

V. 19 N. 2
JUL-DEZ 2020

ISSN
Versão Impressa 2447-9047
Versão Online 2447-9047

Diálogos
Possíveis

1. PSICÓLOGA DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO/SEAP – SALVADOR-BAHIA. DOUTORA E MESTRE EM EDUCAÇÃO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. PSICÓLOGA (CRP 03/1530). PROFESSORA DA UNIVERSIDADE SALVADOR (UNIFACS) E UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA.

<http://lattes.cnpq.br/5124901380308097>
<https://orcid.org/0000-0001-7592-920X>

2. DOUTORANDO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS PELA UNIVERSIDAD DEL MUSEO ARGENTINO (UMSA), MESTRANDO EM SEGURANÇA PÚBLICA JUSTIÇA E CIDADANIA (PROGESP/UFBA), GRADUADO EM DIREITO PELA FACULDADE BAIANA DE CIÊNCIAS (2009), ESPECIALISTA EM SEGURANÇA PÚBLICA PELA UNEB, E EM DIREITO PÚBLICO PELA FACULDADE DA CIDADE DO SALVADOR. SUPERINTENDENTE DE RESSOCIALIZAÇÃO SUSTENTÁVEL DA SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA E RESSOCIALIZAÇÃO (SEAP) E AGENTE PENITENCIÁRIO DE CARREIRA DESDE 1990.

<http://lattes.cnpq.br/2568768100779037>

Como citar este artigo:

TORRES, C. R. V.; FONSECA, L. A. N. Ações de Desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento. Revista Diálogos Possíveis, v. 19, n. 2, jul/dez. 2010.

Recebido: 07.07.2020

Aprovado: 15.10.2020

Ações de Desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento¹

ACTIONS FOR THE DE-INSTITUTIONALIZATION OF THE CUSTODY AND TREATMENT HOSPITAL

Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres¹
Luis Antonio Nascimento Fonseca²

RESUMO

O trabalho objetiva analisar as ações da Desinstitucionalização e práticas de saúde mental no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no período de 2007 a 2019, apontando as ações e estratégias interinstitucionais e intersetoriais que foram realizadas. São objetivos específicos: analisar as contribuições das intervenções clínicas como diagnósticos, oficinas e ações educativas desenvolvidas com pessoas com transtorno mental em conflito com a lei; discutir o processo de desinstitucionalização dos internos do HCT e a garantia dos direitos humanos dos internos com transtornos mentais em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia empregada de natureza qualitativa está alicerçada na pesquisa bibliográfica, pesquisa de campo e documental. A percepção do hospital de custódia como principal referência de internamento para pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, aliada a pouca adesão ao tratamento após à alta, dificultam as possibilidades de retorno a vida social, reforçando o reinternamento pelo abandono do tratamento. Na unidade, conceitos e práticas referentes ao modelo de assistência a pessoa com transtorno mental tem sido desconstruídas, redirecionando a atenção em saúde mental para o território de origem do interno.

Palavras-chave: Saúde Mental. Desinstitucionalização. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

ABSTRACT

This study aims the analysis of the actions for

¹. O presente trabalho foi realizado no âmbito do Projeto aprovado e fomentado pelo edital **MCTIC/CNPq/FNDCT /MS/SCTIE/DECIT Nº 07/2020** do Conselho Nacional de Pesquisa/CNPq/Brasil, processo nº 403142/2020-2.

Olhares das ciências sobre as questões sociais

the De-institutionalization and practices of mental health in the Custody and Psychiatric Treatment Hospital, from 2007 to 2019, pointing out the interinstitutional and intersectoral actions and strategies that had been taken. The specific objectives are: to analyze the contributions of clinical interventions, such as diagnoses, workshops and educational actions that had been developed with people who suffer from mental disorders and who are in conflict with the law; discuss the process of de-institutionalization of the interns from the Custody and Treatment Hospital, and the guarantee of human rights in the scope of the National Health System (SUS in Portuguese); The used methodology, of qualitative nature, is founded on the field and documental bibliographic research. The perception of the custody hospital as the main reference for the hospitalization of people with mental disorders who are in conflict with the law, together with little adherence to the treatment after the discharge from the hospital, make it difficult the possibilities of coming back to the social life, reinforcing the re- internment because of the quitting of the treatment. In the unit, concepts and practices that refer to the model of assistance to the individual with mental disorder, have been deconstructed, redirecting the attention on mental health to the intern's home territory.

Key words: Mental Health. De-institutionalization. Psychiatric Custody and Treatment Hospital.

A desinstitucionalização envolve dimensões da política, da gestão e do cuidado, evidenciado pela adequação do cumprimento da Medida de Segurança aos pressupostos da Lei 10.216/01, bem como da integralidade e intersectorialidade nas ações com a rede de saúde, assistência social, acolhimento e singularidade no atendimento. A legislação atual que tem como marco teórico a atenção psicossocial elege como objeto a saúde mental, a prevenção e o tratamento no território, local propício para intervenção.

A desinstitucionalização da assistência psiquiátrica está associada a

termos diferentes como desinternação, desospitalização ou desconstrução e reconstrução de um modelo de organização e serviços para atender pessoas com transtorno mental. Neste artigo adotaremos o significado de desinstitucionalização como um modelo que se contrapõe ao hospital psiquiátrico como único local de atendimento que tem como objeto a doença mental e a cura do indivíduo.

De acordo com Rotelli, Leonardis, Mauri (1990) o processo de desinstitucionalização contempla o indivíduo, a sua relação com a existência e o sofrimento mental. Nos Estados Unidos

Olhares das ciências sobre as questões sociais

o sentido inicial de desinstitucionalização proposto pelo Programa Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos era a psiquiatria preventiva e o trabalho reduzia-se a desospitalização.

Neste artigo, a ênfase será dada a Desinstitucionalização e práticas de saúde mental no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no período de 2007 a 2019. A Desinstitucionalização, desse modo, é imprescindível como pressuposto de construção de um modelo de assistência ético e normativo para as pessoas com transtorno mental. Desse modo, este artigo tem como objetivo analisar as ações da Desinstitucionalização e práticas de saúde mental no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no período de 2007 a 2019, apontando as ações e estratégias interinstitucionais e intersetoriais que foram realizadas. São objetivos específicos: analisar as contribuições das intervenções clínicas como diagnósticos, oficinas e ações educativas desenvolvidas com pessoas com transtorno mental em conflito com a lei; discutir o processo de desinstitucionalização no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT-BA) e a garantia dos direitos humanos dos internos com transtornos mentais em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A metodologia empregada de natureza qualitativa está alicerçada na pesquisa bibliográfica, pesquisa de campo

e documental. A base teórica do estudo alicerçou-se em pesquisadores da Psicologia Jurídica e da saúde mental (SERAFIM; SAFFI, 2014 e TABORDA, J. G.V.; CHALUB, M.; ABDALLA-FILHO, 2004; AMARANTE, 1998; LANCETTI, 2007). O trabalho tem ainda como fundamento estudos sobre a Psicologia Sociocultural, a legislação sobre os hospitais de custódia e a atuação dos psicólogos no sistema prisional (CFP, 2016). Também se baseia nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização, que visa contemplar a singularidade do contexto de um hospital de custódia e tratamento e a pluralidade dos sujeitos envolvidos. Há uma legislação específica, como a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) para as pessoas que são diagnosticadas com transtorno mental e apresentam embaraços para gerir a própria vida de acordo com o universo de direitos e deveres que regem as relações sociais, entretanto os estigmas que os internos expressam após o crime e o internamento criam um dispositivo de inquietação social que impede que seja implementada uma ação de assistência com base no modelo proposto pela referida lei.

A lei antimanicomial ou lei da Reforma Psiquiátrica propôs um redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental, com tratamento prioritariamente ambulatorial e humanizado. Em 2014, um reforço a

Olhares das ciências sobre as questões sociais

aplicação desta lei, surgiu com a Portaria nº 94 de 2014 que instituiu o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). São beneficiários desta Portaria:

[...] a pessoa que, presumidamente ou comprovadamente, apresente transtorno mental e que esteja em conflito com a Lei, sob as seguintes condições: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2014. Art. 2).

Depreende-se que a lei 10216/2001 contempla as pessoas com transtorno mental que cumprem medida de segurança, sob custódia ou em liberdade. A Portaria nº 94 (BRASIL, 2014), que já foi extinta, estabeleceu as regras para a formação das equipes de EAP- Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, que deveria acompanhar a aplicação da medida terapêutica conforme propõe o modelo de atenção à saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), baseada na convivência em comunidade e

com articulação de diversas ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade.

Constata-se que o processo de desinstitucionalização diferencia-se da desospitalização, em razão de fatores como assistência integral à saúde, adesão ao tratamento, acolhimento familiar e comunitário, entre outros. No hospital o cumprimento da medida de segurança cria obstáculos para as práticas em Saúde Mental de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, em que se percebe o indivíduo em sua subjetividade e sofrimento recebendo cuidados no território. A crença na periculosidade e a fragilidade de atendimento da rede de atenção atestam a crença na segregação e tratamento em hospital como condição única para quem comete crimes e apresenta um transtorno mental. Os internos após a alta do Hospital de Custódia e Tratamento não contam com atenção psicossocial adequada no território. O estudo evidencia as dificuldades que se caracterizam pela impossibilidade de retorno do interno a sua comunidade de origem, em razão do rompimento dos vínculos familiares, sobreposição da identidade de criminoso ao transtorno mental e frágil acompanhamento psicossocial pela Rede de Atenção.

Este estudo está dividido em três seções. Na primeira seção, há a introdução ao tema proposto, na segunda seção, são

Olhares das ciências sobre as questões sociais

analisadas as contribuições das intervenções clínicas como diagnósticos, oficinas e ações educativas desenvolvidas com pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Na terceira seção, o estudo tende discutir o processo de desinstitucionalização dos internos do HCT-BA e a garantia dos direitos humanos.

PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL COM PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

O acesso da população carcerária a ações e serviços de saúde é definido pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), pela Lei nº 8080 de 1990 (BRASIL, 1990), que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei nº 8142 de 1990 (BRASIL, 1990) que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e pela Lei de Execução penal, Lei nº 7210 de 1984 (BRASIL, 1984).

Um sistema de saúde é o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo garantir a saúde das pessoas e seguem as diretrizes do tipo de proteção social adotado pelo país. No Brasil, a partir da Constituição de 1988 foi adotado o sistema de seguridade social. O SUS antes de 1988 atendia apenas a população que contribuía para a Previdência Social. A partir de 1988 o SUS que se constitui numa política pública tornou-se um serviço que é

para todos, descentralizou-se, foi municipalizado e configurou-se como participativo. O SUS tem como objetivo garantir os direitos dos cidadãos no que diz respeito à saúde e tem como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação da comunidade. O SUS conta com uma rede de serviços organizada segundo a ação que desempenha como atenção básica, média e alta complexidade. Todos os níveis do governo são responsáveis pelo SUS: hospitais públicos, privados e filantrópicos, módulos de saúde, atenção básica, entre outros. O financiamento do SUS provém de impostos e contribuições que a sociedade destina ao Estado.

No Brasil, a saúde é um direito constitucional. Mulheres e homens privados de liberdade tem o direito garantido aos serviços básicos de saúde assegurado pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2004), aprovado na Comissão Intergestores Tripartite, na 12ª Conferência Nacional de Saúde, no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça, consoante com os princípios e as diretrizes do SUS, objetivando a inclusão dos internos de unidades prisionais no SUS, garantindo a assistência integral resolutiva, contínua e boa qualidade às necessidades de saúde das população penitenciária; o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes; estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento

Olhares das ciências sobre as questões sociais

de ações intersetoriais; democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde e reconhecimento da saúde como direito de cidadania na perspectiva da atenção aos direitos humanos.

Com a elaboração do Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário, ocorreu a implementação do Programa de Assistência Individualizada (PAI) que procurou implantar as unidades de Programa de Saúde Penitenciária, que no HCT-BA procurou contemplar os princípios da Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização, adequando as práticas dos profissionais de saúde ao novo modelo de atendimento.

Na Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP), a Superintendência de Ressocialização Sustentável tem como meta garantir os direitos sociais de internos e familiares; expandindo, qualificando e apoiando a participação e o envolvimento das famílias dos internos ao longo da pena ou cumprimento da Medida de Segurança, otimizando as possibilidades de reintegração social do egresso; e, também reorientando o modelo de gestão prisional e da própria execução penal no Estado da Bahia, buscando que a garantia dos direitos de cidadania da pessoa privada de liberdade torne-se um eixo fundamental na consolidação da Política Criminal e Penitenciária (BAHIA, 2009). Nesse sentido, o Programa de Assistência Individualizada tem como previsão que o

desenvolvimento das ações deve ter como objetivo potencializar espaços de atenção a saúde e a educação, articulando conhecimentos e práticas multidisciplinares no atendimento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

As ações de saúde efetivaram-se com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela portaria 1.777 de 2003 (BRASIL, 2003) para organização das ações e serviços pautada na lógica da atenção básica e nos princípios do SUS que visam a atenção integral em saúde para pessoas privadas de liberdade. Nesse contexto, formaram-se equipes de saúde voltadas prioritariamente para ações de promoção e prevenção em saúde. A clínica passou a ser enfatizada nos planos de ação das equipes, sobrepondo a atenção e cuidado as atividades periciais. Destacamos que a realização da perícia não é responsabilidade dos profissionais das equipes de saúde, a outros profissionais é atribuída a atividade pericial. Atualmente, as ações da unidade estão voltadas para atender os princípios e diretrizes da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população internada no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), espaço

Olhares das ciências sobre as questões sociais

de abrigo e tratamento de pessoas em cumprimento da Medida de Segurança, que em razão do transtorno mental, são incapazes de reconhecer o caráter ilícito da ação, é de 169 internos, sendo que 155 são homens e 14 são mulheres; 56 em cumprimento da Medida de Segurança, 1 em Tratamento psiquiátrico, 16 com Alvará de Soltura ou Carta de Desinternação e os demais estavam na unidade aguardando o retorno para a Comarca de origem, após o envio do Laudo de Sanidade Mental. A maior parte situa-se na faixa etária dos 22 aos 38 anos. Quanto ao transtorno mental diagnosticado nos exames, mais de 60% dos internos que cumprem medida de segurança apresentam esquizofrenia paranoide.

No HCT, as ações são desenvolvidas com base nos princípios do Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário, Programa de Assistência Individualizada (P.A.I.), Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização, contemplando a singularidade do contexto educativo e a pluralidade dos sujeitos envolvidos, favorecendo a sua autonomia e a emancipação. Em psicologia, a intervenção psicológica é baseada nos princípios da inclusão e da Habilidade e Reabilitação Psicossocial do P.A.I. (Programa de Assistência Individualizada). O trabalho é feito numa abordagem interdisciplinar, principalmente com os setores: Serviço Social, Terapia Ocupacional e Segurança.

Nesse contexto, o papel das equipes de saúde consiste em estabelecer um vínculo diferenciado com o paciente, potencializando a ação psicológica e buscando atender às necessidades do interno em suas diferentes dimensões.

Além de um perfil adequado para lidar com o público que cumpre Medida de Segurança, como conhecer os transtornos mentais e disponibilizar-se ao trabalho é necessário um engajamento e um compromisso com a instituição, colegas e o paciente psiquiátrico. As ações estratégicas são importantes na condução do trabalho de assistência de modo mais humanizado, atendendo a prevenção e assistência básica.

As ações em saúde mental no HCT procuram ser articuladas com a rede de serviço da região, envolvendo ações intersetoriais principalmente com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). As ações devem obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscar o estabelecimento de vínculos e o acolhimento, de acordo com a fundamentação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (noção de território, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização, construção da autonomia de usuários e familiares etc.). Cotidianamente são oferecidos espaços de escuta, acolhimento e avaliação dos transtornos mentais e realiza-se encaminhamento, quando

Olhares das ciências sobre as questões sociais

necessário, para outros serviços da comunidade.

O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS

O Hospital de Custódia e Tratamento (HCT-BA) iniciou a experiência de desinstitucionalização em 2006. Até 1991, o HCT-BA era denominado Manicômio Judiciário. Criado em 1928 através da Lei nº 2070 era subordinado à Secretaria de Polícia e Segurança Pública, passou a ser vinculado à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos em 1967. Em 1973 deixou de ocupar um pavilhão do Hospital Juliano Moreira e os internos foram transferidos para o prédio atual, local de funcionamento do primeiro presídio de Salvador.

O processo de desinstitucionalização do HCT envolveu a adequação do cumprimento da medida de segurança aos pressupostos da legislação de saúde mental, a desconstrução de conceitos e práticas referentes ao modelo de assistência a pessoa com transtorno mental e desenvolvimento de ações em saúde mental articuladas com a rede de serviço da região, envolvendo ações intersetoriais com educação, trabalho, lazer.

No HCT as equipes de saúde debruçaram-se sobre leituras sobre o tema, elaboração dos projetos terapêuticos dos

internos em cumprimento da medida de segurança, verificando as possibilidades de reintegração social e o fazer necessário para que os internos recuperassem as possibilidades que foram prejudicadas pela doença e o aprisionamento. As saídas terapêuticas e participação nas oficinas expressivas, terapêuticas e informativas contribuíram para a melhoria das habilidades sociais, da autonomia, da desconstrução dos medos e construção de projetos de vida distantes da realidade manicomial. Dimenstein (2004) retoma o conceito de operadores em Rotelli (1990) para detalhar o trabalho no cotidiano do hospital que envolve a reconstrução da história de vida dos internos para além do diagnóstico e os sintomas, atentos a qualidade do cuidado, ao acolhimento, a responsabilidade e o vínculo.

Com as políticas de saúde mental, a pessoa com transtorno mental se tornou um sujeito de direitos que deveria passar a receber cuidados dentro da lógica de atenção do SUS, em liberdade. Isso, modificou a visão sobre o tratamento das pessoas submetidas a medida de segurança, passando a focar sua situação fundamentalmente sob o ponto de vista de saúde pública. Nesse contexto, o internamento, o aparato do hospital deveria passar a ser substituído por práticas inseridas no território (DIMENSTEIN, 2004).

No HCT com a instauração do inquérito civil pela Promotoria de Justiça

Olhares das ciências sobre as questões sociais

de Execuções Penais em 2008 para apurar a permanência irregular de pacientes na unidade e regularizar a situação de 18 pacientes que estavam liberados e continuavam no hospital (todos tinham perdido os vínculos com os familiares) intensificamos o trabalho de reabilitação social para que eles tivessem condições de sair do hospital. Os pacientes que saíram da unidade foram encaminhados para serviços residenciais terapêuticos (SRT), criados para atender a Portaria n° 106/2000 do Ministério da Saúde para egressos de longas internações. No total foram transferidos para SRT 12 internos do HCT, para SRT da Ribeira (02 pacientes femininas) em 2008, SRT da Ilha Amarela em Tubarão (10 pacientes masculinos). Precederam a transferência dos internos diversas reuniões das equipes do HCT com equipes técnicas da Secretaria Municipal de Saúde para discutir sobre os aspectos emocionais, sociais e o perfil dos internos, atualização de relatórios psicossociais, visita dos cuidadores da Residência Terapêutica (RT) aos internos, visita do promotor e dos representantes dos órgãos integrantes do trabalho conjunto a RT, acompanhamento da adaptação à nova moradia, entre outras tarefas que foram incumbidas as equipes do HCT.

Em 2009 foi finalizado o inquérito civil instaurado pela 1ª Promotoria de Justiça de Execuções Penais com uma reunião sobre a saída do hospital dos internos que já se

encontravam em situação regularizada. Ainda referente a este inquérito, foram transferidos para Abrigos no município de Itabela, Bahia três pacientes. Outros quatro foram para Abrigo no município de Salvador. Houve, também a transferência de 5 internos para Casa Lar, ADRA em Cachoeira. A Comunidade Terapêutica da Ilha de Itaparica acolheu três internos que permaneciam na unidade com Alvara de Soltura.

Em 2015, apesar das estratégias de desinstitucionalização da equipe do HCT em articulação com a Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SEAP), Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJDHDS), Secretaria de Saúde do Estado (SESAB), Secretaria da Assistência Social (SAS), Defensoria Pública, 16 internos permaneciam na unidade, após a liberação judicial, em razão da condição de vulnerabilidade e ruptura dos vínculos familiares e sociais. As secretarias, então, elaboraram um Plano Emergencial de Desinstitucionalização de Pessoas em situação de vulnerabilidade social do HCT para viabilizar a transferência dos internos para dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização, como os Serviços de Residência Terapêutica (SUS) ou Residências Inclusivas/Unidades de Acolhimento institucional (SUAS), de acordo com o relatório psicossocial, as histórias de vida e perspectivas de cada interno.

Olhares das ciências sobre as questões sociais

O Plano Emergencial de Desinstitucionalização de Pessoas em situação de vulnerabilidade social do HCT foi elaborado, levando em consideração a Lei 10216/2001; A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria GM nº 3.088/2011; a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, nº 13146/2015 e a finalidade da Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SEAP) que por meio da Superintendência de Ressocialização Sustentável que é implantar atividades que possibilitem a ressocialização e reabilitação dos custodiados, por meio de diversos programas (LEI nº 12.212/2011).

A Desinstitucionalização de Pessoas em situação de vulnerabilidade social do HCT envolve um manejo clínico cuidadoso que envolve a desconstrução do modelo manicomial (hospitalocêntrico), e, mais especificamente a aproximação da equipe de saúde com as subjetividades submetidas durante anos ao regramento e disciplina de uma instituição total (GOFFMAN, 2003) para construção de projetos de vida e possibilidades de novos encontros, buscando assim estabelecer conexões dos internos com a cidade.

Importante, ressaltar que as estratégias de desinstitucionalização (elaboração do Plano Emergencial) se intensificaram em razão da Ação de Interdição do HCT nº 0319053-51.2015.8.05.0001 impetrada pela

Defensoria Pública do Estado da Bahia, acolhida na integralidade pelo Ministério Público e Procuradoria Geral do Estado com a determinação de ação conjunta das Secretarias de Estado para remoção dos internos que se encontravam em situação de abandono social, assim como determinou que se iniciassem os procedimentos de adequação da unidade as normas sanitárias para atendimento ao relatório emitido pela Vigilância Sanitária.

Concomitante a elaboração do plano emergencial que estabelecia providências cabíveis as Secretarias de Estado, além de um fluxo para remoção dos internos, era necessário pensar as estratégias que a Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) precisaria implementar para as Residências Terapêuticas, procedeu-se a análise do perfil clínico-social por meio dos projetos terapêuticos dos 16 internos, com atenção aos dados de identificação, condição clínica, referência familiar, documentação civil, tempo de permanência no HCT, habilidades sociais, entre outras para identificação do perfil e inserção nesses dispositivos. Desse modo, foram identificados os internos que poderiam ser acolhidos nos Serviços de Residência terapêutica por apresentar transtorno mental e ter um histórico de longa permanência na unidade e, também foram verificados os pacientes que poderiam ser acolhidos nos dispositivos do SUAS.

Olhares das ciências sobre as questões sociais

Nessas reuniões para tratar da desinstitucionalização, o Serviço Social evidenciou que seis internos continuavam com pendência na regularização da documentação civil, apesar dos ofícios encaminhados a Defensoria Pública, ao Ministério Público, a SJDHDS e ao Tribunal de Justiça. Para obter o pleito, as assistentes sociais intensificaram as solicitações a Defensoria pública até obter a documentação civil da maioria dos internos que permaneciam sem documentos.

A equipe biopsicossocial do HCT desenvolveu no ano de 2016, 2017 e 2018 diversas ações com o propósito de reinserção social dos 16 internos, como oficinas de autocuidado, grupos informativos e terapêuticos, rodas de conversa, criando uma expectativa de alta nos internos que culminou com uma frustração à medida que os meses passavam e não havia perspectiva de saída da unidade. Desse modo, a equipe da Desinstitucionalização do HCT passou a buscar outras parcerias para acolhimento dos internos em outros dispositivos, principalmente para aqueles que apresentavam mais ansiedade, angústia e desejo de sair da unidade.

Foram, então, iniciadas as tentativas de acolhimento nos abrigos, como a Casa de Repouso de Idosos Bom Jesus, localizada na Travessa Bela Vista, Tubarão, em Paripe, sendo transferidos em 2018 seis internos. A Defensoria Pública

apoiou a iniciativa e contribuiu com a regularização da documentação civil e concessão do benefício, como o BPC, assim como para assegurar o tratamento no CAPS.

Acrescenta-se que um dos pacientes permaneceu na unidade por 41 anos. Procedente da Comarca de Poções-BA. Admitido no hospital em 23/05/1977, objetivando submeter-se a Exame de Sanidade Mental. O Exame foi realizado em 11/06/1980, concluindo o diagnóstico de Epilepsia e Oligofrenia. Encontrava-se com Alvará de Soltura desde 22/06/2006. Encontrava-se sem referência familiar. O único parente que fora localizado no ano de 1992 também seria portador de transtorno mental. Foi avaliado pela equipe do Abrigo e pelo Diretor do aludido abrigo, situado na Primeira Travessa Bela Vista, Tubarão, Subúrbio Ferroviário, Salvador-BA, sendo considerado apto, entretanto para a sua internação, fez-se necessário a apresentação de documentos de identificação civil. Avaliado novamente em outubro de 2018, foi considerado apto. Com a documentação civil foi encaminhado em 09 de outubro de 2018 ao Abrigo, junto com os demais internos citados anteriormente. O interno faleceu poucos meses depois.

Antes do falecimento do interno foram realizadas 3 visitas ao local depois da alta pela equipe do Serviço Social e Psicologia, o paciente estava com quadro estável, estava utilizado a cadeira de rodas

Olhares das ciências sobre as questões sociais

e evidenciou boa aceitação da permanência na unidade. A medicação psiquiátrica foi fornecida pelo HCT ao Abrigo em razão de que, até dezembro de 2018 (3 meses depois da alta do HCT) o CAPS ainda não tinha realizado a inscrição do paciente para ter acesso a consulta médica. Solicitamos, então, mais uma vez, a Defensoria Pública apoio para atendimento no CAPS e encaminhamentos para concessão dos benefícios. O CAPS para os internos de longa permanência no HCT é um importante dispositivo de desinstitucionalização por conduzir a efetivação de uma diferente política de prestação de cuidados, fazendo a mediação com o território e a família.

A intervenção do CAPS para as ações de reabilitação do HCT com um dos internos de 42 anos, de longa permanência na unidade, foram cruciais para que ele voltasse a morar em Juazeiro. Um diálogo constante foi construído entre a assistente social e a psicóloga do hospital com uma técnica do CAPS que conhecia a família. Foi preciso que as equipes reconhecessem os medos e angústia da genitora quanto ao modo como o interno se relacionava com o espaço social, com episódios de agitação e violência. Foi, preciso, ainda, construir novas possibilidades de compreensão sobre a doença e tratamento para que a genitora aceitasse o reencontro. O interno atualmente mora próximo a genitora que aceitou ser sua curadora e retirar uma quantia em dinheiro referente ao benefício

que o serviço Social da unidade havia dado entrada. O CAPS do município prestou imenso auxílio nessa mediação da equipe do HCT com a genitora do paciente. Retornou, também, em 2019 ao município de origem, um paciente que passou a morar sozinho, mas conta com apoio das irmãs, da Igreja e do CAPS. E um outro paciente foi acolhido pela filha, após apoio da Vara de Execuções Penais por meio do juiz que convocou a filha (que morava na residência do genitor e recebia o seu benefício), mas não aceitava tirar o genitor da unidade. Era um paciente que diferente dos demais, tinha residência própria e benefício, mas por ser cadeirante, hipertenso, diabético, entre outros problemas de saúde necessitava de cuidados intensivos.

Neste período dois pacientes de longa permanência na unidade que faziam parte da relação da Desinstitucionalização faleceram por complicações na saúde. Outros dois foram encaminhados para instituições particulares, com apoio de familiares.

O Brasil tem um déficit significativo de serviços residenciais terapêuticos, embora o Ministério da Saúde tenha apontado que esses serviços, assim como o Programa de Volta para Casa² são essenciais para a efetivação da desinstitucionalização (FURTADO, 2010).

² O Programa de Volta para Casa consiste no pagamento do auxílio para reabilitação psicossocial (Lei nº 10.708/2003)

Olhares das ciências sobre as questões sociais

Constatamos que não há um fluxo contínuo de encaminhamento dos pacientes para residências e Abrigos. Quando a equipe do HCT consegue a disponibilidade de vagas nas instituições é realizada uma articulação entre as equipes de saúde da unidade e a gestão para posterior encaminhamento para o referido local.

Atualmente com as novas diretrizes na política de saúde mental os hospitais psiquiátricos passarão a ser incluídos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), contrariando a tendência que havia de diminuição dos leitos nos hospitais psiquiátricos e aumento dos dispositivos de saúde mental que prestam atenção psicossocial no território. Com a continuidade da hospitalização de pessoas com transtorno mental, torna-se mais difícil a desinstitucionalização. Reforça-se a crença na periculosidade, as dificuldades de convivência e a crença na segregação, isolamento e tratamento em hospital como condição única para quem comete crimes e apresenta transtorno mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996. Disponível em: http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.htm

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no**

Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ. 1998.

BAHIA (Estado). Secretaria da Justiça e Direitos Humanos. **Notícias**. Bahia. Disponível em: <http://www.sjcdh.ba.gov.br/noticias/noticia001.html>. Acesso em: 01 jun. 2009

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em maio de 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual do Programa "De Volta para Casa"**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 18 p.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1777 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1777.htm> Acesso em maio de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf Acesso em abril de 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1980. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em abril de 2013.

BRASIL. **Resolução n.º 05, de 04 de maio de 2004**, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Dispõe a respeito das Diretrizes

Olhares das ciências sobre as questões sociais

para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em:

<<http://www.justica.gov.br/cnpecp/legislacao/resolucoes/2004resolu05.pdf>>. Acesso em: 28 abril 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 251, p. 59, nov. 2011. Seção 1.

BRASIL. Portaria Nº 94, de 14 DE JANEIRO de 2014. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html Acesso em 06 de maio de 2019.

DIMENSTEIN, Magda. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 112-117, dez. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 jun. 2019

FURTADO, Juarez Pereira et al. Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 389-400, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 06 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200012>.

LANCETTI, Antonio. **SaudeLoucura: saúde mental e saúde da família**. Editora Hucitec. V. 07. 2007

SERAFIM, Antônio de Pádua; SAFFI, Fabiana. **Psicologia e práticas forenses**. Barueri, SP: Manole, 2014.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

TABORDA, J. G.V.; CHALUB, M.; ABDALLA-FILHO, E. (Org.). **Psiquiatria forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.119-128. Palavras-Chave: Saúde Mental; Desinstitucionalização; Psiquiatria Forense.

Diálogos
possíveis

REVISTA DIÁLOGOS POSSÍVEIS

Editor: Professor Doutor José Euclimar Xavier Menezes

Centro Universitário Social da Bahia (UNISBA)

Avenida Oceânica 2717, CEP – 40170-010
Ondina, Salvador – Bahia.

E-mail: dialogos@unisba.edu.br

Telefone: 71- 4009-284