



Conselho Regional  
de Serviço Social / RJ  
www.cressrj.org.br

# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016

REFORMA PSQUIÁTRICA E MEDIDA DE SEGURANÇA: AS CONTRADIÇÕES DE UM  
HOSPITAL DE CUSTÓDIA <sup>1</sup>



80  
ANOS  
SERVIÇO  
SOCIAL  
NO BRASIL

BRUNA VIEIRA<sup>2</sup>

SABRINA DOS SANTOS DIAS<sup>3</sup>

THAIS GOMES DA SILVA<sup>4</sup>

**Resumo:** O presente artigo é fruto da experiência de estágio supervisionado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo e tem como objetivo refletir à partir da Lei nº10.216/01, sobre as contradições presentes no HCTP.

Palavras-chave: Saúde mental; Hospital; Custódia; Prisão.

**Abstract:** This article is the result of the internship experience supervised in Custody and Treatment Hospital Psychiatric Henrique Roxo and aims to reflect starting of Law No. 10,216 / 01, the contradictions present in CPTH.

Keywords: Mental health; Hospital; Custody; Prison.

---

<sup>1</sup> REFLEXÃO TEÓRICA; EIXO V – DIREITOS HUMANOS

<sup>2</sup>Graduanda de Serviço Social na Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: vieirabruna6787@gmail.com / Telefone: 99662-6787

<sup>3</sup>Graduanda de Serviço Social na Universidade Federal Fluminense. E-mail: sabrinadossantos.dias@gmail.com / Telefone: 98769-6466

<sup>4</sup> Graduanda de Serviço Social na Universidade Federal Fluminense. E-mail: thaisgmsilva@gmail.com / Telefone: (21)97593-1117



# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



## INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil pode ser caracterizada como um movimento social constituído por trabalhadores e usuários da saúde mental e seus familiares, que se unem em meados da década de 1970, a partir da recusa das condições indignas dos hospitais psiquiátricos, e do trato que era dado a loucura, no país. Trato, até então, atravessado por um caráter higienista e estigmatizador, e que tinha nas suas bases a hospitalização por longa permanência e o asilamento do portador de transtorno mental.

Mais de 20 anos após a aprovação da Lei de Saúde Mental, ainda são muitos os desafios e contradições a serem superados, sendo os Hospitais de Custódia, uma das expressões mais significativas da não superação da institucionalização da loucura.

Nesse sentido, esse artigo tem como objetivo apresentar, a partir dos avanços previstos com a Reforma Psiquiátrica, as contradições presentes no cotidiano de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Para isso, primeiramente apontaremos alguns avanços da reforma, depois caracterizaremos o funcionamento dos hospitais de custódia, e por fim apresentaremos como se organiza o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) Henrique Roxo.

## BREVES APONTAMENTOS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

À partir da década de 1990, os movimentos sociais organizados impulsionados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado<sup>5</sup>, conseguem aprovar o processo de implantação do modelo extra hospitalar. Caracterizado em linhas simples pela redução de leitos, pela desinstitucionalização de pacientes em longo período de internação e pela atenção à básica<sup>6</sup>. Processo esse que avança

<sup>5</sup> Lei Federal de Saúde Mental, nº 10.216 aprovada em 2001.

<sup>6</sup> A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Ver mais em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>



Conselho Regional  
de Serviço Social / RJ  
www.cressrj.org.br

# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80 ANOS  
SERVIÇO  
SOCIAL  
NO BRASIL

significativamente no início dos anos 2000, quando na prática, são implementadas as normatizações que instituem a redução dos leitos de maneira segura.

A diminuição do número de leitos veio acompanhada também de uma reforma no interior dos hospitais, ambulatórios e casas asilares. Os investimentos que anteriormente eram destinados a manutenção dos hospitais e asilos passam a ser direcionados para as novas medidas terapêuticas. Embora essa estratégia de realocação de recursos seja progressista, ela não se dá de maneira imediata, tendo em vista que essas reformas ocorrem num contexto neoliberal, onde há forte retração das políticas sociais de um modo geral.

O movimento então insurgente se coloca como alternativa de superação ao caráter, tutelar e medicalizador que até então, acompanhava a saúde mental. Nesse momento cada vez mais o paciente psiquiátrico deixa de ser analisado a partir de uma dimensão meramente biológica, e passa a ser percebido como cidadão – portador de direitos, como exposto em Vasconcelos (2010):

A nova abordagem insere a saúde mental no campo da conquista e reinvenção da cidadania (Mezzina et al., 1992; Bezerra Jr., 1992), que passa pelos tradicionais direitos civis, políticos e sociais, mas implicando uma luta mais específica pelo reconhecimento de direitos particulares dos usuários dos serviços e seus familiares. (Vasconcelos, 1992) Em última instância trata-se de uma cidadania “especial” a ser inventada” marcada pela diferença colocada pela experiência da loucura e da desrazão, e que portanto não pode ser identificada com a concepção convencional associada ao indivíduo racional, livre e autônomo. (2010, p.41)

A medida que os leitos foram sendo reduzidos, outras estratégias de cuidado tornaram-se presentes no trato dos pacientes psiquiátricos. A criação do PNASH<sup>7</sup>, dos CAPS<sup>8</sup>, e das residências terapêuticas<sup>9</sup> trouxeram avanços significativos com relação ao tratamento de pacientes da psiquiatria, tanto no aspecto científico, quanto no que se refere à relação desse usuário com a comunidade.

Outra estratégia traçada para reabilitação psicossocial do usuário foi o programa “De volta pra casa<sup>10</sup>”, que tem como característica possibilitar o retorno assistido ao lar ou a instalação em

<sup>7</sup> Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.

<sup>8</sup> Os CAPS são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Os centros oferecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, entre outros especialistas. – Para ver mais: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>

<sup>9</sup> Ver cartilha organizada pelo Ministério da Saúde: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>

<sup>10</sup> Ver cartilha organizada pelo Ministério da Saúde: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog\\_volta\\_para\\_casa.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf)



Conselho Regional  
de Serviço Social / RJ  
www.cressrj.org.br

# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80 ANOS  
SERVIÇO  
SOCIAL  
NO BRASIL

residências terapêuticas de indivíduos com longo histórico de institucionalização. Já que um ponto de grande relevância nesse processo é a participação das famílias ou a ausência dela - como no caso de alternativas residenciais. E também a interação dos usuários da atenção psicossocial com os demais sujeitos sociais. Como aponta Vasconcelos (2010):

Se focarmos agora os dispositivos residenciais do ponto de vista específico dos interesses dos usuários, eles constituem elementos fundamentais de seu bem estar físico e psíquico e de sua estratégia política em saúde mental. Em primeiro lugar, os serviços permitem um processo de reapropriação pessoal muito mais rico das dimensões real e simbólica do corpo, do espaço e do tempo, do uso de objetos e de criação de vínculos interpessoais na vida cotidiana (Saraceno & Sternani, 1987). Isso é fundamental na medida em que muitas vezes a vivência dessas dimensões pessoais foi muito empobrecida pelo institucionalismo [...] (2010, p.100).

Mais de duas décadas após algumas conquistas significativas na Reforma Psiquiátrica, e os desafios para a conquista de atenção psicossocial de maneira democrática e efetiva ainda são muitos. Como salienta Amarante (2007, p.63.), “quando falamos em processo, pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente”. Sendo assim, é preciso ter clareza que o “enclausuramento da loucura” ainda não foi superado, e para compreender esse processo trataremos a seguir do caso dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

## AS CONTRADIÇÕES DE UM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

O HCTP (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico) é um espaço institucional para o tratamento de pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos que, em virtude do transtorno, tenham cometido algum tipo de ilícito penal. Apesar de serem chamados de “hospitais” não estão incorporados ao sistema de saúde, mas sim ao sistema penitenciário.

A história desses hospitais-prisões, no mundo e no Brasil, se relaciona diretamente ao advento das prisões e da psiquiatria. O tratamento moral e a correção carcerária associados a um viés religioso eram utilizados para disciplinar as pessoas que não se enquadravam aos padrões sociais da época, visto que se tratava de um período de intenso processo de industrialização e dominância da classe burguesa. Desta forma, aquelas deveriam ser afastadas do convívio social para não prejudicar gerações futuras.

No Brasil, a criação oficial dos manicômios judiciários ocorreu em 22 de dezembro de 1903, pelo Decreto nº 1.132/1903. Trata-se de um regulamento fundamental que garante a separação

---



Conselho Regional  
de Serviço Social / RJ  
www.cressrj.org.br

# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



entre pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e criminosos, e, segundo Musse (2006, p. 61), seu objetivo era: remodelar o atendimento psiquiátrico das pessoas em sofrimento mental, constituindo a primeira reforma psiquiátrica brasileira, no campo jurídico. Em 1919, foi construído o primeiro manicômio judiciário brasileiro, no Rio de Janeiro, o segundo em Porto Alegre, em outubro de 1925 e o terceiro foi o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, no Estado de São Paulo, em 1933.

Atualmente, no país, existem em funcionamento 30 (trinta) hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs) e 01 (uma) ala de tratamento psiquiátrico (ATP) em penitenciária comum, que acolhem 3.604 (três mil seiscentos e quatro) pessoas com transtornos mentais ou dependência química em conflito com a lei, de acordo com dados do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (DEPEN-MJ) de dezembro de 2010.

A literatura especializada em MJs, ainda escassa no Brasil, é unânime em mostrar os maiores problemas desse tipo de hospital: a ambigüidade de sua existência (prisão versus hospital), a ineficácia e a impossibilidade, até então, de um consenso e de um diálogo profundo entre o direito, a medicina, a psicologia e outros saberes que se debruçam sobre as pessoas para lá encaminhadas. Questiona-se: onde devem estar os doentes que cometeram crimes? Se são doentes, por que permanecem em um hospital que prioriza a ideologia carcerária e tem um funcionamento muito mais próximo de uma penitenciária do que de um hospital? (MAMEDE, 2006, p. 28-29).

Um das contradições do HCTP e da medida de segurança consistem na posição do perito psiquiatra em relação ao juiz responsável pelo processo, e também do perito psiquiatra em relação à equipe psicossocial. A questão levantada é a quem compete decidir sobre o tratamento a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, isto é, o juiz, munido do laudo do perito médico ou exclusivamente a equipe interdisciplinar composta por médico psiquiatra, profissionais das áreas de psicologia, serviço social, enfermagem e terapia ocupacional.

Segundo uma pesquisa encomendada pelo Ministério da Justiça, intitulada “A custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil – Censo 2011”, 25 % das pessoas em medida de segurança nos HCTPs, em 2011 não deveriam estar internadas, algumas por já terem a medida de segurança com a periculosidade cessada, outras por já terem a sentença de desinternação, a medida de segurança extinta ou por terem recebido alta ou desinternação progressiva da justiça.

A população de HCTPs é composta, em parte considerável, por sujeitos que possuem histórias de desvinculações e fragilidades econômicas e relacionais em sua vida. Através de tal pesquisa foi possível chegar aos seguintes indicadores: 44% são pretos e pardos, com baixo nível



# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



de escolaridade, ou seja, 23% são analfabetos e 43% com nível fundamental incompleto e desempenhavam atividades laborais que demandavam pouca qualificação profissional.

Essa população em sofrimento mental encara diversos obstáculos para se incorporarem ao mundo do trabalho. O reduzido acesso à educação tem relação com a baixa qualificação profissional e educacional que essa população apresenta em sua maioria. O sofrimento mental apresenta desdobramentos inúmeros na vida dessas pessoas, como necessidades de assistência, os momentos de crise que demandam cuidados, as possíveis internações, o que influencia diretamente na possibilidade de constituí-las enquanto sujeito produtivo para o mundo do trabalho no modo de produção capitalista (SANTOS, 2014, p. 214-215).

No que tange a legislação referente à Saúde Mental, a Lei nº 10.216 de 2001, determina que o tratamento de pessoas com transtorno mental não pode ser feito em instituições asilares. Mesmo prevendo internações para casos extremos, a lei oriunda do movimento antimanicomial no Brasil, estabelece que os indivíduos devem ser internados na rede do SUS. Desse modo, quando o Código Penal e a Lei de Execuções Penais prevêem as internações de “loucos infratores” em Hospitais Psiquiátricos de Custódia, o artigo 58 da LEP, que diz respeito aos hospitais de custódia, entra em confronto com a Lei nº 10.216 .

Para ilustrarmos melhor essa realidade, faremos a seguir algumas reflexões sobre o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, campo de estágio que dá corpo as questões levantadas nesse artigo.

## O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HENRIQUE ROXO

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo<sup>11</sup> é uma instituição da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP-RJ). A mesma gere todo o sistema penitenciário do Rio de Janeiro, que inclui presídios, cadeias públicas, institutos penais, sanatório penal <sup>12</sup>e os hospitais de custódia. Atualmente o estado conta com três hospitais de custódia, contudo, um deles, o Heitor Carrilho, situado na cidade do Rio de Janeiro, está em processo de desativação. Os outros dois são: o Roberto Medeiros, localizado em Bangu, que custodia as

---

<sup>11</sup> O primeiro Hospital de Custódia do Rio de Janeiro surgiu no ano de 1921, o Heitor Carrilho. O hospital de Niterói, entretanto, foi criado na década de 1950, com o mesmo nome. Contudo, com a fusão dos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara, o hospital de Niterói teve seu nome alterado em 1981 para Henrique Roxo, em homenagem a um professor de psiquiatria da Universidade do Brasil, como ressalta Forti (2009).

<sup>12</sup> Apesar do nome, o sanatório penal é destinado para presos acometidos por patologias epidemiológicas.



Conselho Regional  
de Serviço Social / RJ  
www.cressrj.org.br

# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



mulheres, os dependentes químicos e os internos que aguardam audiência judicial<sup>13</sup>, e o HCTP-Henrique Roxo, que fica responsável pelos presos homens que receberam a determinação judicial de medida de segurança.

Esta instituição, como já sinalizado, faz parte do sistema penitenciário, entretanto, ela é direcionada para pessoas que cometeram delitos em decorrência de transtornos mentais. Aqueles que cometem algum crime e são considerados imputáveis recebem uma sentença judicial, como por exemplo, a pena privativa de liberdade, e esta é cumprida em algum tipo de Unidade Prisional. Todavia, aqueles que são considerados inimputáveis pela justiça, ou seja, não possuíam condições mentais de entender o caráter ilícito das suas ações e por isso não podem ser culpados, são então absolvidos impropriamente<sup>14</sup> pelo juízo e recebem a chamada medida de segurança e a cumprem em um hospital de custódia.

A medida de segurança <sup>15</sup>está prevista dos artigos 26 e 96 do Código Penal Brasileiro, bem como no Título VI da Lei de Execuções Penais e são apresentadas as condições e aplicabilidade desta pena. Por mais que seja o réu considerado inimputável e seja decretada sua internação e não prisão, na prática, sua condição será de um presidiário, e todas as suas ações devem ser comunicadas à Vara de Execuções Penais. No que tange à face de tratamento hospitalar, além da lei geral do SUS, a legislação de saúde mental norteia o processo de trabalho. A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais e decreta:

“Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.”

O tempo de cumprimento da sentença é diferenciado na pena privativa de liberdade e na medida de segurança. Na primeira, é estipulado um tempo de pena a ser cumprida, ou seja, o preso não pode ser mantido um dia a mais na prisão do que o previamente determinado, pois se configuraria cárcere privado. Na medida de segurança, o juiz estipula um prazo mínimo de um ano, e máximo de três anos, entretanto, a saída deste paciente depende de variáveis, que não raro, os

<sup>13</sup>Por definição somente o Roberto Medeiros teria internos com dependência de substâncias psicoativas e os que aguardam julgamento após perícia, mas por falta de estrutura do mesmo, alguns destes casos são enviados ao Henrique Roxo.

<sup>14</sup> Termo técnico das sentenças judiciais. Significa exatamente que o réu é inimputável e terá que ser internado em hospital de custódia para cumprimento de medida de segurança.

<sup>15</sup> Ver mais em : [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html)



Conselho Regional  
de Serviço Social / RJ  
www.cressrj.org.br

# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80 ANOS  
SERVIÇO  
SOCIAL  
NO BRASIL

mantém internados mais tempo do que deveriam, já que em muitos casos não deveriam nem mesmo ter sido presos.

O hospital conta em média com 130 internos que são: homens; com idades variadas; pobres, sendo a grande maioria oriunda das parcelas mais pauperizadas da classe trabalhadora, negros, e muitos em situação de rua. Os crimes que os levaram até lá são diversificados. Há casos graves como estupro e homicídio, mas ao contrário do imaginário social acerca dos hospitais de custódia, considerável número de ocorrências são simplórias como um furto de sete reais ou arremessar uma pedra em um ônibus<sup>16</sup> e desse modo poderiam simplesmente ser direcionados para um tratamento psiquiátrico ambulatorial, no CAPS ou em um hospital psiquiátrico. A ojeriza social em relação a esta instituição se dá porque ela consegue “articular duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo dos alienados e a prisão, e dois dos fantasmas mais trágicos que perseguem a todos – o criminoso e o louco” (CARRARA, 1998, apud, FORTI, 2009).

É importante não esquecermos das equipes técnicas que atuam no HCTP- Henrique Roxo, e são responsáveis pelo tratamento psiquiátrico dos pacientes. Compostas por médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo e enfermeiro. Um dos maiores desafios das equipes técnicas é fazer com que o tratamento seja o mais humanizado e digno possível, pensando na saída dos pacientes desde seu primeiro dia na unidade. Todavia, a hegemonia da face prisional é exatamente o que torna estes objetivos mais árduos. Principalmente para aqueles pacientes que não contam com o suporte familiar.

Ambas as questões, tanto condições melhores para tratamento, quanto a desinternação, dependem de fatores muito complexos e que extrapolam à intencionalidade dos profissionais. Dentre eles, encontra-se o apoio familiar, que é um dos elementos mais importantes. Visto que para a justiça a família constitui um eixo fundamental para a concessão da liberdade, uma vez que a compreende como a principal responsável pela estabilidade do paciente.

No que tange a vivência no cárcere são os familiares que garantem melhores condições propiciando desde itens básicos de higiene até medicamentos, por muitas vezes em falta na instituição. Deste modo, os pacientes sem apoio familiar, que constituem grande parte

---

<sup>16</sup> Os casos citados são reais, e os referidos pacientes estão a mais de 3 anos presos. Estas situações deveriam ser encaminhadas para tratamento ambulatorial e não internação em hospitais de custódia.





Conselho Regional  
de Serviço Social / RJ  
www.cressrj.org.br

# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

**11 a 13 de maio de 2016**



dos internos, vivenciam condições mais árduas na prisão e veem suas chances de serem desinternados tolhidas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reestruturação produtiva passa desde uma alteração profunda no mundo do trabalho, destruição dos direitos sociais até a construção de um verdadeiro Estado Penal. Wacquant (2011) denomina de penalidade neoliberal. Há uma redefinição das funções do Estado e elas, grosso modo, são sua retirada da esfera de garantia de direitos sociais e trabalhistas e seu fortalecimento da sua atuação policial e penitenciária, ou seja, repressiva. O autor afirma que o neoliberalismo traz a “supressão do Estado econômico, enfraquecimento do Estado social, fortalecimento e glorificação do Estado penal (2011, p.11).” Segundo ele, a construção de um novo senso comum penal que criminalize a miséria é necessária, para legitimar a nova face do Estado. É funcional que haja, no imaginário social, os sujeitos perigosos causadores do caos.

O Estado Penal tem função primordial de mascarar os efeitos sociais do neoliberalismo, pois a retração dos direitos sociais e trabalhistas tem reflexo nas condições materiais da vida dos trabalhadores. Wacquant argumenta ainda que, o Estado Penal é direcionado para a pobreza que incomoda, ou seja, os pobres fora do padrão burguês, e a esses a força policial busca retirar dos espaços públicos para dar sensação de segurança às classes médias e altas. Há uma perspectiva higienista, de tirar das ruas o que “suja” a imagem da cidade. Os argumentos do autor descrevem muito bem a realidade dos pacientes do HCTP-Henrique Roxo. Pois, para as portas de entrada dos manicômios judiciais existem inúmeras possibilidades, mas as portas de saída são difíceis de destrancar.

Entretanto, seria um equívoco afirmar que o Estado nunca esteve presente na vida destes internos. Sempre houve um Estado forte de repressão, mas um Estado para proteção social que fornecesse uma rede de saúde efetiva e bem estruturada não se apresentou. Esta face continua ausente ao não expandir as residências terapêuticas, ao impedir que presos com transtorno mental tenham acesso ao Benefício de Prestação Continuada <sup>17</sup>e ao não garantir condições dignas de tratamento para aqueles que não têm família.

---

<sup>17</sup> Como apresentado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome: “É um benefício de 01 (um) salário mínimo mensal pago às pessoas idosas com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, conforme o estabelecido no Art. 34 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - o Estatuto do Idoso, e às pessoas portadoras de deficiência incapacitadas para a vida independente e para o trabalho.” Para ver mais: <http://www.mds.gov.br>



# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



O cotidiano no HCTP- Henrique Roxo e as reflexões trazidas nesse trabalho nos mostram que mesmo com tantos avanços da luta antimanicomial, se apontam muitas necessidades de transformação no campo da saúde mental, já que ainda convivemos com o aprisionamento e a estigmatização da loucura de maneira extremamente violenta, higienista e desumanizadora. No entanto podemos também afirmar que o combustível para essa luta, está presente na atuação dos profissionais, das famílias dos pacientes, e dos movimentos sociais organizados e comprometidos com uma sociedade livre de manicômios, com atenção psicossocial pública e sem privação de liberdade.

## REFERÊNCIAS:

AMARANTE, Paulo. **Serviço Social e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, 2007, Brasil: Editora Fiocruz.

CÓDIGO Penal Brasileiro, Artigos 26 e 96.

FORTI, Valéria. **Ética, Crime e Loucura: Reflexões sobre a Dimensão Ética no Trabalho Profissional**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2009.

GUEIROS, Dalva Azevedo. **Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar**. In: *Revista Serviço Social e Sociedade* n°71, São Paulo: Cortez Editora, 2002.

GUINDANNI, Mirian K. A. **Tratamento Penal: A dialética do Instituído e do stituido e Instituinte**. In: *Revista Serviço Social e Sociedade* n° 67. São Paulo: Editora Cortez, 2001

LEI N° 10.216, de 06 e Abril de 2001.

LEP- Lei de Execuções Penais (1984).

Ministério Público Federal. **PARECER sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva de lei n.10.216/2001**. Brasília, p.29-36, 2011.

RESOLUÇÃO N°5 de 2004, do Conselho Nacionalde Política Criminal e Penitenciária.

SANTOS, Wederson Rufino. **Os esquecidos: familismo e assitência pública na inimputabilidade por doença e deficiência mental no Brasil.2014**. Tese (Doutorado em Sociologia) Universidade de Brasília, Brasília, 2014.



Conselho Regional  
de Serviço Social / RJ  
[www.cressrj.org.br](http://www.cressrj.org.br)

# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

**11 a 13 de maio de 2016**



**80** ANOS  
**SERVICÓ**  
**SOCIAL**  
**NO BRASIL**

VASCONCELOS, Eduardo. Mourão. (Ed). (2010). **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo, Brasil: Editora Cortez.

WACQUANT, Loïc. **As Prisões da Miséria**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.



Conselho Regional  
de Serviço Social / RJ  
[www.cressrj.org.br](http://www.cressrj.org.br)

# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



**80**  
ANOS  
**SERVICO  
SOCIAL  
NO BRASIL**