



**Hanna Christina da Silva Marques dos
Santos**

**Relatos da Fênix: Um estudo sobre
Saúde Mental e Interseccionalidade**

Dissertação de Mestrado

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de
Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica)
do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Maria Helena Rodrigues Navas
Zamora

Rio de Janeiro,
Dezembro de 2023



**Hanna Christina da Silva Marques dos
Santos**

**Relatos da Fênix: Um estudo sobre
Saúde Mental e Interseccionalidade**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestrado pelo
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
(Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela
Comissão Examinadora abaixo.

Profa. Maria Helena Rodrigues Navas Zamora

Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Fernando Ribeiro Tenório

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Luciana Fontes Pessoa

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Lúcia Helena da Silva Alves

Polícia Civil do Estado do Pará

Rio de Janeiro, 18 de dezembro de 2023.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Hanna Christina da Silva Marques dos Santos

Bacharel em Serviço Social, formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) 2013; especialista em Políticas Públicas e Cultura de Direitos pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos – NEPP-DH/UFRJ (2016); especialista em Docência do Ensino de Direitos Humanos pela Universidade Cândido Mendes (UCAM) 2020; interrompeu o curso de Mestrado em Políticas Públicas e Direitos Humanos no NEPP-DH/UFRJ em 2021; e Mestranda no programa de Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), com conclusão em 2023.

Ficha Catalográfica

Santos, Hanna Christina da Silva Marques dos

Relatos da fênix: um estudo sobre saúde mental e interseccionalidade / Hanna Christina da Silva Marques dos Santos ; orientadora: Maria Helena Rodrigues Navas Zamora. – 2023.

101 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2023.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Interseccionalidade. 3. Manicômio judiciário. 4. Racismo estrutural. 5. Saúde mental. I. Zamora, Maria Helena Rodrigues Navas. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial, em sua maioria negros e da classe que vive do trabalho, aos trabalhadores da saúde mental, a todos que tenham interesse na discussão sobre as práticas neste campo de atuação e saber.

Agradecimentos

A minha orientadora Maria Helena Rodrigues Navas Zamora pelo estímulo e parceria na realização deste trabalho.

Ao CNPq e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Ao meu companheiro, Cleiton Alves, pelo apoio, carinho, suporte e efetivo companheirismo na vida.

Aos meus familiares, pelo incentivo à vida acadêmica: meus pais, Glória dos Santos e Olympio Marques, e irmãos, Weyber Marques e Suellen Marques, assim como tio Luiz Carlos Marques, tio Antônio Carlos Marques (tio “Minhoca”) e Ana Cristina Marques, pela disponibilidade durante o processo de seleção para o mestrado, mas também pelas trocas ao longo do percurso. Sem esquecer do vovô Olympio Marques (*in memoriam*), aquele que iniciou a jornada de nossa família nos estudos sobre Relações Étnico-Raciais.

Aos amigos que fiz no percurso do mestrado (Fabíola, Cíntia, Anna e outros), e, também, aos anteriores a ele. Em especial aos componentes do Grupo de Pesquisa *Porta da Lembrança*, quem não está no mesmo barco, ou passou por ele, ou em breve estará. Grupo de pesquisa que, talvez, sem eu dizer tanto, foi fundamental para a continuidade desta árdua jornada.

Aos amigos que fiz na Saúde Mental: Rosimar Meródio, Talita Arigoni, Laís Santos, Lorena Rosa, Érica Araújo, Marlon Alves, Carla Silva, Vanessa Cunha, Mirley Medeiros, Monique Castro, Fernanda Martins e Eliza Machado. Foram trocas importantes ao longo do meu percurso na Saúde Mental, iniciado em 2011, com o

estágio acadêmico Bolsista da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Aos professores que participaram da Comissão Examinadora.

Aos professores Murilo Mota, Marilea Porfírio, Erimaldo Nicácio, Wolney Malafaia, Eduardo Vicente, Telma Alves e Marilda Mattos, pelo incentivo desde a Classe de Alfabetização até este momento.

Ao Instituto de Psicologia Clínica, Educacional e Profissional (IPCEP) e à Secretaria Municipal de Educação (SEDUC), de Paty do Alferes, pela disponibilidade e compreensão para que eu pudesse conciliar empregos e estudos, além do entendimento que qualificação profissional reflete na qualidade do serviço prestado.

A todos os professores e funcionários do Departamento pelos ensinamentos e ajuda.

À Fênix, por ser inspiração para esta pesquisa!

A todos vocês, meu muito obrigada!

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Resumo

Santos, Hanna Christina da Silva Marques dos; Zamora, Maria Helena Rodrigues Navas. **Relatos da Fênix: um estudo sobre Saúde Mental e Interseccionalidade**. Rio de Janeiro, 2023. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Discutir saúde mental e os diversos fatores que implicam na produção de saúde ou de adoecimento, se faz necessário enquanto forma de dar suporte à problematização do processo de trabalho de diversos profissionais que estão neste campo, mas, também, os impactos que os possíveis reposicionamentos, a partir da reflexão acerca das práticas de trabalho, podem trazer à vida daqueles que são atendidos, principalmente, em equipamentos públicos. O objetivo geral deste trabalho dissertativo é discutir como questões como racismo, machismo e a desigualdade social se atravessam nas práticas manicomiais e podem causar o encarceramento perpétuo de pessoas tidas como indesejáveis, constitui-se como pesquisa estratégica e descritiva. Para isto, discute-se a interseccionalidade dos fatores supramencionados e os seus efeitos que, neste caso, levaram ao encarceramento, por medida de segurança, de uma mulher negra, pobre e com transtorno mental por boa parte de sua vida. Para atingir o objetivo desse estudo, utiliza-se o relato de experiência e fragmentos do caso. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e traz a revisão de literatura acerca da referida temática. A seleção do arcabouço teórico para a realização do estudo se deu através da seleção de livros e artigos, utilizando-se de bases de busca como o *Scientific Electronic Library Online*/Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), o Pantheon (UFRJ), o Maxwell (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro [PUC-Rio]), e os Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Palavras-chave

Interseccionalidade; manicômio judiciário; racismo estrutural; saúde mental.

Abstract

Santos, Hanna Christina da Silva Marques dos; Zamora, Maria Helena Rodrigues Navas. **Reports from the Phoenix: a study on Mental Health and Intersectionality**. Rio de Janeiro, 2023. Dissertação de Mestrado - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Discussing mental health and the several factors that imply the production of health or illness is necessary as a way of supporting the problematization of the work process of different professionals who are in this field, but also the impacts that possible repositioning, based on reflection on work practices, they can bring to the lives of those who receive care, mainly in public facilities. The general goal of this dissertation work is to discuss how issues such as racism, male chauvinism and social inequality intersect in asylum practices and can cause the perpetual incarceration of people considered undesirable, it constitutes strategic and a descriptive research. To this purpose, the intersectionality of the aforementioned factors and their effects is discussed, which, in this case, have led to the incarceration, as a security measure, of a poor and black woman with a mental disorder for a large part of her life. To achieve the objective of this study, experience reports and the case fragments are used. This is a qualitative research and presents a literature review on the aforementioned topic. The selection of the theoretical framework for carrying out the study was done through the selection of books and articles, using search bases such as Scientific Electronic Library Online (SciELO), Pantheon (UFRJ), Maxwell (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro [PUC-Rio]), and the Journals of the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Keywords

Intersectionality; judicial asylum; structural racism; mental health.

Sumário

1. Marco Introdutório	15
1.1. Metodologia	19
2. Do grande enclausuramento aos Manicômios Judiciários	26
2.1. Breves considerações	26
2.2. O louco perigoso: a emergência dos Manicômios Judiciários	40
2.3. Notas sobre o Manicômio Judiciário no Brasil	44
3. Apontamentos sobre a Saúde Mental no Brasil	47
3.1. O processo de Reforma Psiquiátrica	48
3.2. O processo de estruturação da assistência extra-hospitalar	60
3.3. Caminhos para o desmonte do Manicômio Judiciário	64
4. Interseccionalidade e o encarceramento dos indesejáveis	69
4.1. Entendendo o Racismo Estrutural	72
4.2. Inteseccionalidade e a mulher negra no Brasil	75
4.3. Renascendo das Cinzas	80
5. Considerações Finais	88
6.Referências bibliográficas	93

Lista de siglas

ATP	Ala de Tratamento Psiquiátrico
ARCT	Atenção Residencial de Caráter Transitório
BPC	Benefício de Prestação Continuada
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBP	Congresso Brasileiro de Psiquiatria
CBMERJ	Corpo de Bombeiros Militares do Estado do Rio de Janeiro
CCJC	Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania
CDP	Comissão de Direitos do Paciente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CP	Código Penal
CPII	Colégio Pedro II
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ECT	Eletroconvulsoterapia
EEUF	Encontro de Entidades de Usuários e Familiares
ESS	Escola de Serviço Social
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
HCT	Hospital de Custódia e Tratamento

HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
IPCN	Instituto de Pesquisa das Culturas Negras
MES	Ministério da Educação e Saúde
Mesp	Ministério da Educação e Saúde Pública
MJNI	Ministério da Justiça e Negócios Internacionais
MPC	Manifesto do Partido Comunista
MPGO	Ministério Público de Goiás
MS	Ministério da Saúde
MSE	Medidas Socioeducativas
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Acompanhamento Psicossocial
NAPS/ PA	Núcleo de Apoio Psicológico e Social/ Paty do Alferes
NEPP-DH	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PL	Projeto de Lei
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i> /Biblioteca Eletrônica Científica Online
SEDUC	Secretaria Municipal de Educação
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SEJUS	Secretaria de Estado da Justiça
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretarias de Estado de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central

SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TJ	Tribunal de Justiça
TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCAM	Universidade Cândido Mendes
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

Sobre Hanna Christina da Silva Marques dos Santos

Bacharel em Serviço Social, formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no ano de 2013; especialista em Políticas Públicas e Cultura de Direitos pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos (NEPP-DH/UFRJ) (2016); especialista em Docência do Ensino de Direitos Humanos pela Universidade Cândido Mendes (UCAM), em 2020; interrompeu o curso de Mestrado em Políticas Públicas e Direitos Humanos no NEPP-DH/UFRJ, em 2021; e Mestranda no Programa de Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), com conclusão em 2023.

Iniciou a sua trajetória profissional no ano de 2013, na Saúde Mental e, desde então, atuou em Hospital Psiquiátrico, em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) dos tipos II e III, e em Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Compôs a equipe de Desinstitucionalização, acompanhando usuários em Manicômios Judiciários (Hospitais de Custódia e Tratamento) e em clínicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) em processo de fechamento.

Teve inserção também no Terceiro Setor, atuando como Responsável Técnica em Matéria de Serviço Social, em contratos de gestão no âmbito da Assistência Social e da Saúde, numa Organização Social (OS), no município do Rio de Janeiro. Implantou o Serviço Social na Secretaria Municipal de Educação (SEDUC) de Paty do Alferes, e é responsável pelo Núcleo de Apoio Psicológico e Social/ Paty do Alferes (NAPS/PA) da SEDUC, assim como Consultora em Serviço Social na empresa Workplace Options, com atuação remota.

O contato com a Saúde Mental iniciou-se em 2011, através de estágio acadêmico bolsista da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) do Rio de Janeiro, quando houve identificação com o referido campo e, com a temática da Questão Racial, a partir das discussões trazidas dentro de casa, enquanto neta de Olympio Marques dos Santos, militante do Movimento Negro, e vinculado ao

Instituto de Pesquisa das Culturas Negras (IPCN) até o início dos anos 1980, quando faleceu em decorrência de um câncer.

É membro do Grupo de Pesquisa *Porta da Lembrança*, da PUC-Rio, e já foi bolsista de iniciação científica no NEPP-DH/UFRJ na pesquisa *Ser mãe (e pai) na rua*, pesquisa sobre a população em situação de rua. Com o presente trabalho, espera-se poder contribuir para a discussão do quanto as práticas manicomiais, racismo, desigualdade social e machismo, dentro da sociedade do Capital, podem aviltar mulheres negras.

A pesquisadora, mulher negra: filha de Olympio Marques dos Santos Filho (técnico de planejamento e concluinte do curso de Administração) e de Glória Cristina da Silva dos Santos (pedagoga, especialista em Psicopedagogia e em Orientação e Supervisão Educacionais); irmã mais velha de Weyber Marques (Técnico em Química e concluinte do curso de Engenharia Química) e de Suellen Marques (Engenheira de Materiais e mestra em Engenharia Metalúrgica e de Materiais); companheira de longa data de Cleiton Alves (bombeiro do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro [CBMERJ]); e fruto da educação pública do Rio de Janeiro, tendo estudado em escolas municipais do Rio de Janeiro e no saudoso Colégio Pedro II (CPII), Unidade Escolar de São Cristóvão.

“A psiquiatria desde seu nascimento é em si uma técnica repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres”. (Franco Basaglia).

1

Marco Introdutório

É importante reforçar que os estudos acerca da saúde mental se iniciaram na minha graduação em Serviço Social, na Escola de Serviço Social (ESS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), quando ao final do curso fui aprovada no processo seletivo público para Acadêmico Bolsista da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) do Rio de Janeiro, no ano de 2011. Após a conclusão da graduação, o interesse pela questão continuou, e estive atuando na área em três municípios distintos no estado do Rio de Janeiro, diretamente ou em trabalho compartilhado, a partir do ano de 2013.

Este percurso, somado ao fato de ser uma mulher negra, atenta às questões advindas das relações étnico-raciais, de gênero e das diversas formas de desigualdade social, engendrou este trabalho. Ele é fruto das múltiplas questões que me instigam sobre tudo o que me atravessa, na minha existência social e historicamente datada.

Portanto, com este trabalho, espero contribuir para a discussão acerca dos atravessamentos das múltiplas expressões da chamada **questão social**, somadas às práticas manicomiais. Elas constituíram práticas de reclusão, com a duração de quase toda uma vida, de uma pessoa em sofrimento psíquico, que cometeu um infanticídio.

Fênix: este é o nome fictício dado à usuária, porque, apesar da sua trajetória de enclausuramento, seguido do processo de desinstitucionalização, ela hoje vive a sua vida autônoma, apesar das limitações e danos trazidos por seu percurso de vida. Fênix é uma sobrevivente das instituições totais pelas quais percorreu ao longo da sua vida.

Fênix era uma jovem adulta quando arremessou o próprio filho do quinto andar do local no qual morava com os outros familiares, uma residência, componente de programas de habitação popular daquela época. Ela relata que a sua “*saga*” teria começado muito antes disso, quando, por volta dos 15 anos, o seu pai a internou num hospital psiquiátrico na cidade onde morava. As queixas que terminaram em sua internação não estavam claras, mas era ali onde Fênix passava a semana, e o pai a

buscava aos finais de semana. Eram saídas que nós, técnicos, então denominávamos de **licença**, quando um familiar se responsabilizava por ficar disponível para o suporte do usuário no período em que estivesse fora da instituição. Era utilizado também como um instrumento para avaliar junto à família e ao usuário as condições para a alta.

Com o falecimento do pai, Fênix ficou sem referências de cuidado, passando temporadas fora de casa, pelas ruas. Quando, por volta dos 20 anos, engravidou do bebê que, pouco depois, veio a matar. As suas internações recomeçaram, prolongando-se na vida.

Enquanto técnicos em Saúde Mental, o que podemos nos colocar a pensar e rever nossas abordagens e práticas profissionais no caso resumido acima? Como naturalizamos a institucionalização? Como acabamos reforçando ou desconstruindo práticas tão nocivas ao segmento social do qual Fênix faz parte? Neste estudo, busca-se problematizar estas diversas questões, e jogar luz sobre elas, para que tenhamos um olhar atento para não reproduzir tais práticas.

Assim como diversas pessoas mundo afora, fui afetada por perdas familiares em decorrência da pandemia por Coronavírus, e conheci o meu próprio adoecimento por Covid-19 durante o curso do mestrado. Contudo, de forma inusitada, o lampejo criativo para realizar este estudo ocorreu em determinado momento do mestrado, retornando de um afastamento por questões de cuidados com a minha própria saúde mental, em que pensei em retomar a pesquisa iniciada há mais de uma década quando, na graduação, fui bolsista de pesquisa no Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos (NEPP-DH) da UFRJ, no ano de 2010, discutindo a temática da população adulta em situação de rua na pesquisa intitulada *Ser mãe (e pai) na rua*, sobre os atravessamentos de raça, classe e gênero no segmento social pesquisado.

No mesmo ano participei também dos encontros do grupo de pesquisa *Saúde da População Negra*, vinculado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da UFRJ, enquanto estagiária da Comissão de Direitos do Paciente (CDP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). Assim como, entre os anos de 2011 e 2012, no processo de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) na

graduação em Serviço Social na UFRJ, discutindo os impactos do neoliberalismo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo realizadas pesquisas teóricas e de campo nesta última. Logo, foram processos que puderam iniciar a pavimentação do arcabouço teórico para a realização da atual pesquisa para o curso de mestrado.

Durante o meu afastamento, revendo prazos e buscando me reorganizar psiquicamente para a continuidade dos estudos, veio à memória um caso grave, acompanhado pela RAPS. Esse caso, o da Fênix, serviu-me de disparador para a análise de múltiplos fatores que acarretaram a institucionalização em hospital de custódia, e tratamento em hospital psiquiátrico, por mais de três décadas e, de modo sucinto, acerca de sua vida após o manicômio, já que não há mais o acompanhamento do caso enquanto técnica de referência.

Este estudo tem por objetivo discutir como questões como racismo, machismo e a desigualdade social atravessam as práticas manicomiais, e podem causar o encarceramento perpétuo de pessoas tidas como indesejáveis ou dispensáveis. Para isto, discute-se a interseccionalidade desses fatores e os seus efeitos, que, neste caso, levaram ao encarceramento, por medida de segurança, de uma mulher negra, pobre e com transtorno mental por boa parte de sua vida.

Para atingir o objetivo desse estudo, utiliza-se o relato de experiência e fragmentos do caso de atendimento no qual uma mulher negra, pobre e em sofrimento psíquico permaneceu a maior parte de sua vida em instituições totais, tendo como luz para a análise a revisão de literatura do tipo narrativa acerca da referida temática.

No capítulo 1, que agora se apresenta, denominado **Marco Introdutório**, traz-se um panorama de toda a pesquisa realizada, juntamente à metodologia empregada neste estudo. São utilizados, principalmente, Cecília Minayo, Antônio Chizzotti e Juliana Zillmer, como autores que contribuem para a fundamentação teórica desta parte da discussão do trabalho que se apresenta.

O capítulo 2 propõe o breve resgate da história da loucura, o enclausuramento, o processo de criação dos hospitais psiquiátricos, e a loucura como especialidade da Medicina. Neste capítulo também se aborda o caso dos hospitais de tratamento e custódia como locais que operam barbáries ao assimilarem o encarceramento penal e o encarceramento pelo estigma social que tem a loucura. Para tal discussão recorre-

se, principalmente, às contribuições de Michael Foucault, Paulo Amarante, Manoel Teixeira, Sérgio Carrara, Virgílio de Mattos, Erving Goffman e Fernando Tenório.

O capítulo 3 traz o resgate do processo da Reforma Psiquiátrica, notadamente a brasileira, demonstrando a trajetória de implementação da política de saúde mental e constituição da Rede de Saúde Mental. Os principais autores utilizados são: Paulo Amarante, Eduardo Mourão de Vasconcelos, Franco Basaglia e Franco Rotelli, para dar suporte à referida discussão.

Já no capítulo 4, trata-se sobre o encarceramento de um segmento social específico, aqueles tidos como **disfuncionais** ou **não assimiláveis** ao modo de produção capitalista, assim como aborda-se a discussão sobre interseccionalidade e racismo estrutural. Neste capítulo os principais autores pesquisados são: Maria Gohn, AlejandraPastorini, Carla Akotirene, José Paulo Netto, dentre outros que se fazem necessários à discussão trazida. Esta seção também apresenta mais dados acerca do caso da mulher, aqui chamada de Fênix, cujos fragmentos de caso, que atendi e acompanhei, ilustram esta pesquisa, fazendo, portanto, o esforço teórico para a compreensão dos múltiplos determinantes que perpassaram pelo caso e os demais elementos já apresentados nos capítulos anteriores. Para esta finalidade, recorre-se aos autores Elaine Behring, Ivanete Boschetti e Carlos Nelson Coutinho, fundamentalmente.

Encerra-se este trabalho com os apontamentos para a conclusão do estudo, que não pretendem esgotar a temática acerca do tratamento direcionado às pessoas em sofrimento psíquico, que estão ou estiveram em situação de conflito com a lei, mas pretende contribuir para este necessário e atual debate.

Esta pesquisa mostra-se relevante à medida em possibilita problematizar como diversos fenômenos sociais operaram e seguem operando para o encarceramento de mulheres negras, empobrecidas, em situação de vulnerabilidade e que são nomeadas como **loucas**.

Dito isto, tem-se o intuito de que nós, estudiosos e técnicos em Saúde Mental, possamos repensar as nossas práticas e nos reposicionarmos quanto aos efeitos destes diversos determinantes sociais no processo saúde *versus* doença daqueles que nos propusemos a acompanhar.

1.1 Metodologia

A seleção do arcabouço teórico para a realização da pesquisa se deu através dos cruzamentos de autores mais conhecidos acerca das temáticas **saúdementa****l**, **racismo**, **desigualdadesocial** e **interseccionalidade**, selecionado previamente durante todo o percurso acadêmico. Também foi realizada uma posterior sistematização do material selecionado em livros e artigos mais recentes, entre os anos de 2016 e 2023. Recorreu-se ainda a autores que discutem a Luta Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica, o racismo estrutural e a análise da estrutura social por meio do materialismo histórico-crítico.

Foram utilizadas as bases de busca *ScientificElectronic Library Online*/Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), o Pantheon (UFRJ), o Maxwell (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro [PUC-Rio]), e os Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), mais especificamente entre os anos de 2021 e 2023, realizando as buscas com os seguintes descritores “saúde mental”, “racismo estrutural”, “interseccionalidade”, dentre outras.

No que concerne à execução da pesquisa, Cecília Minayo (2014), ao fazer a discussão acerca da pesquisa qualitativa e metodologia em pesquisas no campo das Ciências Sociais, fornece um instrumental importante à realização deste trabalho. A referida pesquisa exige um esforço de aproximação e estranhamento, com a finalidade de prosseguir-la, a partir do momento em que também a pesquisadora é uma mulher negra, oriunda, assim como a usuária, da classe que vive do trabalho.

Minayo (2014) infere que não há apenas um modo de se ter acesso ou de produzir conhecimento, e que há especificidades entre as áreas do conhecimento, mencionando que há diferenças entre as Ciências Sociais e as Físico-Naturais e Biológicas, ressaltando, ainda, “alguns pontos que distinguem as Ciências Sociais e as tornam peculiares no campo do conhecimento dos seres vivos” (Minayo, 2014,

39). Nas Ciências Sociais, o objeto é histórico. Com isto, toda investigação social registra “a historicidade humana, respeitando a especificidade da cultura que traz em si e, de forma complexa, os traços dos acontecimentos da curta, média e longa duração, expressos em bens materiais e simbólicos” (Minayo, 2014, 39). Para a autora, a sociedade e os indivíduos têm consciência histórica de que as instituições e as estruturas nada mais são que ações humanas objetificadas:

De acordo com o desenvolvimento das forças produtivas e com a organização particular da sociedade e de uma dinâmica interna, criam-se visões de mundo, com nuances e diferenciações relacionadas às condições de vida e às heranças culturais. Tal consciência se projeta no mundo da vida, assim como passa a ser registrada nos processos eruditos de produção do conhecimento (Minayo, 2014, 40).

Para a autora, os pesquisadores são tanto autores quanto fruto do tempo histórico em que estão inseridos, e que “as transformações socioeconômicas e culturais, por sua vez, influenciam decisivamente os processos internos e as condições de possibilidades do desenvolvimento da ciência” (Minayo, 2014, 41).

A pesquisa qualitativa, no campo da saúde, lida com humanos, portanto, com questões que envolvem cultura, classe, religião, gênero, raça ou outras questões levantadas, e que têm em comum a identificação com o pesquisador, “tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos” (Minayo, 2014, 41). Então, “é papel do pesquisador compreender essa lógica interpretativa de ‘primeiro nível’, uma vez que ela é potente e eficaz para fazer o mundo da vida se realizar” (Minayo, 2014, 41).

A autora sinaliza, ainda, que as pesquisas no campo das Ciências Sociais são intrínseca e extrinsecamente ideológicas, ou seja, notadamente são impactadas pelos interesses e subjetividade dos pesquisadores. “Nos processos de produção do conhecimento se veiculam interesses e visões de mundo historicamente construídos” (Minayo, 2014, 41-42).

Compete mencionar, que nas pesquisas em Ciências Sociais, a relação entre pesquisador e pesquisado é fundamental. “A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho” (Minayo, 2014, 42). Cabe ao pesquisador, portanto, refinar a utilização do seu método e do referencial teórico, num esforço de estranhamento àquele objeto de

pesquisa que lhe é tão próximo. Dito isto, pode-se inferir que “o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo” (Minayo, 2014, 42). No que concerne efetivamente à metodologia, a autora aponta que ela:

Ocupa lugar central no interior da sociologia do conhecimento, uma vez que ela faz parte intrínseca da visão social de mundo, veiculada na teoria. Em face da dialética, por exemplo, o método é o próprio desenvolvimento das coisas. [...] Isso quer dizer, trocando em miúdos, que é diferente pensar a metodologia de uma pesquisa de inspiração funcionalista, ou marxista, ou fenomenológica ou que utilize a abordagem sistêmica. Por sua vez, é diferente pensar o desenho e a metodologia de uma pesquisa unidisciplinar ou a que tem caráter interdisciplinar e se fundamente na filosofia da complexidade (Minayo, 2014, 44-45).

Minayo (2014), recorrendo a Bulmer (1978), classifica a Pesquisa Social em cinco modalidades, com a finalidade de explicitar as diferentes formas de abordagem da realidade. Destas modalidades, a que mais interessa para o presente trabalho é a Pesquisa Estratégica, que é orientada por problemas concretos que surgem na sociedade, baseando-se nas teorias sociais, mas sem necessariamente apontar soluções a eles. “Essa modalidade seria a mais apropriada para o conhecimento e a avaliação de problemas e políticas sociais do setor de Saúde” (Minayo, 2014, 50).

Sendo assim, neste estudo, teoria e prática se apresentam de modo indissociável. E a técnica de investigação, voltada à pesquisa estratégica, vem demonstrando que, a partir do relato de experiência, pode-se observar os impactos das diversas questões apontadas no caso concreto.

Outro autor que discute sobre a pesquisa qualitativa é Chizzotti (1998), informando que ela abarca diversas correntes de pesquisa. Infere que os pesquisadores que utilizam a abordagem qualitativa se opõem ao que ele denomina de **pressuposto experimental**, mas optam pelo “**método clínico** (a descrição do homem em dado momento, em uma dada cultura) e pelo **método histórico-antropológico**” (Chizzotti, 1998, 79), este último preocupa-se com os dados e contextos em que se dão.

De acordo com Chizzotti (1998) há uma relação direta entre o sujeito e o mundo real, de modo dinâmico, e que o pesquisador faz parte deste movimento. Podemos ver, a seguir, nas palavras do autor que:

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. [...] o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerente e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (Chizzotti, 1998, 78).

As principais correntes filosóficas que se apresentam nas pesquisas qualitativas são a **fenomenologia** e a **dialética**. Na primeira considera-se importante que desvele-se a imagem dos fenômenos e investigue-se a sua essência. No que concerne à pesquisa de orientação filosófica dialética, pode-se dizer que também considera a relação entre objeto e sujeito. Esta abordagem:

Valoriza a contradição dinâmica do fato observado e a atividade criadora do sujeito que observa, as oposições contraditórias entre o todo e a parte e os vínculos do saber e do agir da vida social dos homens. [...] o pesquisador é um ativo descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais (Chizzotti, 1998, 80).

Em outras palavras, para o autor, é a possibilidade de o pesquisador investigar as particularidades da relação sujeito *versus* objeto, que viabiliza a interpretação dos fenômenos complexos que estão vinculados à estrutura social na qual se está inserido. De acordo com Gilberto Velho (1980),

Isso mostra não a feliz coincidência ou a mágica do encontro entre pesquisador e objeto com que tenha afinidade, mas sim o caráter de interpretação e a dimensão de subjetividade envolvidos nesse tipo de trabalho. A “realidade” [...] sempre é filtrada por determinado ponto de vista do observador, ela é percebida de maneira diferenciada. Mais uma vez não estou proclamando a falência do rigor científico no estudo da sociedade, mas a necessidade de percebê-lo enquanto objetividade relativa, mais ou menos ideológica e sempre interpretativa (Velho, 1980, 129).

Sobre a revisão de literatura, o presente estudo configura-se como uma pesquisa descritiva, cuja revisão atrela fundamentação teórica e contextual à finalidade de abordar um tema complexo, permitindo, portanto, “a incorporação de diferentes tipos de informação e considera fontes diversas, possibilitando uma discussão ampliada” (Pineda et al., 2023, 1102). Adotou-se, enquanto parte do processo de pesquisa, o

levantamento do arcabouço teórico em livros e artigos, considerando as categorias mencionadas anteriormente, quedão suporte para compreender como diversas questões impactaram a vida da mulher mencionada neste estudo.

Zillmer e Diaz-Medina (2018) trazem elementos para compreender melhor acerca da revisão de literatura e esclarecer os seus objetivos, sendo eles o de explorar, descrever e discutir um tema, de modo panorâmico e considerando os múltiplos fatores que podem influenciar o objeto pesquisado, tanto do ponto vista teórico quanto contextual.

As autoras supracitadas ainda sinalizam as potencialidades deste tipo de pesquisa, sendo eles: a facilitação para a compreensão de determinado tema, já que o discute de modo amplo; realiza o entrecruzamento de dados teóricos e contextuais acerca do tema; é uma revisão que requer que o pesquisador tenha habilidade crítica e de reflexão acerca do tema, tendo em vista que se utiliza de diversas informações; é o tipo de análise que lança mão de dados que se refiram à historicidade do objeto pesquisado, assim como os avanços obtidos na área; possibilita que, a partir do estudo, haja não só a contextualização e visibilidade do tema, como o direcionamento a novas perspectivas acerca do que foi estudado; no que concerne à educação permanente, pode fornecer material necessário à atualização de profissionais do campo, com aquisição de conhecimento em menor tempo; é o tipo de revisão que exige que o pesquisador tenha o mínimo de conhecimento prévio do tema. Em resumo, a revisão de literatura adotada nesta pesquisa traz uma leitura clara sobre determinado tema, considerandoos múltiplos fatores que o atravessam (Zillmer; Diaz-Medina, 2018).

Faz-se necessário, ainda, sinalizar que, apesar de se tratar de pesquisa que considera a experiência de atuação profissional na relação com uma usuária, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo em vista que não se fizeram necessárias novas coletas de dados com a usuária, diante do seu quadro clínico. Também foi considerada a possibilidade de que a retomada de sua história traga mal-estar, dada a sua condição psiquiátrica e de sobrevivente do manicômio.

Quanto às instituições nas quais Fênix esteve, algumas delas foram fechadas ao longo dos anos, dada a efetivação da nossa Lei n.º 10.216, de 10 de abril de 2001

(Brasil, 2001), que determina o processo de desinstitucionalização dos usuários confinados em instituições manicomiais, e a progressiva construção da rede de serviços substitutivos ao manicômio com forma de cuidado em liberdade.

Apesar de poder enriquecer a pesquisa, por questões de limitações de tempo para sua execução, não foi solicitado acesso a todos os prontuários das diversas instituições psiquiátricas pelas quais a usuária passou ou esteve internada, utilizando-se apenas os materiais da própria pesquisadora, obtidos ao longo do percurso profissional.

É importante mencionar certas limitações desta pesquisadora, que tem a ver com a inserção em alguns vínculos empregatícios (ou seja, compondo quase a mesma classe social de Fênix, ou seja, a classe que vive do trabalho e tem uma situação precária, instável) e a necessária burocracia para acesso à referida documentação – que tem como objetivo proteger os dados dos usuários daquelas políticas públicas –, são motivos que inviabilizam a inclusão do referido material neste estudo.

Neste ponto, é auspicioso sinalizar que a usuária esteve internada em instituições psiquiátricas das esferas estadual e municipal. Essas instituições, conforme preconiza a Lei n.º 10.216 (Brasil, 2001), passaram por processo de desativação/fechamento. Este fato, associado ao trâmite de solicitação de acesso aos prontuários através do CEP de cada esfera, na área da saúde, demandaria tempo de aprovação da pesquisa, localização dos prontuários e análise de todo o material, o que inviabilizaria a continuidade da pesquisa no prazo estipulado. Considerando, ainda, o fato de a pesquisadora estar inserida na divisão social e técnica do trabalho, atualmente em dois vínculos estatutários, ainda em estágio probatório – o que impede a solicitação de redução da jornada de trabalho para dedicação aos estudos –, tem-se a impossibilidade de acesso.

A pesquisa, como está configurada, conforme já fora mencionado anteriormente, está dispensada de submissão ao CEP e, para tal, enquanto procedimento ético para a continuidade do estudo, tomou-se como fundamentação legal a Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016 (Brasil, 2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Neste texto, podemos ler que:

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: [...] VII – pesquisa que objetiva aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito (Brasil, 2016, 1-2).

Considerando o que se tem de legislação, e que dê respaldo legal às pesquisas realizadas com seres humanos, compete esclarecer que a pesquisa que se apresenta nesta dissertação cumpre os critérios éticos que a isentam de apreciação pelo CEP. A pesquisa não permite a identificação daqueles envolvidos e resulta da atuação profissional da mestranda enquanto técnica em saúde mental, na RAPS, utilizando como dados os materiais produzidos por ela.

2

Do Grande Enclausuramento aos Manicômios Judiciários

Neste capítulo são trazidas as considerações acerca da história da loucura, a partir de Michel Foucault, discutindo desde o Grande Enclausuramento, surgimento dos hospitais gerais, da psiquiatria enquanto especialidade médica e dos hospitais psiquiátricos como locais que se propunham ao tratamento adequado do louco.

Observam-se ainda as diversas práticas desumanas que existiam naquelas instituições totais e também o suposto tratamento que era dado aos “loucos perigosos”, abarcando a discussão sobre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, encerrando o capítulo com apontamentos à partir do relatório da **Inspeções aos Manicômios do Brasil**(2015), elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em parceria com outras autarquias.

2.1

Breves considerações

Para introduzir a discussão acerca da história da loucura, escolhemos recorrer à Michel Foucault, autor de referência com o livro **História da Loucura**, que faz o resgate histórico dos modos adotados para se tratar os ditos **loucos** desde a Idade Clássica.

O referido autor sinaliza que, a partir do século XVII, é iniciado o processo de dominação da loucura pela razão. A loucura é desmontada enquanto experiência trágica do homem, por uma leitura de mundo centrada na verdade e na moral. A

loucura, até a Renascença, era compreendida como uma experiência dentro das possibilidades humanas, mas ao final desse período passou a ser vista de modo moralizante, nos caminhos errôneos que desviam da razão.

A Não-Razão do século XVI constituía uma espécie de ameaça aberta cujos perigos podiam sempre, pelo menos de direito, comprometer as relações da subjetividade e da verdade. O percurso da dúvida cartesiana parece testemunhar que no século XVII esse perigo está conjurado e que a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão. Doravante, a loucura está exilada (Foucault, 1972, 54).

A exclusão do louco do convívio social data da Época Clássica, quando a loucura passou a ser caracterizada como **desrazão**. Se na Idade Média o homem era compreendido como perfeito, por ser feito à semelhança de Deus, na Idade Moderna passou ao *status* de cidadão, indivíduo que compunha a cidade/Estado. Neste período, observa-se também a colocação da pobreza como um problema visível a ser resolvido, com a necessidade de respostas a esta demanda. A estratégia pensada para isso foi a criação de instituições asilares que pudessem abrigar estes indivíduos desviantes de um projeto de ordem e moral da burguesia ascendente, ao passo que ordenavam as cidades.

Esse período tem como marco a criação dos Hospitais Gerais, durante o reinado de Luís XIV, em Paris, no ano de 1656. Esse período ficou conhecido como **O Grande Enclausuramento**. O século XVII foi um período em que foram criadas diversas casas de internamento, havendo a possibilidade de o poder absoluto internar pessoas por meio de cartas régias, além das medidas de prisão de modo arbitrário (Foucault, 1972).

A partir de Pinel, Tuke, Wagnitz, sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento, e que um dia serão descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das “casas de força”; percebe-se também que estavam misturados com a população das Workhouses ou Zuchthusern. Mas nunca aconteceu de seu estatuto nelas ser claramente determinado, nem qual sentido tinha essa vizinhança que parecia atribuir uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos correccionários e aos insanos (Foucault, 1972, 55).

As pessoas enclausuradas tinham um perfil heterogêneo, constituído pelos considerados vagabundos, sem ocupação, desgarrados do valorizado mundo do trabalho, bem como por aqueles chamados sexualmente imorais, que profanavam o sagrado, os libertinos e os loucos. Mas cabe sinalizar que nesses chamados **Hospitais Gerais** não havia uma especialidade médica, pois eram apenas locais para serem destinados os indesejáveis.

Os diretores dos Hospitais Gerais, que concentravam muito poder, tinham a responsabilidade tanto sobre aqueles que se encontravam em suas instituições quanto sobre aqueles que não puderam ser absorvidos por elas. “O Hospital Geral era, antes, uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decidia, julgava e executava” (Foucault, 1972, 56-57).

Amarante (1995) pontua, então, a mudança de percepção da loucura, passando da experiência trágica para uma visão crítica. Enquanto na primeira havia um lugar social para a loucura, a visão crítica relegava a loucura ao encarceramento, a um lugar de exclusão. “Durante a segunda metade do século XVIII, a desrazão, gradativamente, vai perdendo espaço e a alienação ocupa, agora, o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social.” (Amarante, 1995, 24). É este o cenário que instituiu a doença mental, objeto do saber e prática da especialidade médica que emergia a psiquiatria.

A Revolução Francesa, segundo Heidrich (2007), com os seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, foi a força motriz para que a ciência tomasse *status* de verdade, findando a possibilidade da explicação da verdade como força mística. Dentre os diversos impactos deste reposicionamento da sociedade, observou-se o seu impacto nos hospitais gerais em instituições médicas.

De acordo com Teixeira (2019), com a Revolução Francesa (1789) há o questionamento da função do hospital geral. “Ele passou a representar o absolutismo real, cujo poder discricionário estava sendo violentamente combatido.” (Teixeira, 2019, 543). Durante o período da Revolução Francesa foi iniciada, então, uma reforma, de modo radical, no funcionamento dos hospitais gerais e a libertação dos internos.

No século XIX, com a institucionalização das práticas de tratamento aos loucos que se encontravam nos hospitais gerais, a partir de Pinel, começa a existência do manicômio. É neste bojo que temos o alienismo, de visão científica, que se dizia neutra e científica, buscando respostas acerca da essência dos distúrbios mentais e a sua relação de causalidade.

Erving Goffman (1974), com a obra **Manicômios, Prisões e Conventos**, na qual faz a discussão sobre os mecanismos que operam o que ele denominou de **instituições totais**, definindo-as como estabelecimentos sociais com finalidades específicas, além de ter um caráter de “fechamento”, simbolizado, principalmente, pela barreira à relação social com o mundo externo e às proibições à saída que, muitas vezes, estão presentificadas igualmente na estrutura física dessas instituições.

São elencados, por Goffman (1974), cinco tipos de instituições totais, e a que se destinam, sendo elas: as casas destinadas aos cegos, indigentes, órfãos etc., que destinam-se ao cuidado das pessoas consideradas incapazes e inofensivas; leprosários, hospitais para doentes mentais e sanatórios para pessoas com tuberculose, além de abrigar os incapazes que poderiam representar algum tipo de risco, ainda que não intencional; campos de concentração, cadeias, penitenciárias etc., são instituições voltadas àqueles que são considerados um risco intencional aos demais indivíduos, deixando-os reclusos como forma de segurança para os demais; as escolas no modelo de internato, os quartéis, colônias etc, que destinavam-se à execução adequada de determinado trabalho; mosteiros, conventos, dentre outros, que eram espaços de refúgio, podendo ter um viés religioso.

Para o autor, os indivíduos estão inseridos em diversos espaços, com diversos atores envolvidos, realizando atividades como dormir, brincar e trabalhar. Nas instituições como as desta pesquisa, observa-se que essas atividades são todas realizadas no mesmo local, cercada dos mesmos atores. Cabe mencionar ainda, que cada uma das atividades é supervisionada por um grupo de profissionais da instituição, que exerce poder sobre aqueles que estão internados. A equipe de profissionais detém todo o planejamento e controle sobre o grupo de internados, para que seja atingido o suposto objetivo da instituição: “O controle de muitas

necessidades humanas pela organização burocrática de grupos complexos de pessoas [...] é o fato básico das instituições totais” (Goffman, 1974, 18).

Como mencionado anteriormente, as instituições totais são divididas entre o grupo dos profissionais e dos internados. Nas palavras de Goffman (1974, 18-19):

Nas instituições totais, existe uma divisão básica entre um grande grupo controlado, que podemos denominar o grupo de internos, e uma pequena equipe de supervisão. Geralmente, os internos vivem na instituição e têm contato restrito com o mundo existente fora de suas paredes; a equipe dirigente muitas vezes trabalha num sistema de oito horas por dia e está integrada no mundo externo.

Por fim, a instituição total torna-se um espaço tanto de moradia quanto de organização formal, com um objetivo institucional. “A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal [...]. Em nossa sociedade, são estufas para mudar pessoas” (Goffman, 1974, 22).

Os Hospitais Gerais não eram, até então, instituições médicas, mas tornaram-se instituições medicalizantes (Amarante, 1995), a partir da proposta de Pinel. Pode-se acompanhar, então, que:

A passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura, inscrita no universo de diferença simbólica, se permita um lugar social reconhecido no universo da verdade; ao passo que a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco. Tal movimento é marcado pela constituição da medicina mental como campo de saber teórico/prático. A partir do século XIX, há a produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: a doença mental. Tal passagem tem no dispositivo de medicalização e terapeutização a marca histórica de constituição da prática médica psiquiátrica (Amarante, 1995, 25).

Pinel propôs o tratamento asilar, objetivando observar os sinais e sintomas do transtorno mental. De acordo com Teixeira (2019), o entendimento atual do que seja Psiquiatria é recente, sendo o trabalho de Philippe Pinel, o fundador desta especialidade, inicialmente nomeado de **alienismo**. O termo **psiquiatria** (*psychiaterie*), criado pelo alemão Johann Christian Reil (1759-1813), só se popularizou no final do século XIX.

O surgimento do alienismo data da virada do século XVIII para o XIX, na França, num espaço anteriormente dividido entre clínica médica e cirurgia, tendo-se consenso no meio médico acerca de uma disciplina que desse conta da loucura, constituindo-se, então, o alienismo. Pinel propôs a nova modalidade de cuidado com os loucos em meio a efervescente política da Revolução Francesa, tendo o alienismo se associado ao novo modelo de sociedade que emergia. “O alienismo consolidou-se no contexto histórico da França pós-revolucionária e tornou-se uma especialidade médica especial” (Teixeira, 2019, 543). Essa prática médica já nasceu com um mandato: dar respostas ao contingente de loucos encarcerados nos hospitais gerais de diversas cidades europeias.

A filosofia iluminista trouxe um reposicionamento em relação ao trato da loucura, associada à evolução da ciência, que traz em seu bojo uma visão humanitária. Com isso, tem-se a possibilidade de **cura** do louco, sendo um objetivo a ser perseguido.

Agora, a ciência era encarregada desta tarefa, numa perspectiva humanista, científica e laica. [...] Seu objetivo era recuperar os insanos para o terreno da razão, tornando-os aptos a participar do novo mundo que se descortinava: o mundo da revolução burguesa (Teixeira, 2019, 544).

Deste modo, a internação passou a ter o objetivo de tratar aqueles que eram ditos **insanos**, sendo este o mandato clínico e institucional do hospital, a partir daquele momento. A construção dos manicômios, tendo como dirigentes médicos alienistas, passou a representar a filantropia associada ao avanço científico. O alienista era tanto cientista quanto um benfeitor humanitário (Teixeira, 2019).

Na sociedade burguesa, cabia ao alienismo recuperar e reintegrar o louco à sociedade nascente, mas caso não houvesse possibilidade de recuperação, o Estado exerceria a função de tutor daquele indivíduo, sob o discurso de protegê-lo de si, e também a preservar a sociedade, de modo geral, do louco. Essa nova concepção se contrapunha ao poder hierarquizado e discricionário, característico da monarquia e da religião que atuavam em aliança. No novo cenário, baseado no pensamento iluminista e liberal, era função da ciência dar respostas à situação dos loucos, e não mais missão da religião.

Entretanto, a modalidade de cuidado proposta por Pinel também recebeu críticas no que se referia ao tratamento fechado e autoritário destinado àquele segmento social. A figura do **médico clínico**, como defende Amarante (2000), surgiu a partir de 1773, tendo Pinel como personagem principal neste cenário. O que Castel denominou de **tecnologiapineliana**, estabeleceu que a doença era um problema de ordem moral, e iniciou-se o tratamento por este viés.

Ordenando o espaço, valendo-se das diversas “espécies” de alienados existentes, Pinel postula o isolamento como fundamental, a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. Organizando dessa forma o espaço asilar, a divisão objetiva a loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas, libertando as vítimas e denunciando suspeitos (Amarante, 1995, 25).

Cabe dizer que a psiquiatria é quem produz o seu objeto de intervenção; ela não o descobre, como é sustentado pelo discurso da Medicina moderna. Neste cenário, a alienação e a loucura seriam produtos discursivos da própria Psiquiatria.

A crise surge justamente quando o saber-poder do médico é colocado em xeque nesse e em outros termos. [...]. É a partir dessa crise que se começa a falar em “despsiquiatrização” e em antipsiquiatrias, culminando, nos pós-guerra, com a eclosão de movimentos de contestação ao saber-poder psiquiátrico em diversos países do Ocidente, inclusive no Brasil, embora com algum atraso, nas décadas de 1960 e 1970, durante os anos de chumbo da ditadura militar (Alarcon, 2005 apud Batista, 2014, 397).

Pinel, quando propôs a internação das pessoas chamadas de **alienadas**, àquela época, tinha como objetivo observar e catalogar as doenças mentais. Propôs tratamentos com banho frio, por exemplo, e apontava que a alienação era algo transicional, que era possível recuperar o paciente através de certas terapias (Rever). Nasce a perspectiva de tratamento do louco como indivíduo.

O que Pinel e seus contemporâneos sentirão como uma descoberta ao mesmo tempo da filantropia e da ciência é, no fundo, apenas a reconciliação da consciência dividida do século XVIII. O internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico significa que pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco; sua extravagância, de imediato percebida pela sociedade, limita – porém sem obliterá-la – sua existência jurídica. Com isso, os dois usos da medicina são reconciliados – o que tenta definir

as estruturas mais apuradas da responsabilidade e da capacidade, e o que apenas ajuda a pôr em movimento o decreto social do internamento (Foucault, 1972, 147-148).

As ações de Pinel não promovem a libertação efetiva daqueles ditos **alienados**, mas, “ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta com o objeto de saberes/discursos/práticas atualizadas na instituição da doença mental” (Amarante, 1995, 25-26). Foi proposta, dessa forma, a reforma ao tratamento delineado por Pinel, visando a menor restrição possível à liberdade dos usuários. Enquanto crítica ao modelo de assistência existente, propôs-se a **colônia de alienados**, que oferecia uma certa liberdade, como defendia Juliano Moreira (Amarante, 1995).

Para o projeto das colônias de alienados, se a doença mental justifica a internação dos sujeitos, urge que o tratamento resgate a razão através do resgate da liberdade [...]. As colônias atualizaram, então o compromisso da psiquiatria emergente com a realidade do contexto sócio-histórico da modernidade. Na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospital tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos (Amarante, 1995, 27).

Dito de outro modo, as colônias surgiram como alternativa ao tratamento Pineliano, propondo que houvesse mais liberdade aos tidos como loucos. Entretanto, em sua operacionalização, pôde-se observar que em pouco se distinguia do caráter asilar pineliano. Mas outros movimentos de reforma quanto ao tratamento da loucura foram experimentados.

As colônias propuseram-se ao tratamento do louco através do trabalho, para então devolvê-los à sociedade. Segundo Heidrich (2007), as colônias agrícolas abrigavam não apenas os loucos, mas moças desvirginadas e, portanto, tidas como desonradas e impossibilitadas para o casamento, e também as crianças órfãs. A sua proposta de **inclusão social** mostrava-se desarticulada na medida em que não promovia a inserção do louco no mercado de trabalho. Para a autora o nascentemodelo de assistência não alterava a problemática da **exclusão social** do louco, associando até práticas de violência.

Como lembra Mattos (2006), desde o início do século XVIII, a dor era utilizada como técnica de tratamento, legitimando-se, assim, a utilização de técnicas, como a

disciplina total por meio de ameaças, castigos físicos e contenção. Neste trabalho são mencionadas algumas técnicas desumanas, sob orientação médica, demonstrando, dessa maneira, o processo de mudanças no tratamento destinado às pessoas em sofrimento psíquico.

A seguir, têm-se algumas das técnicas de disciplina adotadas, tais como queimar com soda cáustica a genitália e o crânio; indução ao vômito; as sangrias utilizadas a partir de 1790; o afogamento, a partir de 1828; em 1890 adotou-se como tratamento para mulheres a amputação do clitóris, assim como a retirada do útero; a **hidroterapia**, na qual o paciente ficava apenas com a cabeça fora da água, e eram alternadas a colocação de água fervente e de água gelada no tanque em que o paciente se encontrava; em 1899 as **terapias endócrinas** são adotadas; a **esterilização masculina** em 1913; em 1916, a recomendação de extração de dentes, porque, supostamente, bactérias que ficavam escondidas naquele local, próximo ao cérebro, poderiam estar adoecendo o indivíduo; a chamada **hibernação** nos anos 1920, onde baixava-se a temperatura corporal dos pacientes com cobertores congelados, e acreditava-se que o choque térmico reorganizaria psiquicamente aquele indivíduo; houve também a utilização, em 1933, do **coma insulínico**; a **convulsoterapia** em 1934, com a aplicação de metrazol no paciente; o **eletrochoque** a partir de 1938; a **lobotomia**, largamente adotada a partir de 1940 e afinal os **psicofármacos**, que surgiram após a II Guerra Mundial, e que possibilitariam a proposição de uma nova modalidade de cuidado, que não mais a hospitalocêntrica.

No que se refere ao tratamento dado ao louco, no Brasil, nos anos 1930, duas técnicas consideradas promissoras, àquela época, chegaram ao país: a **lobotomia** e a **leucotomiacerebral**. “Também chamadas de **psicocirurgias**, eram duas técnicas neurocirúrgicas que intentavam eliminar determinadas doenças mentais ou modificar **comportamentos inadequados**” (Masiero, 2003, 550). A lobotomia foi idealizada pelo neurologista português Egas Moniz em 1935 e logo aperfeiçoada pelo americano Walter Freeman. O cientista ganhou o prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia em 1949 por esse feito.

A lobotomia chegou ao Brasil em 1936, por intermédio de Aloysio Mattos Pimenta, neurocirurgião do Hospital Psiquiátrico do Juquery, em São Paulo, logo

adotada por outros médicos. As psicocirurgias foram utilizadas por aproximadamente 20 anos, às quais eram submetidos adultos e crianças, brasileiros ou estrangeiros, chegando a ser aplicada a mais de mil pessoas, sendo impossível determinar o número correto de pessoas que sofreram esse tipo de intervenção cirúrgica. Porém, na década de 1950, com a utilização de psicofármacos, deixou-se de utilizar esse tipo de procedimento (Masiero, 2003).

A **lobotomia** é um procedimento no cérebro, no qual espera-se que, como efeito secundário, afete o psiquismo, impactando no comportamento dos indivíduos, ou nos sinais e sintomas de seu adoecimento mental. Com a adoção da utilização de psicofármacos, os procedimentos como **leucotomia** e **lobotomia** deixaram de ser adotados, tendo em vista os danos maiores, como o falecimento do paciente, em decorrência desses procedimentos.

Os diversos métodos adotados para o tratamento dos loucos eram (são) dos mais diversos, desde medicamentos que sedam o Sistema Nervoso Central (SNC), aos procedimentos cirúrgicos que os incapacitavam, e deixando-os vegetando. Até a década de 1960 havia poucos fármacos disponíveis para lidar com as questões em saúde mental (Guimarães et al., 2013).

“A psicofarmacologia teve início em 1952, quando os pesquisadores franceses Jean Delay e Pierre G. Deniker obtiveram sucesso no tratamento das pessoas com transtornos mentais com uma nova substância, a clorpromazina” (Guimarães et al., 2013, 363), introduzindo, assim, a ação que ficou denominada como **neurolepsia**, porque reduzia a agitação psicomotora, alucinações e os delírios.

Apesar de haver o reconhecimento de que a terapia medicamentosa pudesse fazer parte do acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico, com o reposicionamento da atenção em saúde mental, este passou a ser mais um recurso, e não mais o principal, devendo ser associado ao cuidado de base territorial, com a inserção do sujeito em atividades de grupo e outras modalidades de atendimento, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) daquele usuário.

Outra forma de tratamento proposto era o **choque cardiazólico**, que consistia na aplicação do medicamento cardiazol, observando-se a diminuição da agitação em alguns pacientes, em comparação à medicação oral. Esse medicamento tinha um

efeito comparado ao do eletrochoque. O medicamento era capaz de causar convulsão no paciente e reduzir a agitação de pacientes mais graves.

Vale trazer à luz que as terapias convulsivas datam do século XVI, com vistas ao tratamento de pessoas com transtornos mentais graves, a partir do médico suíço Paracelso, ao relatar que induziu convulsões para o tratamento da loucura através da administração de cânfora por via oral. Essa prática só foi retomada em 1934, com uma pequena particularidade: a de que, naquele momento, a cânfora era aplicada de modo intramuscular, e depois sendo substituída pelo cardiazol intravenoso pelo neuropsiquiatra húngaro Ladislav von Meduna (Guimarães et al., 2013).

A utilização da medicação supramencionada causava reação convulsiva tão violenta, que os profissionais tinham dificuldade de manejar e, por vezes, causavam fraturas espinhais nos pacientes submetidos ao procedimento. Porém, ao final dos anos 1940, o cardiazol foi substituído por neurolépticos e eletroconvulsoterapia (ECT).

Houve, também, a utilização da **insulinoterapia** ou **choque insulínico**, técnica descoberta pelo neuropsiquiatra polonês Manfred Sakel quando, acidentalmente, ao administrar uma superdosagem de insulina, que causou convulsões ao paciente, percebeu que ela poderia dar respostas aos quadros de psicose, tais como a esquizofrenia. Basicamente, administravam insulina no paciente até que entrasse em coma. De acordo com o médico, mais de 70% dos pacientes melhoraram após serem submetidos a esta modalidade de tratamento, mas a sua descontinuidade se deu com o fato de se observar que a melhora no quadro era temporária.

No que diz respeito à ECT, este método foi amplamente difundido até meados dos anos 1970, porque trazia respostas satisfatórias aos quadros de agitação. Porém, trazia uma experiência traumatizante tanto para os pacientes quanto para os profissionais. Além do mais, este método também era utilizado de modo coercitivo/punitivo. Vale dizer que:

A ECT, inicialmente denominada Terapia de Eletrochoque, foi administrada pela primeira vez em Roma, em 1938, por Ugo Cerletti e Lucio Bini. Por mais que esse método tenha sido muito utilizado desde o seu surgimento, nos anos 60 e 70 sua popularidade declinou. Isso pode ser associado ao advento dos psicofármacos mais efetivos e a crescente movimentação contrária a esse procedimento ocasionada

pelo seu uso indevido com o objetivo de punir, controlar ou ameaçar os pacientes (Guimarães et al., 2013, 365).

Apesar de seu histórico, recentemente foi retomada a utilização da ECT, sob o argumento de que traz efeitos positivos para pessoas que apresentem quadros com depressão severa, catatonia, alguns casos de esquizofrenia e mania. Inclusive, no Brasil o procedimento é normatizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução n.º 1.640/2002 (Normas Brasil, 2002). Indica-se que o procedimento deve ser realizado em unidade hospitalar, com o paciente sedado e com a sua autorização ou de seu responsável legal. Na impossibilidade da autorização, o médico poderá realizar o procedimento, desde que assuma as responsabilidades deste método.

Outro suposto tratamento dispensado àqueles em sofrimento psíquico foi a utilização do **cubículo** ou **cela forte**. Eram espaços com duas aberturas, sendo uma para fornecer alimentos, e outra para que os profissionais observassem a pessoa contida naquele local. Era um pequeno espaço, onde parte era feita de material reforçado, e havia um espaço para que os pacientes pudessem dormir e fazer as suas necessidades fisiológicas. As pessoas que se apresentavam muito agitadas ou agressivas eram confinadas naquele espaço, mas também era utilizado de forma punitiva, podendo ficar horas a dias em confinamento. No que se refere a essa modalidade de tratamento, temos a seguinte resolução:

A Portaria MS n. 224/1992, na perspectiva de viabilizar a humanização da assistência e a preservação da cidadania da pessoa com transtorno mental nos hospitais psiquiátricos, entre outras determinações, proibiu a existência de celas fortes. A Portaria GM n. 251/2002, mantém a proibição desses espaços restritivos, prática que propicia exclusão e sofrimento para o paciente internado (Guimarães et al., 2013, 366).

Já a **praxiterapia** consistia no desempenho de atividades laborais pelos pacientes, com a orientação de funcionários da instituição. Entendia-se que esta ocupação teria fins terapêuticos, sendo bastante empregada até os anos 1980, de modo a explorar esses pacientes. Vale dizer que, no Brasil, tal prática foi oficializada

em 1890, através do Decreto n.º 206-A (Brasil, 1890), contendo instruções acerca da assistência em saúde aos alienados.

Nota-se que esse aparato se destinava aos “alienados indigentes”, capazes de trabalhar na agricultura e indústrias nas colônias. Estes locais foram criados principalmente para solucionar os problemas de superlotação de pobres e miseráveis no Hospício Nacional de Alienados. No entanto, havia também o interesse terapêutico em proporcionar tratamento baseado no trabalho, especialmente em atividades de agropecuária e produção artesanal (Guimarães et al., 2013, 366).

Apesar das avaliações positivas desta modalidade de tratamento, amplamente utilizada até os anos 1980, o seu ônus consistia no fato de que o trabalho era realizado de modo compulsório, e visava a produtividade, além de produzir violência contra os pacientes, tendo em vista que alguns eram agredidos para que pudessem trabalhar “adequadamente”.

Talvez uma das modalidades mais populares de tratamento, já destinadas às pessoas com transtorno mental, era a **camisa de força** e o **lençol de contenção**, prática denominada como **jacaré** até os anos 1990. A primeira trazia risco de queda ao paciente, enquanto a segunda poderia causar machucados como resultado do ato de conter um paciente. Foram técnicas amplamente utilizadas, notadamente quando o cubículo ou cela forte perdeu o seu lugar neste cenário. A camisa de força era destinada àqueles que apresentavam risco a si próprios, enquanto o lençol era àqueles que apresentavam riscos a terceiros. O lençol era retirado logo após a sedação, já que ficar contido por muito tempo poderia ferir o paciente.

No que diz respeito à camisa de força ou colete, estas começaram a ser utilizadas no século XIX, introduzidas por Pinel. Propunham-se a substituir as correntes, algemas e celas, nas quais os loucos ficavam contidos de modo mecânico. A nova prática foi considerada, à época, uma técnica menos dolorosa, com proposta de utilização de modo transitório e menos excludente, tendo em vista a possibilidade de circulação (Guimarães et al., 2013).

Este método foi mais utilizado nos anos 1950, sendo bastante adotado no Brasil. Era uma técnica que permitia que o paciente circulasse, entretanto, ao ter o seu equilíbrio afetado, aumentava o risco de quedas e ferimentos especialmente no rosto.

Já o lençol apresentava tiras de couro e mantinha o paciente contido no leito. O contato com as tiras causava desconforto. Outro modo de contenção era o uso de faixas de tecido de algodão. Esta técnica perdura até a atualidade, e consiste na contenção física do paciente no leito.

O hospital psiquiátrico passou a ser então um espaço de produção de sofrimento, porque apesar de não ter mais as amarras (que Pinel propôs a retirada), ao tornar-se especialidade médica e imputada aos pacientes, foi autorizada uma sorte de práticas manicomiais que, associadas à segregação, eram acrescidas de sofrimento físico, além do psíquico.

Basaglia (1985) sinaliza que nas instituições (família, fábrica, hospital, escola, dentre outras) há uma nítida divisão das funções e, logo, de quem detém o poder. Nesta relação de violência e opressão, aqueles que estão submetidos ao poder sofrem a exclusão a partir daqueles que exercem o poder. Para o autor, “a violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade.” (Basaglia, 1985, 101).

A técnica de contenção física, a partir da Reforma Psiquiátrica, passou a constituir-se como recurso, mas não o primeiro de atenção às pessoas em sofrimento psíquico. A contenção ao leito, quando feita, precisa de prescrição médica. Durante a contenção, o paciente fica sob vigilância, para que possa ser atendido caso haja questões clínicas.

Amarante (1995) se refere aos processos pelos quais a Psiquiatria percorreu, no sentido de propor reformas, a fim de se repensar a assistência destinada às pessoas em sofrimento mental. Essas experiências datam do período pós II Guerra Mundial, questionando as instituições asilares e o saber psiquiátrico. Este movimento de reforma se deu em três fases, sendo as seguintes: as voltadas à **transformação do asilo**, com as comunidades terapêuticas e a psicoterapia; as **centradas na comunidade**, com a Psiquiatria de setor e a Psiquiatria preventiva; e as de **movimento de ruptura**, com a antipsiquiatria e a experiência a partir de Basaglia, com a desinstitucionalização basagliana. Percebe-se que os movimentos de Reforma Psiquiátrica começaram de dentro daquela instituição para fora, iniciando pela reforma da instituição, seguido da prevenção e abordagem à comunidade, e findando

na proposta voltada ao desmonte do manicômio, mas também com o objetivo de desconstruir práticas manicomiais.

É importante salientar, que esta última experiência – que se refere à desinstitucionalização –, não se resumia à desospitalização, mas às novas formas de lidar com a loucura, e que as formas de tratamento também eram de base territorial, sem romper os vínculos familiares e comunitários daquele que estava em sofrimento psíquico.

2.2

O louco perigoso: a emergência dos Manicômios Judiciários

Antes de iniciar a discussão acerca da Reforma Psiquiátrica, como a conhecemos hoje, cabe falar dos **Manicômios Judiciários**, ou os **hospitais de custódia e tratamento**, instituições que ficam no “entre” tratamento, que sabemos ser composto por violação de direitos pessoas em sofrimento psíquico e a punição propriamente dita.

Na passagem do século XIX ao século XX, de acordo com Carrara (1998), o estudo sobre o crime e o criminoso vinha ganhando espaço, não apenas no chamado **mundo acadêmico**, mas também nos espaços mais populares. A sociedade viu crescer o número de crimes com o avançar da industrialização, tanto nos ditos países desenvolvidos, quanto nos periféricos, como era o caso do Brasil, notadamente nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo.

Aumento populacional intenso, liberação não planejada da mão de obra escrava, incorporação de grandes contingentes de imigrantes nacionais e estrangeiros, industrialização, formação de um mercado de trabalho competitivo em moldes capitalistas, modernização da estrutura urbana e mudanças significativas no estilo de vida são apenas alguns dos elementos apontados mais frequentemente como fontes de agudização dos conflitos sociais, naquele momento (Carrara, 1998, 63).

Outro fenômeno é o que Carrara (1998) denominou de **formação de um meio delinquencial fechado**, fazendo recorte específico para aqueles em situação conflitiva com a lei, e que são integrantes das ditas **classes populares**.

Através da prisão, o “crime” se organiza, se especializa e se profissionaliza no meio urbano, e a nova feição que adquire aparece marcada pelo fenômeno da reincidência. Desligado de seu meio social de origem, dados os longos períodos de reclusão a que é submetido, e preso nos jogos da marginalização, começa a se desenhar para o criminoso uma trajetória social sem retorno (Carrara, 1998, 63-64).

Exposto este cenário, urge a necessidade de se pensar estratégias mais eficazes de controle e repressão das camadas mais populares, sendo direcionado a este segmento social a ação do Estado com vistas à contenção, vigilância e disciplinarização. Por meio da discussão sobre crime:

Juristas, criminalistas, criminólogos, antropólogos criminais, médicos-legistas, psiquiatras, todos fortemente influenciados por doutrinas positivistas ou cientificistas, discutiam uma questão política maior: os limites “reais” e necessários da liberdade individual, que, excessivamente, protegida nas sociedades liberais, era apontada como causa de agitações sociais ou, ao menos, como empecilho à sua resolução (Carrara, 1998, 66).

Recorrendo a Mattos (2006), temos o dado de que com a Revolução Industrial emergiu também a necessidade de se ter maior controle sobre a força de trabalho e suas possíveis rebeliões, bem como controlar tudo o que diz respeito à recuperação de parte dessa força de trabalho, para atender aos anseios de produção e reprodução do capital, naquela nova fase histórica do modo de produção. Entretanto, o pobre que não havia possibilidade de exploração, dada à sua condição de saúde mental, deveria ser institucionalizado, como forma de descarte. É importante salientar que neste período iniciaram as discussões acerca da periculosidade. Nas palavras de Mattos (2006, 57):

Para os agitados e perigosos, controle e trabalhos manuais. Ocupadas, as mãos e a mente, produziriam seres dóceis, desde que, obviamente, fossem mantidos segregados. Separados por sexo e por categoriais de doença. Pelo saber da

psiquiatria e também do direito penal, criava-se o vago rótulo de “periculosidade”, que vigerá até os dias de hoje, depois de dois séculos. Perigosos seriam aqueles que pudessem colocar em xeque a segurança dos demais ou a sua própria segurança, que atentassem contra a moral e os “bons costumes”. Cumpriria duplo papel de rotulação da periculosidade, sempre indelével: imantaria a necessidade de “tratamento”, via imposição de diagnóstico da “doença mental” e também contemplaria a necessidade de neutralização penal, via exclusão.

É neste bojo que emerge a discussão que abrange a imputabilidade e a inimputabilidade, o clamor pela defesa social e o surgimento das Medidas de Segurança no final do século XIX. Deste modo, a loucura passou a ser lida como uma questão de ordem pública, mas não necessariamente de saúde (Mattos, 2006).

No que concerne ao processo de criação dos manicômios judiciários, fazendo um resgate histórico acerca da emersão desta instituição, tem-se como notícia de que a primeira desse tipo surgiu na Inglaterra, a prisão especial de Broadmoor, em 1863. Antes disso, as experiências em outros países eram de setores na prisão para detentos com transtornos mentais, que haviam cometido crimes ou que apresentavam algum transtorno após a detenção, ou, ainda, setores nos hospitais psiquiátricos destinados àqueles que haviam apenas cometido algum crime, sem implicações quanto à saúde mental (Carrara, 2010).

Resgatando dados da história brasileira, nota-se que o Código Penal (CP) de 1890 indicava que as pessoas com transtorno mental que cometiam algum crime, mas não apresentavam riscos à sociedade, deveriam ser encaminhadas às suas famílias. Do contrário, deveriam ser levadas aos hospitais psiquiátricos, e essa decisão ficava a cargo apenas do juiz (Carrara, 2010). O Decreto n.º 1.132, de 1903, determinou que os Estados deveriam organizar recursos para a construção de Manicômios Judiciários, e que durante esse processo, deveria haver anexos aos hospitais (Brasil, 1903). “A partir da legislação de 1903, no bojo das reformas introduzidas no Hospício Nacional de Alienados, localizado no Rio de Janeiro, cria-se uma seção especial para abrigar os ‘loucos criminosos’” (Carrara, 2010, 17).

No referido hospício, na seção para os loucos, a ala foi nomeada como **Seção Lombroso**. Porém, em 1921, foi oficialmente inaugurado o Manicômio Judiciário no Rio de Janeiro, cujo diretor era o psiquiatra Heitor Carrilho. Na década de 1950, como forma de homenagem ao primeiro diretor da instituição, passou a ser chamado

Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Após 1986, com as reformas na legislação penal brasileira, foi renomeado para **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho** (Carrara, 2010).

Os manicômios judiciais são instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão – e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco (Carrara, 2010, 17).

Durante o seu artigo, Carrara (2010) sinaliza que o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho não conseguia atender ao que se propunha, enquanto suposto espaço terapêutico, tendo em vista que trabalhava na perspectiva da disciplinarização e contenção daquele segmento social. Os manicômios judiciais são instituições complexas justamente por estarem no **entre**, ou seja, sendo instituições asilares destinadas aos ditos loucos, mas também sendo prisões, com viés punitivista voltado a este segmento social. Apesar de ter em sua proposta o termo tratamento, a disciplinarização, própria do punitivismo penal, é a principal forma de lidar com o público contido nos manicômios judiciais.

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

Santana et al. (2017) apontam que os Manicômios Judiciais, em seu lugar de **entre**, assimilam funções tanto de instituições hospitalares quanto prisionais. Numa leitura jurídica, a pessoa que comete delito em função de seu adoecimento psíquico é considerada inimputável, porque não é capaz de identificar a ilicitude de seus atos. Entretanto, a sua punição/tratamento deve se dar através da aplicação da Medida de Segurança, de acordo com a lei.

Porém, no Brasil, onde não há prisão perpétua, designar que um indivíduo cumpra Medida de Segurança poderá fadá-lo ao cumprimento de pena maior, quando em comparação com o sistema carcerário comum, tendo em vista a necessidade da emissão de um laudo de cessação de periculosidade. Apesar de as avaliações deverem

ocorrer de modo periódico, não há limite para que a Medida de Segurança seja extinta por tempo de cumprimento dela. Virgílio de Mattos (2006, 23-24) diz o seguinte, acerca do que foi afirmado:

No Brasil, que desconhece a prisão perpétua desde 1890, conforme o Código Penal republicano, os portadores de sofrimento ou transtorno mental infratores são, sem qualquer cerimônia, trancafiados por mais tempo do que determina a lei penal ou mesmo *ad vitam*.

Neste sentido, em tese, os manicômios judiciais deveriam tratar e punir. Podemos afirmar que os presídios e manicômios assemelham-se ao ponto de ambos poderem ser explicados dentro de uma mesma categoria, a de instituição total. Nas palavras de Ibrahim (1989, 101), a “instituição total significa estar à mercê do controle, do juízo e dos projetos dos outros, sem a possibilidade de se reger a própria vida”. Como em qualquer instituição total, em presídios e manicômios os indivíduos confinados perdem qualquer autonomia no que diz respeito à vida diária, seja naquilo que diz respeito à alimentação, higiene ou opções de lazer, com potenciais danos à saúde mental.

2.3

Notas sobre o Manicômio Judiciário no Brasil

No ano de 2015, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em parceria com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), realizando o trabalho conjunto com órgãos representativos de outras categorias, como o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e o Conselho Regional de Enfermagem (Coren), de diversas regiões do país, elaborou e divulgou o relatório acerca das **Inspeções aos Manicômios no Brasil** (2015), notadamente os Manicômios Judiciais, instituições voltadas à

reclusão de pessoas em sofrimento psíquico¹, que estão em situação de conflito com a lei, em decorrência de terem cometido algum delito.

O documento deixa evidente que, de modo quase unânime, as instituições daquele tipo, visitadas, não atendiam ao que se preconiza a Lei n.º 10.216 de 2001, sentenciando pessoas em sofrimento psíquico à prisão perpétua. Além disso, não eram oferecidas condições dignas no que diz respeito às instalações, acomodações, acesso aos medicamentos e, inclusive, às refeições. No documento elaborado afirma-se que os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico seguem regidos pela segurança e defesa social e que apenas no estado do Maranhão este tipo de instituição está vinculada à Secretaria de Saúde. (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2015).

A realidade de violação de direitos e a desassistência retratada no documento, exigiu que houvesse a mobilização daqueles que estão no campo da saúde mental, para pressionarem pelo fim deste tipo de instituição. Percebeu-se que naqueles espaços havia pouco atendimento em saúde, assim como o diminuto acesso à Defensoria Pública, além da ruptura dos laços sociais e comunitários. Essas rupturas se dão tanto em decorrência de muitos dos crimes cometidos terem sido cometidos no seio familiar quanto pela dificuldade de acesso às instituições vinculadas ao poder judiciário.

A ruptura dos laços familiares constitui-se num dos entraves à desinstitucionalização daqueles que se encontram em instituições manicomiais, inclusive os Manicômios Judiciários. “Nunca receber visita é uma triste sina e um mau sinal. Sabe-se que o vínculo familiar é o único que garante a existência de vida digna após a segregação manicomial” (CFP, 2015, 155).

Outro entrave, associado ao anterior, é a insuficiência de investimentos em Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que se constitui, conforme a Portaria n.º 106, de 11 de fevereiro de 2011, do Ministério da Saúde (MS), em serviço residencial com vistas à superação do modelo hospitalocêntrico de atenção aos indivíduos com

¹No que concerne ao perfil da população que se encontrava nos Manicômios Judiciários, o livro **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**, de Débora Diniz, traz dados importantes acerca deste segmento social. Informa que, àquela época, existiam cerca de 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), em complexos penitenciários no Brasil. Havia um total de 3.989 pessoas internadas nestes tipo de instituição, sendo, em sua maioria homens, com idades entre 25 e 39 anos, negros (que compreende pretos e pardos) e com ensino fundamental incompleto, dentre outros dados relevantes. (Diniz, 2013).

transtorno mental grave, e que não possuem suporte social e/ou familiar para o processo de reabilitação psicossocial/desinstitucionalização (Brasil, 2000).

Em complementação à portaria anterior, em 23 de dezembro de 2011, a Portaria nº.3.090, também do MS, estabelece as condições para a implementação de moradias/residências do tipo I (até oito moradores com maior autonomia), e do tipo II (até dez, com maior grau de dependência) (Brasil, 2011). Em conjunto, tais portarias estabelecem o perfil de usuários que poderão ter acesso ao SRT, a capacidade máxima de moradores por residência e a estruturação da equipe técnica para suporte e devido acompanhamento.

Apontamentos Sobre a Saúde Mental no Brasil

Remontando ao período do Brasil Colônia, o atendimento destinado aos enfermos era precário. As Santas Casas tratavam e abrigavam os doentes pobres e os hospitais assemelhavam-se aos albergues para pessoas enfermas que não tinham qualquer rede de apoio ou suporte comunitário e familiar.

Com a mudança da Corte Portuguesa para o Brasil, mais especificamente para a cidade do Rio de Janeiro, foram observadas mudanças nas situações econômica, política e cultural. “A independência, a superação da monarquia absoluta e a adesão ao liberalismo econômico marcaram esse momento e se refletiram em todos os aspectos da vida nacional - inclusive na assistência psiquiátrica.” (Miranda-Sá Júnior, 2007, 156).

Neste sentido, no contexto brasileiro observa-se a loucura passar a ser vista como problema de ordem pública a partir do século XIX, sendo capturada pelo discurso religioso. Com isso, destinaram os loucos às prisões públicas e às Santas Casas de Misericórdia. Porém, os médicos pontuavam que as condições sob as quais os loucos ficavam submetidos não promoveriam a cura, reivindicando, então, um lugar específico de tratamento: o Hospício (Batista, 2014, 395).

No ano de 1841, D. Pedro II sancionou decreto de criação do hospício, e em 8 de dezembro de 1852 foi inaugurado o Hospício de Pedro II, conhecido como **Palácio dos Loucos** (Gonçalves; Edler, 2009). No ano de 1856 já havia relatórios apontando a superlotação da unidade, com o seu público composto por pessoas com transtornos mentais e indivíduos sem identificação.

Com a República, o Hospício Pedro II passou a se chamar de **Hospício Nacional de Alienados**, sendo desanexado da Santa Casa de Misericórdia. O Decreto n.º 206-A, de 15 de fevereiro daquele ano, criou a Assistência Médica e Legal aos Alienados, determinando, então, a criação das Colônias de São Bento e Conde de

Mesquita. O público destas unidades era composto por homens, tranquilos e com prognóstico de incuráveis.

No ano de 1911, em 11 de julho, o Decreto n.º 8.834 criou a **Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro**, cujo foco era o atendimento às mulheres (Brasil, 1911). No ano seguinte, a Psiquiatria tornou-se uma especialidade médica. Em 1923, as Colônias da Ilha foram fechadas e foi criada a Colônia de Psicopatas. Destinada aos homens, era conhecida também como **Colônia de Alienados de Jacarepaguá**, passando a chamar-se **Colônia Juliano Moreira** no ano de 1935. (Facchinetti et al, 2010).

De acordo com Facchinetti et al (2010) somente em 1927 houve a estruturação de um atendimento nacional aos usuários com transtorno mental através do Serviço de Assistência à Psicopatas. Até 1931 vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Internacionais (MJNI), quando passou a integrar o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e a Divisão de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal (composta pelo Hospital Nacional, o Manicômio Judiciário, as Colônias destinadas aos homens e as destinadas às mulheres e os asilos-colônias). Posteriormente, e, 1937, o Ministério passou a chamar-se Ministério da Educação e Saúde (MES).

Facchinetti et al (2010) sinalizam ainda que apesar de haver os Institutos Nise da Silveira e Juliano Moreira, o acervo documental é difícil acesso assim como de manuseio e não havia um inventário sobre os mesmos, sendo elaborado um acervo parcial pela equipe de pesquisa que estava levantando os dados sobre a história da loucura no Brasil.

3.1

O processo de Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve inspirações na Reforma Psiquiátrica Italiana, cujo principal ator foi Franco Basaglia, com diversas produções acerca do desmonte do hospital psiquiátrico enquanto lugar de produção e violências e não de

cuidado. De acordo com o mesmo, ainda que o ato de Pinel de romper os grilhões que aprisionavam os loucos fosse libertário, essa “liberdade” se dava dentro dos limites da instituição, tendo em vista que os loucos seguiam confinados nos manicômios. (Basaglia, 2010). Nas palavras do autor,

Mais de dois séculos após aquela espetacular ruptura dos grilhões, o ritmo da vida dos asilos ainda é marcado por regras forçadas e mortificações, exigindo uma solução urgente, com fórmulas que finalmente levem em conta o homem no seu livre situar-se no mundo. (Basaglia, 2010, 23).

O internamento, portanto, com seu ritmo particular, aniquila qualquer possibilidade de respeito à singularidade dos indivíduos, cumprindo ordens e executando atividades delegadas por terceiros. Tendo perdido sua individualidade e tendo que lidar com os limites causados pelo adoecimento, “o doente é impelido pelo poder institucionalizante do asilo à objetificar-se nas próprias regras que o determinam.” (Basaglia, 2010, 25).

A Reforma Psiquiátrica levanta então as seguintes questões: a utilização dos fármacos elimina, então, a necessidade da contenção física ou seu uso como primeira estratégia de abordagem; demanda a qualificação teórica e humana da equipe que trabalhará nesse campo; propõe a reconstrução de vínculos extra-muros; a destruição de barreiras físicas (executada pelos próprios pacientes); a adoção do sistema *open door*; a criação do hospital-dia e a possibilidade de organização da vida extra-muros, através das comunidades terapêuticas. (Basaglia, 2010).

A realização dessas primeiras etapas com vistas à transformação do manicômio num hospital terapêutico apresentou, porém, sérios problemas na relação com os enfermos, que aos poucos vão conquistando a consciência dos próprios direitos humanos. O doente mental [...] já não se apresenta como um homem resignado e dócil às vontades, intimidado pela força e pela autoridade de quem o tutela. (Basaglia, 2010, 30-31).

Acerca destas transformações no manicômio, Amarante (1995) a segmenta por psicoterapia institucional e comunidades terapêuticas, sendo estas voltadas às reformas internas no manicômio; psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva, sendo uma forma de superação às propostas anteriores e a antipsiquiatria e as experiências

propostas por Franco Basaglia, sendo uma proposta de ruptura com os modelos anteriores, questionando a instituição da psiquiatria e as práticas ligadas a ela até então. A seguir, podemos observar os movimentos de reforma psiquiátrica de acordo com Amarante (1995).

No que concerne às comunidades terapêuticas², ficou instituído que haveriam reuniões compostas por profissionais e usuários, com a finalidade de potencializar a leitura do grupo enquanto comunidade. Tinha como finalidade a humanização do manicômio e a proposição de que os usuários pudessem ser protagonistas dentro da instituição. Apesar disso, a experiência inglesa das comunidades terapêuticas não pôde lidar com o problema da exclusão causado pelo manicômio.

A psicoterapia institucional seguiu a mesma linha de protagonismo dos usuários e desverticalização das relações entre os atores do hospital psiquiátrico, sendo uma experiência francesa que propôs a criação de espaços como ateliês, reuniões, festas, dentre outros. Porém também não questiona o mandato das instituições psiquiátricas. Ambas experiências datam do segundo pós-guerra.

A psiquiatria de setor contesta o atendimento asilar, mas propõe que a organização da instituição deve considerar o local de origem do usuário, tendo como objetivo a continuidade do acompanhamento, na comunidade, pela mesma equipe que o acompanhou durante a internação. Nesta modalidade, a internação seria algo pontual, mas o tratamento em si deveria se dar na comunidade. A psiquiatria de setor foi uma proposta de abordagem francesa, datando dos anos 1960.

Porém a prática não alcançou os resultados esperados, tendo resistência por parte de alguns intelectuais que entendiam que a mesma iria reforçar o poder da psiquiatria, seja porque conservadores entendiam que a criação de uma rede de serviços com vistas à prevenção e à abordagem após a cura seriam dispendiosos ao Estado, além do temor da invasão da cidade pelos loucos.

A chamada psiquiatria preventiva ou comunitária emerge nos Estados Unidos e tem como objetivo a prevenção e promoção da saúde mental. Ela propõe que a

² Importante mencionar que as Comunidades Terapêuticas mencionadas no processo de Reforma Psiquiátrica são formas de críticas ao manicômio, àquela época e, em nada, assemelham-se às atuais instituições que levam o mesmo nome, voltadas principalmente às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas.

abordagem não seja mais a doença mental, mas a saúde mental. Faz com que seja entendido que todas as doenças mentais podem ser prevenidas e também detectadas de modo precoce. A proposta era de identificar suspeitos de acordo com seus hábitos, vícios, ancestralidade e etc, por meio de questionários aplicados à população para que se possa indicar o tratamento psiquiátrico adequado. Indicando, portanto, que o tratamento hospitalocêntrico é obsoleto.

Saindo do terreno específico da psiquiatria, para pensar e conceituar as doenças mentais, Caplan lança mão de teorias sociológicas que versam sobre as relações entre sujeitos e a sociedade, nas quais existem momentos, ou sujeitos, ou, ainda, segmentos, mais ou menos adaptados, mais ou menos desadaptados às regras sociais, à convivência social. Aqui é utilizado o conceito de ‘desvio’, transportado da sociologia e da antropologia, entendido como um comportamento que foge, proposital ou forçosamente, à norma socialmente estabelecida. (Amarante, 1995, 38-39).

Todas essas experiências puderam ir pavimentando o caminho para a proposta que chamamos de desinstitucionalização, que surgiu nos Estados Unidos para designar um conjunto de práticas que, àquela época, equivalia à desospitalização. “O arsenal de serviços alternativos [...] situa-se no terreno de contraposição ao processo de alienação e exclusão dos indivíduos.” (Amarante, 1995, 41). O preventismo ampliou a demanda por atendimento ambulatorial, constituindo-se num projeto de medicalização da ordem social. Em última análise, sua proposta de controle e disciplina guarda relação com o manicômio.

Já a antipsiquiatria tem sua origem na Inglaterra, nos anos 1960, sendo formulada a primeira crítica, de modo radical, ao saber médico-psiquiátrico, denunciando o fracasso desta área do saber em relação ao tratamento de pacientes diagnosticados como esquizofrênicos. “A antipsiquiatria procura romper [...] com o modelo assistencial vigente, buscando destituir [...] o valor do saber médico da explicação/compreensão do tratamento das doenças mentais.” (Amarante, 1995, 43).

Ela buscou, portanto, o diálogo entre loucura e razão, sendo contrária à medicalização do indivíduo. Apesar da crítica radical ao saber psiquiátrico, acaba por direcionar a discussão de que a esquizofrenia está baseada na dificuldade de

comunicação entre os indivíduos. Essa abordagem trouxe contribuições à discussão da desinstitucionalização tendo como viés a desconstrução.

Em direção similar, tem-se a tradição basagliana e a psiquiatria democrática italiana. Cabe dizer que,

A tradição iniciada por Franco Basaglia e continuada pelo movimento da psiquiatria democrática italiana afirma a urgência de revisão das relações, a partir das quais o saber médico funda sua práxis. A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento ‘político’: traz a pólis e a organização das relações econômicas e sociais ao seu lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam. (Amarante, 1995, 47).

A crítica à psiquiatria tradicional iniciou-se na década de 1960, no manicômio de Gorizia, na Itália, quando Franco Basaglia desenvolveu um trabalho com vistas à humanização do manicômio, percebendo sua insuficiência e que as comunidades terapêuticas tratam de modo artificial o dentro/fora. Ele propõe o desmonte do manicômio enquanto instituição que regula o louco. Nesta abordagem, a desinstitucionalização não é sinônimo de desospitalização. A desinstitucionalização significaria, portanto, “entender instituição no sentido e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos”. (Amarante, 1995, 49).

Nas palavras de Amarante (1995) por vezes a tradição a partir de Basaglia e Psiquiatria Democrática são confundidas, mas esta constitui-se num movimento político datado de 1973, “com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana, em todo o território italiano.” (Amarante, 1995, 50).

No final dos anos 1970 foi possível observar movimentos de Reforma Psiquiátrica em diversos países. No Brasil, no ano de 1978, foi criado o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), composto por profissionais, que passaram a questionar condições de trabalho para os profissionais e assistência prestada àqueles com algum sofrimento psíquico, e que estavam naquelas unidades.

Questionava-se o cuidado hospitalocêntrico e lutava-se, através dos movimentos sociais, pelos direitos das pessoas com transtorno mental.

Não havia concursos públicos para a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) há algum tempo e o seu quadro era composto, em sua maioria, por bolsistas cujo custeio ficava à cargo da Campanha Nacional de Saúde Mental. Os profissionais eram graduados ou graduandos e denunciavam as condições precárias de trabalho e acompanhamento aos usuários da saúde mental. É desta mobilização que se tem solo fértil para a emergência do MTSM.

O movimento foi protagonista quando se tratou das denúncias e críticas quanto ao modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental, apontando questões como violação de direitos, a mercantilização do transtorno mental e a crítica ao dito saber psiquiátrico. (Brasil, 2005). Tendo como pretensão:

Constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista – visto que a situação dos bolsistas é ilegal – aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Ou seja, reflete um conjunto heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa (Amarante, 1995, 52).

Conforme Amarante (1995) e Heidrich (2017), o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira foi deflagrado com denúncias, por parte de bolsistas, de irregularidades no Centro Psiquiátrico Pedro II, no ano de 1974. O episódio conhecido como **Crise da DINSAM**, Divisão Nacional de Saúde Mental, é marcado pela greve dos principais centros psiquiátricos do Rio de Janeiro, no ano de 1978. Foi neste cenário que nasceu o MTSM, composto por profissionais de diversas categorias e perspectivas teórico-metodológicas.

Os profissionais das quatro unidades da DINSAM, todas no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), deflagraram uma greve, em abril

de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais. (Amarante, 1995, 51).

Tenório (2002) informa que o movimento da Reforma Psiquiátrica atual iniciou-se no período da Ditadura Cívico-Militar, trazendo os questionamentos já mencionados anteriormente, ligados à demanda por melhores condições de trabalho, mas também pela humanização dos atendimentos prestados aos usuários. Nas palavras do autor,

Neste período, a discussão sobre os direitos dos pacientes permaneceu limitada à questão do aperfeiçoamento e da universalização dos dispositivos tradicionais – a ampliação do direito à saúde como questão político-social. (Tenório, 2002, 33).

Ainda no ano de 1978, em plena Ditadura Cívico-militar, ocorreu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (CBP), sendo realizado em Camboriú/ SC, entre 27 de outubro e 1º de novembro, trazendo a oportunidade de reunir e organizar os movimentos que já vinham ocorrendo nacionalmente. O evento ficou conhecido como **Congresso da Abertura**, porque reuniu setores conservadores e os movimentos de saúde mental, estabelecendo uma frente ampla, com vistas às mudanças da assistência em saúde mental, articulando a discussão e organização tanto política quanto ideológica.

De acordo com Amarante (1995) foram elaborados diversos documentos que apontavam as mais diversas questões em relação à assistência em saúde mental, dentre elas a situação salarial de diversos profissionais e regularização do vínculo dos mesmos; a formação dos recursos humanos, com vista à qualificação dos profissionais que irão ou já atuam no campo da saúde mental; que houvesse melhorias na relação entre a instituição, os usuários e os profissionais, criticando a hierarquização e a verticalização nestes espaços; em relação ao modelo médico-assistencial criticava-se a impossibilidade de serem utilizados os avanços da medicina moderna, mas também havia a crítica quanto aos limites da atuação e também no que se refere às condições de atendimento, já que o número de profissionais era insuficiente para a quantidade de usuários.

Enfim, os principais aspectos dizem respeito à política privatizante da saúde e às distorções assistenciais daí advindas, tendo, conseqüentemente, a dicotomia entre uma psiquiatria para rico *versus* uma psiquiatria para o pobre. Nesse momento dual, o que se percebe é a realização da abordagem psiquiátrica como prática de controle e reprodução das desigualdades sociais (Amarante, 1995, 54).

O lema **Por uma Sociedade sem Manicômios** emergiu em 1987, a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), no Rio de Janeiro. É a partir de 1992 que os movimentos sociais “[...] conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.” (Brasil, 2005, 8). No ano de 1994 é realizado o III Encontro de Entidades de Usuários e Familiares (EEUF), na cidade de Santos, sendo um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Enquanto marco legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no ano de 2001 foi sancionada a Lei n.º 10.216, em 06 de abril (Brasil, 2001). Conhecida também como **Lei Deputado Paulo Delgado**, esta lei norteia tanto o redirecionamento da assistência prestada às pessoas com transtorno mental, mas também pretende a garantia dos direitos desses usuários.

A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe um novo impulso e novo ritmo para a Reforma Psiquiátrica no Brasil. (Brasil, 2005, 8).

Em seguida, em 31 de julho de 2003, através da Lei n.º 10.708 tem-se o **Programa de Volta para Casa** (Brasil, 2003). Trata-se de um benefício que visa a reabilitação psicossocial de pessoas egressas de manicômios. Atualmente, o valor pago por este benefício é de R\$ 500,00. Somado ao Programa de Redução de Leitos Hospitalares de Longa Permanência e aos SRTs, constitui-se num dos pilares do processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais egressas de manicômios.

De modo sucinto, Vasconcelos (2010) divide o Processo de Reforma Psiquiátrica brasileira em três fases, a saber:

- 1ª. compreendida entre os anos de 1978 e 1992, seria a fase da denúncia, sendo o registro das primeiras tentativas de controle e humanização da rede hospitalar, onde ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental³ em 1987, período de início do Movimento Antimanicomial no mesmo ano, e ocorreram as primeiras experiências inspiradoras de novas estratégias e modalidade de serviços (nas cidades de Santos e São Paulo);
- 2ª. compreendida entre os anos de 1992 e 2001, foi o período em que ocorreu a II Conferência Nacional⁴ no ano de 1992, houve a conquista política no que concerne à desinstitucionalização enquanto norte de trabalho em saúde mental, inspirado na Reforma Psiquiátrica Italiana, e o início do financiamento e implantação dos serviços substitutivos ao manicômio;
- 3ª. compreendida entre os anos de 2001 e 2010, em 2001 ocorreram a III Conferência Nacional⁵ e a promulgação da Lei n.º 10.216, a consolidação da RAPS e também a ampliação das frentes de trabalho em saúde mental, abordando questões sobre uso prejudicial de álcool e outras drogas, e sobre crianças e adolescentes. É importante mencionar que a III Conferência Nacional de Saúde Mental teve ampla adesão dos movimentos sociais e forneceu o aporte teórico e político para a elaboração da política de saúde mental no Brasil (Brasil, 2005).

³ Realizada em 1987, foi um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, estruturou-se a partir de três eixos: 1- economia, sociedade e Estado; 2 - Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e 3 - cidadania e doença mental. Apontando que os trabalhadores, em conjunto com a sociedade civil possam construir, de modo coletivo, o combate a psiquiatrização e a ampliação do acesso aos serviços de saúde; o estímulo à participação popular e que os recursos sejam direcionados à atenção extra-hospitalar, promovida por equipe multiprofissional. (Amarante, 1995).

⁴ Realizada em 1992, reuniu mais vinte mil pessoas, tendo a participação inclusive de usuários dos serviços da política de saúde mental, tendo como objetivo a reestruturação da atenção à saúde mental e discutindo o direito à cidadania. Nesse período houve o fortalecimento do Movimento de Luta Antimanicomial e publicação de diversas portarias com vistas à estruturação da rede extra-hospitalar. (Heidrich, 2017).

⁵ Realizada em 2001, teve como proposta a expansão da rede de atenção psicossocial e também objetivando atender outros segmentos tais como crianças, adolescentes, pessoas em uso abusivo de álcool e/ ou outras drogas. (Vasconcelos, 2010).

Estas fases do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira contribuíram para que hoje tenhamos uma RAPS relativamente estruturada, com equipes de saúde mental atuando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim como nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos leitos de emergência, por exemplo, além das equipes que compõem o SRT, Centros de Convivência e demais espaços nos quais os usuários de saúde mental são estimulados à autonomia e reabilitação psicossocial.

A Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011, do MS, que institui a RAPS, delineando a rede de atendimentos voltada às pessoas com transtornos mentais e, também, os agravos em saúde mental em decorrência do uso nocivo de álcool e/ ou outras drogas. (Brasil, 2011).

A rede é composta do seguinte modo: atenção básica; equipe de consultório na rua; enfermaria especializada em hospital geral; equipe de apoio aos serviços do componente - Atenção Residencial de Caráter Transitório (ARCT), unidade de recolhimento, serviços de atenção e regime residencial; CAPS, nas suas diversas modalidades; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com sala de estabilização; Centro de Convivência; Unidade de Pronto Atendimento 24h; hospitais de emergência; Unidades Básicas de Saúde (UBS); serviço hospitalar para pessoas em sofrimento decorrente do uso prejudicial de álcool e/ ou outras drogas; estratégias de desinstitucionalização através do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e reabilitação psicossocial.

É importante que se faça um balanço, conforme aponta Vasconcelos (2016), sobre os desafios enfrentados para a objetivação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. De acordo com o autor, os movimentos de reforma, incluindo o de Reforma Sanitária, se deram no período de expansão capitalista e do estado de bem-estar social. “O pressuposto e o consenso político implícito eram a possibilidade de um avanço linear nas políticas de *welfare* e, nelas, também do processo de reforma psiquiátrica.” (Vasconcelos, 2016, 59-60).

Após a Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) representou avanços em relação às demandas trazidas pelos movimentos sociais, mas isso não foi realidade em outras políticas públicas. Além de observarmos que, a partir de 1990, as políticas passaram a ter ordenamento neoliberal, somado à

institucionalização dos movimentos sociais. “Na década de 2000, acelerou-se a mundialização econômica e financeira, sob o jugo das políticas neoliberais, com aprofundamento da crise econômica internacional e das políticas sociais.” (Vasconcelos, 2016, 62).

De acordo com Vasconcelos (2016), a ascensão do Partido dos Trabalhadores (PT) ao poder, sendo um dos principais atores na demanda pela redemocratização e articulação com os movimentos sociais, representou avanços, em certa medida, “promovendo crescimento econômico por meio de um aumento de renda e do consumo das camadas mais pauperizadas da população, com relativa reversão da desigualdade e miséria social mais aguda.” (Vasconcelos, 2016, 63).

Entretanto faz-se necessário pontuar as pactuações feitas com o conservadorismo, com o objetivo de obter apoio político, aliando-se, portanto, ao grande capital, econômica e politicamente. Deixando de priorizar o investimento em políticas públicas e sem criar barreiras ao avanço do neoliberalismo, com impactos como a privatização, a precarização e a terceirização dos servidores e trabalhadores. (Vasconcelos, 2016).

Mais especificamente no campo da saúde mental, na década de 2000, tivemos avanços significativos, dada a articulação e pressão do movimento antimanicomial, particularmente no campo legal, na diversificação da agenda e na ampliação do número de serviços de atenção psicossocial. Contudo, o cenário de fundo indicado acima produziu acentuada rotatividade dos trabalhadores, uma forte institucionalização das práticas e um número baixo de serviços efetivamente substitutivos, assim como os CAPS III, serviços residenciais e bolsas do programa De Volta pra Casa. (Vasconcelos, 2016, 64).

A partir de 2010, com os efeitos da recessão de 2008, percebe-se que o modelo de crescimento econômico adotado até aquele momento começa a demonstrar sinais de esgotamento, acrescido das políticas públicas frágeis, gerando insatisfação, tornando o solo fértil para as mobilizações do ano de 2013. Nos anos que seguiram, nos mandatos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, foram observadas a manutenção da pactuação com o grande capital e, também, a utilização do aparato jurídico-legal para investigação de corrupção, por exemplo, para a derrubada de “governos indesejados”. (Vasconcelos, 2016).

Assim, o quadro da saúde que temos no país em março de 2016 é a combinação de forte recessão, alto desemprego, crise fiscal dos governos federal, estaduais e municipais, gerando crises abertas da saúde pública em vários estados e municípios, associadas à emergência de graves epidemias [...] e uma gestão conservadora e de baixa competência para o setor. Além disso, a política de saúde mental do ministério está entregue a uma liderança⁶ historicamente identificada com a psiquiatria asilar, com enormes riscos de promover sérios retrocessos nas conquistas do processo de reforma psiquiátrica implementada até agora. (Vasconcelos, 2016, 68).

De acordo com Machado (2023), no Governo Dilma houve o lançamento do programa “Crack: é possível vencer”, no qual o governo federal passou a contratar leitos em comunidades terapêuticas por intermédio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), utilizando recursos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD).

Diferentemente das comunidades terapêuticas observadas nos movimentos de reforma psiquiátrica, as que àquele momento estavam sendo contratadas eram instituições cujo objetivo era absorver indivíduos que faziam uso prejudicial de álcool e/ ou outras drogas. Elas foram integradas à rede de serviços voltada aos “dependentes químicos”, sendo formalmente incorporadas “ao programa público de enfrentamento às drogas, foi o principal desencadeador da formulação de sua existência como um problema público”. (Machado, 2023, 26).

As comunidades terapêuticas, como foram configuradas, tornaram-se um híbrido entre justiça, saúde e assistência social. Cabe mencionar que, apesar de gradativamente as comunidades terapêuticas passarem a ter maior vinculação com o Estado (laico), são instituições que atuam tendo como norteadora a base religiosa, ignorando a política de redução de danos. Machado (2023) menciona ainda que recentemente foi criado o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas através do Decreto nº 11.392/2023, na Secretaria Executiva do Ministério do desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, no primeiro mês do governo Lula (2023-2026). (Machado, 2023).

⁶ValenciusWurch Duarte Filho foi médico responsável pela Casa de Saúde Dr Eiras, na década de 1990, que foi a maior clínica psiquiátrica privada da América Latina. (Vasconcelos, 2016).

Além do notável crescimento e financiamento das comunidades terapêuticas, faz-se necessária, ainda, uma avaliação mais aprofundada do processo de reforma psiquiátrica durante os governos Michel Temer (2016-2019), Jair Messias Bolsonaro⁷(2019-2022) e atual de Luiz Inácio Lula da Silva (2023- em andamento), para que tenhamos dados acerca dos avanços e retrocessos neste âmbito das políticas públicas.

3.2

O processo de estruturação da assistência extra-hospitalar

Tendo como norte o Projeto de Lei (PL) Paulo Delgado, na década de 1990, os movimentos sociais conseguiram aprovar diversas leis que versavam acerca da ampliação dos serviços substitutivos ao manicômio, com vistas à nova modalidade de atenção à saúde mental.

Este período tem como marca o compromisso do Brasil enquanto signatário da Declaração de Caracas⁸, e a realização da II CNSM, realizada em 1992 teve como fato histórico a primeira vez em que, de modo expressivo, familiares e usuários de serviços de saúde mental tensionando mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do louco (Brasil, 2005).

Tendo como efeito a elaboração normas federais referentes aos CAPS, Núcleo de Acompanhamento Psicossocial (NAPS), hospital-dia e a própria fiscalização dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005). Entretanto, àquela época, não havia legislações específicas que determinassem o financiamento destes equipamentos, fazendo com

⁷ Cabe sinalizar que, neste quesito, produções científicas recentes vêm reunindo dados dos impactos dos governos Temer e Bolsonaro no âmbito das políticas públicas em saúde mental, dentre eles o **Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2020).

⁸ A Declaração de Caracas é resultado da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometeram-se a reestruturar a assistência psiquiátrica, rever o papel desempenhado pelo hospital psiquiátrico, resguardar os direitos civis, os direitos humanos e a dignidade dos usuários, assim como priorizar a permanência dos usuários no meio comunitário. (Hirdes, 2009).

que no período houvesse maior investimento em hospitais que em equipamentos substitutivos.

Neste sentido, a Lei n.º 10.216, promulgada em 06 de abril de 2001 (Brasil, 2001), constituiu-se uma conquista e avanço para a Luta Antimanicomial. Ela resulta das alterações ocorridas no PL Paulo Delgado, que tramitou por 12 anos no Congresso Nacional.

A lei em questão tem como norte a desinstitucionalização, versando acerca da proteção e direitos da pessoa em sofrimento psíquico, assim como aponta para o redirecionamento da assistência em saúde mental, além de trazer expressas as condições sob as quais a internação psiquiátrica, se se fizer necessária, deve ocorrer. A referida lei propõe o desmonte do modelo asilar, e o fortalecimento da assistência extra-hospitalar. Dito de outro modo, a Lei n.º 10.216:

Redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (Brasil, 2005, 9).

A Lei n.º 10.216 foi o disparador para que outras normativas voltadas à atenção extra-hospitalar fossem consolidadas, tornando a Reforma Psiquiátrica uma Política de Estado. Para efetivar a desinstitucionalização das pessoas que passaram anos em instituições totais, é necessária a criação de uma rede de assistência à saúde mental, que atue no processo saúde *versus* doença, criando estratégias de produção de sociabilidade e subjetividade àqueles que necessitem de acompanhamento na esfera da atenção psicossocial (Amarante; Rotelli, 1992).

Amarante (1995) elucida que a desinstitucionalização não é sinônimo de desospitalização, tendo em vista que este significa a saída e/ ou retirada do indivíduo da unidade hospitalar. A desinstitucionalização busca, por tanto a compreensão da instituição “no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.” (Amarante, 1995, 49). E é por esta razão que dizemos que ela tem como proposta a criação de um novo lugar social para a loucura, em liberdade.

Convergingindo com o Movimento de Reforma Psiquiátrica, o Projeto de Desinstitucionalização tem como objetivo desconstruir saberes, práticas e discursos que reduzem a loucura à doença. Com isso, faz-se necessária a criação de uma rede de assistência à saúde mental, ofertando e produzindo cuidados neste campo, tendo como horizonte a criação de novas formas de sociabilidade e subjetividade. (Amarante; Rotelli, 1992).

A Portaria 336/ 2002 define a complexidade CAPS, se deverão ser do tipo I, II ou III e as especialidades de atendimento (adulto, infanto-juvenil ou álcool e outras drogas). Ou seja, estes equipamentos diferenciam-se pelo perfil da clientela atendida, mas também têm seu porte determinado de acordo com sua área de abrangência. Portanto,

Os CAPS I são Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. [...] Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes [...]. Os CAPS III são serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes [...]. Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias os dias da semana e em feriados. (Brasil, 2005, 29-30).

A desinstitucionalização refere-se às diversas estratégias adotadas, em parceria com a rede de serviços que atenda ao usuário em acompanhamento. Ela propõe-se à criação de um novo lugar social para as pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental.

Dentre as estratégias para a desinstitucionalização estão o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica do SUS (PRH), o Programa de Volta para Casa (PVC), além da ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio do investimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e no Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o que tem contribuído significativamente com o processo de redução de leitos psiquiátricos assim como o fechamento dos manicômios. (Brasil, 2005).

Tem-se a possibilidade de inserção no SRT, positivado pela Portaria n.º 106 (Brasil, 2000), voltado àqueles usuários cujos laços comunitários e familiares foram

rompidos ou estão esgarçados em decorrência da longa internação em instituições asilares, o que impede o seu retorno para casa.

A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade são tarefas às quais o SUS vem se dedicando [...]. A implementação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátricos. Assim, os Serviços Residenciais Terapêuticos, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, construídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. (Brasil, 2005, 14).

Este novo cenário que se desenha requer que seja criada uma rede de atenção à saúde mental, com vistas à viabilização da oferta e produção de cuidados neste campo, tendo também como proposta a produção de novas formas de sociabilidade e subjetividade (Amarante; Rotelli, 1992). É importante termos a consciência de que o manicômio não se reduz à estrutura física das instituições, mas sim, diz respeito à lógica que norteia práticas voltadas ao suposto cuidado direcionado às pessoas em sofrimento psíquico.

O árduo trabalho da desinstitucionalização exige da RAPS que construa e fortaleça uma rede de serviços substitutivos ao manicômio, de base territorial, de modo articulado com as demais políticas públicas, como forma de estratégia para a reabilitação psicossocial. A fim de que se atinja este objetivo, tem-se também a oferta de benefícios sociais, principalmente de modo pecuniário, com vistas à garantia da subsistência daqueles que foram encarcerados por longa data em instituições asilares, assim como aqueles cuja gravidade do quadro os impeça de serem inseridos no mercado formal de trabalho.

O **Programa de Volta para Casa**, sancionado através da Lei n.º 10.708 (Brasil, 2003), do Governo Federal, e o **Benefício de Prestação Continuada**, vinculado à Política Nacional de Assistência Social (PNAS), são benefícios de transferência de renda que visam dar suporte financeiro para que a reabilitação psicossocial se efetive.

O programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. [...] O objetivo do programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação. (Brasil, 2005, 16).

Cabe pontuar que o SRT deve suprir a demanda por habitação deste segmento social e que as estratégias supramencionadas são de vital importância para a operacionalização da desinstitucionalização, um processo contínuo, e que exige que estejamos, enquanto técnicos em saúde mental, atentos. Já que, como se sabe, práticas manicomiais não se resumem à estrutura física, e podem ocorrer em outros espaços, para além do manicômio.

3.3

Caminhos para o desmonte do Manicômio Judiciário

A Lei n.º 10.216/ 2001 trata dos direitos das pessoas com transtorno mental e da reorganização do modelo assistencial destinado à este público, em conjunto com a Portaria 336/ 2002 que esclarece a modalidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assim como horário de funcionamento e público alvo, levando em consideração o número de habitantes para que se determine o funcionamento na modalidade I, II ou III. Propôs-se, então, o reordenamento da atenção em saúde mental.

Se a reforma psiquiátrica é um processo social amplo, que almeja promover mudanças culturais na própria sociedade, no nível das políticas públicas ela é a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, substituindo um sistema centrado no hospital por um sistema mais aparelhado para responder às reais e diversificadas necessidades de tratamento e suporte de vida acarretadas pela doença mental grave. Um sistema baseado em dispositivos comunitários, abertos e regionalizados, compondo, em seu conjunto, o que chamamos de rede de atenção integral. (Tenório, 2007, 13).

Porém os Manicômios Judiciários seguiam/ seguem apartados deste modelo de atenção, uma vez que, como pudemos observar no relatório das **Inspeções aos**

Manicômios no Brasil (2015), instituições desta modalidade não atendiam o que se preconiza na Lei 10.216/ 2001, já que eram potencializadas as rupturas de laços comunitários e familiares, não havia condições dignas nas instalações e que os usuários acabavam por cumprir prisão perpétua.

No ordenamento jurídico brasileiro, as pessoas com transtornos mentais que cometem crimes são consideradas inimputáveis, isto é, isentas de pena. Estas pessoas são submetidas, no entanto, à medida de segurança, espécie de tratamento compulsório, cuja principal consequência é a segregação perpétua ou por longo período, através de internação, da pessoa acometida de transtornos mentais que cometeu um crime ou uma infração. (Brasil, 2005, 22).

Entretanto, é importante sinalizar algumas experiências de acompanhamento de pessoas com transtorno mental em situação conflitiva com a lei, sendo elas as que pudemos observar em Goiás e Minas Gerais, que propuseram atendimento diferente daquele ofertado nos manicômios judiciais.

As experiências são o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), em Goiás, e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), em Minas Gerais. O primeiro iniciou em 26 de outubro de 2006, por meio da Promotoria de Justiça de Execução Penal de Goiânia, a partir da pactuação entre as Secretarias de Estado de Saúde (SES) e Secretaria de Estado da Justiça (SEJUS), SEMUS, Tribunal de Justiça (TJ) e o Ministério Público de Goiás (MPGO), cujo objetivo é o acompanhamento dos usuários que, mesmo com laudo de cessação de periculosidade, ainda encontravam-se institucionalizados (Silva, 2013).

O PAILI consolidou-se como “modelo na atenção ao paciente em medida de segurança ao abolir definitivamente a ultrapassada figura do manicômio judiciário” (Silva, 2013, 5), tendo reconhecimento em 2009, quando recebeu o Prêmio Inovare. O programa apresenta dados positivos no que tange ao resgate da cidadania dos usuários aos quais acompanham, incluindo o resgate de laços sociais e familiares, e a busca por uma vida digna.

Já o PAI-PJ foi instituído em 13 de novembro de 2020, através da Resolução n.º 944, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG, 2020), propondo a estruturação do PAI-PJ. Compõe os seus objetivos a prestação de assessoria à Justiça de Primeira e Segunda instâncias, no que concerne à individualização das Medidas de Segurança,

Medidas Socioeducativas (MSE) e demais penas aplicadas aos denominados **pacientes judiciários**. Nesta resolução, consideram-se pacientes judiciários aqueles que apresentam sofrimento psíquico e se encontram em alguma modalidade de restrição de liberdade, incluindo adolescentes.

O PAI-PJ tem como uma de suas atribuições a realização de ações que objetivam à reinserção social dos pacientes judiciários, sendo estas realizadas de modo articulado com demais parceiros da rede. Propõe-se o cuidado de base territorial e, quando não houver possibilidade de reinserção familiar ou autonomia para as necessidades da vida diária, há a possibilidade de inserção em SRT. Este tipo de equipamento é destinado àqueles que, em decorrência da institucionalização, tiveram os seus laços sociais e familiares rompidos (TJMG, 2020).

Apesar de serem programas que se debruçam sobre a temática da atenção à saúde mental de pessoas que cometeram algum delito, e apresentam comprometimento em decorrência do sofrimento psíquico, eles têm algumas particularidades. O PAILI tem como público-alvo àqueles que já tiveram o laudo de cessação de periculosidade emitido, documento que formaliza a possibilidade de desinternação, mas que encontra obstáculos para sua concretização, principalmente pela falta de suporte social e familiar para que se trabalhe o processo de desinstitucionalização daqueles indivíduos.

Já a segunda experiência, o PAI-PJ, não delimita a sua ação apenas àqueles que já tiveram o laudo de cessação de periculosidade emitido, porque atende a todos que estejam em privação de liberdade, já cumprindo medida de segurança ou aguardando a tramitação de seu processo. Portanto, busca o acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico que cometeram delitos desde a sua chegada ao sistema carcerário.

Os Manicômios Judiciários têm uma dinâmica própria do manicômio, acrescida da barbaridade que é o sistema carcerário, cuja proposta é punir e recuperar. Porém, os indivíduos direcionados para estas instituições precisariam de um laudo de cessação de periculosidade que, em alguns casos, mesmo a equipe técnica fornecendo parecer favorável à desinternação, a sua efetivação deveria passar pelo crivo do juiz.

Espera-se que com o desmonte do Manicômio Judiciário, que não está inserido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e vivencia as burocracias do Sistema

Judiciário, viabilize-se o processo de desinstitucionalização deste usuário que encontra-se em cumprimento de Medida de Segurança.

Recentemente, em 15 de fevereiro do ano corrente, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2015) publicou a Resolução n.º 487, estabelecendo a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, propondo o desmonte dos Manicômios Judiciários e reordenando o cuidado prestado àqueles que, em sofrimento psíquico, cometeram algum delito. Propõe-se, então, que as equipes de saúde promovam o cuidado às pessoas que se encontram em situação conflitiva com a lei, mas também estejam em sofrimento psíquico.

A referida resolução reconhece e positiva que o acompanhamento em Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) não atende aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, indicando, para tanto, estratégias de acompanhamento às pessoas em sofrimento psíquico que estão sendo acusadas ou foram condenadas a cumprir MSE em decorrência do cometimento de algum crime. Adota-se, dessa forma, o cuidado em saúde mental/reabilitação psicossocial, ao invés do punitivismo.

Entretanto, em 9 de agosto do ano corrente, em matéria publicada na página eletrônica da Câmara dos Deputados, informa que a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Decreto Legislativo n.º 81/2023 (Câmara dos Deputados, 2023), que suspende a Resolução n.º 487 do CNJ. As ponderações indicam questionamentos que retomam o imaginário do “louco perigoso”, similares àqueles que propiciaram a criação dos manicômios judiciários, mas também aqueles que apontam a barbárie que é a sobrevivência naquele tipo de instituição.

É sempre oportuno salientar que os CAPS têm papel central no processo de desinstitucionalização de usuários crônicos da saúde mental, advindos de instituições psiquiátricas, sejam apenas manicômios ou manicômios judiciários. É, portanto, atribuição destes equipamentos ofertar atendimento diariamente com a finalidade de evitar internações em hospitais psiquiátricos, promover a reabilitação psicossocial através de ações intersetoriais, ser responsável pela porta de entrada de usuários na rede de atenção psicossocial, assim como dar suporte às unidades básicas de saúde.

“Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.” (Brasil, 2005, 25).

4

Interseccionalidade e o Encarceramento dos indesejáveis

Neste capítulo, tem-se por objetivo a discussão da interseccionalidade entre raça, gênero e desigualdade social, e os seus impactos em práticas manicomiais. Vale dizer, que pensar esta temática de modo histórico e vinculado aos movimentos sociais se faz auspicioso, haja vista que quando se trata de reposicionamentos da sociedade, prioritariamente através de políticas públicas, pode-se observar que houve um momento de tensionamento por parte de movimentos sociais que desembocaram em políticas públicas, por exemplo, onde estas são frutos de concessão e conquista. Ou seja, são frutos das lutas travadas pela ampliação da cidadania.

Gohn (2011) aponta que movimento social é uma ação concreta, de modo coletivo, tendo caráter sócio-político e cultural em prol da organização para o pleito do atendimento às demandas daqueles que compõem o referido grupo/segmento social. Nas palavras da autora, as “definições já clássicas sobre os movimentos sociais citam como suas características básicas o seguinte: possuem identidade, têmpositor e articulam ou fundamentam-se em um projeto de vida e de sociedade.” (Gohn, 2011, 336).

Os movimentos sociais clássicos expressam a luta de classes, que se tornam possíveis quando há uma identificação entre os atores envolvidos nela: a burguesia e o proletariado. Vale dizer que a luta de classes tem como fundamento a contradição capital *versus* trabalho, própria do modo de produção capitalista, mas neste bojo tem-se, também as chamadas **lutas sociais**, que são o resultado da mobilização das classes fundamentais do modo de produção capitalista em busca de respostas às expressões da questão social.

José Paulo Netto e Marcelo Braz, no livro **Economia Política: uma introdução crítica** (2007), esclarecem acerca da estruturação do modo de produção capitalista e suas classes fundamentais. Nessa organização social, a burguesia possui

os meios de produção, e aqueles que não os detêm possuem apenas a sua força de trabalho como moeda de troca.

No **Manifesto do Partido Comunista**, em 1848, Marx e Engels (1999) propuseram o que se chama de passagem de classe em si para classe para si, quando o proletariado passaria a identificar-se como um coletivo que sofre as mesmas mazelas, passando a haver a organização desse grupo com a finalidade de pressionar para que haja o atendimento às suas demandas. (Marx; Engels, 1999).

Entendendo que o proletariado, na Era do Capital, é composto por homens livres que, nesta organização social e de produção, significa que enquanto detentores apenas de sua força de trabalho, os homens são livres para vendê-las ou morrer de fome. Percebendo que apenas um grupo de indivíduos era detentor dos meios de produção e que ao proletariado restava o trabalho, ao atender às suas práxis primárias, há a possibilidade de se debruçar sobre outras demandas⁹.

Neste sentido, AlejandraPastorini (1997), em **Quem mexe os fios da Políticas Sociais**, elucida acerca de que para dar respostas às tensões ocasionadas pela organização da classe que vive do trabalho, o Estado vê-se na encruzilhada da concessão e da conquista. Dito de outro modo, é através da viabilização de políticas sociais que o Estado consegue, medianamente, atender às demandas das classes fundamentais do modo de produção capitalista: seja a classe que vive do trabalho, tendo acesso aos direitos; seja a burguesia, que vê o Estado intervindo nos custos de reprodução da força de trabalho.

Em resumo, as políticas sociais são fruto do binômio concessão *versus* conquista, tendo em vista que à medida em que concede o acesso às políticas sociais, estas impactam diretamente na produção e reprodução da força de trabalho, o que atende aos anseios da classe que vive do trabalho, mas também à burguesia, que vê ser viabilizada a manutenção de sua matéria prima: a possibilidade de exploração da mais valia (o tempo de trabalho não pago que é apropriado por aquele que detém os

⁹ Rousseau (apud Weffort 2001), abordando o contrato social, traz à luz que com a finalidade de manter a ordem social, que o homem deixe ser “o lobo do próprio homem”, ou seja, quando os homens saem do Estado de natureza e passam ao Estado de direito, acorda-se que o Estado seria o detentor do poder coercitivo e mediará a relação entre homens. Entretanto, o Estado não é uma entidade autônoma e neutra, mas, ao contrário, expressa em si a contradição capital *versus* trabalho. Deste modo, cabe ao Estado promover a mediação entre classes (Weffort, 2001).

meios de produção). Por outro lado, as políticas sociais tornam-se conquista da classe que vive do trabalho por atenderem, medianamente, às suas necessidades vinculadas à sua produção e reprodução. É desta identificação de classes que, no que se refere à organização da classe que vive do trabalho, surge o Movimento Social Clássico. Posteriormente surgem outros movimentos sociais, mais ligados à pauta identitária.

Cabe dizer, que nesta discussão, têm-se os movimentos sociais clássicos, estes que estão vinculados diretamente à questão social, conforme descrito acima, e, também, aos novos movimentos sociais, que estão vinculados às refrações da questão social. A questão social, de acordo com Netto e Braz (2007), expressa-se nas mazelas advindas da contradição capital *versus* trabalho. Ora, não se trata mais de uma questão da escassez como em outrora, mas da produção em larga escala, sem escoamento, enquanto há diversas pessoas necessitando daquilo que foi, em alguns casos, descartado.

Na sociedade brasileira a pobreza tem cor: é negra, tendo em vista que no trânsito do modo de produção escravagista para o capitalista, a população negra foi deixada à própria sorte, sem políticas de inclusão após a abolição. Nilma Lino Gomes (2017), por exemplo, aborda a discussão do Movimento Negro, e joga luz sobre dificuldades quanto à educação voltada às relações étnico-raciais, e, deste modo, pode-se situar também a questão social, pensando que, além dos impactos objetivos e materiais à população negra, sofre-se o apagamento dos saberes, ou seja, o epistemicídio.

É nos novos movimentos sociais que se pode situar a discussão acerca de movimentos identitários, como o caso da identidade da mulher negra ou, melhor dizendo, a interseccionalidade entre racismo, machismo e desigualdade social, que impactam no segmento populacional, objeto deste estudo. Nas palavras de Gohn (2011, 336-337):

Lutam contra a exclusão, por novas culturas políticas de inclusão. Lutam pelo reconhecimento da diversidade cultural. Questões como a diferença e a multiculturalidade têm sido incorporadas para a construção da própria identidade dos movimentos. Há neles uma resignificação dos ideais clássicos desigualdade, fraternidade e liberdade. A igualdade é resignificada com a tematização da justiça social; a fraternidade se retraduz em solidariedade; a liberdade associa-se ao princípio da autonomia – da constituição do sujeito, não individual, mas

autonomia de inserção na sociedade, de inclusão social, de autodeterminação com soberania. Finalmente, os movimentos sociais tematizam e redefinem a esfera pública, realizam parcerias com outras entidades da sociedade civil e política, têm grande poder de controle social e constroem modelos de inovações sociais.

Em outras palavras, as possibilidades das múltiplas questões que podem, e necessariamente devem ser observadas pelos movimentos sociais, não se encerram na luta de classes, ao contrário, podem ser associadas/acrescidas das questões e pautas levantadas pelos movimentos sociais identitários.

4.1

Entendendo o racismo estrutural

Silvio Almeida (2019) joga luz sobre a discussão do racismo estrutural, que é de fundamental importância para que se compreendam as relações de poder e correlação de forças que oportunizam que o racismo seja uma prática institucionalizada. O autor traz a discussão de que o termo **raça** sempre esteve ligado ao ato de criar classificação entre animais, plantas etc., e, posteriormente, ocorre o mesmo com humanos. “A noção de raça como referência a distintas categorias de seres humanos é um fenômeno da modernidade que remonta aos meados do século XVI” (Almeida, 2019, 18).

Raça é, portanto, como infere Almeida (2019), um termo relacional e historicamente datado, porque o seu sentido muda de acordo com o contexto sócio-histórico. “Assim, a história da raça ou das raças é a história da constituição política e econômica das sociedades contemporâneas” (Almeida, 2019, 18). Portanto, considerando a sua historicidade, a categoria raça tem dois registros que se atravessam:

1. como característica biológica, em que a identidade racial será atribuída por algum traço físico, como a cor da pele, por exemplo;
2. como característica étnico-cultural, em que a identidade será associada à origem geográfica, à religião, à língua ou outros costumes (Almeida, 2019, 22).

A produção de Almeida (2019) traz reflexões importantes acerca das categoriais de racismo, preconceito racial e discriminação racial. Discutindo ainda três concepções de racismo, quais sejam: individualista, institucional e estrutural, cabe dizer que, na concepção individualista:

O racismo, segundo esta concepção, é concebido como uma espécie de “patologia” ou anormalidade. Seria um fenômeno ético ou psicológico de caráter individual ou coletivo, atribuído a grupos isolados; ou, ainda, seria o racismo uma “irracionalidade” a ser combatida no campo jurídico por meio da aplicação de sanções civis – indenizações, por exemplo – ou penais. Por isso, a concepção individualista pode não admitir a existência de “racismo”, mas somente de “preconceito”, a fim de ressaltar a natureza psicológica do fenômeno em detrimento de sua natureza política (Almeida, 2019, 25).

Nesta concepção, o racismo seria algo individual, não estaria ligado à sociedade ou às instituições. Os indivíduos agiriam de modo isolado ou em grupo, dada a compreensão de que é algo individual, com ações ligadas ao comportamento, conscientização, educação e mudanças culturais, que fundamentam o enfrentamento do racismo (Almeida, 2019).

Já no que diz respeito à concepção institucional, considera-se que, nesta concepção, o racismo não é apenas uma questão de comportamento individual, mas é resultante do funcionamento das instituições, já que estas podem perpetuar vantagens ou desvantagens com base na raça.

A concepção institucional significou um importante avanço teórico no que concerne ao estudo das relações raciais. Sob esta perspectiva, o racismo não se resume a comportamentos individuais, mas é tratado como o resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça (Almeida, 2019, 26).

As instituições promovem uma padronização, orientando comportamentos e a ação social, proporcionando alguma normalidade aos sistemas sociais. Ou seja, é lidando com as “regras institucionais que os indivíduos se tornam sujeitos, visto que suas ações e seus comportamentos são inseridos em um conjunto de significados previamente estabelecidos pela estrutura social” (Almeida, 2019, 26).

Portanto, as instituições exercem influência sobre o comportamento dos indivíduos, seja nas escolhas feitas de modo consciente ou não. Aqueles que partilham da compreensão do racismo a partir da concepção institucional, afirmam que os conflitos advindos da questão racial são, também, parte constituinte das instituições, sendo a desigualdade racial um fenômeno que não está isolado, relegado aos grupos ou aos indivíduos, mas que é reafirmado pelas instituições.

O efeito disso é que o racismo pode ter sua forma alterada pela ação ou pela omissão dos poderes institucionais – Estado, escola etc. –, que podem tanto modificar a atuação dos mecanismos discriminatórios, como também estabelecer novos significados para a raça, inclusive atribuindo certas vantagens sociais a membros de grupos raciais historicamente discriminados. Isso demonstra que, na visão institucionalista, o racismo não se separa de um projeto político e de condições socioeconômicas específicas. Os conflitos intra e interinstitucionais podem levar a alterações no modo de funcionamento da instituição, que, para continuar estável, precisa contemplar as demandas e os interesses dos grupos sociais que não estão no controle (Almeida, 2019, 28).

É necessária a pontuação sobre *BlackPower* e Racismo Institucional, onde Almeida (2019) faz o resgate da primeira vez em que se usa o adjetivo institucional para a discussão da questão racial, mencionando o livro *Black Power: Politics of Liberation in America*, de Charles V. Hamilton e KwameTures (nome de origem africana adotado por Stokely Carmichael). No livro, o racismo é definido como “[...] a aplicação de decisões e políticas que consideram a raça com o propósito de subordinar um grupo racial e manter o controle sobre esse grupo” (Almeida, 2019, 28).

Já no que diz respeito à concepção estrutural, as instituições são racistas, porque refletem o desejo de manutenção de determinado *statusquo*. Ou seja, as instituições são racistas, pois a sociedade na qual estão inseridas é racista. Em outros termos, o racismo resulta da própria estrutura social, daquilo que é normatizado nas relações sociais em todas as esferas da vida.

Em resumo: o racismo é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. O racismo é estrutural (Almeida, 2019, 33).

Nesta concepção, racismo não se resume a um desarranjo institucional ou a uma patologia, mas é lido como um fenômeno estrutural, da organização social que, no caso brasileiro, está intimamente relacionado com a constituição do nosso país, fundado na exploração da mão de obra escravizada de pessoas negras.

Portanto, considerando que este trabalho trata, dentre outros fatores, da saúde mental, observamos que, apesar de termos a equidade como um dos princípios do SUS (Lei 8.080/ 1990), que traduz-se em tratar os indivíduos em suas particularidades, quando se trata da população negra, o racismo aprofunda o abismo do acesso entre pessoas negras e brancas.

No caso da população negra, que é mais vulnerável à várias patologias pelo processo histórico de exclusão social, econômica, política e cultural a que foi submetida, cabe aos serviços de saúde garantir atendimentos adequados, que reduziram essa vulnerabilidade. (Kalckmann et al, 2007, 8).

Em última análise, o racismo constitui-se determinante social de saúde, assim como questões de gênero e socioeconômicas.

É justamente nas áreas clínicas, nas quais a pessoa está sujeita à avaliação subjetiva do profissional de saúde que se verificam as mais elevadas taxas de mortalidade da população negra como um todo e, em especial, para as mulheres negras, que além das condições desfavoráveis de vida ainda sofrem com as intersecções entre sexismo e racismo. (Seppir, 2011, 11).

Tornando a discussão sobre interseccionalidade de suma importância, não só para o caso Fênix, mas para a análise e elaboração de políticas públicas nas mais diversas áreas que considerem os atravessamentos da vida dos sujeitos, a partir do segmento social ao qual pertença.

4.2

Interseccionalidade e a mulher negra no Brasil

É importante que se pense a trajetória do conceito de gênero. De acordo com Piscitelli (2009), o conceito foi utilizado em diversos momentos, para a discussão

acerca da **diferença sexual**. Robert Stoller teria sido o primeiro a utilizar o termo num congresso psicanalítico em Estocolmo, em 1963. Teria sido formulado o conceito **identidade de gênero**, a fim de fazer a distinção entre natureza e cultura. Nesta linha, sexo estaria diretamente ligado à biologia, e gênero teria a ver com a cultura. Nas palavras da autora:

Ou seja, esse psicanalista, acompanhando uma reflexão científica mais ampla, entendia que quando nascemos somos classificados pelo nosso corpo, de acordo com os órgãos genitais, como menina ou menino. Mas as maneiras de ser homem ou mulher não derivam desses genitais, mas de aprendizados que são *culturais*, que variam segundo momento histórico. O lugar, a classe social. Ser mulher de classe alta no Brasil, no início do século 20, pressupunha ser delicada, ficar restrita ao espaço doméstico, ter pouca educação formal, saber bordar e costurar. Assim, elas eram ensinadas a se enquadrar nesse modelo (Piscitelli, 2009, 124).

O conceito foi passando por diversas influências, dentre elas a do Movimento Feminista, na década de 1970, onde busca-se que as mulheres tenham os mesmos direitos dos homens.

As feministas utilizaram a ideia de gênero como diferença produzida na cultura, mas uniram a essa noção a preocupação pelas situações de desigualdade vividas pelas mulheres [...]. Foi, portanto, a partir de uma luta social, que surgiu uma contribuição teórica fundamental para o pensamento social (Piscitelli, 2009, 125).

Simone de Beauvoir é uma das principais autoras acerca da discussão de gênero e, de acordo com Piscitelli (2009), ela afirmava que:

Retirar as mulheres desse lugar só seria possível ao se combater o conjunto de elementos que impediam que elas fossem realmente autônomas: a educação que preparava as meninas para agradar aos homens, para o casamento e maternidade; o caráter opressivo do casamento para as mulheres, uma vez que, em vez de ser realizado por verdadeiro amor, era uma obrigação para se obter proteção e um lugar na sociedade; o fato de a maternidade não ser livre, no sentido de que não existia um controle adequado da fertilidade que permitisse às mulheres escolherem se desejavam ou não ser mães; a vigência de um duplo padrão de moralidade sexual, isto é, de normas diferenciadas que permitiam muito maior liberdade sexual aos homens; e, finalmente, a falta de trabalhos e profissões dignas e bem remuneradas que dessem oportunidade às mulheres de ter real independência econômica (Piscitelli, 2009, 131).

No fragmento acima, percebe-se que muitas são as questões que impactam na diferença entre homens e mulheres, principalmente no que diz respeito ao lugar social ao qual espera-se que estejam. Questões que impactam na vida da mulher, tanto na esfera privada quanto pública, que se atravessam e a submetem ao homem, fazendo-se necessária, portanto, a discussão acerca do patriarcado, sendo esta a estrutura de poder que garante que os homens ocupem um lugar privilegiado.

Acerca da subordinação sobredita, na esfera política, tem-se a compreensão de que “as mulheres ocupam lugares sociais subordinados em relação aos homens. A subordinação feminina é pensada como algo que varia de acordo com a época histórica e o lugar” (Piscitelli, 2009, 133).

Num segundo momento, o questionamento do Movimento Feminista muda um pouco de forma, passando a reivindicar então o acesso aos direitos, assim como questiona a gênese das desigualdades entre homens e mulheres.

As feministas trabalharam em várias frentes: criaram um sujeito político coletivo, as mulheres, e tentaram viabilizar estratégias para acabar com a sua subordinação. Ao mesmo tempo, procuraram ferramentas teóricas para explicar as causas originais dessa subordinação e trabalharam, recorrentemente, com uma série de categorias e conceitos fundamentais, sobretudo os de mulher, opressão e patriarcado (Piscitelli, 2009, 133).

A categoria mulher surge neste segundo momento do Movimento Feminista, e aponta que as opressões sobre as mulheres vão além da questão de classe e raça, atingindo, portanto, a todas as mulheres. Entender esse grupo como um coletivo que tem perdas apenas por serem quem são, foi importante para a organização política do movimento.

O reconhecimento político das mulheres como coletividade ancora-se na ideia de que o que une as mulheres ultrapassa em muito as diferenças entre elas. Isso criava uma “identidade” entre elas. A base para essa identidade inclui traços biológicos e, também, aspectos sociais, efeitos da dominação masculina. A opressão patriarcal estabeleceria uma conexão entre todas as mulheres, através do tempo e das culturas (Piscitelli, 2009, 134).

Para essa perspectiva, o ponto principal é o de que as mulheres vivem condições diferentes das dos homens. Ou seja, simplesmente por serem homens, estes

têm privilégios na sociedade na qual estão inseridos, em detrimento das mulheres. Porém, é possível entender que o grupo de mulheres é homogêneo? É possível ou desejável apagar as diferenças existentes dentro deste segmento? É por isso que, ao se discutir questões sociais, torna-se necessário pensar os diversos condicionantes que impactam no processo que culmina em diversas formas de desigualdade. Para tanto, recorre-se à discussão sobre interseccionalidade.

Interseccionalidade é um conceito que carrega, em si, uma complexidade. É uma categoria que foi “pensada por feministas negras cujas experiências e reivindicações intelectuais eram inobservadas tanto pelo feminismo branco quanto pelo movimento antirracista, a rigor, focado nos homens negros” (Akotirene, 2019, 14). O conceito de interseccionalidade foi cunhado por Kimberlé Williams Crenshaw, uma intelectual negra estadunidense, conquistando espaço acadêmico após a Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, no ano de 2001, em Durban, África do Sul (Akotirene, 2019).

Esta categoria de análise busca fornecer um instrumental teórico para sustentar pesquisas em que haja a discussão acerca do imbricamento do Racismo Estrutural, capitalismo e cisheteropatriarcado, que são produtores de identidades às quais as mulheres negras estão apartadas e sofrem os impactos da sobreposição das questões de gênero, raça e classe (Akotirene, 2019). Portanto, o termo **interseccionalidade**:

Demarca o paradigma teórico e metodológico da tradição feminista negra, promovendo intervenções políticas e letramentos jurídicos sobre quais condições estruturais o racismo, o sexismo e violências correlatas se sobrepõem, discriminam e criam encargos singulares às mulheres negras. Conforme dissemos é padrão colonial moderno o responsável pela promoção dos racismos e sexismos institucionais contra identidades produzidas durante a interação das estruturas que seguem atravessando os expedientes do Direito moderno, discriminadas à dignidade humana e às leis antidiscriminação (Akotirene, 2019, 35).

A partir da discussão sobredita, pode-se transportá-la para a questão da mulher negra. Nós, mulheres negras, somos, geralmente, pobres, numa sociedade classista; mulheres, numa sociedade machista e negras numa sociedade racista. Portanto, sendo atravessadas por múltiplas questões que nos afetam negativamente.

É sabido que durante o período da escravatura, alguns indivíduos eram selecionados para o trabalho a ser realizado dentro da casa-grande, em que às mulheres era reservado, muitas vezes, o lugar de mucama que, como dito popularmente, **servia da mesa à cama**. Neste sentido, reforçando a objetificação da mulher negra como aquela que atende não só às necessidades domésticas, mas também aos desejos sexuais do senhor.

Davis (2016) ao falar da condição da mulher negra durante a escravidão traz o dado de que “as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser infligidos a elas.” (Davis, 2016, 19). O trato às mulheres negras ocorria do modo mais conveniente ao senhorio. Se fosse explorando seu trabalho, pouco importava o gênero. Porém quando aplicavam-se castigos, eram reduzidas à sua condição de gênero.

Como fica evidente, a herança colonial racista e sexista ainda projeta nas mulheres negras todos os mitos criados pelo colonizador branco, o que faz que nossos corpos ainda sejam objetificados, hipersexualizados e ceifados de várias formas. E isso se evidencia, inclusive, nas estatísticas criminais, em que as mulheres negras constantemente figuram entre as principais vítimas de estupro e mortes violentas no país (Reis, 2019, 99).

Gonzalez (2022) sinaliza que “raça se relaciona fundamentalmente a um dos aspectos da reprodução das classes sociais, isto é, a distribuição dos indivíduos nas posições da estrutura de classes e dimensões distributivas da estratificação social.” (Gonzalez, 2022, 112). As desigualdades raciais observadas na contemporaneidade estão alicerçadas no período escravocrata e a continuidade da diferença de acesso de brancos e negros aos bens e serviços, mesmo após a abolição da escravatura, reforçada, posteriormente, pelo estímulo à imigração europeia.

Dois fatores principais, ambos relacionados à estrutura desigual de oportunidades de mobilidade social depois da abolição, podem ser identificados como determinantes das desigualdades raciais contemporâneas no Brasil: a desigual distribuição geográfica de brancos e negros e as práticas racistas do grupo social dominante. (Gonzalez, 2022, 112-113).

Autoras como Neusa Santos Souza, Sueli Carneiro, Jurema Werneck, Djamilia Ribeiro, dentre outras, fornecem subsídios para questionar o lugar socialmente

construído para a mulher negra nesta sociedade, propondo empoderamento e tomada do lugar de fala por este segmento social, com a finalidade de desenhar um novo lugar social.

O caso a seguir trata da desumanização de uma mulher negra, pobre, em sofrimento psíquico que foi designada a cumprir medida de segurança, por mais de três décadas, em decorrência do filicídio. A proposta é que o caso possa auxiliar na reflexão das práticas em saúde mental, mas, também, em outras políticas públicas.

4.3

Renascendo das Cinzas

É importante mencionar que este caso é um analisador, mas não se constitui em verdade absoluta sobre o assunto em foco. Ter tido a oportunidade de acompanhar um caso no qual a usuária ultrapassou o limite legal do cumprimento de penas restritivas de liberdade e dar suporte para o processo de desinstitucionalização desta pessoa, é algo a ser compartilhado, por dois motivos: lembrar para não repetir atrocidades e investir na ampliação da cidadania dos usuários. Então, a seguir, os relatos do caso.

No Brasil dos anos 1980, vivenciou-se um período de efervescência política, havendo mobilização de movimentos sociais e conquistas indiscutíveis do ponto de vista da garantia dos direitos sociais. Dentre elas, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) que, por meio do tripé da seguridade social, composto pelas políticas públicas de assistência social, previdência social e saúde, articula as estratégias de acesso aos direitos sociais aos brasileiros.

É neste mesmo período que Fênix era uma jovem mulher negra, filha da classe que vive do trabalho, residindo em região periférica do Rio de Janeiro. Eu a conheci, aproximadamente, em 2016, quando foi internada num hospital psiquiátrico público. Inicialmente, tendo como referência outra profissional, o contato com a usuária era esporádico, até que quando a referida profissional desligou-se da unidade e eu passei a ser técnica de referência de Fênix, junto a uma psicóloga, por sermos as poucas

profissionais que abordavam a paciente, em decorrência do seu histórico de rompantes de agressividade.

Iniciando este acompanhamento, a partir da enfermaria de crise ou de agudos, como era denominada, e me aproximando de sua história, passamos a criar vínculo e identificação, tendo em vista que a usuária fazia referência ao fato de eu ser uma mulher negra a acompanhá-la, o que não havia acontecido antes, de acordo com ela. Também dizia querer muito ser escutada por uma psicóloga, e que as pessoas soubessem de sua história.

Fênix à época era uma mulher com cerca de 50 anos. Quando estava na faixa dos 20 anos de idade, nos anos de 1980, Fênix assassinou o próprio filho, de um ano de idade, aproximadamente. Segundo ela, aí é que começou a sua saga.

Como já foi mencionado em capítulos anteriores, o manicômio promoveu e promove violência, das mais diversas formas. Com Fênix não foi diferente, sendo encaminhada a um manicômio judiciário, no qual relatou ter sofrido as mais diversas torturas. Relatou que, devido à violência daquela instituição, perdeu quase todos os dentes, e aprendeu a ser assim, *“meio bicho”* ou, em suas palavras: *“não tinha conversa, doutora. Era só porrada”*, tanto de funcionários quanto de outras usuárias. Disse ainda que a qualquer tempo era colocada em solitária e constantemente era chamada de **macaca**.

O relatório **Inspecções aos Manicômios no Brasil** demonstrou que a perda de laços sociais e familiares constitui-se em um dos entraves à desinstitucionalização desse público. No caso de Fênix, ela cumpriu medida de segurança, sendo reavaliada, conforme determina o direito, mas permanecendo sempre em cárcere. O manicômio judiciário no qual se encontrava, foi desativado, e ela precisou ser transferida para outra unidade, totalizando 32 anos de encarceramento, aproximadamente. Neste período, Fênix foi perdendo o contato com familiares e comunidade, fragilizando a sua sociabilidade.

Durante o período de internação no manicômio judiciário, Fênix passou a ter acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), mas isso não garantiu uma individualidade sua, ainda que fosse pelo consumo. Fênix tinha a sua sociabilidade e

cidadania reguladas pelo manicômio judiciário, na medida em que não poderia, ela própria, sair para comprar os seus objetos.

Neste último manicômio judiciário em que esteve, Fênix passou, aproximadamente, oito anos, e nele iniciou o acompanhamento num CAPS, que tentou fazer um trabalho de resgate familiar, para um possível retorno àquele núcleo. Infelizmente não foi um projeto com êxito. Fênix retornou ao mesmo imóvel no qual cometeu o crime na década de 1980, questão com a qual tanto a usuária quanto os seus familiares não conseguiam lidar. Também, ao que tudo indica, não havia construído vínculo com a técnica de referência do CAPS, sendo mais um complicador em casos graves como este.

Ao retornar à casa de sua família, Fênix, numa discussão, agrediu gravemente uma de suas irmãs, e a família disse, então, não haver mais possibilidade de que Fênix residisse com eles. A família interveio junto à comunidade para que Fênix não fosse linchada, e também junto à polícia, para que não fosse novamente presa, solicitando que ela fosse internada, por ser “doente”. Retornando, portanto, a uma instituição total, desta vez um hospital psiquiátrico.

A certa altura, quando comecei a colher a sua história a partir dela própria, Fênix contou-me que já era “*diferente*” desde a adolescência. Que tinha mais vínculo com o pai, àquela época já falecido, e que este, quando ela estava com aproximadamente 16 anos, a internou num hospital psiquiátrico público, onde ela tomava injeções e só podia sair aos finais de semana, quando ele ia buscá-la. Fênix não relatou mais informações anteriores ao final da adolescência.

Narrou uma vida de andarilha, principalmente após a perda deste pai, e contou que teve múltiplos parceiros sexuais e que, deste modo, engravidou. Durante a gestação, uma conhecida a acolheu. Quando o bebê nasceu, deixou-o sob os cuidados da irmã, porque não sabia como cuidar dele, e também porque ficava pelas ruas. Num momento retornou à casa da família, e durante uma discussão com a irmã, por conta dos cuidados com o bebê, cometeu o infanticídio, quando, então, foi presa.

Como mencionado anteriormente, o processo de desinstitucionalização da usuária Fênix foi iniciado quando ela se encontrava no segundo Manicômio Judiciário, com posterior entrada do CAPS no caso. Foi tentado o resgate dos laços

familiares, para que então ela pudesse voltar para casa. Porém, o fato destes laços já serem fragilizados mesmo antes da Medida de Segurança, deveria ter sido um alerta do quanto um retorno familiar poderia ter desdobramentos negativos.

Retornando para casa, Fênix contou que ficou fisicamente sem lugar na família. Subjetivamente, parecia já não existir esse lugar mesmo antes do crime que a levou ao manicômio judiciário. Sendo um apartamento de um programa habitacional popular, o imóvel era pequeno, e nele residiam alguns familiares, como mãe, irmã e um irmão, pelo menos. Fênix nunca deu detalhes de quem efetivamente morava no imóvel, mas sempre pontuou o lugar de não pertencimento. Relatou dormir na sala, um lugar de passagem do imóvel.

No dia em que discutiu com a irmã, disse que estava bastante irritada, e que a sua irmã usou um palavrão ao dirigir-se a ela, o que fez com que ela a agredisse com um objeto perfurocortante, causando-lhe sequelas. Então Fênix fugiu para um estabelecimento nas redondezas, onde uma segurança e seus familiares impediram seu linchamento. A polícia foi acionada, e em conversa com o delegado, os familiares disseram ter explicado a condição de saúde mental de Fênix, e que não desejavam que ela fosse para um presídio, mas que tivesse a oportunidade de ser tratada. Foi neste momento que Fênix foi para o hospital psiquiátrico público.

Neste serviço, em processo de fechamento, Fênix passou a ser acompanhada por uma assistente social, com a qual fazia atividades externas de resgate da cidadania, e tentava estreitar o vínculo com o CAPS de referência. Havia também a psicóloga que fazia o seu acompanhamento e o médico de referência na unidade. Fênix referia-se às profissionais como suas *“ajudadoras psicológica e social”*.

Igualmente, tentou-se manter o contato com um irmão da usuária, que, ao menos, falava com ela ao telefone. Ao longo do tempo de permanência nesta instituição, o caso foi discutido algumas vezes em Grupos de Trabalho, com a finalidade de trabalhar a desinstitucionalização de usuários que ainda se encontravam em manicômios.

No caso de Fênix, com a saída da primeira técnica de referência da usuária daquela instituição, Fênix ficou sem profissional de referência e, então, foi feita uma reunião para decidir quem assumiria a referência do caso. Como ela apresentava

rompantes de agressividade que a equipe, de modo geral, alegava não entender o que desencadeava e também por ser um caso que demandava maior proximidade e disponibilidade dos técnicos, alguns profissionais colocaram os seus limites para ficar na referência. Neste ponto, eu, uma assistente social negra, junto a uma psicóloga branca, colocamo-nos para a referência do caso. Afinal, Fênix verbalizava tanto a identificação com uma profissional negra, como também o desejo de ser ouvida por uma psicóloga que alegava nunca ter ocorrido.

Iniciando o acompanhamento em dupla de referência, seguimos com a condução do caso a partir do resgate da cidadania da usuária, promovendo autonomia tanto para que ela pudesse administrar, com suporte, o BPC, do qual era beneficiária, quanto circular pelo território. Portanto, inicialmente, fazendo a função de “prótese”, para que Fênix conseguisse fazer essas atividades do cotidiano, para posteriormente poder exercer essas atividades sozinha.

As relações na enfermaria eram difíceis, e permanecer naquele local era ainda mais adoecedor. Certa vez, um rapaz, com cerca de 18 anos, foi internado na unidade, e Fênix aproximou-se dele. Muito desorganizado psiquicamente, Fênix o acolheu e o acompanhava nas diversas atividades estabelecidas pela instituição. Ao longo da internação, ao estabilizar o quadro, Fênix falou com ele sobre o seu interesse romântico, o que foi imediatamente rechaçado por ele. Dada a recusa, ela foi até o salão de Terapia Ocupacional, quebrou um espelho, e com os pedaços do vidro, fez cortes no rosto daquele rapaz. Foi necessário que ele fosse encaminhado a uma emergência em um Hospital Geral, para fazer pontos no rosto. Fênix, por sua vez, ficou extremamente irritada, escreveu palavrões com fezes nas paredes da unidade, tirou a parte de baixo da roupa e deu tapas em sua genitália, dizendo que era uma mulher preta, com pelos pubianos brancos.

Passado esse episódio, num outro momento, uma outra mulher negra, mais jovem, com transtorno de humor, internou na unidade. Os usuários do sexo masculino logo demonstraram interesse por ela, e, por sua vez, ela, sendo uma mulher negra de pele mais clara, começou a fazer essa marca de diferença com Fênix.

Abordamos diversas vezes a usuária que havia chegado sobre a questão de reprodução de racismo, e para que não fizesse isso. Tendo em vista que esta usuária

proferia xingamentos racistas contra Fênix. Neste período, Fênix verbalizou o seu desconforto, e num momento em que não conseguiu mais lidar com isso pela palavra, o fez em ato. Fênix quebrou diversos chuveiros das enfermarias da unidade, e conseguiu retirar do lugar um ralo de alumínio, com o qual fez cortes no rosto daquela usuária, que necessitou de atendimento em unidade de saúde geral.

As demais usuárias, tidas como internações de longa permanência, comumente casos em que não havia possibilidade de retorno familiar, e que precisariam de inserção em residência terapêutica, passaram a ter medo de Fênix, isolando-a ainda mais, além de seu próprio movimento de fazê-lo.

Num determinado momento, foi internada uma outra mulher, que também havia cometido infanticídio, e que Fênix conhecia do manicômio judiciário. Esta usuária tinha indicativos de ter um retardo mental de leve a moderado. Ao reconhecerem-se e dizerem às outras usuárias o motivo da identificação entre elas, passaram então a dormir na mesma enfermaria¹⁰. As profissionais da enfermagem relataram que as demais usuárias começaram a dizer que tinham medo delas. A enfermaria delas se localizava no meio do corredor e as demais internas se distribuíram voluntariamente nas enfermarias localizadas nas extremidades.

É interessante constatar que essa outra usuária, mulher branca, com suporte familiar, ficou um período incomparavelmente menor de tempo que Fênix, tanto no manicômio judiciário quanto no hospital psiquiátrico.

Fênix falava de uma angústia sentida e, recorrentemente, que ela estava “pagando pelo que cometeu” (sic). Dizia sentir-se sozinha. Num dos momentos em que estava mais angustiada, tentou, de modo desorganizado, atear fogo no próprio corpo. Mas a equipe conseguiu intervir. Comentou que fumava, porque esse era o seu “*suicídio lento*”.

Tinha-se como hipótese diagnóstica de que Fênix era psicótica. Num determinado dia, ao acompanhá-la para um almoço numa pensão nas redondezas do hospital psiquiátrico, ao comer, Fênix perguntou-me se eu estava ouvindo. Disse-me: “*Dra, a senhora está ouvindo?* Perguntei-lhe: “*Ouvindo o quê?*”, e ela me retornou

¹⁰Cada enfermaria comportava cerca de quatro usuárias. Havia cerca de oito quartos desse tipo na unidade.

com: *“Às vezes parece que escuto a voz da minha irmã lá longe, chamando ‘Fênix’... ‘Fênix’... bem baixinho. Às vezes outras coisas”*. Encerrou a conversa, e seguiu almoçando.

Fênix esteve internada neste hospital psiquiátrico, aproximadamente, de 2014 a 2019, seguindo o trabalho de desinstitucionalização. A dupla de referência que a acompanhava não pertencia mais ao quadro de profissionais da instituição, quando houve a inserção de Fênix no SRT.

O Serviço Social ficava como responsável pelas questões que diziam respeito ao campo denominado **sociojurídico**, englobando acesso a direitos e acompanhamento em processos judiciais, seja de desinternação, curatela, etc. Sendo referências técnicas de Fênix, eu e a psicóloga, prioritariamente, a acompanhávamos em saídas etc. Mas havia outros usuários com os quais o mesmo trabalho era realizado. Retomou o período de encarceramento, dizendo que era chamada de macaca, e que era tratada como animal. Disse que sentia, às vezes, como se estivesse transformando-se em um animal, e que não conseguia pensar antes de fazer, que apenas agia, e que por isso as pessoas se afastavam dela.

Após essa conversa, estabelecemos alguns limites e, principalmente, afinamos a comunicação. Fênix tinha autonomia para administrar os seus recursos advindos do BPC, mas quando fosse inserida no SRT, precisaria fazer o próprio enxoval e, portanto, necessitava de suporte para guardar parte do seu recurso. Processo que, por vezes, foi difícil, porque Fênix queria, em determinados momentos, adquirir diversos produtos, restando quase nada de seus recursos.

Fênix passou então a ter maior liberdade para ir e vir da instituição, acordando comigo e com a psicóloga, e sempre estando com nossos contatos para emergência, caso se perdesse ou se não quisesse voltar para a unidade no mesmo dia. Fênix circulava, de acordo com ela, pelo centro da cidade e Zona Oeste. Perdeu-se no caminho algumas vezes, mas pediu ajuda para as pessoas, informando os contatos de suas *“ajudadoras social e psicológica”*. De modo geral, as pessoas ajudavam no contato, ligavam-nos e davam-lhe suporte para pegar a condução.

Algumas vezes ela optou por dormir nas ruas, nas redondezas de onde os seus familiares residiam. Falou de encontros amorosos, e do quanto era bom poder sair

sozinha e cuidar do próprio dinheiro. Coisas que não tinha oportunidade há anos, porque, na época do manicômio judiciário, mesmo com o benefício, não podia sair, apenas pedia a estagiários ou funcionários que lhe trouxessem coisas.

O trabalho de desinstitucionalização seguiu, e, aproximadamente em 2019, Fênix foi finalmente inserida no SRT, sendo acompanhada em CAPS, e tendo liberdade para dar continuidade à sua vida de modo autônomo, com suporte da equipe da RAPS. Fênix me procurou, por meio de telefonemas, após sua desinstitucionalização, contando estar bem e que agora fazia atividades das quais gostava, e que poderia escolher se participaria ou não, incluindo as vinculadas ao seu PTS e programação de viagens, como atividades de lazer. Atualmente, por não ser mais técnica de referência da usuária, não é possível ter acesso a mais informações de como está se dando o seu acompanhamento na RAPS.

5

Considerações Finais

O caso de Fênix é emblemático e pode contribuir inclusive para a proposição de novas políticas públicas no âmbito da Reforma Psiquiátrica, no sentido de que ela personifica diversos grupos socialmente excluídos, sendo uma mulher, negra, pobre, em sofrimento psíquico, e que cometeu um crime considerado repugnante (o infanticídio ou, neste caso, mais especificamente o filicídio), sendo socialmente abominável. O caso mostra a saga desta pessoa, passando por diversas instituições totais desde a adolescência, pela maior parte de sua vida. Mas joga luz sobre o fato de que as diversas expressões da questão social se fizeram presentes no caso, e trouxeram um resultado catastrófico para a vida da usuária.

As experiências a partir dos manicômios judiciários demonstram que pessoas em Medida de Segurança podem ficar reclusas perpetuamente e que não se produz tratamento, ressocialização e preparo para a retomada da vida após o cumprimento de Medida de Segurança. Ao contrário, ele reforçou a segregação do segmento social estudado nesta pesquisa, ao reforçar a ruptura de laços comunitários e familiares, criando muitas vezes quadros de abandono de difícil resolução.

A partir dos anos 1990, com o Consenso de Washington, adota-se o neoliberalismo como norteador para as políticas sociais, visando o reposicionamento do Estado enquanto interventor na sociedade, propondo-se, então, a redução do Estado, que passaria a oferecer políticas sociais focalizadas e que dispensassem menos recursos. Com isso, afetando as políticas de saúde, assistência social, educação, dentre outras (Behring; Boschetti, 2008).

Tal reordenamento impacta não somente na capacidade da classe que vive do trabalho em se reproduzir, mas também no que diz respeito ao acesso à riqueza socialmente produzida, seja de forma material ou imaterial (Coutinho, 2005). A focalização e precarização das políticas sociais afetam diretamente as modalidades de

contratação dos profissionais que compõem os equipamentos da RAPS, tendo em vista que os vínculos precários implicam em maior rotatividade de profissionais, trazendo, assim, impactos negativos à criação de vínculos entre profissionais e usuários. Em última análise, impacta as possibilidades de acompanhamento dos usuários e o processo de desinstitucionalização deste público.

O caso corrobora que é necessário ter a RAPS suficientemente fortalecida, a fim de que seja possível dar suporte ao processo de desinstitucionalização de diversos indivíduos que se encontram em unidades aqui estudadas. No caso de Fênix, a primeira tentativa de desinstitucionalização mostrou-se malsucedida, ao realizar um trabalho apartado da equipe do CAPS, assim como a dificuldade de realização de um trabalho efetivo com a sua possível rede de suporte comunitário e familiar. O processo de desinstitucionalização deve contar com o CAPS, mas com a unidade básica de saúde de referência e demais atores da rede de serviços que acompanhará o caso extra-muros.

As limitações próprias de instituições que estão entre a justiça e a saúde têm os seus impactos na construção do PTS dos usuários, e proporciona, quando muito, saídas terapêuticas escassas. O estigma do louco perigoso, associado ao machismo, racismo e ao contexto de pobreza, parecem ter sido determinantes no caso de Fênix, para que ela tenha permanecido mais de três décadas institucionalizada.

Os manicômios judiciais foram criados com a finalidade de “recuperar” os chamados loucos perigosos, mas configuram-se em depósitos humanos, cheios de pessoas estigmatizadas, que foram apartadas da assistência em políticas públicas e do convívio social. Por fim, estes indivíduos acabam por cumprir penas superiores àquela que foi determinada pelo poder judiciário.

Neste sentido, compreender os meandros da formação da sociedade brasileira, calcada no modelo de escravidão da população negra, no genocídio dos povos originários, nas violências de gênero e na luta de classes, dão suporte para que seja descortinada a compreensão da atuação do Estado Penal brasileiro, notadamente dirigido aos indivíduos que pertencem aos segmentos sociais supracitados e suas intersecções. Nesta discussão acrescentou-se, ainda, a questão da saúde mental, legitimando o imaginário do louco perigoso. Um dos questionamentos possíveis é: se

Fênix fosse um homem branco, com poder aquisitivo, ainda que em sofrimento psíquico e tendo matado um familiar, teria passado por tamanha desumanização?

Compete à sociedade como um todo e aos trabalhadores da saúde mental, discutir em espaços deliberativos como fóruns em saúde, mas, também, em espaços de formação continuada como supervisões clínico-institucionais, o perfil dos usuários e os mecanismos de poder que perpassam a clínica no atendimento a eles. Observar e questionar as práticas, a fim de perceber se cada uma reforça ou não as práticas manicomialistas carregadas de outros fatores, mencionados anteriormente, que levam à exclusão.

Basaglia (1985) sinaliza que a equipe técnica passa a ser a nova administradora da violência no poder ao mitigar os conflitos e conformar os indivíduos à situação de violência, pontuando que o perfeccionismo técnico consegue fazer com aquele que sofre a violência aceite sua condição de inferioridade. Portanto, que a ambiguidade da função dos técnicos não desaparecerá enquanto não houver consciência de sua existência. “Agir no interior de uma instituição da violência mais ou menos camuflada significa recusar o mandato social que ela delega, dialetizando, no plano prático, tal negação.” (Basaglia, 1985, 103). Em outras palavras, desmistificar que o ato terapêutico é reprodutor da violência, estimulando à consciência nos excluídos, sem contribuir para que ele se adapte à exclusão.

Cabe dizer que os técnicos em saúde mental devem problematizar o processo de trabalho e suas práticas naquele ambiente, independentemente do tipo de instituição à qual esteja vinculado. Sendo assim, cabe fazer uma leitura crítica destas instituições, mas também questionarmos nossas práticas.

É sempre oportuno dizer que o manicômio não está nas paredes das instituições, mas nas práticas e nos manejos dos técnicos em saúde mental, assim como na sociedade. De acordo com Batista (1997), nas instituições o tecnicismo reforça o lugar de poder dos técnicos, fazendo com que o exercício do controle e, logo, da violência sejam disfarçados, dificultando a consciência da violência praticada.

É de suma importância que profissionais da saúde mental compreendam de fato o que significa a desinstitucionalização, e que este trabalho não se limita à desospitalização, mas a todas as etapas do processo de trabalho: antes, durante e

depois do processo de desospitalização. Desinstitucionalização é a possibilidade de serem criados novos lugares e modos de lidar com a loucura, sem os grilhões do manicômio, seja ele se presentificando fisicamente ou em práticas.

Outro ponto relevante a ser observado é de que os HCTPs não atendem aos preceitos da Lei 10.216/01, tendo em vista que não promovem atenção em saúde mental de base territorial, respeitando os direitos das pessoas com transtorno mental e promovendo a reabilitação psicossocial, como fora mencionado ao longo deste trabalho. Sendo, portanto, urgente o fim de instituições com esta proposta. Pudemos observar propostas exitosas nos estados de Minas Gerais e de Goiás, que reformulam o atendimento às pessoas que cumprem ou cumpriram medida de segurança.

Atualmente, com a Resolução n.º 487 do CNJ, propõe-se o reordenamento da atenção voltada ao “louco perigoso”, constituindo-se num avanço para a luta antimanicomial, mas que requer que os atores envolvidos nela pensem estratégias cuidadosas de acompanhamento destas pessoas, dada a associação da loucura ao perigo. Faz-se, portanto, necessária a contínua capacitação das equipes técnicas, porém, a sua efetivação encontra-se em suspenso, até o momento, em decorrência do Projeto de Decreto Legislativo n.º 81/23 que questiona, dentre outros fatores, a operacionalização da resolução supramencionada.

Apesar do movimento atual de embarreiramento da referida resolução, a tentativa de institucionalizar práticas diferenciadas no que concerne à atenção de pessoas em sofrimento psíquico que cometeram algum crime, é um alento e sinaliza a possibilidade da construção de políticas públicas que visem a garantia de direitos deste segmento social.

Compete ainda dizer que os CAPS, tendo o papel de ordenador da RAPS, e como mandato institucional a desinstitucionalização, devem potencializar os espaços de formação e reflexão acerca do processo de trabalho e as práticas dos técnicos em saúde mental, reiterando que o manicômio pode se apresentar nas práticas daqueles que devem promover cuidado em saúde mental.

Portanto, esta pesquisa não tem como objetivo esgotar o tema que foi discutido e teve seus limites no que se refere ao acesso aos prontuários da usuária, o que poderia trazer mais elementos para a análise das questões levantadas. Com isto,

contando apenas com o relato a partir da experiência compartilhada pela técnica de referência. Acrescida de questões pessoais desta pesquisadora, conforme fora mencionado no início deste trabalho. Ainda assim, a pesquisa demonstra sua relevância à medida em que não só busca discutir como se deram os movimentos de reforma psiquiátrica, a instituição de locais destinados aos usuários em sofrimento psíquico que cometeram algum delito, mas também como questões de gênero, raça e desigualdade social se entrecruzam e podem potencializar a exclusão social de determinado segmento.

Com a discussão realizada, buscou-se levantar elementos para a reflexão acerca das práticas em saúde mental e, também, nas demais políticas públicas que podem ser abarcadas nesta interseccionalidade de fatores que nos atravessam, já que se tem como horizonte o atendimento integral às demandas de nossos usuários, que são compostos de um corpo que sofre os reflexos dos determinantes sociais da saúde.

Referências bibliográficas

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen 2019.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen 2019.

AMARANTE, Paulo. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2000.

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

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

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. (Org.) Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BATISTA, Micheline Dayse Gomes. Breve História da Loucura, Movimentos de Contestação e Reforma Psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, [S. l.], n. 40, p. 391-404, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690/11177>. Acesso em: 25 abr. 2022.

BATISTA, Vera Malagutti. **O Proclamado e o Escondido**: a violência da neutralidade técnica. Discursos Sediciosos - Crime, Direito e Sociedade, Rio de Janeiro: ICC/ Revan, 1997.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Corte, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Emenda Constitucional. Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26 mai. 2023.

BRASIL. Decreto nº 206-A, de 15 de fevereiro de 1890. Aprova as instruções a que se refere o decreto n. 142 A, de 11 de janeiro último, e cria a assistência médica e legal de alienados. Rio de Janeiro, 1890. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 25 fev. 2022.

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

BRASIL. Decreto n.º 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Rio de Janeiro, 1903. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Decreto n.º 8.834, de 11 de julho de 1911. Reorganiza a Assistência a Alienados. Rio de Janeiro, 1911. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8834-11-julho-1911-507693-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.708.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106_0.pdf. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 25 fev. 2022.

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

BRASIL. **Portaria n.º 3.090, de 23 de dezembro de 2011**. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**: Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental – 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 2 nov. 2022.

BRASIL. **Resolução 510 de 07 de abril de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 20 de dez. de 2022.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Decreto Legislativo. **PDL 81/2023**. Susta a aplicação da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023 do Conselho Nacional de Justiça –CNJ. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2352341>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CARRARA, Sérgio Luís 1998. **Crime e Loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro/ São Paulo: EdUERJ/ EdUSP, 1998.

CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: Os Manicômios Judiciários no Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, [S. l.], n. 20, v. 1,

p. 16-29, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/04.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2022.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**: Relatório Brasil 2015. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução n.º 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. CNJ, Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2023.

COUTINHO, Carlos Nelson. Notas sobre cidadania e modernidade. *In.*: **Revista Ágora**: Políticas Públicas e Serviço Social. Ano 2, n. 3, dez. 2005.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, vol. 18, n. 3, 2020.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

FACHINNETTI, Cristiana et al. No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 17, supl. 2, dez. 2010, 733-768.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Ed. Perspectiva. São Paulo. 1974.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos Sociais na Contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, [S. l.], v. 16, n. 47, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/vXJKXcs7cybL3YNbDCkCRVp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2021.

GOMES, Nilma Lino. **O movimento Negro educador** – saberes construídos nas lutas por emancipação. RJ, Vozes, 2017.

GONÇALVES, Monique de Siqueira; EDLER, Flávio Coelho. Os Caminhos da Loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. **Revista Latino-americana Psicopatologia e Fundamentos**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 393-410, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/dGzwy8Fhf9fnMRWCmR7VmJz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2023.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. **Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 a 2000):** histórias narradas por profissionais de enfermagem. Florianópolis: Texto Contexto Enfermagem, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Nqmhpjwx99tRHMv6fR8HLCc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 abr. 2023.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Balanço da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Brasileira.**In: DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOPMES, Tathiana Meyre da Silva (orgs). Serviço Social, saúde mental e drogas. Campinas: Papel Social, 2017.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização.** 2007. Tese de doutorado em Serviço Social, PUC-RS. Porto Alegre: 2007. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/392/1/398635.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2022.

HIRDES, Alice. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Online], v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxK9HXvfL39Nf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de set. de 2023.

IBRAHIM, Elza Maria Mussi. O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro: hospital ou prisão? Rio de Janeiro: **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 1989, p. 101-106. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/abp/article/view/21709/20462>. Acesso em: 5 jun. 2023.

IBRAHIM, Elza Maria Mussi. **Manicômio Judiciário: o testemunho de um olhar vivido.** 2012. Dissertação de Mestrado - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/56536/56536.PDF>. Acesso em: 14 jun. 2023.

MACHADO, Carly. Política de Segurança Pública e seus Excessos: a questão das comunidades terapêuticas e a sua relação com o dispositivo da justiça nas periferias urbanas. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, 43(1): 23-48, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rs/a/qNrMR75NLR9KTJk5fZ4YVZk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O manifesto comunista**. 5.ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1999.

MASIERO, André Luis. A Lobotomia e a Leucotomia nos Manicômios Brasileiros. **História, Ciências e Saúde - Manguinhos**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 549-572, 2003.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Lg63Lg8vPjHT4v3TLvYmpyG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 mai. 2023.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria: uma saída - preliminares para a desconstrução das medidas de segurança**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MEZZA, Martín; TORRENTÉ, Mônica de Oliveira Nunes de. A Reforma Psiquiátrica Brasileira como pelo reconhecimento e progresso moral. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 3, out. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São. Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. **Ofício Circular nº 17/2022/CONEP/SECNS/MS, de 05 de julho de 2022. Orientações acerca do artigo 1º da Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016.**

Disponível em:

https://conselho.saude.gov.br/images/Of%C3%ADcio_Circular_17_SEI_MS_-_25000.094016_2022_10.pdf Acesso em: 20 de dez. de 2022.

MIRANDA-SÁ JÚNIOR, Luiz Salvador de. Breve Histórico da Psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. [S. l.], 2007.

NORMAS BRASIL. **Resolução CFM nº 1.640 de 10 de julho de 2002**. Norma Federal. Dispõe sobre a eletroconvulsoterapia e dá outras providências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1640-2002_97487.html. Acesso em: 25 fev. 2022.

PASTORINI, Alejandra. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria “concessão-conquista”. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano XVIII, n. 53, p. 80-101, 1997.

PAULO NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PINEDA, Adriana Marcela Ruiz et al. Da Produção aos Impactos na Saúde e no Ambiente: uma análise dos sistemas alimentares de Brasil, Colômbia e Panamá. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 1101-1112, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/KyntrkmPWk7bJ66rFjzS8WB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 set. 2023.

PISCITELLI, Adriana. **Gênero: a História de um Conceito**. In: ALMEIDA, Heloisa Buarque de; SZWAKO, José. Diferenças, igualdade. São Paulo: Berlendis&Verticcheia Editores, 2009. p. 117-149.

REIS, Marina de Oliveira. O pacto narcísico da casa-grande: a representação das mulheres a partir de Lélia Gonzalez e Gilberto Freyre. **Humanidade em diálogo**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 93-101, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/humanidades/article/view/154274>. Acesso em: 12 jan. 2023.

SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida et al. **O (des)preparo do hospital judiciário para a ressocialização: violação de direitos humanos**. Escola Anna Nery, Minas Gerais, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Rv8RmwSPdJ7LbhzZCKSdmqC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SEPPIR. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Racismo como Determinante Social de Saúde**. Brasília: 2011.

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

SILVA, Ruth Stein; CUNHA, Paulo Giovani Moreira da. A quem atinge o punitivismo penal? **Revista do Pet Economia UFES**, Espírito Santo, p. 08-10, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/peteconomia/article/view/31724/21182>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SOARES FILHO, Marden Marques Soares; LASEVICIUS, Thais. Antecâmara da Morte: o holocausto silencioso dos manicômios judiciais. In: ALMEIDA, Bruno Rotta; CACICEDO, Patrick (orgs). **Saúde e Mortalidade no Sistema Penal**. v. 1, 1ª ed. São Paulo: TirantloBlanch, 2023.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pínel e o Nascimento do Alienismo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. A, n. 2, p. 540-560. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v19n2/v19n2a12.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2023.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, ciências, saúde**. Manguinhos, v. 9, p. 25-59, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2022.

TENÓRIO, Fernando. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. *In*: COUTO, Maria Cristina Ventura; MARTINEZ, Renata Gomes (orgs). **Saúde Mental e Saúde Pública: Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. NUPPSAM/ IPUB/ UFRJ, 2007.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – TJMG. Estrutura e funcionamento do PAI-PJ. **Resolução n.º 944/2020**. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/informes/estrutura-e-funcionamento-do-pai-pj.htm>. Acesso em: 14 mai. 2023.

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

VASCONCELOS, Eduardo Morão. **Tempos Sombrios e Resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.

VELHO, Gilberto. “Observando o Familiar”. *In*: **Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1980.

WEFFORT, Francisco C. **Os Clássicos da Política: Maquiavel, Hobbes, Locke, Montesquieu, Rousseau, “O Federalista”**. São Paulo: Editora Ática, 2001.

ZILLMER, Juliana Graciela Vestena; DIAZ-MEDINA, Blanca Alejandra. Revisión Narrativa: elementos que laconstituyen y sus potencialidades. **Journal of Nursing and Health**, [S. l.], v. 8, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/13654/8387>. Acesso em: 2 set. 2023.