais pontos de estigma e justificação da exclusão do louco infrator. É também esse o debate

responsável pelo processo de fabricação de uma instituição específica para abrigar os loucos criminosos: o manicômio judiciário.

O quarto capítulo levanta as principais normatizações e tensões a respeito dos HCTPs: as medidas de segurança e a política de saúde mental no país. A medida de segurança é o instituto jurídico de internação compulsória das pessoas com doença mental em conflito com a lei, considerados inimputáveis e perigosos. A política de saúde mental e a Lei 10.216/2010 compõem o atual marco de atenção as pessoas portadoras de transtornos mentais no Brasil. O capítulo tenta demonstrar a clara relação de tensão de uma instituição construída para determinado fim e que agora deve dar conta de dois patamares conflitantes e não solúveis entre si.

No quinto capítulo apresenta-se a análise dos dados, que teve como objetivo permitir algumas reflexões sobre os dados encontrados, ao mesmo tempo em que familiariza e aproxima o leitor da realidade dos HCTPs no país através de um panorama dos principais representantes desse debate.

Entender as perspectivas dos estudos brasileiros sobre HCTPs é apropriar-se das diferentes propostas políticas sobre o destino a ser dado ao sujeito com transtorno mental em conflito com a lei e, principalmente, das alternativas traçadas a respeito da instituição que é a última resistência do modelo manicomial no atual paradigma de saúde mental do país.

1. Capítulo I - O objeto de pesquisa: estudos Brasileiros sobre HCTP

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), conhecidos como Manicômios Judiciários, são instituições de natureza híbrida, entre a prisão e o hospital psiquiátrico, criados para abrigar a figura do louco criminoso. Por ser uma instituição de internações compulsórias ligada ao aparato jurídico-penal, o manicômio judiciário permanece um impasse entre a política de saúde e a política de segurança pública, e não acompanhou as transformações na atenção a pessoas com transtorno mental preconizada pela Reforma Psiquiátrica.

A Política de Saúde Mental e a assistência às pessoas com transtorno mental se mostram centrais para a problemática da loucura e da criminalidade, tanto para a internação quanto para a desinternação. Infelizmente, o atraso na efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira torna-se um fator determinante durante todo o ciclo de processos que se sobrepõem à realidade da execução das medidas de segurança no país, desde o delito até a extinção da medida. No que tange a problemática da interface entre crime e loucura, a Lei da Reforma Psiquiátrica ainda é uma realidade distante na maioria dos HCTPs, apesar de alguns avanços normativos e de alguns projetos pioneiros em esparsas regiões do país (Barros-Brisset, 2010; Missaggia, 2010; Silva, 2010).

Os manicômios judiciários são instituições que ficaram às margens do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, com uma população negligenciada tanto pelas políticas penitenciárias como pelas políticas de saúde, tornando-se locais permissivos às ilegalidades e violações de direitos, que desafiam qualquer tentativa de atualização à luz dos princípios de desinstitucionalização e direitos humanos.

Os estudos dos HCTPs e suas populações são essenciais para dar visibilidade a uma instituição que, assim como seus personagens, é alvo de concepções equivocadas, estigmas e negligência. A pesquisa dessas instituições deveria ter como objetivo nortear a formulação de políticas e planos de ação por parte de governantes e gestores embasados na realidade, condizentes com um paradigma de direitos humanos e amparados na Lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica.

O conhecimento científico não é neutro, e as perspectivas existentes nos estudos sobre HCTPs representam mais do que escolhas teórico-metodológicas. São representativos dos projetos políticos e ideológicos em disputa num campo de encontro entre a perspectiva sanitária de reforma psiquiátrica e o modelo hospitalar do manicômio judiciário, entre a jurisprudência vanguardista de reinterpretação de marcos legais ultrapassados e

inconstitucionais com uma doutrina positivista de permanência dos mesmos, e entre poderes e saberes divergentes e conflitantes.

Assim, este trabalho teve como objetivo de pesquisa realizar um levantamento dos estudos sobre Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil, identificando quais as perspectivas dos estudos brasileiros sobre HCTPs.

Pergunta de Pesquisa: Como os HCTPs aparecem na bibliografia de pesquisa brasileira?

Problema de pesquisa: Identificar quais as perspectivas dos estudos brasileiros sobre HCTPs.

Hipótese: A perspectiva majoritária aos estudos brasileiros sobre HCTPs é a médica forense, com estudos de caso psiquiátricos.

1.1 Metodologia

Este é um trabalho exploratório cuja metodologia é a pesquisa qualitativa. A técnica de pesquisa adotada é a análise documental. Para Gil (2009), a pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, onde o primeiro passo é a exploração das fontes documentais. Tendo em vista que esse é um trabalho de levantamento bibliográfico, as fontes documentais a serem analisadas são os próprios estudos levantados na revisão de literatura.

A pesquisa foi realizada em três etapas: coleta de dados, análise dos dados e apresentação dos resultados. Na primeira etapa foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados confiáveis, como Scielo, Capes e bibliotecas de teses e dissertações, com o objetivo de levantar os estudos sobre HCTPs no Brasil.

A busca também foi realizada em uma biblioteca de arquivo do EndNote sobre medidas de segurança, levantada em 2010 como parte do projeto de pesquisa “Loucura e direito penal – uma análise crítica das Medidas de Segurança”, realizado pela Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, com o objetivo de realizar um diagnóstico comparativo da constitucionalidade das medidas de segurança nos estados da Bahia e Minas Gerais, de forma a apresentar evidências que permitam impulsionar uma revisão da legislação penal à luz das garantias constitucionais, da qual a autora participou. Depois, os resultados encontrados foram cruzados com uma busca independente da autora nas bases Scielo, Capes e Biblioteca Virtual em Saúde.

Os estudos foram selecionados por quatro parâmetros. O primeiro foi as palavras-chave utilizadas na busca em bases de dados: HCTP, Hospital de Custódia, e Manicômio Judiciário. Quando a busca não revelou resultados, somaram-se a estas as expressões “loucura e crime” e “louco infrator”, mas não entraram para a amostra as buscas com estas referências que ultrapassaram a casa dos 10 mil resultados. Nestes casos, as duas expressões foram utilizadas em conjunto com as três palavras-chave iniciais, para refinar os resultados. A exclusão da palavra-chave medida de segurança se justifica pelo segundo parâmetro, o objeto de estudo, ou seja, o HCTP. Entraram apenas estudos que envolviam o HCTP como instituição ou sua população de internos.

Apesar de que se espera que a população do HCTP esteja em medida de segurança, sua população muitas vezes não se resume a esta, e nem todas as pessoas cumprindo medida de segurança estão em HCTPs. Assim, estudos sobre medida de segurança que não envolvem o HCTP ou sua população não fazem parte do objetivo deste trabalho e não foram incluídos, assim como estudos sobre a execução de medida de segurança em liberdade ou em penitenciárias, como o caso dos programas PAI-LI, em Goiânia, e PAI-PJ, em Belo Horizonte, por mais importantes e interessantes que se apresentem tais iniciativas para a temática da atenção as pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei.

O terceiro parâmetro de seleção foi a data dos estudos. Apenas entraram na amostra estudos publicados a partir de 1988, ou seja, já no atual marco constitucional do país. Por último, apenas foram analisados textos disponíveis na íntegra pela internet. Algumas obras entraram para a análise mesmo sem cumprir com os dois últimos parâmetros. Foram raras exceções, devido a seu status de referência nacional, como a obra de Carrara sobre o surgimento do manicômio judiciário no Brasil.

Na segunda etapa foi realizada a análise de dados, através das técnicas de análise de conteúdo e codificação. A codificação é o processo de organização do texto em segmentos para desenvolver um significado geral de cada um deles (Creswell, 2010). A análise de conteúdo é a codificação que adota como ponto de partida um conjunto de categorias (Flick, 2009).

Durante a codificação inicial, procurou-se realizar uma leitura atenta de segmentos e aberta a todas as direções teóricas possíveis indicadas pelas leituras dos textos, seguida de uma codificação focalizada e seletiva para detectar as categorias que mais se destacam em grandes quantidades de dados (Charmaz, 2009).

Os estudos foram analisados e depois classificados de acordo com categorias estabelecidas durante a análise: autoria, estrutura, metodologia, conteúdo, conclusões e marco teórico. As categorias tiveram como objetivo destacar os elementos necessários para levantar as perspectivas dos estudos, respondendo aos questionamentos: quem fala, da onde fala, o que fala, o que estuda, como estuda, o que descobre e o que defende.

Esses pontos não esgotam em si mesmos todos os questionamentos, induções e deduções do processo de análise, já que os textos em pesquisa devem ser objetos de uma análise minuciosa, sem uma intenção prévia de confirmação de indícios, em entendidos como produtos determinados por processos ambíguos, invisíveis ou até mesmo irreconhecíveis (Charmaz, 2009).

Dada a natureza desse trabalho e sua finalidade como monografia de graduação, entende-se que sua forma e tempo de execução são limitadores de um aprofundamento maior ou da perseguição de todos os questionamentos emergentes durante o processo de análise, o que de maneira alguma retira dos resultados obtidos sua importância ou relevância.

Na terceira e última etapa os resultados encontrados, analisados a luz do referencial teórico, foram redigidos para compor essa monografia de graduação. O projeto não foi submetido a revisão de ética por um Comitê de Ética em Pesquisa e nem exigiu nenhum tipo de termo de consentimento livre e esclarecido, já que se trata de uma análise documental de fontes publicamente disponíveis.

2. Capítulo II – Loucura, Manicômio e Reforma

Durante os séculos, várias foram as soluções e alternativas encontradas pelas sociedades para com os loucos, a maioria delas incluindo maus tratos e exclusão social. A loucura tem suas raízes nas fontes da cultura, no sentido de que a forma adquirida pelo desvio ou pelas funções de comportamento varia, assim como o tipo de explicações fornecidas à história do homem no país (Haye, 2007).

A exclusão do louco em asilos e manicômios ocorre com o desenvolvimento da ideia de que a loucura é uma doença passível de cura, a partir do século XVIII. Sobretudo no século XIX, a psiquiatria triunfa como o saber capaz de diagnosticar e tratar o doente mental, e torna-se a autoridade a respeito dos alienados, que são relegados aos seus cuidados em hospitais e instituições psiquiátricas. É a proliferação dos manicômios, que protege a sociedade de seus desviantes (Haye, 2007; Foucault, 2002; Castel, 1978).

2.1 Loucura e exclusão

Definir loucura é uma tarefa complicada. O que ou quem é louco se modifica de acordo com a cultura e com o tempo histórico, e as afirmações sobre a loucura foram e são variáveis e diversas ao longo do tempo. A loucura, apesar de todas as diferentes afirmações, reflexões e análises históricas, continua sendo algo que escapa, uma construção social, um país estrangeiro (Porter, 1990).

Percebe-se na contemporaneidade uma vinculação estabelecida entre loucura e patologia, onde o conceito de doença mental pretende dar conta do fenômeno loucura. A história da loucura nos séculos XVIII e XIX é basicamente a história de sua apropriação como alienação e, mais tarde, como doença mental. Sua análise remete a como a modernidade se constitui como forma de pensamento e forja uma forma de lidar com o fenômeno humano e social da loucura (Torre, Amarante, 2001).

Os conceitos e saberes sobre as doenças mentais são, mais uma vez, múltiplos e variáveis ao longo do tempo, mas esquematicamente pode-se dividir duas perspectivas sobre sua natureza: a visão organicista clássica que a concebe como endógena, efeito de um processo orgânico (e que ganha novo fôlego com a neurologia e os progressos da pesquisa biológica); e a visão psicofuncional onde as doenças mentais se definem conforme o grau das perturbações do funcionamento da personalidade, como as psicoses e neuroses. (Frayze-Pereira, 2002)

O equívoco dessas duas concepções é o mesmo: tratar a doença mental como um fato em si, e não como aquilo que é essencialmente relacional (Frayze-Pereira, 2002). O louco é louco, irracional ou doente sempre em relação a uma norma, e a loucura como patologia e domínio médico foi construída historicamente em relação a essa normalidade definida.

É no decorrer do século XVII e XVIII que a loucura, a partir do momento em que é separada da razão, vai se fixar no hospital, ou seja, no interior dos asilos. Mas, em um primeiro momento, não é a loucura que é o foco das internações (e nem o hospital psiquiátrico o seu espaço) e sim toda outra série de categorias, que depois se aproximam desta e, logo, são apropriadas por ela.

Como mostra Foucault (2002), as medidas de internamento não eram exclusivas para os considerados loucos. Na segunda metade do século XVII, toda uma população se vê rejeitada para além de uma linha divisória e reclusa nos asilos que se tornarão depois os campos fechados da loucura: doentes venéreos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas, libertinos, devassos.

Esse campo social que se abre e se delimita não é o da miséria, embora nasça da grande inquietação provocada pela pobreza, nem tampouco o da doença, mas será um dia a ela confiscado. É, antes, algo singular da Era Clássica, um conjunto de operações que elaboram todo o domínio da experiência onde a loucura irá reconhecer-se, antes de apossar-se dele um século e meio depois. (Foucault, 2002)

A problemática moderna da loucura na atualidade tem suas bases em quatro elementos que começam a ser ordenados no século XVIII: a queda do Antigo Regime e o advento do legalismo na nova sociedade capitalista em formação; a medicina, a justiça e a administração local como novas instâncias de controle dos comportamentos; a diferenciação da loucura a partir das características do aparelho social que vai tratá-lo com a atribuição do status de doente ao louco; e a constituição de uma nova estrutura institucional pelo estabelecimento do asilo como espaço terapêutico específico da loucura, justo quando as medidas de internação indiscriminada dos miseráveis encontram-se desacreditadas (Castel, 1978).

A medicalização da loucura e sua institucionalização no hospital são contemporâneas ao ato de Pinel de desacorrentar os loucos. Surge a psiquiatria, ou melhor, a protopsiquiatria dos alienistas. De Pinel a Esquirol, a internação vai ser o elemento essencial para a cura da loucura. O louco deve ser isolado e tratado sob a direção e o olhar vigilante dos psiquiatras, longe de qualquer interação com a família (Jacobina, 2008, Foucault, 2006). É o surgimento do manicômio e de seu domínio de saber: a psiquiatria.

Dentre as principais transformações realizadas pela revolução burguesa no século XVIII encontra-se uma nova tecnologia de poder, que normatiza os indivíduos através de processos disciplinantes na família, na escola, no trabalho e em todas as instituições da sociedade capitalista, onde o aprisionamento e utilização dos corpos expandem-se muito além da exploração do trabalho nos mecanismos de produção (Foucault, 2010).

O asilo como sistema disciplinar também é formador de um discurso de verdade: o saber psiquiátrico. A psiquiatria a partir do século XVIII vai se transformar de domínio da loucura e de suas relações com a família até uma técnica positiva de intervenção em tudo aquilo que é tido como anormal (Foucault, 2010, 2006).

No século XX, as péssimas condições de vida encontradas nos manicômios passam a ser alvo de denúncias e críticas, e correntes divergentes da psiquiatria tradicional, como a antipsiquiatria, começam a se contrapor ao modelo vigente. É importante frisar que tanto o surgimento do manicômio como os primeiros sinais de seu esgotamento ocorrem com contradições e especificidades em cada país, apesar de um desenho geral comum a todos os processos.

A partir de 1970, outras correntes terapêuticas passam a ser implementadas por profissionais dentro do próprio espaço dos manicômios, os congressos sobre o tema ocorrem de forma sucessiva e as pessoas sensibilizadas pelo tema e instigadas a propor algo a sua evolução excedem a área médica, encontrando outras categorias como professores, educadores, animadores e enfermeiros (Haye, 2007).

A função social do manicômio foi alvo de estudos e críticas por vários autores, dentre os quais podemos citar Foucault, Goffman, Basaglia, Castel e diversos outros que colocaram as bases intelectuais para o questionamento dessas instituições. Mas é toda uma conjuntura histórica e social durante o século XX, com o alinhamento de vários fatores e especificidades em cada região, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos e a adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições de psiquiatria, que propulsiona os movimentos de reforma psiquiátrica que preconizarão o fim do manicômio e a superação de seu paradigma de exclusão e segregação da loucura (Desviat, 1999).

As críticas à eficácia do asilo não demoraram a ser produzidas, mas apenas após a Segunda Guerra Mundial, em um contexto de crescimento e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis, de uma maior tolerância e sensibilidade em relação às diferenças e minorias, que a comunidade profissional e cultural, por diferentes vias, chega-

se a conclusão de que o hospital psiquiátrico deve ser transformado ou abolido (Desviat, 1999).

2.2 Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização

No século XX surgem os movimentos e experiências de reforma psiquiátrica, primeiramente na Europa, com destaque para a experiência Italiana, e nos Estados Unidos, na chamada desinstitucionalização americana. Talvez pela maior disponibilidade da literatura acadêmica americana (Lougou, 2006), o termo 'desinstitucionalização' começa a ser empregado amplamente no campo da saúde mental, não de forma homogênea, e não sem ser alvo de duras críticas por parte da psiquiatria convencional ou outras correntes conservadoras, mas geralmente indicando a superação das formas de exclusão e segregação do louco e, principalmente, indicando um paradigma que objetiva sua autonomia e reinserção social.

O termo desinstitucionalização se tornou uma categoria importante dentro do tema da saúde mental, e é utilizado em ligação direta com o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, como um de seus princípios ou objetivos. De forma geral, dentro ou fora da área de saúde mental, pode-se intuir que seu significado está diretamente relacionado a uma retirada de sujeitos determinados de sua condição de institucionalização. Porém, sua difusão na saúde mental e seu uso indiscriminado para significar conceitos e situações diferentes no mundo todo traz a necessidade de explicitar a que exatamente estamos nos referindo quando o utilizamos.

O conceito de desinstitucionalização tem múltiplas definições e usos, para diferentes autores em diversos países, reflexo dos diferentes modelos de organização psiquiátrica que ocorreram pelo mundo. Esses modelos são marcados pelos diferentes contextos sociais, políticos, econômicos, geográficos e históricos, mas, considerando essas singularidades e suas conseqüências, algumas questões estruturais perpassam fronteiras, o que resulta no intenso intercâmbio internacional entre pesquisadores do campo (Lougou, 2006).

De acordo com Rotelli, Leonardis e Mauri (1990), no contexto cultural e político das reformas psiquiátricas desinstitucionalização era uma palavra de ordem, utilizada para muitos e diferentes objetivos por sujeitos diferentes: para os reformadores ela sintetizava o intento de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, liberando-a de suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação; para os grupos de técnicos e políticos radicais simbolizava a perspectiva de abolição de todas as instituições de controle social, emparelhada com a perspectiva da antipsiquiatria; e para os administradores ela era um programa de

racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares e uma das primeiras operações conseqüentes da crise fiscal.

Lougon (2006) destaca a importância de diferenciar o termo 'desinstitucionalização', desenvolvido desde os anos 70 como um método de criar autonomia e integração social para pessoas com problemas mentais, do conceito de 'não-institucionalização', de origem mais recente em sociedades onde o processo de desinstitucionalização já estava implantado e onde surgiram problemas relacionados a heranças do paradigma institucional, relacionado a uma nova forma de prestação de cuidados na assistência a saúde mental que evite criteriosamente dispositivos institucionais que reduzam a autonomia dos sujeitos assistidos.

Desinstitucionalização não deve ser reduzida a desospitalização, mas foi sobretudo com este último significado que ela foi realizada, sobrevivendo à crise das políticas de saúde mental que dela fizeram sua bandeira e revelando-se coerente com as orientações neoliberais e conservadoras de reforma do Estado (Rotelli, Leonardis e Mauri, 1990). Por esta razão é preciso muito cuidado e crítica a respeito de conceitos como o utilizado por Lougon, onde desinstitucionalização é entendida como uma redução do número de pacientes em regime de internação hospitalar e do aumento da assistência fornecida por serviços comunitários, além da descentralização e fragmentação do centro de decisão ou autoridade. Isso são os meios efetivos de diminuição de leitos e reconfiguração dos serviços dentro de uma perspectiva de reforma.

Para além de meras formas, legislações e processos administrativos da política de saúde mental, desinstitucionalização é uma categoria que, como princípio, excede as formalidades e impulsiona o próprio processo de Reforma Psiquiátrica, questionando não só a instituição do manicômio, mas os saberes e concepções sobre loucura.

Nas palavras de Rotelli (1990, p.89), “a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio mas a loucura”. De acordo com o autor, a instituição a ser negada não era apenas o manicômio, e sim o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e relações de poder estruturadas em torno de um objeto definido como doença. Assim, o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização é a ruptura da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura, devolvendo a esta sua complexidade.

Neste texto, reforma psiquiátrica é compreendida como o processo histórico e contemporâneo específico de determinada sociedade ou país para reorganizar o sistema de atenção psiquiátrica baseado no manicômio e na psiquiatria conservadora ou institucional,

enquanto que desinstitucionalização será entendida como o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a um novo objeto, a “existência-sofrimento do paciente em sua relação com o corpo social” (Rotelli, 1990).

De acordo com Desviat (1999), as características sociopolíticas de cada país, as características do sistema sanitário e o papel outorgado ao manicômio vão diferenciar os movimentos de reforma psiquiátrica. Segundo o autor, o tipo de sistema sanitário, sua forma de organização e grau de cobertura condicionam o modelo de atendimento a saúde adotado e, em consequência, dos serviços de saúde mental.

As alternativas para o manicômio também diferenciam as reformas: ou se pretende sua transformação em uma instituição terapêutica, a exemplo da psicoterapia institucional ou da comunidade terapêutica, ou preconiza seu fechamento como condição pra reforma, a exemplo da psiquiatria territorial italiana ou da desinstitucionalização nos Estados Unidos. Apesar das diferenças, existe uma cultura universal da reforma, ou seja, idéias que estão presentes em todas as experiências de reforma psiquiátrica, e que cada experiência reforça, desenvolve ou abandona em seu processo de definição ao longo dos anos: a divisão em zonas, a continuidade do atendimento e a integração dos níveis de atendimento. (Desviat, 1999).

Tanto nos movimentos de reforma pioneiros desenvolvidos na Europa, Estados Unidos e Canadá, quanto nos que viriam depois, como nos casos do Brasil e da Espanha, onde já são conhecidos os problemas de várias décadas de experiências anteriores, observam-se condições similares de desenvolvimento: clima social que permite ou exige a conscientização e a denúncia da situação manicomial, abertura de um processo de consenso técnico, político e social que possibilita a elaboração de objetivos alternativos, um momento de legitimação administrativa, um grupo de técnicos qualificados e decididos a levar adiante o processo de reforma e um líder mais ou menos carismático que encabece esse esforço (Desviat, 1999).

Os termos reforma e psiquiatria ganham uma inflexão diferente no que atualmente se denomina como reforma psiquiátrica: a crítica ao modelo asilar para além de sua humanização, questionando as próprias bases da psiquiatria (Tenório, 2002). A reforma psiquiátrica deve entender desinstitucionalização como desconstrução, e não como a extinção de leitos como redução de custos, numa perspectiva neoliberal de enxugamento do Estado (Amarante, 1995).

2.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Para Tenório (2002), o processo de reforma psiquiátrica brasileiro tem como ponto fundamental e distintivo a reivindicação da cidadania do louco. Neste trabalho, o conceito de reforma psiquiátrica brasileira é o apontado por Amarante (1995), onde reforma psiquiátrica significa o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma psiquiátrico.

A reforma psiquiátrica brasileira é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, comum ao movimento sanitarista, mas principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas. Tudo isso dentro de toda a movimentação política e social que característica da conjuntura de redemocratização (Amarante, 1995).

Mesmo assim, é importante destacar a conjuntura anterior a democratização e ao movimento da reforma. Desde 1967, quando a oferta de serviços de saúde ainda estava diretamente condicionada a Previdência Social, já haviam iniciativas do governo no sentido de um tratamento extra-hospitalar, mas tais determinações nunca foram implementadas. A criação do INPS em 1966, a vitória da corrente favorável à compra de serviços de terceiros pelo instituto, a ampliação dos hospitais psiquiátricos particulares para firmar convênios com a Previdência Social, o discurso da competência exposto pelos empresários privados, entre outros, colaboraram para a intensa privatização observada na saúde mental, em consonância com a tendência mais geral também observada na saúde do pós 1964, num período onde se vê a consolidação da chamada “indústria da loucura” (Paulin e Turato, 2004).

As referências do modelo das comunidades terapêuticas, na virada das décadas de 60 e 70, e o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva, que institui a idéia de saúde mental e intervenção na comunidade, apesar de deixarem referências para os princípios da reforma, foram criticados como riscos de psiquiatrização social. Hoje a expressão saúde mental afasta-se de sua associação original a uma adaptação social, e representa o afastamento da figura médica e um campo de práticas que não se restringem aos saberes médicos e psicológicos tradicionais. E no lugar de psiquiatria comunitária e preventiva, fala-se em território e atenção psicossocial (Tenório, 2002).

Já durante a década de 70, surge o movimento da Reforma Sanitária, que questionava a privatização da assistência observada na saúde e, na saúde mental, criticava os asilos e

hospitais no sentido de uma humanização e de melhores condições dos serviços. O movimento da Reforma Psiquiátrica ocorre como um processo historicamente diferenciado, mas análogo e contextualizado com o movimento da Reforma Sanitária.

É importante destacar a forte relação entre o modelo asilar e a privatização da saúde mental observada no período e na década subsequente, onde a prevalência de serviços hospitalares era majoritária dentre os convênios em saúde mental, em sua maioria firmados com hospitais e clínicas privadas.

Durante os anos 80, além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar-segregador, ocorreram três processos significativos para a atual configuração do movimento de reforma: ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental (Tenório, 2002).

Em 1987 acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Havia uma constatação de que a perspectiva sanitaria de incorporar as propostas reformistas nas políticas oficiais estava sendo anulada por uma resistência da iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico (Tenório, 2002).

Para Tenório (2002), é a I Conferência que representa o fim de uma trajetória sanitaria, de transformação apenas do sistema de saúde, e o início de uma trajetória mais ousada, de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas estabelecidas de lidar com a loucura, ou em outras palavras, de desinstitucionalização.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental termina com uma proposta ousada de projeto de lei que pautava, entre outras coisas, a extinção dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. As denúncias de maus tratos e das péssimas condições dos hospitais psiquiátricos ganham espaço nos meios de comunicação e no debate civil, profissional e político, tornando-se uma questão política (Desviat, 1999).

É importante salientar que o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi, historicamente, um agente crucial no processo de reforma e um espaço de debate e mobilização, devido à presença não só de variadas categorias profissionais, intelectuais e gestores, mas também de familiares e usuários dos serviços representados no movimento social e na luta antimanicomial, principalmente a partir da década de 90.

Dito isso, a década de 90, já nos marcos da Constituição de 88 que colocou a saúde como direito de todos e dever do Estado, é marcada pela reestruturação do arcabouço

normativo que regulamenta a assistência psiquiátrica no país, e pelo embate no Legislativo para assegurar a aprovação da Lei 10.216 em 2001, chamada de Lei da Reforma Psiquiátrica.

O Brasil, assim como a Espanha, encontra-se no grupo dos países que implementaram suas reformas psiquiátricas após as experiências implementadas nos países pioneiros, e o modelo brasileiro tem uma grande influência da experiência Italiana. O texto final da Lei 10.216/01, apesar de ser considerado um grande avanço pelo movimento de reforma, para outros, como Luzio e Yasui (2010), é muito distante do “saudável radicalismo” do projeto original de 1989, de autoria do deputado Paulo Delgado.

A distância entre a primeira iniciativa de proposta legislativa e o ano de promulgação da Lei, assim como as diferenças entre o texto original e o aprovado, demonstram o embate entre o movimento antimanicomial e os grupos opositores à mudanças ou transformações mais drásticas no modelo de atenção à saúde mental centrado no hospital psiquiátrico.

Mas é também na década de 90 que ocorrem os processos que vão tencionar e dificultar a implementação e o avanço da reforma psiquiátrica no país: reforma do Estado apoiada no argumento da crise fiscal, avanço e consolidação dos pressupostos neoliberais de enxugamento da máquina estatal e desfinanciamento das políticas sociais, subordinação da reforma psiquiátrica à implementação do SUS, entre outros.

Apesar das contradições existentes, as últimas décadas presenciaram um crescimento significativo do debate sobre a saúde mental no país, a institucionalização da reforma psiquiátrica através de legislações e portarias, principalmente a partir da Lei 10.216 de 2001, uma presença ainda ativa do movimento de reforma psiquiátrica pela luta antimanicomial e, principalmente, pelo avanço e consolidação da reforma no país, com a modificação do padrão de financiamento e assistência, priorizando os serviços extra-hospitalares.

Mesmo com a necessidade de ampliação e efetivação da reforma, ocorreram avanços significativos, contra a corrente de uma conjuntura histórica, política e econômica desfavorável para a ampliação e consolidação de direitos sociais, quiçá do louco como sujeito de direitos, capaz de reivindicar e exercer sua cidadania.

3. Capítulo III – Loucura e crime

A naturalização da loucura como perigosa é uma construção histórica que só foi possível a partir de uma mudança essencial ao longo do século XIX na maneira de punir os indivíduos: o surgimento da figura do delinqüente, onde se deixa de punir o crime e o corpo do infrator e passa-se a punir o criminoso e sua alma (Foucault, 2010, 2009). É a humanização da legislação penal dos suplícios e da punição pelo soberano para uma punição aparentemente imparcial das leis e do Estado na nova sociedade capitalista.

A prisão, criticada desde sua criação e durante séculos reconhecida como falha em seus propósitos aparentes, permanece como uma instituição central para punição dos indivíduos porque é funcional aos dispositivos disciplinadores da sociedade. É nela que vão surgir e se apoiar toda a série de saberes científicos responsáveis pelo estudo e docilização dos criminosos (Foucault, 2009).

É quando um tipo específico de crime vai se tornar um problema insolúvel para a justiça, abrindo espaço para o saber psiquiátrico e seu atual reconhecimento como especialidade capaz de responder pelos loucos e desviantes, aproximando crime e loucura. São os crimes sem razão. Estes, e o conceito de periculosidade, fazem respectivamente a construção e a ponte necessárias para a psiquiatria assumir seu papel de verdade no aparato médico-jurídico de punição (Foucault, 1993).

Na história da psiquiatria duas teorias principais foram utilizadas para explicar o louco infrator e fazer o percurso do crime a loucura e da loucura ao crime. Essas teorias influenciaram o surgimento tanto do conceito de periculosidade das medidas de segurança, como o nascimento da instituição a que os loucos criminosos serão destinados, o manicômio judiciário. São os conceitos de monomania e degeneração.

A monomania homicida é proposta pelos alienistas no início do século XIX, pela protopsiquiatria, para explicar os crimes sem razão, onde o único sintoma da loucura é o próprio crime. A degeneração é proposta por Morel, já segunda metade do século XIX, e é definida como desvios doentios do tipo normal da humanidade, hereditariamente transmissíveis e progredindo para a decadência, denunciados até mesmo numa degeneração física (Carrara, 1998; Foucault, 1993).

A monomania homicida, apesar de não muito aceita pelos juizes da época como diagnóstico, deixou sua herança para o desenvolvimento da psiquiatria e suas relações com o

direito. A loucura não precisa mais de um rompimento radical com a razão para ser vislumbrada, sendo desvelada apenas através do olhar médico (Jacobina, 2008).

É interessante destacar que a teoria da degenerescência, de Morel, apresentava uma forte vertente de hereditariedade, antes mesmo das descobertas mais elementares sobre genes e herança genética. A psiquiatria forense passa a adotar um histórico familiar como fator de determinação da loucura, influenciada mais por teorias e conceitos condizentes com idéias como a de criminoso nato, de Ferri, e de traços físicos tipicamente criminosos, de Lambroso, do que por alguma base científica que realmente comprovasse tais suposições.

A loucura criminosa coloca um impasse a ser resolvido: se ela dificilmente pode ser curada, e se juridicamente não pode ser punida, os loucos morais, anômalos morais, degenerados, criminosos natos, personalidades psicopáticas - qualquer que seja a denominação de referência - encontram-se em um limbo que necessita de outra justificativa para sua restrição de liberdade (Jacobina, 2008). Se a psiquiatria se torna o saber dessa zona cinzenta, a periculosidade se torna a justificativa ideal, nos interesses inquestionáveis da defesa social.

Existem várias interpretações ou tipologias sobre o conceito de periculosidade: periculosidade social, periculosidade criminal, periculosidade real, periculosidade presumida. Mas o termo em si sempre indicaria uma noção não de possibilidade, mas de probabilidade de infringir a Lei ou de cometer novos crimes. O prognóstico concreto de que a pessoa voltará a delinquir justifica sua restrição de liberdade. O problema é justamente se este prognóstico é possível, e se os indícios e presunções utilizados para fazer hipóteses sobre o futuro conseguem produzir um grau de certeza jurídica que justifique o conceito de periculosidade relacionado às medidas de segurança, ou a qualquer outra coisa.

A periculosidade surge como resposta dentro de uma perspectiva de defesa social: o louco criminoso não pode ser punido, mas por ser perigoso para a sociedade, deve ter sua liberdade restringida. Esse conceito é um nó crucial na atual polêmica sobre as medidas de segurança: se não é correto afirmar que a loucura, como doença, é naturalmente perigosa, como pode-se afirmar que o louco infrator é perigoso?

Um exemplo curioso é absorção dessa noção pela legislação francesa de internação *ex officio* de 1838. Para que um alienado conseguisse ser internado a administração prefetorial deveria autorizar essa internação, após apresentação de atestados médicos e desde que o alienado comprometesse a ordem e a segurança pública. Como os gastos não eram de interesse da administração pública, os psiquiatras da época começaram a realizar discursos

que colocavam a demência e a loucura como perigosas para a família e para a sociedade, com a intenção de garantir o tratamento. Depois esse discurso toma vida própria e se apresenta como uma tese cientificamente verdadeira (Foucault, 2010).

Através de todos esses processos, a psiquiatria forense tornou-se a resposta para os problemas insolúveis do aparato médico-jurídico, estabelecendo-se em diferentes contextos e países de forma específica, mas sempre como liga entre as instituições médicas e jurídicas e como poder de verdade sobre os desviantes.

Por fim, são as idéias e debates em relação ao crime e ao criminoso e sua relação com a loucura nas áreas jurídica, médica e das ciências sociais, tais como a antropologia criminal de Lombroso, a teoria da degeneração de Morel e o positivismo do direito penal representado por Ferri, entre outros, que impulsionaram o processo de nascimento do Manicômio Judiciário como instituição e da medida de segurança ligada à noção de periculosidade (Carrara, 1998; Firmo, 1977).

3.1 O Manicômio Judiciário

É no fim do século XIX e início do século XX que surge o debate que acaba por culminar no aparecimento das instituições destinadas aos loucos criminosos. O surgimento do manicômio judiciário está relacionado às discussões sobre crime e transgressão, justificadas pelo aumento da criminalidade nas grandes metrópoles devido ao acelerado processo de urbanização e industrialização na passagem do século XIX (Carrara, 1998).

Qual a instituição destinada aos refratários tanto ao papel do criminoso a ser punido e ressocializado na prisão como ao papel do louco a ser tratado no hospital psiquiátrico? Onde se encaixam os loucos criminosos? O manicômio judiciário foi a solução encontrada para essas perguntas.

Sua criação está estritamente ligada à noção de degenerados, que ao mesmo tempo em que eram considerados irresponsáveis penalmente pelos psiquiatras, não eram bem vindos nos hospitais psiquiátricos. O manicômio judiciário não surge como um local para todos os loucos que cometem crimes: ele é desenhado para os anômalos morais, percebidos como intermediários entre loucura e sanidade, responsabilidade moral e irresponsabilidade (Carrara, 1998).

Antes do surgimento do manicômio judiciário, no Brasil os indivíduos que cometiam crimes e eram considerados irresponsáveis eram sentenciados de acordo com o Código Penal

de 1980, mediante decisão do juiz, a retornarem as suas famílias ou à internação em hospícios públicos.

Em 1903 surge a legislação que estabelece a construção de manicômios judiciários pelos estados, resultando numa seção especial para loucos criminosos no mesmo ano no Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro. Mas apenas em 1921 é inaugurado o primeiro manicômio judiciário do país, também no Rio (Carrara, 2010).

De acordo com Carrara (1998), o manicômio judiciário representava mais do que uma solução considerada adequada ao destino de determinados alienados, mas também uma maneira de conter os efeitos de um conflito entre ciência moral, cuja extensão ameaçava instituições liberais como um todo.

A psiquiatria como saber capaz de responder pela loucura soluciona o problema dos crimes sem razão para os juízes, enquanto que a extensão de poder dos juízes aos psiquiatras soluciona o problema de estatuto da verdade para a psiquiatria (Foucault, 2010). O manicômio judiciário é a instituição que encerra entre seus muros os sujeitos cujos destinos são traçados por essa parceria.

3.2 O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Na legislação brasileira atual, os manicômios judiciários são denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). Mas, contrariando sua definição criadora, os HCTPs perderam ao longo do século XX a adequação formal entre sua estrutura e aqueles que pretendia abrigar - um semi-hospício/semi-prisão para semi-loucos ou semi-criminosos – e se apresenta como uma instituição híbrida entre hospital psiquiátrico e prisão, que recebe indivíduos considerados doentes mentais (Carrara, 1998).

Essa transformação é compreendida através da própria funcionalidade do manicômio judiciário. Sua natureza mista não é ambígua se considerada dentro do contexto inicial em que se encontravam as duas instituições mescladas em sua constituição. A prisão e o hospital psiquiátrico são, ambos, instituições disciplinares onde operam técnicas pensadas para modificar e reformar indivíduos desviantes de acordo com um saber científico correspondente – na prisão são os saberes penitenciários e, no hospício, o saber psiquiátrico.

A diferença essencial entre prisão e hospício é que no segundo as técnicas disciplinares de reforma de indivíduos não pode ser assumida como tal, e sim instituída por um discurso que precisa se afirmar como médico para manter seu estatuto de verdade, mas

que o é apenas pela sua relação de domínio sobre um indivíduo que é colocado como doente (Foucault, 2006).

As palavras de Goffman (2008) sobre as dificuldades de aplicação do modelo de serviço médico ao hospital psiquiátrico caem como uma luva para o manicômio judiciário. Ele destaca o difícil papel da equipe psiquiátrica especializada, que apesar de ter em sua licença médica um dos títulos mais seguros de deferência existentes na sociedade e uma das profissões mais sólidas de serviço especializado, no hospital psiquiátrico seu papel é constantemente discutível.

Tudo que ocorre no hospital precisa ser legitimado por um serviço médico, traduzindo as ações diárias da equipe dirigente como expressões de observação, diagnóstico e tratamento. Tal tradução exige uma deformação da realidade, similarmente ao que é feito pelos juízes, instrutores e funcionários de outras instituições de coerção. “É preciso descobrir um crime que se ajuste ao castigo, e o caráter do internado precisa ser reconstituído de forma a ajustar-se ao crime” (p. 311, Goffman, 2008).

Com a reforma psiquiátrica, o paradigma de tratamento modifica-se para uma direção incompatível com o modelo asilar, mas os manicômios judiciários, por serem também casas de custódia, permanecem como espaços privilegiados de resistência de uma psiquiatria ancorada no modelo manicomial.

4. Capítulo IV – HCTP e medida de segurança: desafios à Reforma Psiquiátrica

Na atualidade, os conflitos e ambigüidades presentes nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico permanecem à margem dos processos de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização, inclusive na Itália, país considerado o precursor desses processos (Missaggia, 2010). Apesar das análises e críticas de pensadores como Goffman, Basaglia e Foucault, os manicômios judiciários sobreviveram aos movimentos e discussões das reformas psiquiátricas e da desinstitucionalização, não só por estarem vinculados ao aparato jurídico penal, mas por serem um espaço de segregação de pessoas estigmatizadas tanto pela loucura como pelo crime.

De acordo com a legislação penal brasileira, pessoas com algum tipo de transtorno mental consideradas irresponsáveis por seus atos ou incapazes de se auto determinar diante o caráter ilícito do fato são consideradas inimputáveis ou semi-inimputáveis e, portanto, são isentas de pena, recebendo em seu lugar uma medida de segurança (Queiroz, 2001).

A medida de segurança pode ser ambulatorial ou de internação, pelo prazo mínimo de um a três anos e período indeterminado. Sua extinção está condicionada ao Laudo de Cessação de Periculosidade, realizado por um psiquiatra, e à sentença acatando o laudo por parte de um juiz. A aplicação da medida de segurança está ligada a ideia de irresponsabilidade penal, ao mesmo tempo que sua imposição e execução estão relacionadas ao conceito de periculosidade penal.

De acordo com o Código Penal Brasileiro, em redação dada pela Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984, os internados por medida de segurança devem ser recolhidos a estabelecimento dotado de características hospitalares e serão submetidos a tratamento. A internação deve ocorrer em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado.

Apesar da Constituição de 1988 afirmar que não haverá penas de caráter perpétuo, de banimento e cruéis, no Código Penal e no Código de Processo Penal (Decreto Lei nº3.689 de 3 de outubro de 1941), existem vários artigos que permitem o descumprimento desses preceitos, uma aplicação ampla da medida de segurança a toda uma série de situações e sua prorrogação contínua.

São exemplos o dever da autoridade policial de proceder a inquérito para verificação da periculosidade do agente se tiver conhecimento de fato que não constitui infração penal mas que possa determinar a aplicação da medida de segurança (Art. 549 do CPP); a

possibilidade de, caso novos fatos demonstrarem ser o condenado perigoso, mesmo depois de transitar em julgado sentença absolutória, ser imposta medida de segurança ao indivíduo que a lei presume perigoso (Art. 753 do CPP); ou caso tenha sido imposta medida de segurança detentiva, o livramento não poderá ser concedido sem que se verifique a cessação da periculosidade (Art. 715 do CPP).

Na prática, a medida de segurança é aplicada num caráter punitivo, prolongando-se por tempo indeterminado e condenando os indivíduos considerados perigosos para a sociedade à prisão perpétua, em condições que claramente violam seus direitos e sua dignidade (Reis, 2010).

As contradições entre as legislações dos códigos punitivos e as legislações em saúde que determinam o tratamento das pessoas com transtorno mental, aliada ao desconhecimento ou desconsideração dos novos aparatos normativos por parte dos juízes, alimentam a polêmica a respeito da inconstitucionalidade das medidas de segurança, mas ainda não surtiram efeito nem para a alteração ou reforma dos códigos penais, nem para a efetivação das novas resoluções que os adaptam à Lei 10.216/10.

4.1 Política de Saúde Mental e medidas de segurança.

No Brasil, a atenção às pessoas com transtorno mental foi baseada durante muito tempo no modelo hospitalocêntrico, com o isolamento e internação nos Hospitais Psiquiátricos. A partir da Reforma Psiquiátrica, cujo marco legal é a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, o novo paradigma de atenção às pessoas com transtorno mental passa a ser o da desinstitucionalização, com a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços terapêuticos territorializados, que obedeçam a lógica de reinserção social, com atendimento extra-hospitalar e comunitário.

Com a Lei 10.216/2001, a medida de segurança detentiva (internação) torna-se uma excepcionalidade, e só deve acontecer quando comprovada a não adequação do tratamento ambulatorial e quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, devendo ser priorizados os meios de tratamento menos invasivos possíveis (art. 4º e 2º, parágrafo único, VIII).

A Resolução nº 5 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), de 4 de maio de 2004, coloca diretrizes para o cumprimento de medidas de segurança, adequando-as ao conteúdo da Lei 10.216/01. De acordo com ela, os HCTPs deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de

atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria.

Nos estados sem HCTP os pacientes deverão ser tratados na rede SUS. A resolução também estabelece que a medida de segurança só possa ser restabelecida em caso de novo delito e após sentença judicial – casos de reagudização de sintomatologia deverão ser tratados no serviço de referência local – e que a conversão do tratamento ambulatorial em internação só será feita com base em critérios clínicos, não sendo o bastante para justificá-la a ausência de suporte sócio-familiar ou comportamento visto como inadequado. O documento possui, incluindo as citadas, 18 diretrizes, todas pautadas pela Lei da Reforma Psiquiátrica.

Além desta, a resolução nº4 de julho de 2010 do CNPCP dispõe sobre as diretrizes nacionais de atenção aos pacientes judiciários e execução da medida de segurança. Ela considera tanto a Lei 10.216/01 como os princípios aprovados na III e IV Conferências Nacionais de Saúde Mental e a Resolução nº 113 de 20 de abril de 2010 do Conselho Nacional de Justiça (que contém disposições sobre o procedimento relativo à execução das medidas de segurança e a experiência de programas pioneiros no país de atenção a pacientes judiciários adotando a política antimanicomial). Além de reiterar os princípios da reforma, ela tem em parágrafo único recomendação às autoridades responsáveis para evitar tanto quanto possível as internações em manicômio judiciário.

Assim, a medida de segurança pode ser compreendida como um recurso jurídico pelo qual o Estado submete sujeitos em sofrimento mental a tratamentos compulsórios. Diante da absolvição do inimputável, a medida de segurança deveria cumprir uma finalidade terapêutica, coerente com o paradigma de assistência as pessoas acometidas de transtorno mental, e não funcionar como uma pena indeterminada, violenta e excludente.

O avanço normativo obtido pela Reforma Psiquiátrica no Brasil não foi acompanhado por modificações nas legislações dos Códigos penais e processuais de execução penal, fundamentais para a modificação na execução das medidas de segurança em uma perspectiva coerente com o respeito aos direitos humanos e a dignidade da pessoa em sofrimento mental.

5. Capítulo V - Análise dos dados

No total, foram encontrados 148 resultados de busca e, destes, 48 foram selecionados, de acordo com os parâmetros explicados, para a análise. É preciso ter em mente que, dos 148 resultados encontrados, muitos foram resultados repetidos. Após a retirada das entradas repetidas, houve uma diminuição de 46% no número total de estudos, que passou a totalizar 80 referências. Destas, 60% atingiram os critérios da amostra, ou seja, 48 referências foram analisadas neste trabalho.

Esses dois números revelam uma quantidade relativamente pequena de estudos específicos sobre os Hospitais de Custódia e sua população dentro do debate mais amplo de inimputabilidade e medidas de segurança, reafirmando a ausência e o desencontro de informações sobre a realidade dos Hospitais de Custódia no país, incluindo o número de manicômios judiciários e a dimensão de sua população total (MPF, PFDC, 2011; Fontes, 2009; Garbayo, Argolo, 2008; CFP, OAB, 2004; Brasil, 2002).

Foram encontrados 15 livros publicados com incidência das palavras-chaves em seu interior. Destes, apenas 2 entraram para a amostra: o clássico de Carrara, Crime e Loucura (1998), e o livro Direito Penal da Loucura, de Jacobina (2008). Dos livros que não entraram para a amostra, mas merecem uma citação, encontram-se “O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo”, de Maria Clementina P. Cunha, publicado em 1986 e com edição esgotada pela editora Paz e Terra; e “A Casa do Delírio: Reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha”, de Douglas Tavolaro, editado a partir de 2001, mas indisponível pela internet.

No banco de teses e dissertações foram encontrados 23 resultados, com apenas 5 publicações no período anterior a Lei 10.216/2001, e destas, uma sem data e uma de 1988. Foram encontradas 19 dissertações de mestrado para apenas 4 teses de doutorado, sendo todas as de doutorado indisponíveis pela internet. Apenas 26% das teses e dissertações eram de autores homens, 6 de 23, mostrando uma clara prevalência do gênero feminino na autoria de estudos de pós-graduação sobre HCTPs no país.

As teses e dissertações se concentraram nas áreas de psicologia, história, psiquiatria e ciências sociais, que juntas representam 70% das áreas temáticas dos trabalhos de mestrado e doutorado levantados. Foram 13 na área de psicologia, 3 em psiquiatria, história e ciências sociais, 2 em ciências da saúde, e 1 em ciências criminais, direito, enfermagem, serviço social e ciência política.

Dentre as 48 referências analisadas, a maior parte foram artigos científicos. Foram 25 artigos, sendo 14 os artigos com dados de pesquisas, 12 dissertações de mestrado, 4 resenhas, 2 relatórios, 2 livros, 1 revista, 1 carta à edição de periódico com discussão de artigo publicado e 1 parecer. A maioria dos estudos (85%) encontrados foram publicados no período de 2002 a 2011, ou seja, após a Lei da Reforma Psiquiátrica. São 7 publicados até 2001, e 41 a partir de 2002.

Esse crescimento aumento dos debates ao redor do Hospital de Custódia se explica mais devido aos movimentos, encontros e seminários sobre o tema ao longo da última década, aliados aos novos parâmetros estabelecidos por portarias e resoluções posteriores a Lei 10.216/01, do que pela simples promulgação da Lei em si. Exemplo disso foi o crescimento progressivo do tema nas Conferências Nacionais de Saúde Mental e a realização, em 2002, do Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (SAMPAIO, 2010).

Na categoria autoria, houve uma prevalência de profissionais da saúde: a graduação principal dos autores foi em psiquiatria (28%), psicologia (26%), direito (12%) e enfermagem (8%). Dessa vez, prevaleceu o gênero masculino, com dois casos não definidos e sete instituições. Das instituições, duas foram conselhos de classe e cinco órgão públicos (Ver Tabela 1).

Tabela 1 – Categoria autoria, dados numéricos.

Áreas	Mulheres	Homens	Totais parciais
Ciências Sociais	0	3	3
Direito	4	5	9
Enfermagem	6	1	7
História	1	1	2
Jornalismo	1	0	1
Letras	0	1	1
Psicologia	14	6	20
Psiquiatria	3	19	22
Serviço Social	3	1	4
Instituições	-	-	7
Indefinidos	-	-	2
Total Geral	30	37	78

É interessante perceber o predomínio da psiquiatria como detentora do saber sobre o manicômio, seguida da psicologia, que também tem uma relação estreita, principalmente na psicanálise, com os desdobramentos do poder psiquiátrico (Foucault, 2006). Curiosamente, vários dos estudos de psicólogos sobre HCTPs tentam relacionar a prática terapêutica com a

psicanálise. Claro que tais afirmações são apontamentos rasos, apenas intrigantes no sentido de uma indicação curiosa.

Na amostra a diferença entre autoras e autores, sem adicionar as instituições e os indefinidos, não é tão discrepante como nas dissertações: 46,40% são mulheres e 53,60% são homens. Mas se analisarmos essa diferença no total, ou nas categorias profissionais, as discrepâncias começam a surgir (Tabela 2):

Tabela 2 – Categoria autoria, percentuais.

Áreas	Mulheres (%)	Homens (%)	Percentuais de autores por área
Ciências Sociais	0	100	3,8
Direito	45	55	11,3
Enfermagem	85	15	8,7
História	50	50	2,5
Jornalismo	100	0	1,2
Letras	0	100	1,2
Psicologia	70	30	25,6
Psiquiatria	12	88	28,2
Serviço Social	75	25	5,1
Instituições	-	-	8,9
Indefinidos	-	-	2,5
Total Geral	39	48	100

Com exceção de letras e jornalismo, distorcidos pelo fato de a amostra só conter um autor e uma autora dessas áreas, os outros percentuais revelam predomínio de autoras em áreas consideradas tipicamente femininas, relacionadas a um senso comum ligado a idéia de cuidado e de uma suposta natureza feminina no papel de cuidar: serviço social, enfermagem e psicologia.

São também campos disciplinares diretamente envolvidos com as funções de controle e normatização ocultas sob o paradigma de tratamento dos Hospitais de Custódia. Campos disciplinares essenciais para definir práticas que podem ser tanto opressoras e disciplinantes como emancipatórias e afirmativas de direitos, e portanto devem ter sempre uma reflexão crítica de suas práticas profissionais (Castro, 2009; Farina, Berlinck, 2009; Torres, 2008; Martins, Barros, 2007; Santos et al., 2006).

É importante ressaltar que, dos estudos com pesquisas envolvendo a população dos manicômios judiciários, apenas 3 entre 16 estudos não colocaram nenhuma afirmação sobre revisão e cuidados éticos, demonstrando que, de forma geral, as resoluções sobre ética em

pesquisa do Ministério da Saúde estão sendo respeitadas e cumpridas pelos pesquisadores. Entretanto isso não é o suficiente.

O perfil apontado pelos estudos demonstram que a população dos HCTPs é vulnerável intrínseca e extrinsecamente. Entretanto, sua participação em pesquisa é valiosa, e não deve ser negada apenas por ser vulnerável, já que os mecanismos para assegurar sua proteção existem e podem ser adequados a cada ocasião, sem prejuízo aos participantes (Rogers, Ballantyne, 2008).

A maioria das referências com pesquisa utiliza metodologia qualitativa, com destaque para técnicas de entrevista, análise documental e estudos de caso. As pesquisas quantitativas utilizaram técnicas e softwares estatísticos para análise de dados, às vezes até com qualificação de índices e escalas estrangeiras para o contexto brasileiro. Os dados metodológicos podem ser mais bem observados na Tabela 3.

Tabela 3 – Métodos dos estudos, dados numéricos e percentuais.

Método	Número de estudos	Percentual (%)
Qualitativos	19	39,5
Quantitativos	9	18,7
Mistos	1	2,0
Não informado	2	4,1
Não se aplica	17	35,4
Total	48	100

As técnicas de pesquisa e análise de dados variaram, mas as mais utilizadas foram as entrevistas, a análise documental, métodos estatísticos, estudo de casos e relato de experiência. A análise documental foi priorizada, devido as pastas de informação dos pacientes, que contém sua trajetória desde o crime até a internação, e são mais acessíveis do que os próprios internos. Nas entrevistas, a maioria foi realizada com os técnicos e profissionais, com exceção dos estudos de caso por psiquiatras, onde todos foram majoritariamente com pacientes e análise documental. Com três exceções, os estudos de caso predominaram entre os psiquiatras.

Tabela 4 – Técnicas de pesquisa e análise de dados, dados numéricos.

Técnicas de Pesquisa	Número de estudos
Análise documental	12
Análise institucional	1
Dados estatísticos	9
Entrevista	12

Escalas e índices adaptados	3
Estudo de caso	6
Genealogia Foucaultiana	1
História de vida	1
Observação participante	2
Observação direta	1
Questionário	2
Revisão bibliográfica	3
Relato de experiência	5
Total	58

Da leitura dos estudos, percebe-se que as técnicas de pesquisa e análise de dados variam, a depender não só do objetivo de pesquisa, mas da relação do autor com a instituição (interno ou externo), e de sua categoria profissional. Algumas instituições e autores têm um acesso mais fácil a certas formas de dados, em detrimento de outros.

Há uma dificuldade imposta aos pesquisadores pelo sistema penal, onde o acesso aos sujeito é na maioria das vezes complicado e vigiado, e pelo sistema jurídico, onde o acesso aos processos é praticamente impossível sem a autorização prévia de autoridades, como juízes ou diretores das instituições, que acabam por concentrar a decisão sobre quais estudos são ou não são interessantes, viabilizando ou não os projetos.

5.1 Revisão dos estudos brasileiros

Sobre a população dos HCTPs, foram realizados 3 censos estaduais, nos estados da Bahia, Goiás e Rio de Janeiro. Além deles, mais alguns estudos nas regiões nordeste, sudeste e sul também levantaram características sócio-demográficas, médicas e jurídicas, mas com grupos limitados a determinada instituição. Os censos e os estudos revelam um perfil que deve ser predominante na maioria das unidades: homens, solteiros, trabalhadores rurais ou com baixa qualificação profissional, de baixa escolaridade, com idade entre 30 e 40 anos, em regime de medida de segurança de internação ou sem situação jurídica definida, com tempo médio de internação entre 5 e 9 anos, casos de internações superiores a 30 anos (longa permanência), prazo mínimo das sentenças com média de 1,76 a 3 anos, prazo médio entre internação e sentença de 28 meses, crimes de homicídio contra parentes próximos, abandono familiar, diagnóstico de transtornos psicóticos e esquizofrenia.

Estudos que levantam dados sobre esse perfil na bibliografia brasileira: Santana (2008) e Santana et all (2009), sobre a qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia em um HCT; Garbayo e Argolo (2008), sobre o perfil da população de um manicômio judiciário do Rio de Janeiro; Coelho (2006) e Coelho et all (2009), sobre o perfil

de suicidas em uma instituição de custódia e tratamento psiquiátrico, revelando a população dos HCTs como um grupo de risco; Viana (2008), sobre a experiência do Ministério Público com o Termo de Ajustamento de Conduta no período de 2003 no HCT de Salvador, destacando a temática do Ministério Público, rara nos estudos analisados; Gauer et all (2007), que levanta o perfil dos inimputáveis no Instituto Psiquiátrico Forense, em Porto Alegre.

Outros estudos trazem perspectivas sobre os funcionários e equipes dos HCTPs, em sua relação com a prática profissional da categoria ou com os princípios da reforma psiquiátrica. Nessa categoria encontramos os trabalhos de Franco (2010), sobre práticas de trabalho psicológico, onde não há uma melhor que outra e sim uma postura ética que deve ser adotada no cuidado; Campos (2009), também da psicologia, sobre respeito à voz e a fala como tratamento do supereu.

Também encontramos nessa linha o trabalho de Castro (2009), sobre as percepções de funcionários de um CAPs e de uma Ala de Tratamento Psiquiátrico a respeito do louco infrator, classificando-as como pertencentes ao paradigma psicossocial ou biológico; Santos, Souza, Santos (2006), que analisa a prática da enfermagem com relação ao louco infrator; Dantas e Chaves (2007), que analisam as representações dos guardas a respeito do papel do MJ e do agente penitenciário e o impacto da entrada de servidores da saúde na instituição estudada.

Farina, Berlinck (2009) utiliza um caso clínico para relatar, em uma reflexão bem pessoal de sua prática, as potencialidades da perícia psicológica como instrumento terapêutico, em um caso cujo fim representa bem as várias tentativas frustradas das equipes psicossociais em desinternar casos que contrariam a definição de cessação de periculosidade dos peritos psiquiatras. Outro relato pessoal de atuação profissional é o de Missaggia, sobre o itinerário adotado pelo magistrado em relação à extinção das medidas de segurança nos casos de longa permanência no IPF, o HCTP do Rio Grande do Sul, criticando noções equivocadas sobre periculosidade.

Torres (2008) dá a única contribuição no sentido de analisar as práticas do serviço social em um manicômio judiciário (e em um presídio). A existência de assistentes sociais até mesmo nos HCTPs sem equipe de saúde levanta a dúvida sobre o porquê de uma contribuição tão baixa da categoria sobre a temática dos manicômios judiciários, que poderia contribuir amplamente no debate de diversos tópicos a respeito desses Hospitais-Prisão, visto a participação tão presente e militante no movimento de reforma psiquiátrica e a lotação de

profissionais em Varas de Execução Penal e, inclusive, em cargos de direção em manicômios judiciários.

Já Silva (2010), em artigo intitulado “Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no contexto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário”, traz vários dados e informações sobre manicômios judiciários no país. De acordo com o artigo, houve um aumento no número de instituições no país, que em 2002 eram 19 e em 2009 totalizavam 23. Das 470 mil pessoas reclusas no país, 4.600 estariam em manicômios judiciários. O autor também traz uma interessante crítica a respeito da função de perícia, seja através do exame criminológico seja através da perícia psicossocial, em membros de equipes transdisciplinares que não detém, e não devem deter, essa função.

Entretanto, não há um consenso a respeito do atual número de HCTPs no Brasil, já que os dados do texto diferem do mais recente relatório sobre o tema, o “Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001”, realizado pelo Ministério Público Federal e pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e lançado em junho de 2011. De acordo com o parecer, existem 30 hospitais de custódia com uma população estimada de 3.600 pessoas.

Mesmo com a resolução nº3 de 23 de setembro de 2005, que contém as diretrizes básicas para construção, ampliação e reforma de estabelecimentos penitenciários, e inclui os manicômios judiciários (contrariando os princípios da Lei 10.216/10 e das resoluções do CNPCP), seria impossível construir e estabelecer 7 manicômios judiciários no período de um ano. As disparidades são devido ao InfoPen, Sistema de Informações Penitenciárias, que ainda não está consolidado em todos os estados e muitas vezes contém informações errôneas ou ultrapassadas das unidades prisionais.

Está em andamento o primeiro censo nacional dos Hospitais de Custódia no país, cujo relatório deve precisar, pela primeira vez, o número de manicômios judiciários e alas psiquiátricas no país, assim como o número e o perfil de sua população em nível nacional. Encomendado pelo Ministério da Justiça, o projeto é executado pela Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, e deve ser finalizado em 2012. Ele é um desdobramento de outro projeto realizado pela Anis e encomendado pelo Ministério da Justiça: o documentário A Casa dos Mortos (2009), dirigido por Debora Diniz, sobre os personagens custodiados no HCT de Salvador.

O documentário também é tema do único estudo da amostra realizado por uma jornalista, que é justamente uma resenha sobre o filme (Fontes, 2009). Outro estudo com uma

abordagem inovadora sobre a temática revela inspiração pelo documentário: a dissertação de Mestrado em Políticas Públicas, de Manoel Valente Figueiredo Neto (2010), realizada no Hospital Areolino de Abreu, em Teresina, através de pesquisa qualitativa que demonstra a possibilidade de se pensar Políticas Públicas através das possibilidades de (re)significação identitárias advindas da identidade da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal.

Talvez a perspectiva mais conservadora sobre a problemática dos manicômios judiciários sejam os estudos que tentam relacionar loucura e violência, muitas vezes alimentando estigmas sobre o louco infrator em uma concepção de relação natural entre loucura e crime, mesmo que não seja esta a intenção. Neste grupo encontramos a maioria dos estudos de casos clínicos por psiquiatras: Moscatelo (2001), sobre a reincidência criminal em internos de um HCT de São Paulo; Teixeira e Delgalarrondo, em um estudo sobre relação entre crime, diagnóstico e vítima (2006), e um estudo de caso controle entre pacientes delirantes criminosos e não criminosos- cujos resultados pouco significantes entre os dois grupos parecem frustrar os autores (2008); Telles et all (2008), que apresentam um caso de felícidio¹ não só para estabelecer uma relação entre loucura e crimes violentos, mas para fazer uma defesa do hospital psiquiátrico como medida terapêutica necessária.

Aliás, entre a bibliografia revisada, um ponto de conflito é a decisão sobre o destino dos manicômios judiciários frente o novo paradigma de atenção as pessoas com transtornos mentais. Enquanto que alguns estudos simplesmente não abordam esse ponto ou não se posicionam claramente sobre ele (32%), outros apostam em perspectivas de humanização ou adequação dos HCTPs (25%), dentre os quais uma minoria ainda os defendem como instituições de assistência terapêutica (4,65%), e outros, felizmente a maioria, se colocam na perspectiva de superação e extinção dos manicômios judiciários (42%). Barros-Brisset (2010), Oliveira (2008), e Correa et all (2007) trazem estudos nessa perspectiva.

Essa divergência de opiniões está bem representada no relatório do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça sobre o Seminário Nacional de Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, de 2002. Os diferentes grupos de trabalho aprovam diretrizes que claramente têm matrizes opostas ou conflitantes: deve ser adotado, em âmbito nacional, um projeto de humanização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que institua casas de passagem para desinternação progressiva, estabelecendo vínculos com a sociedade e reorientando os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, atendendo a um modelo de tratamento psiquiátrico adequado à reforma psiquiátrica (espaço adequado, projeto

¹ Felícidio – homicídio do filho ou filha por ascendente direto, ou seja, pela mãe ou pelo pai,

terapêutico, equipe multidisciplinar, oficinas, licenças para saídas, educação e formação profissional). Logo depois, depara-se com propostas mais radicais: imediata suspensão da construção de novos manicômios judiciários, sendo que nos Estados onde existem manicômios judiciários, as condições mínimas de funcionamento devem se adequar às normas do SUS, com as mesmas regras para os hospitais psiquiátricos públicos ou credenciados ao SUS, direcionadas no sentido da humanização, desospitalização e desinstitucionalização, evoluindo para regime aberto. E ainda complementa afirmando que o seminário se posiciona contra a construção de novos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e contra a ampliação dos Hospitais de Custódia já existentes.

Considerando a experiência de Vitória-ES, reorientar, adequar ou humanizar um HCTP exige, no mínimo, reformas e expansão, o que significa ir contra a determinação de contrariedade em relação a qualquer ampliação ou construção de novos manicômios judiciários. Para Jacobina (2008), o entrave consiste no fato de que, juridicamente, os manicômios judiciários não são hospitais, e sim estabelecimentos penitenciários, e lembra que apesar de ambiciosas, a Portaria Interministerial n. 628/2002 determina uma série de ações de saúde no sistema penal, inclusive nos manicômios judiciais - metas que podem estar longe da implementação, um vez que nem sequer a renomeação desses manicômios, determinada em 1984 para que passassem a se chamar HCTP, foi realizada ou, quando o foi, não teve impacto nenhum sobre suas práticas.

Por fim, temos a tese de dissertação de mestrado de Carrara (1998) e seu artigo mais recente (2010), que contemplam o surgimento do manicômio judiciário no Brasil de uma perspectiva antropológica. O livro de Carrara é tão básico para qualquer estudo sobre o tema, que outros três estudos (Antunes, 1999; Maciel, 1999; Figueiredo, 1998) concentram-se apenas em resenhar (e ressaltar) a importância da edição de sua dissertação na forma de livro. Com certeza o melhor trabalho de dissertação realizado sobre o tema e uma das obras com maior impacto na publicação acadêmica nacional, mesmo mais de uma década depois de seu lançamento.

Não há como apontar todos os direcionamentos possíveis para estudos nessa temática, já que são possibilidades que tendem ao infinito. Mas dois pontos merecem destaque: a pouca expressividade de estudos que abordem a temática de gênero, e a grande indicação da possibilidade de aprofundamento sobre a influência das drogas nessa população.

Com relação ao primeiro, apenas dois estudos abordam o grande tabu da sexualidade dentro dos HCTPs, e como a sexualidade acaba relegada a um segundo plano ou é até mesmo

silenciada pelos processos institucionais moralizadores e disciplinantes da instituição (Messias, 2005; Martins, Barros, 2007).

Com relação ao segundo, a relação entre HCTP e a problemática das drogas é encontrada mais num viés diagnóstico que relaciona comorbidade com álcool e drogas a uma maior propensão a comportamento violento, ou seja, relacionando transtornos e comportamento violento, do que abordagens que pretendam identificar mudanças no perfil populacional dos manicômios judiciários pelas transformações advindas do crescimento do uso de drogas ou do avanço e permeabilidade do crack no meio social, no sentido de tratar estratégias que pautem a dependência e a drogadição como problemas de saúde pública, e não de punição, a exemplo do próprio louco infrator.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os manicômios judiciários são instituições que desafiam os princípios da atenção à pessoas com transtorno mental da Reforma Psiquiátrica no Brasil, permanecendo por muito tempo como espaços refratários aos avanços obtidos pelo movimento antimanicomial. O estatuto jurídico das medidas de segurança, instrumentos para a entrada de custodiados na instituição, é incompatível com os preceitos da Lei 10.216/10. E a função sanitária e terapêutica que lhe cabe é refratária a lógica de custódia penal.

Além da natureza ambígua dos Hospitais de Custódia, sua gestão dentro das diretrizes de saúde do SUS e de avaliação pelo PNASH/Psiquiatria é dificultada pela ausência de meios que concretizem os convênios necessários entre as políticas de segurança pública e de saúde, ou melhor, entre as esferas responsáveis por estas políticas.

Se a psiquiatria se estendeu para todo um campo de saber sobre o normal e o anormal, o Hospital de Custódia como instituição privilegiada do saber psiquiátrico também estendeu seu domínio, passando a abrigar todo o tipo de indivíduos desviantes considerados inimputáveis por doença mental: portadores de transtornos mentais, deficientes, viciados em drogas, etc.

Nessa perspectiva, o HCTP não é nem um pouco ambíguo. Sua condição paradoxal é completamente coerente com sua função positiva de segregação de indivíduos desviantes. Sua ambigüidade surge quando se analisa o principal instrumento de sustentação jurídica do HCTP, as medidas de segurança. A ambigüidade presente no marco normativo das medidas de segurança no Brasil e seus fundamentos doutrinários mascaram o real propósito de sua execução: a punição perpétua de indivíduos desviantes.

Outro fator que contribui para a marginalização do tema e atraso das medidas responsáveis a serem adotadas em relação a população custodiada é a ausência de dados e informações sobre a realidade intramuros dessas instituições, mantendo o debate num ponto de teorização entre as interfaces possíveis entre direito, loucura e crime, ou seja, sobre as medidas de segurança e as contrariedades entre seus princípios doutrinários e as categorias filosóficas.

Apesar de importante, o questionamento do instituto das medidas de segurança não consegue dar conta, sozinho, de responder ao problema da superação dos manicômios judiciários. Assim como os avanços normativos já assegurados pela reforma psiquiátrica não são suficientes para alcançar as práticas institucionais nos HCTPs e a realidade dos sujeitos ali custodiados, como bem demonstram os abusos e violações de direitos na história dos

manicômios judiciários, já bem relatados e denunciados pela bibliografia, pelos movimentos sociais e pelos atores e instituições envolvidos com essa realidade.

Nesse sentido, os estudos sobre HCTPs no país podem revelar pontos atualmente desconhecidos, possibilitando a construção de políticas baseadas em evidências, que podem diminuir a distância entre os debates normativos necessários para a transformação desses “Hospitais-Prisão” e a materialização dos avanços obtidos em ações políticas e estratégias de gestão.

De forma geral, os estudos sobre HCTPs no Brasil indicam similaridades entre os perfis de internos de diferentes regiões do país, um perfil comum às populações de manicômios judiciários, a inadequação da realidade institucional com os princípios da reforma, as ambigüidades inerentes aos HCTPs e seu principal instituto, a medida de segurança, a carência de estudos nacionais que dimensionem a atual realidade do país e conclusões divergentes a respeito do destino dos manicômios judiciários e de seu ordenamento jurídico-normativo.

A revisão dos estudos indica que não existem estudos que abordem temas como gênero e drogas de forma aprofundada, para além do estigma criado por uma perspectiva relacional entre perfil diagnóstico e comportamento violento. Muito ainda é desconhecido e obscuro, e ainda há muito a se fazer para desvelar a realidade dessas instituições e de suas práticas.

Incentivar a produção de pesquisas nesse tema é começar a infiltrar conhecimentos e idéias de saberes outros que o penitenciário, médico e jurídico, aumentando a força argumentativa dos que lutam no sentido da efetivação do atual arcabouço legal norteador da reforma psiquiátrica, que garanta uma saúde mental integral aos acometidos por transtornos mentais, sejam eles em conflito com a lei ou não.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995. 4p.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um Dispositivo Conector – Relato da experiência do PAIPJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. In: Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano, 2010. 20(01). 12 p.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Justiça. Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico : Relatório Final. Brasília, setembro de 2002. 53p.

_____. Resolução nº 5 de 4 de maio de 2004, Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº10.216/2001.

_____. 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, Sérgio. A História Esquecida: Manicômios Judiciários no Brasil. In: Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano, 2010. 20(01), 14 p.

_____. Crime e Loucura – o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro, EdUERJ; São Paulo, EdUSP; 1998. 228 p.

CASTEL, Robert. A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CHARMAZ, Kathy. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre, Artmed, 2009. 272p.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre, Artmed, 3 ed., 2010. 296 p.

DESVIAT, Manuel. A Reforma Psiquiátrica. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Coleção Loucura&Civilização, 1999. 167 p.

FIRMO, Anibal Bruno de Oliveira. Perigosidade Penal e Medidas de Segurança. Rio de Janeiro, Rio, 1977. 259 p.

FLICK, Uwe. Introdução à Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre, Editora Artmed, 3 ed, 2009. 405 p.

FOUCAULT, Michel. Os Anormais: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. 330 p.

_____. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 37 Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 291p.

_____. O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Editora Martins Fontes, 2006. 511 p.

_____. La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación. Buenos Aires: Ed. Altamira, 1993. 220 p.

FRAYZE-Pereira, João A. O que é loucura. Coleção Primeiros Passos. 10 Ed. São Paulo: Brasiliense, 2002.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo, Atlas, 6 ed., 2009. 200 p.

GOFFMAN, Ervin. Manicômios, Prisões e Conventos. 8 Ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

HAYE, Jacques Lesage de La. A morte do manicômio: história da antipsiquiatria. São Paulo, Imaginário, Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2007. 216 p.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica / Paulo Vasconcelos Jacobina - Brasília: ESMPU, 2008. 152p.

JORGE, Marco A. S.; ALENCAR, Paulo S. S. de; BELMONTE, Pilar; REIS, Valéria L. M. dos. Políticas e práticas de saúde mental no Brasil. In: Textos de apoio em políticas de saúde. Org. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2005. 15 p.

LOUGON, Mauricio. Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Coleção Loucura&Civilização, 2006. 226 p.

LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. Psicologia em Estudo, Maringá, vol. 15, nº 1, jan/mar, 2010. 10 p.

MISSAGGIA, Clademir José Ceolin. Itinerário para desconstrução do Instituto Psiquiátrico Forense do Rio Grande do Sul. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano, 2010. 20(01). 10 p.

MPF; PFDC. Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001. Ministério Público Federal e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Brasília, DF, 2011. 88 p.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, vol 11 (2): 241-58, maio/ago, 2004. 18 p.

PORTER, Roy. Uma história social da loucura. 1 Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

QUEIROZ, Paulo de Souza. Direito Penal: uma introdução crítica. São Paulo, Saraiva, 2001. 241 p.

REIS, Alberto Olavo Advíncula. Saúde Mental, democracia e responsabilidade. In: Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano, 2010. 20(01). 15 p.

ROGERS, Wendy; BALLANTYNE, Ângela. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. In: Ética em pesquisa: temas globais. Diniz et all (org). Brasília:LertrasLivres: Editora UnB, 2008. 403 p.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana; RISIO, C. de. Desinstitucionalização. Organização: Fernanda Nicácio. São Paulo, Editora Hucitec, 1990. 111 p.

SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma Psiquiátrica nas Medidas de Segurança: a experiência goiana do PAILI. In: Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano, 2010. 20(01). 4 p.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. In: História, Ciências, Saúde — Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (1):25-59, jan.-abr, 2002. 35 p

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001 . pp 73-85.

ANEXO
Textos Analisados – Listagem Alfabética

- ANTUNES, José Leopoldo Antunes. Rumo ao problema do crime e da loucura no Brasil. Rev. Bras. de Ciênc. Soc. Vol. 14, No 41, out, 1999.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Rede é um monte de buracos amarrados com barbante. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010; 20(1): 83-89.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Justiça. Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico : Relatório Final. Brasília, setembro de 2002. 53p.
- CAMPOS, Maria Elisa Fonseca Goduardo. Crimes do supereu: da insensatez da lei às suas ficções. Dissertação de mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Belo Horizonte, 2009. 188p.
- CARRARA, Sérgio Luis. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010; 20(1): 16-29.
- _____. Crime e Loucura – o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro, EdUERJ; São Paulo, EdUSP; 1998. 228 p.
- CASTRO, Ulysses Rodrigues de. Reforma Psiquiátrica e o louco infrator: novas ideias e velhas práticas. Dissertação de mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2009. 127p.
- COELHO, Elizabete Rodrigues. Suicídio de internos em um Hospital de Custódia e Tratamento. Dissertação de Mestrado em Ciências Criminais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais da Faculdade de Direito. Porto Alegre, 2006. 157 p.
- COELHO, Elizabete R.; AZEVEDO, Fernanda; GAUER, Gabriel J. Chittó; NETO, Alfredo Cataldo. Suicídio de internos em um hospital de custódia e tratamento. J Bras Psiquiatr. 2009;58(2):92-96.
- CFP; OAB. Conselho Federal de Psicologia, Ordem dos Advogados do Brasil. Direitos Humanos: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras. CFP, Brasília, DF, 2004.
- CORDIOLI, Maria Sirene; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida. Hospital de Custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. Esc Anna Nery R Enferm 2006 dez; 10 (4): 671 - 7.
- CORREIA, Ludmila C.; LIMA, Isabel M. S. Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):1995-2012, set, 2007.

DANTAS, Milena Amélia Franco; CHAVES, Antônio Marcos. Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o hospital de custódia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2007, 27 (2), 342-357.

FARINA, P.; BERLINCK, M.T. Interfaces entre a clínica e a justiça. Uma narrativa sobre o trabalho clínico em um Hospital de Custódia. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 80-96, nov. 2009.

FIGUEIREDO, Gabriel. Crime e loucura - o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. *Rev. Antropol.*, São Paulo, v. 41, n. 2, 1998.

FONTES, Malu. Novas escrituras e mediações em saúde: A Casa dos Mortos, Debora Diniz. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.97-99, jun., 2009.

FRANCO, Fábio. Trinta dias em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2010; 20(1): 90-94.

GARBAYO, Juliana; ARGÔLO, Marcos José Relvas. Crime e doença psiquiátrica – perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57(4):247-252.

GAUER, Gabriel J. C.; OSÓRIO, Fernanda C.; NETO, Alfredo C.; TEIXEIRA, Letícia; CAUM, Mariane; SOUZA, Taís A. da C.; VALLE, Verônica; CRISTÓFOLI, Vivian. Inimputabilidade: estudo dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. *Rev Psiquiatr RS.* 2007;29(3):286-293.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica / Paulo Vasconcelos Jacobina - Brasília: ESMPU, 2008. 152p.

MACIEL, Laurinda Rosa. Um lugar para aprisionar a loucura criminosa. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*, vol. 6, n°2, Rio de Janeiro, jul/out, 1999.

MARAFIGA, Caroline Velasquez; COELHO, Elizabete Rodrigues; TEODORO, Maycoln Leôni Martins. A alta progressiva como meio de reinserção social do paciente do manicômio judiciário. *Mental, Barbacena*, v. 7, n. 12, jun. 2009.

MARTINS, Maria B. V.; BARROS, Maria E. B. Aprisionamento do Desejo em Corpos Encarcerados: Uma análise das relações institucionais num manicômio judiciário. *Anais da I Jornada de Análise Institucional*, 14 a 15 de agosto de 2006. – Vitória : Faculdade Saberes, 2007.

MELLO, Adriana Pinto de. Entre a Cruz e a Espada. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2010; 20(1): 106-111.

MENEZES, Ruben de Souza. Homicídio e esquizofrenia: estudo de fatores associados. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências Médicas, Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001. 148p.

MESSIAS, Simone Fagundes. Manicômio Judiciário e a Lei de Execução Penal: garantias e violações. *Revista Transdisciplinar de Ciências Penitenciárias*,4(1):39-49, Jan.-Dez, 2005.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Revista do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária*. Brasília, 1(19), jul/dez 2006. 467p.

MISSAGGIA, Claudemir José Ceolin. Itinerário para desconstrução do instituto psiquiátrico forense do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2010; 20(1): 129-137.

MOSCATELLO, Roberto. Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2001; 23(1):34-5.

MPF; PFDC. Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001. Ministério Público Federal e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Brasília, DF, 2011. 88 p.

NETO, Manoel Valente Figueiredo. Identidades e direitos da pessoa com transtorno mental sob a égide do Poder Judiciário: a Medida de Segurança e o Hospital Areolino de Abreu. Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí . Teresina, 2010. 203p.

OLIVEIRA, José Rogério de. Políticas públicas de saúde mental e reforma psiquiátrica em Pernambuco (1991-2001). Dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2008.

OLIVEIRA, Rita Cristina Souza de. Desconstruindo o manicômio: a experiência de desinstitucionalização no Hospital de Custódia e Tratamento do Estado da Bahia. Dissertação de mestrado em Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica do Salvador, Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Salvador, 2009. 86 p.

PALOMBA, Guido Arturo. Considerações sobre o artigo “Inimputabilidade: estudo dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso”. *Rev Psiquiatr RS*. 2008;30(1).

PERES, Maria F. Tourinho; NERY-FILHO, Antônio; LIMA-JR, Alberto Soares. A estratégia da periculosidade: psiquiatria e justiça penal em um hospital de custódia e tratamento. *Psychiatry on line Brazil*, Vol 3, nº 8, agosto, 1998.

RAMOS, César Gustavo Moraes. Medida de Segurança e transtorno de personalidade anti-social: o paradoxo da culpa. Dissertação de Mestrado em Ciências Criminais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

SAMPAIO, Paulo Cesar. Passagens. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2010; 20(1): 30-35.

SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida. Qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais cumprindo medida de segurança em hospital de custódia e tratamento. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte: 2008. 159 p.

SANTANA, Ana F. F. De Almeida; CHIANCA, Tânia Couto Machado; CARDOSO, Clareci Silva. Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. J. Bras. Psiquiatr. 2009; 58(3):187-194.

SANTOS, Mauro L. S. Caldeira dos; SOUZA, Fernanda Silva, SANTOS, Cláudia V. S. Caldeira dos. As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 79-87.

SILVA, Martinho Braga Batista e. As pessoas em medida de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no contexto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010; 20(1): 95-105.

SOUZA, Carlos Alberto Crespo de. Doentes Mentais em Prisões e em Casas de Custódia e Tratamento: Um Grande e Permanente Desafio à Psiquiatria e à Lei. Trabalho elaborado no Departamento de Pesquisa do Centro de Estudos José de Barros Falcão (CEJBF)/Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA), RS. Sd. Disponível em: http://www.hospitaldepsiquiatria.com.br/menu_03/artigos/art_007.htm. Acesso: jun/2011.

SOUZA, Jaéllya Rodrigues de. Criminalidade entre portadores de esquizofrenia de uma instituição de custódia e tratamento. Dissertação de mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2006. 76 p.

TEIXEIRA, Eduardo Henrique; DALGALARRONDO, Paulo. Bases psicopatológicas do crime violento – estudo caso-controle retrospectivo de pacientes delirantes criminosos e não-criminosos. J Bras Psiquiatr. 2008;57(3):171-177.

TEIXEIRA, Eduardo Henrique; DALGALARRONDO, Paulo. 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, 55(3): 192-194, 2006.

TELLES, Lisieux Elaine de Borba; SOROKA, Paulo; MENEZES, Ruben de Souza. Filicídio: de Medéia a Maria. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 30, n. 1, Apr. 2008.

TORRES, Sabrina Lopes. Os paradoxos da ação profissional no sistema penal: uma análise do serviço social na penitenciária masculina e no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008. 102 p.

VIANA, Itana. O papel do Ministério Público na defesa do direito à saúde da pessoa com transtorno mental autora de delito. Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008. 97p.