

**UNIVERSIDADE TIRADENTES**

**PSICOLOGIA**

**GÉSSICA DE SANTANA SOUZA**

**MARCELA ARAUJO FARRES**

**HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: UMA REFLEXÃO  
SOBRE A REINSERÇÃO DO INDIVÍDUO NA SOCIEDADE**

**Aracaju**

**2019**

GÉSSICA DE SANTANA SOUZA

MARCELA ARAUJO FARRES

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: UMA REFLEXÃO  
SOBRE A REINSERÇÃO DO INDIVÍDUO NA SOCIEDADE

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito de avaliação da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, supervisionado pela Prof. Mestre Tais Fernandina de Queiroz, no segundo semestre de 2019.

Aracaju

2019

GÉSSICA DE SANTANA SOUZA  
MARCELA ARAUJO FARRES

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: UMA REFLEXÃO SOBRE A REINserÇÃO DO  
INDIVÍDUO NA SOCIEDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Graduação em Psicologia da  
Universidade Tiradentes, como requisito  
parcial à obtenção do título de Bacharel em  
Psicologia.  
Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Msc. Taís Fernandina Queiroz (Orientadora)

\_\_\_\_\_  
Prof. Msc Cleberson Franclin Tavares Costa

\_\_\_\_\_  
Msc. Jamile Maria de Araújo Figueiredo

# HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: UMA REFLEXÃO SOBRE A REINserÇÃO DO INDIVÍDUO NA SOCIEDADE

Acadêmico 1 Gécica de Santana Souza<sup>1</sup>

Acadêmico 2 Marcela Araújo Farres<sup>2</sup>

Orientadora 3 Tais Fernandina Queiroz<sup>3</sup>

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo central analisar a reinserção social do sujeito após cumprimento de medida de segurança em HCTP. A metodologia utilizada é de natureza qualitativa, tendo como embasamento uma revisão sistemática com atenção especial para a conceituação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, com expressões correlatas: instituição, reintegração e família. Procurou-se compreender de que modo a internação em HCTP afeta o desenvolvimento psicológico do interno (apenado), assim como identificar os desafios na ressocialização do egresso dos HCTP, incluindo-os fatores que contribuem positivamente para reinserção do indivíduo na sociedade. Para tanto, foram utilizadas cartilhas do Ministério, bem como obras que abordassem a temática. Para a busca dos dados, pesquisaram-se artigos da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC), Revista Eletrônica de Enfermagem. Após análise dos dados teóricos foi possível concluir que ainda existe uma fragilidade na articulação do trabalho interdisciplinar o que contribuí para o modelo de cuidado asilar. Percebe-se que, embora a reinserção social seja a melhor forma de produzir mudanças no sujeito, ainda se constitui como um desafio na prática cotidiana. Além disso, a reinserção pode colaborar para mudanças internas do sujeito, cooperando para alcançar seus objetivos condizentes com a Reforma Psiquiátrica, promovendo o processo de cuidado de inserir o interno ao meio social.

**Palavras-chaves:** Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), Ressocialização, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

## ABSTRACT

This paper aims to analyze the social reintegration of the subject after compliance with security measures in HCTP. The methodology used is qualitative, based on a systematic review with special attention to the conceptualization of the Hospital of Custody and Psychiatric Treatment, with related expressions: institution, reintegration and family. We sought to understand how hospitalization in HCTP affects the psychological development of the intern (inmate), as well as identify the challenges in the resocialization of the egress of HCTP, including those factors that contribute positively to the reintegration of the individual in society. For that, the Ministry's booklets were used, as well as works that addressed the theme. To search the data, we searched articles from Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Electronic Journals in Psychology (PEPSIC), Electronic Journal of Nursing. After analyzing the theoretical data it was possible to conclude that there is still a weakness in the interdisciplinary work articulation which contributed to the asylum care model. Although social reinsertion is the best way to produce changes in the subject, it is still a challenge in

---

<sup>1</sup> Graduanda em Psicologia pela Universidade Tiradentes (ADICIONA AQUI O PERIODO E A FORMAÇÃO DA OUTRA ACADÊMICA E DA PROFESSORA

<sup>2</sup>

<sup>3</sup>

daily practice. In addition, reinsertion can contribute to internal changes of the subject, cooperating to achieve its goals consistent with the Psychiatric Reform, promoting the care process of inserting the internal to the social environment.

**Keywords:** Hospital of Custody and Psychiatric Treatment (HCTP), Resocialization, Psychosocial Care Center (CAPS).

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2. REVISAO DE LITERATURA</b> .....	8
<b>2.1 O Surgimento da Doença Mental</b> .....	8
<b>2.2 O Movimento da Reforma Psiquiátrica</b> .....	10
<b>2.3 O Crime e a Loucura</b> .....	12
<b>2.4 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico</b> .....	14
<b>2.5 A Ressocialização do apenado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico</b> .....	16
<b>2.6 A importância do CAPS para a ressocialização</b> .....	17
<b>2.7 A família no processo de Ressocialização</b> .....	18
<b>3. MÉTODO</b> .....	20
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	21
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	23
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	25

## 1. INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira, regulamentada pela Lei nº 10.216, redirecionou o modelo de atenção às pessoas com transtorno mentais, definindo a desconstrução do manicômio, que mantinham pacientes como moradores institucionalizados (Santana; Pereira; Alves 2017). Com isso, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), substituiu à internação em instituições fechadas (FARIAS, et. al, 2015).

O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) é um órgão de defesa social e de clínica psiquiátrica, de atuação estadual. Visa atender as pessoas com transtornos mentais que acometeram algum delito, sendo detidos sobre custódia e encaminhados ao HCTP. De acordo com o regimento interno, o HCTP, tem como objetivo oferece tratamento psiquiátrico, visando preservar os direitos humanos do sujeito e sua dignidade, garantindo qualidade, bom atendimento durante a sua hospitalização. Visa recuperar os internos que por ordem judicial estão sobre custódia cumprindo medida de segurança e assim reintegrar esses sujeitos no meio social (CORDIOLI; et. al, 2006).

O panorama do HCTP é de desumanidade, onde os direitos humanos são violados e os internos se encontram em estado de vulnerabilidade e de fragilização, acarretando no esquecimento e abandono, passando a ser rotuladas de marginais. Por ser um ambiente onde cumpre medida de segurança por sua periculosidade, o estado passa a ser o responsável por cada sujeito mantido em custódia. A dificuldade de extinção da periculosidade acaba configurando os HCTPs como uma prisão perpétua. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO, 2014).

No ano de 2011 foi realizado um censo para averiguar o funcionamento dos HCTPs encontrando-se os seguintes resultados: e encontrou-se o seguinte resultado: no Brasil existiam 23 HCTPs e 3 direcionadas ao tratamento psiquiátrico (ATPs), foram detectados 3.989 indivíduos sobre custódia. Entre esse número, 92% era composto por 3,684 homens e 7% por 291 mulheres, além disso, cerca de 25% equivalente a 741 pessoas que estavam cumprindo medida de segurança já deveria estar em liberdade, pois já tinha ordem de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial (DINIZ, 2011).

A instituição torna-se preocupante ao sujeito por apresentar péssimas condições e por sua longa permanência. Então, a instituição ganha uma nova ênfase, reinserir psicossocialmente os sujeitos com transtorno mental mantido nos HCTPs. Porém além do HCTP custodiar e dar tratamento carece abrigar os desinternados para reinserir

psicossocialmente. Com a sua nova demanda a instituição tende a falecer cada vez mais, pois, passa a abrigar os sujeitos que por ordem judicial podem retornar a sociedade, mas a longa permanência no HCTP contribui para o rompimento dos laços familiares. (FOUCAULT, 2010).

Dessa forma, está pesquisa tem como objetivo geral, analisar a reinserção social do sujeito após cumprimento de medida de segurança em HCTP, e como objetivos específicos, compreender de que modo a internação em HCTP afeta o desenvolvimento psicológico do interno (apenado), identificar os desafios na ressocialização do egresso dos HCTP, e investigar os fatores que contribuem positivamente para reinserção do indivíduo na sociedade.

Por isso, a reinserção tem como objetivo geral analisar a reinserção social do sujeito após cumprimento de medida de segurança em HCTP, para que assim possa (re) incluir aqueles que a própria sociedade excluiu (MELO, 2007). O trabalho tende a resgatar a dignidade do sujeito apenado, já o descaso das políticas públicas afeta o processo de reintegração, tornando assim mais difícil a reintegração (NOGUEIRA, et. al, 2014). Sendo assim, a temática de inserir o Doente Mental na sociedade após cumprimento de medida de segurança, torna-se relevante no processo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, abordando como ocorre o processo de ressocialização em indivíduos portadores de transtornos mentais encarcerados.

## **2. REVISAO DE LITERATURA**

### **2.1 O Surgimento da Doença Mental**

Nas civilizações antigas, tudo o que não era considerado comum e não estava de acordo com o padrão de referência de homem, era visto como sobrenatural ou mágico, de forma que os comportamentos não compreendidos eram atribuídos aos espíritos ou à possessão pelo demônio, sendo consequência da desobediência aos ensinamentos dos deuses e sacerdotes. Os deuses eram os responsáveis pela saúde e também pela recuperação dos doentes, a doença tanto física como mental nada mais era do que uma punição ou maldição dos deuses. A cura só era possível através deles, e o tratamento consistia em gestos mágicos, encantações religiosas contra os maus espíritos, medicamentos vegetais, animais e minerais (TILIO, 2007)



A partir do século XVII, o termo loucura foi reconfigurado e passa a ser entendido como perda da razão a partir da perspectiva de Michel Foucault. A loucura passa a ser interpretada como a “impossibilidade da razão”, ou seja, a perturbação do sujeito foge dos padrões morais estabelecidos pela ordem vigente. Então, a loucura passa a ser compreendida como um desvio social. Acarretando no surgimento de asilos, com intuito de alojar, isolar e recolher todos aqueles que não se adequassem as normas sociais (FOUCAULT, 2000a);

Esse momento ficou marcado pelo que chamou de enclausuramento do louco, intercedido pela ruptura da razão e desrazão. Houve então o marco a criação do Hospital Geral de Paris em 1956 (FOUCAULT, 2000b). O Hospital Geral era um espaço severo, rígido e que tinha como objetivo corrigir os loucos na forma de trabalho e de forma religiosa. O Hospital tinha secções e cada secção era destinada a um público, ou seja, tinha a secção dos mendigos, dos menores institucionalizados pelas famílias para que assim fossem corrigidos, para os pobres, as prostitutas, entre outros (FABRIS, et al., 2011).

Buscando acatar as necessidades sociais os hospitais psiquiátricos seriam a solução para tal demanda. Tilio (2007) afirma que os comportamentos dos indivíduos que não estavam de acordo com os padrões políticos, religiosos, culturais ou sexuais, bem como os conflitos dos mesmos e também com a sociedade, não eram vistos como transtornos mentais, a menos que estivesse relacionada a alguma disfunção.

Depois do século XVIII, os hospícios começam a se alastrar e passaram a asilar doentes mentais e os excluídos em geral, como os mendigos criminosos, enfermos, portadores de doenças, entre outros. Vale salientar que não existiam tratamentos para essas pessoas, era apenas uma exclusão que visava a segregação e não a cura. É somente pelos estudos de Pinel (1775-1826) que a loucura passa a ser entendida como um problema médico-social, e ligada a moral (FOUCAULT, 2000). Com isso, Pinel focava no tratamento moral centrado no isolamento do louco, fora do mundo exterior que era feito através de reclusão ou asilo. Pinel acreditou que somente através do isolamento poderia alcançar a “racionalidade moral” ou até mesmo a cura. E assim o asilo passa a ser visto por Pinel como um centro terapêutico e o isolamento a forma correta para o tratamento moral (FOUCAULT, 2000)

Então a loucura passa a ser vista como doença mental, acarretando no surgimento da psiquiatria como uma área do saber e os loucos eram encaminhados para os hospícios, e os hospitais como um espaço médico (Basaglia, 2010). Assim, a loucura passa a ser vista como

doença, passando a ser observada, estudada, classificada e por fim tratada. Surge então, a medicalização, e o que antes era um problema social passa também a ser médico (TILIO, 2007).

De acordo com Carara (1998), no decorrer do século XX os hospitais psiquiátricos eram vistos como locais de tratamento para os indivíduos reconhecidos como loucos, não era exatamente um avanço científico e sim um refúgio onde se podiam controlar os ditos doentes mentais. O tratamento que se dava a essas pessoas caracterizava-se pelo asilamento e violência institucionalizada. Os hospitais psiquiátricos, na verdade, eram uma forma de aprisionar os indivíduos que não se enquadravam a sociedade. Do ponto de vista histórico, essas instituições buscavam, fundamentalmente, atender e institucionalizar as demandas da sociedade.

## **2.2 O Movimento da Reforma Psiquiátrica**

A Reforma Psiquiátrica teve destaque após a Segunda Guerra Mundial com a luta contra o modelo manicomial que tinha semelhança aos modelos nazistas de concentração. Acarretando um julgamento aos modelos asilares que eram olhados como uma segregação. Foi então a partir desse momento que surgiu a ideia de desinstitucionalização, com o objetivo de reduzir os pacientes internados no espaço hospitalar e realizar uma reformulação na saúde mental (PASSOS, 2016).

Esse momento histórico alinha-se ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que culmina com a construção de uma Política nacional de saúde. Esta reforça a responsabilidade estatal na mudança do modelo de atenção à saúde e preconiza a implementação de serviços extra-hospitalares para a fase da desinstitucionalização e desospitalização. Então, houve uma revolução diante ao pensamento do sofrimento mental, e assim o sujeito passou a ser analisado e não mais a doença, buscando romper as marcas negativas e aspirando as mudanças nas relações sociais com o sujeito em sofrimento psíquico (SEVERO, et. al, 2009).

Assim as dimensões da teoria e a prática se fundamentam em três aspectos: desinstitucionalização, clínica institucional e a reabilitação psicossocial. A desinstitucionalização é vista como o elemento central das vivências reformistas italiana e visa novas estratégias e serviços, podendo promover sociabilidade e trocas sociais, a clínica institucional é vista como o ambiente de fortalecimento de laços sociais e de vínculos,

enquanto a reabilitação psicossocial se atenta ao desempenho das competências sócias do sujeito, que visa conquistar a cidadania com um direito (TENÓRIO, 2001, p.53).

Portanto, a Reforma acarretou em novos olhares diante a Saúde Mental, passando a ser entendida como uma construção transversal, complexa e simultânea de saberes. Por isso, é obrigação dos trabalhadores da rede de atenção à saúde mental, colaborar com as transformações do sujeito através de estratégias, e que encontre formas de produzir os saberes adequados de valorizar e inscrever o sujeito em sua própria história (AMARANTE, 2015).

No Brasil, as propostas psiquiátricas foram chegando aos poucos nos âmbitos governamentais, ao qual gerou o documento de diretrizes para a área de Saúde Mental, elaborado pelo Ministério de Saúde, na década de 1980, a qual defendia o tratamento extra-hospitalar, o limite de período de internação, a reintegração familiar e a promoção de pesquisas epidemiológicas no campo da Saúde Mental (TENÓRIO, 2002). No percurso dessas mudanças manicomiais e asilares que ocorreram, a Lei 10.216 (BRASIL, 2001), veio para estabelecer que os portadores de transtornos mentais detenham de direitos e proteção trazendo um modelo mais humanizado, e uma perspectiva de mudança de visão.

Nessa perspectiva, levando em consideração o direito à cidadania dos doentes mentais, a loucura está interligada à periculosidade, imprevisibilidade e em sequência a vida social em comunidade. Sendo assim, buscar o direito da igualdade para todos os indivíduos portadores de doença mental, não é uma luta fácil e nem rápida, exige luta e persistência dia após dia (FARIAS, et. al, 2015).

No ano de 2002 resultou no surgimento de novos preceitos para a assistência social objetivando em uma reclassificação dos hospitais psiquiátricos. E com isso ficou ajustado que somente os pacientes com situações de caso temporário ou recente da doença poderiam ficar internados, os casos crônicos não poderiam permanecer, pois assim teriam que permanecer em regime de longa internação. Foi somente a partir do ano de 2003 que o Governo Federal em conjunto com o Ministério de Saúde passa a oferecer novas conveniências extracurricular, visando a inclusão do paciente a convivência em sua comunidade. Assim sendo, nos dias de hoje no Brasil há rejeição as internações de longa duração, sendo focado nos serviços extracurricular, com o intuito de reabilitar os sujeitos com transtornos mentais (PASSOS, 2016).

Sendo assim, todos os sujeitos que detêm de um transtorno mental e comete algum delito, é passado pela perícia psiquiátrica para averiguar se o sujeito no momento do crime estava lucido ou orientado, após a confirmação da perícia psiquiátrica o sujeito é encaminhado para tratamento ambulatorial para cumprir medida de segurança devido a sua periculosidade ao invés de cumprir pena, sendo visto como último recurso a ser utilizado (BRASIL, 2002). Esse processo só foi possível devido a criação da Lei Antimanicomial em 2001, pela lei n. 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

### **2.3 O Crime e a Loucura**

Quando se desenvolve a ideia de periculosidade, pode-se desenvolver o conceito de que o louco seria passível de uma punição por ter cometido um ato ilícito, e também por não compreender, naquele momento, devido ao estado em que se encontrava, o caráter de suas condutas, com isso, precisaria estar recluso, evitando que houvesse a possibilidade de cometer outros crimes. Assim, passa a ser aplicado as chamadas medidas de segurança, que é dado pelo exame médico-pericial, deste modo, para findar essa cessação de periculosidade, é necessário um exame, legitimando a saída do HCTP, ocorrendo apenas quando se passa o tempo previsto, variando de um a três anos até que ocorra o aval de que o paciente está melhor, o que pode significar sua permanência por um longo período (CARRARA, 1998).

Conforme Mattos (2006), os juristas e psiquiatras estavam se aproximando cada vez mais, devido a associação entre o crime e loucura, estando cada vez mais presente nos exames da sanidade para a internação. No Brasil Império, o código Penal de 1830, dirigia as responsabilidades penais e do livre arbítrio do homem que está previsto no direito penal clássico. Onde circunscrevia como inimputáveis os menos de 14 anos e os “loucos de todo gênero”, salvo em lucidez parcial no ato do crime. Nesse momento os psiquiatras não tinham o direito de internar na instituição. Nesse momento, esse período é marcado pela psiquiatria brasileira, mesmo com pouca influência no judiciário e pela luta da ampliação de seu poder disciplinar na sociedade (MACHADO, et al., 1978)

Enquanto isso, na República ocorriam outras alterações legais. O Código Penal de 1890 aplicava como sendo o único critério na identificação da inimputabilidade, a responsabilidade moral. A partir desse critério, outras categorias foram inseridas entre os inimputáveis: a imbecilidade nativa ou o enfraquecimento senil (PERES, et al., 2002, Pg.335).

Os imputáveis que cometem ou pratica uma conduta considerada punível está sujeito somente a pena, já o inimputável será aplicado a medida de segurança, e os considerados semi-imputáveis estará sujeito a pena ou a medida de segurança, ou seja, ou uma ou outra, jamais as duas ao mesmo tempo. O que determinará se o infrator considerado semi-imputável irá cumprir pena ou medida de segurança, dependerá das suas necessidades, se demonstrar a necessidade de um maior tratamento irar cumprir medida de segurança, mas se não demonstrar a necessidade de um maior tratamento, irar cumprir pena do delito cometido, com a redução do artigo 26, parágrafo único. Vale ressaltar que, somente será aplicada a medida de segurança se o juiz constatar a presença de periculosidade, e assim submeterá o semi-imputável à medida de segurança.

Sendo assim, entende-se que a medida de segurança não é vista como pena, pois não busca a punição, mais tem como objetivo tratar aqueles inimputáveis que cometeram algum crime, para que assim o mesmo possa conviver futuramente em sociedade sem que volte a cometer nenhum crime. Diante disso, o portador de transtorno mental que cometeu algum crime deverá ser encaminhado ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), para ser tratado adequadamente para que assim não volte a delinquir e que possa voltar a conviver socialmente (PASSOS, 2016).

Após todo o período a espera dessa cessação de periculosidade e do cumprimento da medida de segurança, ainda assim não significa que o indivíduo ganhará a liberdade. Após um levantamento o Censo (2011) informa que dos 3989 pacientes, 740 não deveriam estar nos Hospitais de Custódia ou nas Alas Psiquiátricas, pois já esteve com a cessação da periculosidade, ou não possui processo judicial, ou simplesmente já deveria estar com a alta. Se o grupo de internos com laudos atrasados for incluído nessa lista, esse número tende a crescer para 1.194 pessoas. (CREMESP 2014)

Mesmo com a finalização do período no HCTP e a cessação da periculosidade, o tempo prolongado de estadia acaba ocasionado um afastamento do convívio do núcleo familiar. Portanto, é importante haver momentos como visitas dos parentes com quem está na instituição, visto que essa aproximação fortalece o elo existente entre paciente e parentes, o que aumenta a probabilidade de apoio e retorno para casa, além da possibilidade da reinserção social juntamente com a vinculação em locais como o CAPS. Em depoimentos fica explícito o que isso quer proporcionar: *“A minha família sempre me ajudou, mas agora eles estão querendo me ajudar mais, porque sabem que eu vou precisar deles realmente quando eu sair*

*daqui. A hora que eu for embora para casa, eu vou precisar deles assim, de uma maneira bem forte (EO).* (CORDIOLI; et al., 2006).

Entretanto, nem todos os internos tem à disposição um núcleo familiar a qual possam retornar, o que ocorre a necessidade da ida para as residências terapêuticas, que são moradias localizadas na sociedade e que são destinadas a pessoas que foram consideradas, em algum momento da vida, como “loucas”, que não possuem mais vínculo com seus familiares ou um suporte para quando não mais estiverem em locais como o HCTP. Tais residências estão situadas em bairros da cidade, havendo uma quantidade de moradores que pode ser de uma única pessoa até um grupo de oito, estando mobilhada adequadamente, além de estar vinculada aos serviços ambulatoriais, o que traz o retorno dessas pessoas a sociedade. (ALMEIDA, et al., 2016).

#### **2.4 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**

Desde a lei n. 10.216/01 que os manicômios foram de forma lenta, porem progressiva, findados, indicando a proteção e os direitos de quem é portador de doenças mentais (Brasil, 2001). Contudo, ainda assim, há os chamados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP - que são considerados as últimas instituições desse gênero, e que não foram abrangidos por tal legislação (FARIAS, et al., 2015)

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos são órgãos estaduais, cujo o objetivo é o oferecimento de tratamento psiquiátrico, de maneira que se preserve os direitos humanos das pessoas que são portadoras de transtornos mentais e que infringiram a legislação e, por tanto, por não estarem cientes do delito em si, passam a cumprir a medida de segurança em tais locais, assim como, também, em Alas Psiquiátricas, até o estabelecimento do indivíduo e sua cessação de periculosidade para retornar ao convívio social. (BORENSTEIN, CORDIOLI, RIBEIRO, 2006).

Contando com 23 unidades espalhadas pelo Brasil, sendo que apenas nos estados Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro, cada um possui três unidades e os outros estados apenas uma unidade, ainda se dispõem de três unidades em relação as Alas de Tratamento Psiquiátricos, com isso totaliza-se 26 unidades, cerca de 3989 pessoas nesses estabelecimentos ditos penitenciários, sendo estes compostos por 3684 homens, 291 mulheres e 14 pessoas sem informação do sexo. (Brasil, 2011; Diniz, 2013). Os HCTP's vieram como forma de substituir os antigos Manicômios Judiciários, sendo que o primeiro manicômio judiciário criado em 1921 no Rio de Janeiro, através do empenho do Dr. Juliano Moeira,

mostrando essa ligação ao que se refere a saúde e a justiça sobre o cumprimento das medidas de segurança (DINIZ, DEBORA 2013).

Segundo o Decreto Lei nº 2848 de 07 de dezembro de 1940, artigo 26, informa que:

**Art. 26** - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (BRASIL, Lei nº 7.209, de 11.7.1984).

Ou seja, pena e medida de segurança não são o mesmo caso, visto que, entre as variadas diferenças, pode-se se dizer que a pena teria mais um caráter do tipo punitivo, a segunda é vista, e utilizada nesses casos em que se é encaminhado ao HCTP, por motivos de ser preventivo, já que aqui não está em questão a culpa em si, mas sim o fator periculosidade. (CREMESP 2014).

Assim, fica entendido, que as pessoas que estão enquadradas nesse quesito, assim como relatado na lei 2848/40, que não estavam em total capacidade de sua sanidade mental, mas que haveriam infringido a legislação, não recebem uma penalidade devido a sua condição, mas passam a ser necessário a reclusão em Hospitais de Custódia, ou em Alas de Tratamento Psiquiátrico, com o objetivo de cumprirem a medida de segurança. Para tanto, encontram-se cerca de 3989 pessoas em tais locais, mas que desses, cerca de 47% não tem uma internação que seja devidamente fundamentada por meios de medidas judiciais ou psíquicas (Diniz, Debora 2013). Ao se atentar a população que se encontra nos Hospitais de Custódia e em Alas Psiquiátricas, dos 3989 internos, cerca de 92% são homens contra apenas 7% dos internos sendo mulheres, com uma maioria, 2322, com a idade entre 20 e 39 anos, e que, do total, 44% são formados por pardos e negros, enquanto 38% de brancos e 0,2% para indígenas, sendo a mesma porcentagem destinada a amarelos, e, ainda assim, uma 621 continuam sem registro de cor. Das infrações cometidas, 42% faz referência a esquizofrenia, 16% retardo mental e 11% por álcool e outras drogas. (CREMESP 2014)

Apesar de disporem do nome “hospitais”, os HCTP’s ainda são uma unidade prisional, valendo-se do fato que sim, há medicações, sua estrutura ainda é de uma penitenciária, contudo, é um modelo que se mistura com o fator da saúde e de tratamento, o que traz a ideia de uma instituição de caráter híbrido de medicação com e cadeia. Há profissionais que trazem essa visão:

Os hospitais de custódia não são hospitais, eles são estabelecimentos penais e o funcionamento deles é um funcionamento que é um misto de cadeia e ala (...). eu acho que eles não funcionam, eles não atendem a função a qual eles

foram determinados, mas a estrutura do hospital de custódia, ela envolve sim, medicamentos, ela envolve sim atividades de terapia ocupacional, ela envolve sim, consulta, ela envolve uma série de coisas que aproximaria de um hospital. (LHACER, 2013)

Ao serem designados para tais locais, na maior parte das vezes por ordem judicial, há internos que nem mesmo lembram como chegaram lá, por vezes em decorrência do estado mental em que se encontravam, havendo relatos quanto a isso: “Eu recorro bem pouco, estava muito perturbado, com sensação de perseguição e assustado. O diretor falou comigo, então eu passei pelos peritos e foi decidido que eu era irresponsável pelo cometido; então eu fui para o cubículo”. (BORENSTEIN, et al., 2006).

Com o aumento de pessoas com transtornos mentais, e que cometeram crimes, os HCTP's estão cada vez mais lotados, o que termina por sucatear o sistema, deixando mais lento, aumentando as filas para os exames, assistência aos internos. Com uma superlotação, aqueles que já deveriam ter conseguido alta, se veem ainda presos em decorrência da burocracia e de um sistema travado com tantos processos (CREMESP 2014).

Apesar de ser uma unidade prisional, mas com o enfoque em relação a melhora do paciente, há problemas que não se podem ser deixados de lado, como a questão da alimentação, higiene e vestuários. Relatos sobre esse ponto podem ser presenciados facilmente: “Alimentação e higiene são muito precários, o vestuário e calçados numa certa época foram melhores, mais bem cuidados” ou “A alimentação tá ruim, em termos de quantidade. A higiene está péssima, tá faltando material”. (BORENSTEIN, et al, 2006).

## **2.5 A Ressocialização do apenado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**

O processo de ressocialização, ainda se constitui como um assunto polêmico, em qualquer instituição prisional, trazendo discursos dos mais variados teóricos. Segundo Baratta (2007), ele traz a ideia da ressocialização dos apenados vista pelo viés realista e idealista. De forma realista, a prisão não seria um espaço capaz de construir uma ressocialização, e que no máximo o que ela poderia fazer seria neutralizar a pessoa que está presa naquele período de tempo. Contudo, ao se passar para o quesito idealista, acreditam-se que a prisão seria uma prevenção especial positiva, e que, mesmo sabendo que isso não segue a ideia inicial, de ressocialização, afirmam que abandonar de vez esse caráter, essa ideia, iria piorar, já que iria



reforçar que a detenção é apenas punitiva, e sua única função seria a exclusão dessas pessoas da sociedade. (IPEA, 2015 apud BARATTA, 2007)

O presídio, seja ele onde quer que se instale, é visto como uma instituição total, ou seja, é um local onde um grupo de pessoas passa a ser condicionadas por outro grupo de pessoas. Isso quer dizer que tudo o que irão fazer, e como realizar, não tem controle sobre isso, seja comer, tomar banho ou afins. É estar vulnerável aos planos traçados por terceiros. (PINTO; et al., 2006).

Em locais como o Hospital de Custódia não é tão diferente. Uma vez internado, quem está, agora, sob a proteção do Estado nessa instituição psiquiátrica, passa a não ter mais seus objetos pessoais, muito menos sua individualidade, já que tudo passa a ser feito de forma grupal. O local passa a padronizar os demais, como o uso de uniformes, por vezes marcando como sendo internos do local. Cada atividade é feita de forma conjunta com os demais. (BORENSTEIN, et al., 2006).

Assim, sabe-se que desde a década de 1940 que são utilizados os manicômios judiciários para os tratamentos de pessoas com transtorno mental devido a essas pessoas terem cometido crimes de algum grau perante a sociedade. Assim, essas pessoas em que a perícia criminal detectou esse estado em que se encontrava o indivíduo passa a ser mandando para o cumprimento de sua medida de segurança. (FARIAS; et al., 2015). E que desde a lei de 2001, a Lei Antimanicomial, que os Hospitais de Custódia se reorientem sob novos parâmetros da saúde mental. (BRASIL, 2002).

## **2.6 A importância do CAPS para a ressocialização**

Os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS – foram criados com o intuito do fim da hospitalização nos manicômios ou em Hospitais Psiquiátricos onde a estadia era considerada por tempo indeterminado. Segundo o Ministério da Saúde (2014), esse serviço tem como prioridade servir a população ao redor, que tenha a capacidade de abranger, permitindo que tenha como serviços, o acompanhamento clínico, a reinserção social, fazendo uso de medicação, tratamento terapêutico com oficinas, atendimentos tanto em grupo, com os familiares, como de maneira individual, visitas domiciliares, tratamento psicoterápico. (PARANHOS-PASSOS, et al., 2013).

Seu surgimento, e primeira aparição, fora em 1987, em SP. Trabalhando de portas abertas, esse modelo é considerado acolhedor, sendo instalados em no meio das cidades. Seus

Projetos de Tratamento Singular, acompanha quem agora faz parte, os usuários, a partir de sua história de vida, cultura. É o acompanhamento dessas pessoas, um suporte social de quem tanto precisa, principalmente quando o assunto é a ressocialização. É a superação do modelo asilar para muitos, de um local seguro para quem está recomeçando a vida, o que inclui, não apenas que detém Transtornos Mentais, como também os que são usuários de álcool e outras drogas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasília, 2015).

O que pode-se perceber é que o CAPS vem a preconizar a questão da desinstitucionalização, isso por meio de quebrar mais a visão do modelo tradicional do tratamento psiquiátrico, por meio de uma nova forma de ver que vai além dos diagnósticos de doença mental, mas sim a complexidade daquela pessoa que está fazendo uso do serviço, da sua história, da sua cultura, ou seja, de onde ela veio. Ele chega em sua meta central que é a reinclusão dessa pessoa na sociedade a qual faz parte, ou deveria, mas que está sendo isolada, e por muito tempo esteve distante, sendo marginalizada, utilizando o trabalho que envolva a autoestima e a volta da vinculação desse indivíduo com seu meio familiar, que é a base fundamental para concretizar o trabalho. (OLSCHOWSKY, et al., 2007).

Assim, o que fica claro é que, esse modelo visa cuidar do indivíduo nos seus mais variados aspectos, o biopsicossocial, como uma forma de reinserção ao social. Isso quer dizer que, diferentemente do modelo hospitalar, que é baseada na hierarquia, a forma de trabalhar nos CAPS é voltada tanto para o sujeito para com a família, como com a sociedade que já fazia parte, mas que teve vínculos cortados, precisando se reinserir a um lugar que já fazia parte, inserindo-o em suas atividades diárias. Sempre de forma a escutar o outro, seja de forma individual ou em grupo, essa nova forma de trabalhar permite uma recuperação melhor para o usuário do serviço. Ele passa a ser entendido como um cidadão, que tem tanto seus direitos, como seus deveres, assim como qualquer pessoa, que é responsável pela sua saúde. Isso tudo demonstra que tal instituição passa a ter um caráter reabilitador, aumentando a independência do indivíduo frente as suas limitações. (JARDIM; et al., 2009).

## **2.7 A família no processo de Ressocialização**

Historicamente, a família nem sempre estava presente, no que se referia ao tratamento dos portadores de adoecimento psíquico. Mas, as famílias são responsabilizadas aos cuidados destinados aos seus membros, principalmente área da saúde. Os sujeitos que antes eram afastados da família por terem transtornos mentais, agora passa a ser inserido no seio familiar.

Com essa mudança a família passa a sentir dificuldades no que se remete ao lidar com o usuário de transtorno mental e como inserir na sociedade (GONÇALES, 2018).

A família passa a ter dificuldades e responsabilidades no que tange o cuidar do doente mental. Devido a isso, deve-se buscar estratégias e soluções de repor o equilíbrio emocional dessas famílias. Então, deve-se ir ao encontro dessas famílias para que as mesmas possam se expressar emocionalmente e como convive com a situação dia após dia. Segundo Bessa e Waidmam,

Percebe-se que na fase de adaptação a família muda a sua rotina de vida, tendo que abster-se de suas atividades para poder cuidar do seu familiar doente. [...] a falta de preparo para lidar com as novas situações, e este é o momento em que o apoio profissional da rede de serviços de saúde mental se faz necessário [...]. (BESSA; WAIDMAM, 2013, Pg. 64)

A família ainda não está preparada para o acolhimento do sujeito com transtorno mental. Acredita-se que, quando um sujeito é acometido de transtorno mental, tanto o sujeito sofre como toda sua família, por isso a família também necessita de apoio e acompanhamento (WAIDMAM, et al., 1999).

Segundo Melmam, (2006, p. 19), o surgimento da doença mental em um membro da família provoca sofrimento e desconforto e o adoecimento do membro da família acarreta um rompimento na trajetória da existência.

Vale ressaltar que o cuidado com um outro é visto desde os primórdios da existência humana, no entanto esse processo vem se modificando invariavelmente. Por isso, umas das demandas mais importantes para os assistentes sociais que atuam no HCTP está voltada para o cuidado (GONÇALES, 2018).

Segundo Figueiredo (2012), o cuidado vem quando alguém próximo necessita de cuidado e por isso é uma ação voltada ao carinho e atenção. Para Pinheiro e Guizard (2004), cuidado está voltado para o atender o sujeito em seu sofrimento que muitas vezes é fruto da fragilidade social. É um tratamento humanitário, generoso, respeitoso, fundamentado no acolhimento e na realidade social, individual e coletiva, que visa possibilitar a superação da prática preconceituosa, possibilitando ao sujeito uma participação no próprio processo saúde-doença e dos aprendizados de controle social (GONÇALES, 2018).

Sendo assim, muitas vezes a família não se encontra preparada para cuidar do sujeito que sofre de transtorno mental, acarretada pela falta de acesso as políticas públicas para que garantam uma melhor qualidade de vida a todos os membros da família. Devido as

dificuldades que a família apresente, a família poderá passar para o doente mental uma transferência de rejeição e preconceito (ROSA, 2003).

Desta forma, é necessário um trabalho para o bem-estar da família e do sujeito com transtorno mental. Segundo Bessa e Waidman (2013, p. 65), as instituições devem:

Oferecer aos familiares uma melhor orientação sobre como lidar com os comportamentos problemáticos dos pacientes e informar-lhes que a presença de alguns comportamentos, como agitação, auto/heteroagressões e perturbação noturna, pode sugerir a necessidade de reajuste na medicação dos pacientes [...] em contrapartida, para reajuste da medicação é preciso adesão ao tratamento, e isto na maioria das famílias não é alcançado. (BESSA; WAIDMAN, 2013, Pg. 65)

Para Brischiliari e Waidman (2012, p. 151), a sociedade acaba estigmatizando o sujeito com transtorno mental como “incapaz, inabilitado, antissocial e incompetente”. Com isso, os serviços extras-hospitalares acabam tendo como função oferecer atendimentos as famílias para explicar os sintomas da doença, além de salientar a importância da família no processo do tratamento do sujeito com transtorno mental.

Conforme, Nasi et al. (2004, p 16) “A família é um suporte básico para a vida de qualquer pessoa [...], pelo fato desses sujeitos, na maior parte das vezes, necessitarem de atenção e acompanhamentos dos membros do grupo familiar.” Como apontam alguns autores, a qualidade de vida e o bem-estar do usuário com transtorno mental dependem da família, bem como das políticas públicas e dos serviços oferecidos das instituições. (GONÇALES, 2018).

### **3. MÉTODO**

Trata-se de uma revisão sistemática que foi utilizado fontes bibliográficas, sendo compreendida como a junção ou reunião de determinado tema. Conforme Fonseca (2002, p.23), a pesquisa bibliográfica é feita através de levantamento de referências bibliográficas já analisadas, por meios escrito e eletrônicos, como artigos, livros entre outros.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de reflexões teóricas embasado na área de saúde mental, com o intuito de averiguar a temática Hospital De Custódia E Tratamento Psiquiátrico: Uma Reflexão Sobre A Reinserção Do Indivíduo Na Sociedade, do ponto de vista da Psicologia.

A pesquisa de cunho bibliográfico, na forma de uma revisão sistemática, feita através de artigos científicos por mediação da base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC), cartilhas do Ministério, bem como livros abordando o HCTP, Reforma psiquiátrica, a contribuição da família no processo de ressocialização e instituições como o CAPS.

O período compreendido dos artigos estava entre 1997 e 2018, envolvendo a intercepção da saúde mental, HCTP, Ressocialização e família. Tais produções científicas foram avaliadas individualmente de acordo com critérios de inclusão e exclusão. Sendo como critérios de inclusão: abordar a Ressocialização no HCTP; tratar da doença mental; a família no processo de ressocialização, publicação no formato de artigos ou periódicos científicos; publicação no idioma português; publicação direcionada as interfaces de Saúde Mental e HCTP. E os critérios de exclusão: não abordar o processo de ressocialização do interno. Chegando assim no total de 80 trabalhos, dos quais 20 foram excluídos por serem repetidos. Finalizando essa etapa com 60 artigos. Dos 60 artigos científicos, apenas 43 foram incluídos no estudo por responderem aos critérios acima citado.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Fica claro, que, como a passagem pelo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico pode modificar o psíquico do indivíduo. Isso fica explícito por meio de escritores como Borenstein, et al. (2006), em que em seus relatos, mostram que a individualidade do sujeito passa a não existir, como é o caso de banhos em conjunto, atividades com terceiros, hora de comer, dormir, acordar, tomar a medicação estipulados por demais pessoas. Ou seja, a individualidade é suprimida ao máximo, a subjetividade é deixada a parte. Pode-se dizer que se perde o controle sobre si mesmo, sobre o próprio desejo.

Tais autores ainda trazem depoimentos de quem está a enfrentar essa realidade todos os dias, desenhando, assim, um cenário decadente, onde a higiene, segundo os internos, está abaixo do que deveria, assim como a alimentação dos mesmos. Muitos nem mesmo lembram-se de como foram parar lá, ou até mesmo de conversas com os profissionais, como os médicos, diretores e afins no momento em que pisaram pela primeira vez na instituição. Os relatos deixam bem claro isso, ainda chegando a informa que acreditavam que era apenas uma consulta, e quando deram por si, estavam atrás das grades sem maiores explicações. Apenas

que chegaram a instituição e fora decidido que deveriam permanecer até que sua cessação de periculosidade fosse determinada a mando de um juiz e da equipe do local (PINTO, et al., 2006).

Assustado, tudo de si retirado, necessitando utilizar roupas, calçados que não são seus, e sem saber onde seus pertences estão, com a possibilidade de apenas rever algum familiar quando esse enfim estiver devidamente cadastrado e com a papelada em dia, o psicológico do sujeito termina por ser afetado mediante a tamanha mudança de vida, bem como a ociosidade vivenciada por cada um, uma vez que não há elementos como uma Terapia Ocupacional na maioria desses locais, a ansiedade mediante a incerteza de julgamentos, ou dia pericias para a cessação de periculosidade contribuem para um sentimento de desesperança (PINTO, et al.; 2006).

Tal ideia é trazido, também, por Goffman (1992), apesar de essas pessoas terem cometido delitos, não apenas em HCTP's, mas em qualquer local que se diga prisional, o caráter é muito mais punitivo do que restaurador do indivíduo. Isso pode acarretar o que se chama, posteriormente, de altos níveis de reincidência e, por vezes, com crimes de maior grau. Entretanto, a reincidência seria um dos efeitos colaterais de um encarceramento por encarceramento. A ressocialização em si acaba que se tornando um problema para quem já pagará por suas dívidas perante a sociedade.

O interno que está há anos longe da sociedade, sem uma Terapia Ocupacional, ou atividades que ajudem a trabalhar seu subjetivo, psíquico, em que até mesmo está longe da família, sendo deixado em exílio do núcleo familiar, ainda encontra obstáculos, como a própria sociedade, que os excluem por medo e por não estarem preparados para acolher o chamado louco infrator (SILVA, et al, 2018).

É nesse cenário que entra o CAPS e a força do núcleo familiar como forma de contribuir para a melhor reinserção do ex apenado ao seu convívio de direito. Autores como Paranha-Passos; et al, (2003) são assertivos ao debaterem sobre o CAPS, e como essas instituições atuam. Trabalhando com atendimento clínico e com enfoque na ressocialização, esses locais fazem justamente a Terapia Ocupacional, como forma de ajudar os usuários do serviço, de forma que o Tratamento Terapêutico com oficinas se torna muito eficaz, além do uso da medicação. É a ideia da desinstitucionalização, de trabalhar com as pessoas para além do diagnóstico, por assim dizer. Saber que ali há alguém que precisa de ajuda. É o que é trazido por outros autores como SCHRANK; et al., (2007). É a reinclusão dessas pessoas que

estão afastadas de um lugar a qual faziam parte, e que foram tiradas por um período de pelo menos um ano, e depois não mais se encaixam.

Como dizem Jardim; Kantorski; Machado; Mielke; Olschowsky (2009) é cuidar do sujeito como um todo, na sua maneira biopsicossocial de ser. É estar ao lado sabe, saber suas demandas e incluir a família. Durante a estadia do interno no HCTP, é feita a tentativa de aproximar os internos do seu núcleo familiar, estreitando laços quando se é possível, e procurando alternativas caso isso não venha a correr, que é devido a inúmeros motivos, entre eles, a família cansou de tentar ajudar, em decorrência há outros erros do passado e acreditam que não há mais esperança. Entretanto, o CAPS, como o próprio HCTP mostram que isso tem outras vertentes, e que o apoio nesse quesito se torna ainda mais do que fundamental.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Tendo como referência o que fora exposto, perante os artigos, livros e cartilhas apresentadas e ideias de teóricos, compreende-se o que é proposto como reabilitação e ressocialização do sujeito, após sua passagem pelo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, não é o que pode ser observado na realidade.

Fica evidente que há a necessidade de um melhor entrosamento perante os profissionais que atuam em instituições como essa, uma vez que o trabalho interdisciplinar é o ponto fundamental para a melhora do paciente. Outrossim, a escassez de Terapia Ocupacional, bem como demais ferramentas que possibilitem o trabalho com os indivíduos, trabalhando sua subjetividade, bem como os transtornos mentais estão muito aquém do esperado, necessitando ser revisto tais pontos, evitando a ociosidade e, em sequência, a provável piora do quadro.

Vale ressaltar que, por vezes, há a intensão desses profissionais desenvolverem determinadas atividades lúdicas e terapêuticas, mas que nem sempre ocorre. Dentre os motivos, estrutura do local, número reduzido de guardas ao que se faz referência a segurança, bem como a limitação do espaço em que se encontram.

A partir de locais como CAPS, fora percebido a real importância da Terapia Ocupacional mediante o sujeito com Transtorno Mental, uma vez que ao trabalhar as questões do mesmo, sua subjetividade, a melhora do quadro é considerável, a ponto da diminuição gradativa do medicamento, bem como a ajuda do suporte familiar, o que é um ponto para a

reinserção dessa pessoa em seu meio social, assim como o primeiro passo para a ressocialização na sociedade.



## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo **Teoria e crítica em saúde mental : textos selecionados**, 1. ed. - São Paulo : Zagodoni, 2015.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

BRISCHILIARI, Adriano; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. **O Portador de Transtorno Mental e a Vida em Família**. Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2012, p. 147- 156. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a20.pdf> >. Acesso em: 11 Fev. 2018.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BESSA, Jacqueline Botura; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. **Família da Pessoa com Transtorno Mental e suas Necessidades na Assistência Psiquiátrica**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013, p. 61-70. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.94, de 14 de janeiro de 2014**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094\\_14\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html). Acesso em: 03 setembro 2018. 14 jan. 2014.

BRASIL, Ministério Público Federal. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário: relatório final para reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico**. Brasília: Ministério Público Federal, 2002.

BRASIL. (2002). Lei nº. 10.216 de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios : orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**, Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Hospital de Custódia: prisão sem tratamento**. São Paulo: 2014.

\_\_\_\_\_. **Medida de Segurança: Uma questão de Saúde e Ética**. São Paulo: 2013.

CARDIOLI, M. S.; BORENSTEIN, M.; RIBEIRO, A.A.A. **Hospital de Custódia: os direitos preconizados pela Reforma psiquiátrica e a realidade dos internos**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 671-677, 2006.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Disponível em: [http://abp.org.br/a\\_custodia\\_tratamento\\_psiquiatrico\\_brasil\\_censo\\_2011](http://abp.org.br/a_custodia_tratamento_psiquiatrico_brasil_censo_2011). Acesso em: 21 de setembro 2019.

FOUCAULT, Michel. Nascimento dos asilos. In M. Foucault. **História da loucura na época clássica** (pp. 459-503). São Paulo, SP: Perspectiva, 2000b

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2000a.

GONÇALVES, Grenia Sene Campos. **Família e Transtorno Mental: dilemas no acompanhamento e no cuidado**. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

JUNIOR, Gabriel Ribeiro Nogueira.; MARQUES, Verônica Teixeira. **Reinserção social: para pensar políticas públicas de proteção aos direitos humanos**. XXII Encontro Nacional do CONPEDI/UNINOVE, 2013.

MACHADO, R et al. **Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

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

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MIELKE, Fernanda Barreto.; KANTORSKI, Luciane Prado.; JARDIM, Vanda Maria da Rosa.; OLSCHOWSKT, Agnes.; MACHADO, Marlene Silva. **O Cuidado em Saúde Mental no CAPS no Entendimento dos Profissionais**. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2009. v. 14, n. 1, p. 159-164.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico** Sob a Perspectiva da lei n. 10.216/2001. Edição Revista e Corrigida. Brasília-DF: 2011.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO, Promotoria de Justiça Criminal da Capital. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informacao-e-comunicacao/eventos/saude-mental/simposio-justica-e-doenca-mental/apresentacoes-em-ppt/medida%20de%20seguranca.pdf>. Acesso em: 13 de novembro 2018.

MURARO, R. M.. Breve introdução histórica. In H. Kramer & J. Sprenger (Eds). *Malleus maleficarum: O martelo dos feiticeiros* (pp. 5-17). Rio de Janeiro, RJ: Rosa dos tempos. 1977

NASI, Cíntia; STUMM, Lílian Konageski; Hildebrandt, Leila Mariza. **Convivendo com o Doente Mental Psicótico na Ótica do Familiar**. Revista Eletrônica de Enfermagem. Rio

grande do Sul. 2004. v. 6, n. 1, p.59-67. Disponível em:< www.fen.ufg.br>. Acesso em: 11 mar. 2018.

PARANHOS-PASSOS, Fernanda; AIRES, Suely. **Reinserção Social de Portadores de Sofrimento Psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial**. Physis, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013 .

PESSOTTI, Isaias. A. **A loucura e as Épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; Nery Filho, Antonio. **A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança**. Historia, Ciencia, Saúde- Manguinhos, v.9, n.2, p.335-355, 2002.

PESSOTTI, Isaias. (1994<sup>a</sup>). Conceitos de Loucura na Antiguidade. In I. Pessotti. **A loucura e as Épocas** (pp. 12-51). Rio de Janeiro, RJ: Editora 34.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. **Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araujo. (orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004.

PEDROS, Jullyanne Rocha São. **A Constituição Histórica da “Doença Mental”: Desafios para a Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Revista COPRECIS, ano 2017.

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de; PINTO, Diana de Souza. **Por Uma Sociedade sem Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1215-1230.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. São Paulo: Ed. Cortez, 2003.

SANTOS, Emerson Passos. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe: Uma Contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica**. 2016. P. 10-50. Universidade Federal de Sergipe, Laranjeiras, 2016.

SEVERO. A. K. S.; DIMENSTEIN, M. **O diagnostico Psiquiatrico e a Produção de Vida em Serviços de Saúde Mental**. Estudos de Psicologia (Natal), 14(1), 59-67, 2009)

SILVA, Eline Viera da; SOUZA, Marilya Cleonice Santos da; RIBEIRO, Maria Cristina. **O cuidado e os processos de trabalho em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva de seus trabalhadores** Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 26, n. 2, p. 315-327, 2018.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. **O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 42, n. 1, p. 127-134, Mar. 2008 .

TENÓRIO, Fernando. A. **A psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TILIO, Rafael. “A quarela dos Direitos”: Loucos, Doentes Mentais e Portadores de Transtornos e Sofrimentos Mentais. *Paidéia*, 2007, 17 (37), 195-206.

TORRE, E.H.; AMARANTE, P. Protagonismo e Subjetividade: a Construção Coletiva no Campo da Saúde Mental. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63060106.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2010

WIDMAN, Maria Angelica Pagliarini; JOUCLAS, Vanda Maria Galvão; STEFANELLI, Maguida Costa. **Família e Doença Mental**. *Rev. Saúde Desenvolvimento*. Curitiba, 1999, v.1, n.1/2, p.27-32.