

---

## II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

Sabrina Barbosa Alexandre

A SEÇÃO PSICOSSOCIAL DA VARA DE EXECUÇÕES PENAIS DO DISTRITO FEDERAL E A SUA ATUAÇÃO INTERSETORIAL PARA O CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

BRASÍLIA - DF  
2015

---

## II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

Sabrina Barbosa Alexandre

A SEÇÃO PSICOSSOCIAL DA VARA DE EXECUÇÕES PENAIS DO DISTRITO FEDERAL E SUA ATUAÇÃO INTERSETORIAL PARA O CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Ileno Izídio da Costa

BRASÍLIA - DF  
2015

---

## II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

Sabrina Barbosa Alexandre

A Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Distrito Federal e sua atuação intersetorial para o cumprimento da medida de segurança

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa  
Coordenador Geral do II CESMAD

BRASÍLIA – DF  
2015

## **Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos**

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

*A minha amada mãe, Maria Regina.*

---

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela força espiritual que me rege.

A minha família. Sem eles nenhum dos meus sonhos seria realizado e nada na minha vida seria possível.

A minha Gabriela por alegrar diariamente minha vida.

A todos meus amigos pelos incentivos e por não duvidarem da minha capacidade.

Aos colegas de turma por tornarem o caminho mais leve e alegre.

A todos aqueles de alguma forma ajudaram a semear os frutos deste trabalho.

*"[...] Ninguém sabe verdadeiramente o que é uma nação até que tenha estado dentro de suas prisões. Uma nação não deve ser julgada pela forma como trata seus cidadãos mais elevados, mas seus menos queridos."*

*Nelson Mandela*

## RESUMO

Uma das atividades solicitadas para conclusão do II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista é uma monografia e um artigo científico. Trabalho na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, a qual cabe assessorar os Juízes da Vara de Execuções Penais, no acompanhamento e fiscalização do cumprimento das penas, objetivando a ressocialização do sentenciado ou segurado, conforme procedimento interno. Neste trabalho, pretendo relatar sobre as atividades desenvolvidas por esta Seção, em especial nos casos de medida de segurança, e sua atuação intersetorial com os demais órgãos que auxiliam no cumprimento desta, que é acompanhada desde que é decidida a medida de segurança até sua extinção. A partir da realidade deste ambiente de trabalho, propõe-se nesta monografia tratar sobre os limites, dificuldades e conquistas da atuação desta Seção neste contexto. Para tanto, apresenta-se os aspectos legais da medida de segurança, revisão da literatura, discussão de resultados e uma conclusão. Apesar das dificuldades, é possível conseguir num trabalho conjunto, intersetorial, garantir que a reforma psiquiátrica no Distrito Federal seja realizada.

**Palavras-chave:** medida de segurança; intersetorial; reforma psiquiátrica

## ABSTRACT

One of the paragraph requested Activities II Completion of Specialization Course in Mental Health, Alcohol and Other Drugs Psychology Institute of the University of Brasilia to obtain the title of Specialist is a monograph and a Scientific Article. Working in Section Psychosocial the Criminal Enforcement Court for the Court of Justice of the Federal District and the Territories, which advise the judges of the Court of Criminal Executions in Oversight of compliance with feathers, aiming the rehabilitation of sentenced UO Insured as the internal procedure. In this work I intend to report about the activities developed by this section , in particular nos Security Measure cases , is intersectoral Your Practice with OS Other Bodies que not help this greeting, What Is It followed from decided Security Measure UP YOUR extinction. From the reality of this work environment, proposes -If this monograph TREAT About the Limits, Difficulties and Achievements of Performance This section this contex. Therefore presents -If the Legal Aspects of Security Measure, literature review, DISCUSSION Results and Conclusion A. Despite the difficulties and possible Getting a Joint Working, intersectoral, you can ensure that the psychiatric reform unrealized on Federal District.

**Keywords:** security measure; intersectoral; psychiatric reform

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

- ATP** – Ala de Tratamento Psiquiátrico
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CNJ** – Conselho Nacional de Justiça
- DF** – Distrito Federal
- GDF** – Governo do Distrito Federal
- ISM** – Instituto de Saúde Mental
- IML** – Instituto Médico Legal
- LEP** – Lei de Execução Penal
- MP** – Ministério Público
- MPF** – Ministério Público Federal
- PAILI** – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
- PAI-PJ** – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental
- PFDF** – Penitenciária Feminina do Distrito Federal
- PFDC** – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
- SESIPE** – Secretaria de Estado de Segurança Pública
- SEVEP** – Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TJDFT** – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios
- VEP** – Vara de Execuções Penais

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>15</b>
2.1 ATUAÇÃO NA SEÇÃO.....	16
2.2 ASPECTOS LEGAIS DA MEDIDA DE SEGURANÇA.....	19
2.3 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
<b>3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>4. CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

Uma das atividades solicitadas para conclusão do II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista é uma monografia e um artigo científico.

Esta monografia foi escrita baseada, essencialmente, em referenciais teóricos e na realidade do meu trabalho na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios.

Sou servidora do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios – TJDF, trabalhando na Vara de Execuções Penais - VEP, que, segundo Lei 11.697 de 13 de junho de 2008, tem competência para: executar as penas e as medidas de segurança e o julgamento dos respectivos incidentes; decidir os pedidos de unificação ou de detração das penas; homologar as multas aplicadas pela autoridade policial nos casos previstos em lei; inspecionar os estabelecimentos prisionais e os órgãos de que trata a legislação processual penal; expedir as normas e os procedimentos previstos no Código de Processo Penal.

Estou lotada na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais – SEVEP, à qual cabe assessorar os Juízes da Vara de Execuções Penais, no acompanhamento e fiscalização do cumprimento das penas, objetivando a ressocialização do sentenciado ou segurado, conforme procedimento interno.

Neste contexto, tendo como objetivo principal relatar sobre as atividades desenvolvidas por esta Seção, em especial nos casos de medida de segurança, e sua atuação intersetorial com os demais órgãos que auxiliam no cumprimento desta, que é acompanhada desde que é decidida a medida de segurança até sua extinção, para uma adequada implementação da Lei nº 10.216, de 6/4/2001, também conhecida como a Lei que regulamenta o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. A partir da realidade deste ambiente de trabalho, propõe-se nesta monografia tratar sobre os limites, dificuldades e conquistas da atuação desta Seção neste contexto.

Trabalho como Supervisora Substituta da Seção Psicossocial da Vara de Execuções do Distrito Federal e para efetivar esse trabalho de forma a garantir a adequada aplicação da medida de segurança de acordo com a lei proposta, uma das grandes dificuldades encontrada é a complexidade de se conseguir relacionar os setores pertinentes ao processo.

Segundo Diniz (2011), p.13, entre as pessoas que cometem crimes no Brasil, há aquelas que são inimputáveis em razão de doença ou deficiência mental. Essas pessoas não

recebem uma pena, mas são submetidas a tratamento psiquiátrico obrigatório em cumprimento de uma medida de segurança. O cumprimento da medida, no caso do Distrito Federal, ocorre na Ala de Tratamento Psiquiátrico – ATP, na Penitenciária Feminina do Distrito Federal – PFDF, que se encontra na Região Administrativa do Gama.

Será utilizada uma revisão bibliográfica de como se dá a medida de segurança e como a intersetorialidade é trabalhada na equipe, com relatos da minha atividade na Seção Psicossocial da VEP.

Este trabalho está dividido em desenvolvimento com as subdivisões: atuação na Seção; aspectos legais da medida de segurança e revisão de literatura. Além da discussão dos resultados e conclusão com algumas recomendações.

## 2. DESENVOLVIMENTO

A Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais - SEVEP assessora os Juízes da Vara de Execuções Penais – VEP, no Distrito Federal, no acompanhamento e fiscalização do cumprimento das penas, objetivando a ressocialização dos sentenciados. O assessoramento psicossocial ao Juízo da execução penal iniciou-se, embrionariamente, no ano de 1984, e em 1987, por meio de portaria do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, foi instituído o assessoramento psicossocial nesta Vara, adquirindo o status de setor com a atribuição básica de prestar assessoria aos juízes da execução, por meio da portaria n.º 1, de 18/4/1990, conforme o livro de Práticas Psicossociais no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, 2009.

É a única Vara de Execuções do país que possui uma Seção Psicossocial para auxiliar os Juízes nas decisões quanto aos benefícios para os presos dando ênfase nos aspectos psicossociais, sendo pioneira neste aspecto.

A Lei de Execução Penal - LEP, Lei n.º 7.210 de 11/7/1984, tem em seu texto por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado, sendo possível verificar a preocupação do legislador com a reintegração social, a garantia de direitos dos presos e a importância da cooperação da comunidade o que vai ao encontro da atuação desta Seção.

A SEVEP, atualmente formada por psicólogos, assistentes sociais e pedagogos/sociólogos, divide sua equipe em três frentes de trabalho, a saber: equipe de trabalho externo, equipe de acompanhamento das saídas temporárias e equipe de acompanhamento das medidas de segurança.

Para que o sentenciado/segurado tenha garantido seus direitos e para que ocorra sua integração social como previsto na LEP, a equipe da SEVEP necessita ter contato rotineiramente com várias instituições que podem auxiliar na tentativa de garantia de seus direitos, tendo, portanto, de atuar com diversos setores fora do Tribunal.

Com esta realidade, pretendo apontar como a equipe da Psicossocial da VEP tem atuado, com o auxílio de outras instituições, em especial, da equipe de medida de segurança, para garantir aos sentenciados/segurados os direitos garantidos em nosso ordenamento político.

## 2.1 ATUAÇÃO NA SEÇÃO

Para a consecução das atividades, a equipe encontra-se hoje composta por 18 servidores dos quais: oito com formação em Psicologia, seis em Serviço Social, um em Pedagogia e Sociologia, um em Pedagogia, dois técnicos judiciários para apoio administrativo e sete estagiários em Psicologia e/ou Serviço Social.

As atividades são divididas em três frentes de trabalho as quais atuam basicamente com:

- 1) Equipe do trabalho externo - o trabalho está assegurado na LEP em seus artigos 28 a 30:

Art. 28. O trabalho do condenado, como dever social e condição de dignidade humana, terá finalidade educativa e produtiva.

§ 1º Aplicam-se à organização e aos métodos de trabalho as precauções relativas à segurança e à higiene.

§ 2º O trabalho do preso não está sujeito ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho.

Art. 29. O trabalho do preso será remunerado, mediante prévia tabela, não podendo ser inferior a 3/4 (três quartos) do salário mínimo.

§ 1º O produto da remuneração pelo trabalho deverá atender:

a) à indenização dos danos causados pelo crime, desde que determinados judicialmente e não reparados por outros meios;

b) à assistência à família;

c) a pequenas despesas pessoais;

d) ao ressarcimento ao Estado das despesas realizadas com a manutenção do condenado, em proporção a ser fixada e sem prejuízo da destinação prevista nas letras anteriores.

§ 2º Ressalvadas outras aplicações legais, será depositada a parte restante para constituição do pecúlio, em Caderneta de Poupança, que será entregue ao condenado quando posto em liberdade.

Art. 30. As tarefas executadas como prestação de serviço à comunidade não serão remuneradas.

O acompanhamento do Trabalho Externo torna-se efetivo a partir da assinatura de um Termo de Compromisso, por parte da pessoa que oferece uma vaga particular de emprego. Este termo só é assinado após o comprometimento do propenso empregador em assinar a carteira de trabalho do preso, pois acreditamos que o princípio da igualdade definido em nossa Constituição de 1988, “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”, também deve ser respeitado para pessoas que cumprem pena.

Partindo deste princípio, não poderíamos autorizar uma atividade na qual a pessoa receba menos de um salário mínimo, como também determina nossa Constituição em seu artigo 7, inciso IV:

São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim.

2) Equipe de acompanhamento das saídas temporárias – segundo a Lei de Execução Penal em seus artigos 66 e 123, compete ao Juiz da execução autorizar saídas temporárias, ouvidos o Ministério Público - MP e a administração penitenciária. Para tanto, devem satisfazer os seguintes requisitos: comportamento adequado; cumprimento mínimo de 1/6 (um sexto) da pena, se o condenado for primário, e 1/4 (um quarto), se reincidente; compatibilidade do benefício com os objetivos da pena.

Esta frente de trabalho, então, desenvolve suas atividades junto aos apenados que se encontram recolhidos nas unidades prisionais do Distrito Federal nos regimes fechado e semi-aberto. A intervenção profissional é realizada a partir da determinação do Juiz da Execução, no tocante aos benefícios de saídas temporárias e as assistências previstas na Lei de Execução Penal, com destaque para as condições subjetivas no decorrer da pena.

A intervenção profissional é realizada com enfoque no aspecto psicossocial e abordagem multidisciplinar que considera os vários aspectos do indivíduo: sociais, psíquicos, culturais, comunitários, dinâmicas familiares, entre outras, sempre buscando uma conformidade com a atuação no Judiciário.

Uma das principais atividades é a realização de estudo psicossocial do grupo familiar, com vistas à: 1) concessão dos benefícios previstos em lei, 2) identificação de necessidades e demandas das famílias e dos sentenciados, intervindo, dentro de sua competência, ou encaminhando as situações para os recursos disponíveis na comunidade, conforme procedimentos internos à Seção.

2.1) Ainda nesta frente de trabalho, também é realizado o acompanhamento bimestral de Prisões Domiciliares Especiais: questões de saúde que não podem ser tratadas dentro do ambiente prisional por falta de aparelhagem, pessoas e/ou medicamentos adequados para acompanhamento. De acordo com o Código do Processo Penal em seu artigo 318 - Poderá o juiz substituir a prisão preventiva pela domiciliar quando o agente for: (Redação dada pela Lei nº 12.403, de 2011): maior de 80 (oitenta) anos; extremamente debilitado por motivo de

doença grave; imprescindível aos cuidados especiais de pessoa menor de 6 (seis) anos de idade ou com deficiência; gestante a partir do 7º (sétimo) mês de gravidez ou sendo esta de alto risco. E para a substituição, o juiz exigirá prova idônea dos requisitos estabelecidos neste artigo.

3) Equipe de acompanhamento de medida de segurança - cabe à Seção Psicossocial realizar o acompanhamento sistemático das medidas de segurança, seja na modalidade de tratamento ambulatorial ou de internação. Neste sentido, presta assessoria aos Juízes da VEP nos aspectos subjetivos envolvidos em sua execução. O procedimento para acompanhamento será mais aprofundado no decorrer do texto.

## 2.2 ASPECTOS LEGAIS DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Segundo o Código Penal Brasileiro (DECRETO-LEI n. 2.848, de 7/12/1940) em seu artigo 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 ([Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984](#)), podendo a pena ser reduzida de um a dois terços.

No Código Penal, 1940, é definido, em seu artigo 96, as espécies de medidas de segurança, a saber: internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; sujeição a tratamento ambulatorial. E seu parágrafo único descreve que, extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta ([Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984](#)).

O processo de decisão de medida de segurança é determinado por juízes de varas criminais e só é definido após transitado em julgado a sentença.

A imposição da medida de segurança para inimputável será determinada pelo juiz. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial, ambos tendo prazo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos, conforme Código Penal, 1940.

A lei relata ainda que a perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se assim determinar o juiz da execução. No caso do Distrito Federal, a perícia médica é realizada pelo Instituto Médico Legal – IML.

A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional, devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, praticar fato indicativo de persistência de sua periculosidade ([Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984](#)).

Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos, segundo o Código Penal.

A pena também pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de um a três anos, necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade.

Ainda segundo o Código Penal, em seu artigo 99, o internado será recolhido em estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento

[\(Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984\)](#). Como já relatado, os pacientes ficam internados no DF na ATP.

Segundo o Código de Processo Penal de 1941, em seu artigo 175, a cessação ou não da periculosidade se verificará ao fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança pelo exame das condições da pessoa a que tiver sido imposta, observando-se o seguinte:

I - o diretor do estabelecimento de internação ou a autoridade policial incumbida da vigilância, até um mês antes de expirado o prazo de duração mínima da medida, se não for inferior a um ano, ou até quinze dias nos outros casos, remeterá ao juiz da execução minucioso relatório, que o habilite a resolver sobre a cessação ou permanência da medida;

II - se o indivíduo estiver internado em manicômio judiciário ou em casa de custódia e tratamento, o relatório será acompanhado do laudo de exame pericial feito por dois médicos designados pelo diretor do estabelecimento;

III - o diretor do estabelecimento de internação ou a autoridade policial deverá, no relatório, concluir pela conveniência da revogação, ou não, da medida de segurança;

IV - se a medida de segurança for o exílio local ou a proibição de freqüentar determinados lugares, o juiz, até um mês ou quinze dias antes de expirado o prazo mínimo de duração, ordenará as diligências necessárias, para verificar se desapareceram as causas da aplicação da medida;

V - junto aos autos o relatório, ou realizadas as diligências, serão ouvidos sucessivamente o Ministério Público e o curador ou o defensor, no prazo de três dias para cada um;

VI - o juiz nomeará curador ou defensor ao interessado que o não tiver;

VII - o juiz, de ofício, ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que já expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança;

VIII - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o número anterior o juiz proferirá a sua decisão, no prazo de três dias.

Art. 777. Em qualquer tempo, ainda durante o prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o tribunal, câmara ou turma, a requerimento do Ministério Público ou do interessado, seu defensor ou curador, ordenar o exame, para a verificação da cessação da periculosidade.

No artigo 766, do Código do Processo Penal (DECRETO-LEI n. 3.689, de 3/10/1941), a internação das mulheres será feita em estabelecimento próprio ou em seção especial. No

caso do Distrito Federal, as mulheres que cumprem a medida de segurança ficam no Presídio Feminino junto com as presas que cumprem penas comuns.

Em 1988, foi promulgada a Constituição Brasileira que, desde seu preâmbulo, relata sobre os direitos das pessoas, como: “assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social”. Além de suas garantias básicas: educação, saúde, religião, trabalho, moradia, alimentação, transporte.

Já em 2001, foi instituída a Lei 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei antimanicomial, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Apesar de não tratar sobre pessoas que cometeram crime, trata sobre a proteção e direitos de todas as pessoas com transtorno mental.

Baseado nessa lei, em 2011, o Conselho Nacional de Justiça - CNJ criou a recomendação n. 35 a qual orienta que, na execução da Medida de Segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto, além da mobilização dos diversos segmentos sociais, compartilhamentos de responsabilidades, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental e infundam o respeito aos direitos fundamentais e sociais das pessoas sujeitas às medidas de segurança.

Esta recomendação também sugere o diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, a fim de buscar a intersectorialidade necessária, que será o foco deste trabalho.

## 2.3 REVISÃO DE LITERATURA

A equipe de medida de segurança, hoje composta por cinco psicólogos, um assistente social e uma pedagoga/socióloga, é, como o próprio nome já diz, responsável por acompanhar a execução da medida de segurança imposta aos inimputáveis ou semi-imputáveis que cometeram um crime em decorrência de sua doença e, por esta razão, não irão cumprir uma pena, mas uma medida de tratamento que pode acontecer de três formas:

- Internação: que, no caso do DF, acontece na ATP;
- Desinternação Condicional: para os pacientes que por realizarem o tratamento e estarem estáveis por medicação e por acompanhamento de profissionais de saúde, têm a oportunidade de continuarem o tratamento em casa;
- Tratamento Ambulatorial: nos casos que o jurista e/ou o psiquiatra que realizar o exame psiquiátrico entende que não há necessidade de internação, apenas do acompanhamento de profissionais de saúde na rede de atenção é o suficiente para esta pessoa.

O objetivo do trabalho na SEVEP é facilitar a reabilitação psicossocial dos sentenciados, possibilitando o acesso ao tratamento imposto e promovendo orientação familiar quanto à necessidade de apoio no cumprimento da medida de segurança, e está pautado nos moldes da Reforma Psiquiátrica (Lei Nº 10.216 de 06/04/2001 – Lei Paulo Delgado), conforme procedimento da própria Seção.

Para tanto, a equipe realiza rotineiramente atendimentos a internos e a familiares, acompanhamento de audiências, visitas domiciliares, visitas à Ala de Tratamento Psiquiátrico - ATP e às Instituições, como CAPS, ISM, Comunidades Terapêuticas, encaminhamentos dos sentenciados ou familiares para a rede pública de saúde ou outros serviços, como grupos de mútua ajuda, reuniões de equipe e estudos de caso dentro e fora da VEP (penitenciárias e serviços públicos de saúde, comunidades terapêuticas, etc.), recebimentos de casos novos (internação ou tratamento ambulatorial), entre outras atividades que ainda serão discutidas neste trabalho.

A ATP é uma ala dentro do presídio e que foi reformada, não de forma adequada, para receber pacientes psiquiátricos, mas sua estrutura ainda é de uma prisão, apesar da lei a qual descreve que o agente inimputável estará isento de pena.

Como na maioria dos presídios, os pacientes em medida de segurança não fogem à regra dos presos comuns. O fenômeno do encarceramento massivo retroalimenta e reproduz a violência (delito – prisão – reforço da identidade criminosa – delito – prisão), tendo em vista

que a estratégia de prisionalização não vem obtendo os resultados esperados de redução das taxas de criminalidade. Neste aspecto, é razoável refletir se a saída para a crise da pena é seguir apostando no encarceramento, de acordo com Carvalho, 2013, com adaptações. Essa reflexão parece resumir a ineficácia do sistema punitivo no que tange a diminuição da violência, já que ela não só não diminui como se multiplica, e se reinventa.

Nos casos de medida, a violência pode aumentar entre os que têm condições de saúde para fazê-lo. Ou ainda, pelos usuários de drogas que comumente têm recebido medida de segurança, pois os juristas acreditam que a internação na ATP será o mais adequado no que diz respeito ao tratamento para essas pessoas, as quais, atualmente, são, em média, 33% da Ala.

Ainda segundo Carvalho (2013), as tradicionais teorias da pena, em razão de sua fundamentação (jurídica) contratual e de sua perspectiva (social) consensualista, são incapacitadas de oferecer um modelo efetivamente redutor do punitivismo. Restando, portanto, aos condenados por crimes o reducionismo de uma punição que em grande parte ainda irá compor os quadros de estatísticas do sistema penitenciário, correndo o risco de ficar por anos encarcerados e sem acompanhamentos sistematizados psicológicos, médicos, sociais, de terapias ocupacionais, de um adequado exame criminológico ou de qualquer programa adequado para que essas pessoas pudessem ter oportunidades que não tiveram outrora, para que ao sair das prisões tenham oportunidades que não tenham tido até então.

Michel Foucault, em seu livro: *Vigiar e Punir* de 1975, p. 218, já descrevia que: “conhecem-se todos os inconvenientes da prisão, e sabe-se que é perigosa, quando não inútil. E, entretanto não ‘vemos’ o que pôr em seu lugar. Ela é a detestável solução, de que não se pode abrir mão. Essa ‘obviedade’ da prisão, de que nos destacamos tão mal, se fundamenta, em primeiro lugar na forma simples da ‘privação de liberdade’”.

Se em 1975 o grande filósofo francês já fazia essa reflexão e pouco se mudou até aqui, fica o questionamento de que se não funciona para presos comuns, funcionaria para os inimputáveis ou semi-imputáveis ao serem “presos” na ATP?

A Reforma Psiquiátrica foi explícita em proibir qualquer forma de tratamento manicomial. Mesmo nos casos excepcionais, a internação psiquiátrica é sempre subsidiária e indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares (serviços comunitários) se mostrarem insuficientes, conforme o art. 3º e o *caput*, do art. 4º. A Lei 10.216/01 estabelece que “é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares [...]” (art. 4º, § 3º), em CARVALHO e WEIGERT, p. 294, 2013.

Segundo Sena, 2011, esses sujeitos, que anteriormente já sofriam um processo de marginalização e estigma social, são submetidos há anos de aprisionamento, sem acesso ao tratamento penal adequado, em celas superlotadas e sob a rígida disciplina policial. Indo em desacordo, por exemplo, com o artigo 12 da Lei de Execuções Penais – LEP, a qual trata da assistência material ao preso e ao internado que consistirá no fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas.

Nos presídios do Distrito Federal, hoje, segundo dados da Secretaria de Estado de Segurança Pública – SESIPE, enviado diariamente à SEVEP, o número de presos em janeiro/2015 é de 13.852, e o presídio deveria abrigar 7.473 e, ainda assim, está longe de ser a pior realidade no Brasil.

Na ATP, o perfil dos segurados também se encaixa no de presos comuns: a maioria é de jovens, pobres, negros e com baixa escolaridade. Segundo dados de Diniz, 2013, p. 110, em 2011, 62 pessoas cumpriam medida de segurança no DF, dessas, 69% das pessoas internadas tinham entre 25 e 39 anos, com uma média etária da população de 33 anos. Pretos e pardos somavam 79%. Os analfabetos eram 13% da população da ATP, e 50% tinham apenas o ensino fundamental.

Em janeiro de 2015, havia 82 vagas, com 93 internados, segundo dados da SESIPE, entre eles, ou são pessoas que cumprem a medida de segurança em regime de internação, ou são presos provisórios que aguardam perícia médica para decisão acerca da sentença judicial ou são presos comuns que também aguardam perícia médica para decisão da justiça sobre a conversão da pena comum em medida de segurança.

Os dois últimos casos não são acompanhados pela Psicossocial e não têm um planejamento adequado de tratamento por parte da equipe de saúde da ATP, pois não há como se ter um plano terapêutico progressivo sem a certeza do período exato de permanência na Ala.

Carvalho e Weigert, p. 293, 2013, também relatam as condições dos hospitais de custódia e tratamento. Tendo como premissa a lição de Bitencourt (p. 787, 2011) de que a violência e a desumanidade que representam o cumprimento de medida de segurança no interior dos fétidos manicômios judiciários, eufemisticamente denominados hospitais de custódia e tratamento, exigem uma enérgica tomada de posição em prol da dignidade humana, fundada nos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade assegurados pela atual Constituição.

Baseado na lei e na realidade da ATP, percebe-se que as pessoas cumpridoras de medida de segurança sofrem um processo grande de exclusão. Para Carvalho, Valente, Assis e Vasconcelos, (2006), a exclusão social é integrada por processos de vulnerabilidade, fragilização, precariedade e ruptura dos vínculos sociais em várias dimensões da vida social: econômico-ocupacional, sócio-familiar, da cidadania, das representações sociais e da vida humana. O indivíduo que se encontra na prisão apresenta ruptura dos vínculos sociais em várias dimensões e o sistema prisional aprofunda essa realidade: o isolamento, suas ações contraditórias, como “punir e recuperar”, a invasão da privacidade e a dominação total sobre o sujeito segregado, por exemplo. As vulnerabilidades aparecem também por meio da superlotação, da disseminação de doenças, do uso de drogas, da violência entre os internos e daquela utilizada em nome da manutenção da ordem, além do próprio transtorno, no caso da medida de segurança.

Além disso, os pacientes em medida de segurança, assim que recebido um diagnóstico, deixam de ter voz, o que faz toda a diferença para essas pessoas. Na obra de Michel Foucault e sua transfiguração em doença mental a partir do século XIX, em Machado 2009, p. 3, “A loucura nunca teve até então o estatuto de enfermidade mental”. Este estatuto garante à loucura uma desqualificação de sua potencialidade em dizer a verdade, trazendo à desrazão uma impossibilidade de ser escutada em detrimento da razão, único qualificado a “dizer” qualquer coisa, grifo do autor. Atualmente, verifica-se não só uma desqualificação de dizer a verdade, mas uma desqualificação de toda a pessoa, de sua vida, de seus sentimentos e percepções a partir dessa classificação de louco.

Segundo Machado (2009), há mais de um século, a “loucura” continua a não ter voz. Interessante perceber que, quando passa a ser taxado como louco, o ser humano perde até mesmo seus direitos como cidadão por ter perdido a razão, mesmo que tenha sido um único episódio durante sua vida, ou quando essa pessoa faz um tratamento sério e de qualidade, parece que ele está fadado a levar esse rótulo consigo por toda vida. Se não tiverem família que possa buscar seus direitos, é ainda pior.

Ainda em Machado (2009), faz uma reflexão de como, a partir da loucura sendo transfigurada em doença mental, foi-se criando, ao longo da história, formas para que essas pessoas fossem colocadas à margem da sociedade, isoladas, sem direitos a serem ouvidas ou desmerecidas em razão de suas doenças, e como os profissionais, mais especificamente os médicos no texto, contribuíram para a criação dessa antipsiquiatria que mantém todo esse sistema criado nos primórdios do século de XIX e como podemos facilmente com esta leitura

perceber que, infelizmente, no Brasil essas posturas ainda são reforçadas e como é difícil a quebra desses paradigmas. Salienta-se, inclusive, que esse comportamento é reforçado nos locais que seriam de tratamento, pois o paciente é infrator.

Partindo dos pressupostos da lei, é possível verificar que para a equipe e para a gestão da SEVEP a qual tem como objetivo, dentro do Tribunal, de acompanhar e fiscalizar o cumprimento das decisões judiciais, articular com outros órgãos, no sentido de promover o retorno do sentenciado ao convívio social e fornecer subsídios para as decisões judiciais, é um desafio constante. Apesar disso, promover uma participação de forma articulada com os diversos setores que possuem o papel de inserir as pessoas que cumprem medida de segurança nos diversos serviços de atendimento/saúde continuará sendo a principal ferramenta para que esse objetivo da SEVEP se torne realidade, pois é responsabilidade social não manter essas pessoas em um processo de marginalização e segregação, legitimando mecanismos de exclusão ou a falta de “voz”, já tão arraigados na sociedade.

O acompanhamento realizado pela SEVEP acontece desde o momento em que o paciente tem sua pena convertida em medida de segurança, independente da modalidade, até a extinção dessa medida no meio jurídico, e se dá tanto para homens, quanto para mulheres. Para que o sujeito que cometeu um crime tenha sua pena convertida em medida de segurança, é obrigatória a realização de perícia médica atestando que essa pessoa era inimputável na data do cometimento do crime, como descrito na lei.

Segundo, o campo jurídico-penal acabou por instituir para a medicina psiquiátrica o caráter de único saber com competência técnica e amparo legal para determinar a periculosidade criminal de indivíduos diagnosticados como doentes ou portadores de transtorno mental.

A perícia do IML, hoje, conta com apenas um médico psiquiatra para atender todo o Distrito Federal. Esse fato contribui para que os pacientes da ATP tenham atrasos nos seus pedidos de avaliação para desinternação (apesar de estes terem prioridade no atendimento), atrasos nas avaliações periódicas dos casos nos quais a internação seja de mais de um ano, atrasos nas avaliações dos casos que saem do presídio comum num momento de crise e ficam na ATP aguardando esta perícia para conversão da medida ou retorno ao sistema comum e, ainda, atrasos dos que aguardam esta avaliação médica para que o juiz decida sua situação processual. Como já relatado, todas essas pessoas ficam na Ala aguardando a marcação da avaliação. Para piorar, as perícias no ano de 2015 estão suspensas.

Além disso, ainda conforme a lei, a perícia psiquiátrica será realizada até que seja cessada a periculosidade do indivíduo e, só assim, ter extinta sua medida de segurança. Caso não seja comprovada que a periculosidade do indivíduo foi cessada, poderá o paciente ficar por prazo indeterminado na ATP.

De acordo com Bercovich (2000, apud Mitjavila e Matheus, 2012), a análise das formas de inserção da psiquiatria forense no campo judiciário permite observar a relevância do papel dos seus profissionais como árbitros da criminalidade. De maneira bastante consensual, as pesquisas em torno do tema confirmam a importância que os laudos psiquiátricos assumem para as decisões judiciais em matéria penal, uma vez que a maior parte dos magistrados tenderia a aceitar como válidos os resultados das avaliações realizadas pelos peritos e a emitir suas sentenças de conformidade com eles.

Trata-se de um indicador bastante específico da confiança que o poder judiciário deposita na profissão médica, confirmando assim, uma aliança de larga data entre ambos os universos (MITJAVILA e MATHEUS, 2012).

Como aponta Foucault (1980, p.97), em Mitjavila e Matheus, 2012, a teoria da periculosidade tornou-se "a grande noção da criminologia e da penalidade" do final do século XIX, e sobrevive atualmente sob novas roupagens e nuances, mas persistindo na função discursiva de fazer com que o indivíduo passe a ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não de seus atos, não em termos das infrações concretas e sim das potencialidades comportamentais que elas representam.

Latas e Vieira (2004), explica que a simples mudança de conceitos muda o foco da atenção de uma "qualidade vitalícia", para uma "probabilidade", que será maior ou menor consoante um manejo clínico a ser executado, reduzindo-se também o estigma associado e fazendo apelo à fundamentação científica psicológica. Se a "perigosidade" era algo de categorial binário inconsistente com a realidade do dia a dia, enquanto constructo estável e inerente, o "risco de violência" aponta para um *continuum*, passível de ser classificado em risco baixo, médio ou alto, que se revela da maior importância na avaliação clínico-psiquiátrica, apontado no parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei n.10.216/2001, realizado pelo Ministério Público Federal – MPF e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - PFDC, 2011, p.61.

É como se o louco fosse sempre alguém potencialmente capaz de cometer um crime – tal foi sempre a lição dos alienistas, de acordo com Rauter, p. 41, 2003. Fazendo assim com

que o louco e, em especial, o que cometeu ato tido como crime, ocupe sempre seu lugar social, longe dos demais cidadãos, pois, ao que parece, essa é apenas uma determinação que confirma ser o lugar de louco em hospitais psiquiátricos, longe da sociedade.

Por outro lado, na ótica da medicina psiquiátrica, a noção de periculosidade criminal não é utilizada para prever qualquer tipo de crime. Com efeito, a literatura examinada é unânime em estabelecer uma associação estreita entre periculosidade e crimes fundamentalmente caracterizados pelo uso da violência física diretamente praticada contra outros indivíduos, tais como homicídio e estupro. MITJAVILA e MATHEUS, 2012.

O legislador, portanto, ao apontar a cessação de periculosidade como fator fundamental para acabar com o cumprimento de uma medida, coloca o psiquiatra como alguém dotado dos conhecimentos necessários para determinar se uma pessoa, livre de qualquer contextualização, é perigosa ou não.

Além disso, segundo o mesmo parecer, p. 62, a exigência que se faz ao perito é descabida, na medida em que o Poder Judiciário solicita uma “pré-visão”, um “pró-gnóstico”, pois no laudo, o profissional deverá atestar que a pessoa com transtorno mental não mais voltará a representar um perigo para si ou para a sociedade.

A modificação da finalidade (do tratamento ao cuidado-prevenção) da resposta jurídica (medida de segurança) aos portadores de sofrimento psíquico implica, portanto, a readequação do seu fundamento. Assim, ademais da dubiedade e da imprecisão científica do conceito de periculosidade, entendemos que legalmente houve sua substituição, pois a Lei da Reforma Psiquiátrica pressupõe o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos com capacidade e autonomia (responsabilidade) de intervir no rumo do processo terapêutico. A mudança de enfoque é radical, sobretudo porque, na lógica periculosista, o “louco” representa apenas um objeto de intervenção, de cura ou de contenção, inexistindo qualquer forma de reconhecimento da capacidade de fala da pessoa internada no manicômio judicial. (CARVALHO e WEIGERT, p 287, 2013).

Ou ainda, a expectativa de uma possibilidade de cura, ao se pensar nisso, deve esclarecer que cada sociedade tem um discurso próprio sobre o corpo, saúde e doença, o qual pode variar entre as classes sociais, gerando concepções diversas de causalidade e do que viria a ser cura das doenças (Prebianchi, 2004, em Prebianchi e Falleiros, 2011).

A crítica à construção científica da categoria periculosidade e à sua incorporação pela legislação penal foi realizada de forma bastante contundente pela psicologia social (Rauter, 2003), pela criminologia (Batista, 2011) e pelo direito penal (Fragoso, 2003) brasileiros.

Todavia, somente com a Lei 10.216/01 foi possível confrontar normativamente os dispositivos do Código Penal que mantêm e sustentam essa estrutura de (des) responsabilização penal dos inimputáveis psíquicos (CARVALHO e WEIGERT, p 286, 2013).

Com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, é possível questionar a validade dos preceitos do Código Penal que sustentam a absoluta ausência de responsabilidade penal do usuário do sistema de saúde mental que praticou ato ilícito. De forma mais aguda, inclusive, Virgílio de Mattos sustenta que, a partir da Constituição de 1988, o art. 26 do Código Penal não teria sido recepcionado, visto legitimar a possibilidade de aplicação de medida por tempo ilimitado (Mattos, 2006, p. 152, apud CARVALHO e WEIGERT, p 286, 2013).

Segundo Bastos, 2007, em Mitjavila e Matheus, 2012, periculosidade é uma questão social e jurídica, porém absolutamente fora do campo psicopatológico. O que o psiquiatra pode dizer sobre o examinando restringe-se à sua saúde mental. Existem pessoas perigosíssimas sem nenhum problema psiquiátrico, e vice-versa.

Como uma forma de tentativa de não depender de um laudo que ateste um fim de periculosidade, a SEVEP, ao encaminhar paciente ao IML para perícia, solicita que seja respondido requisitos, como por exemplo: o paciente tem condições de se medicado e, com apoio familiar, cumprir sua medida em tratamento ambulatorial?; O paciente pode beneficiar sua saúde mental se convivendo com sua família e comunidade?

A desinstitucionalização [operada pela Reforma Psiquiátrica] toma o usuário como um cidadão com ação e poder de participação. Ele pode verbalizar seus sentimentos e tentar entendê-los a partir da sua própria abstração, possibilitando, assim, a desconstrução da instituição doença mental (Guareschi ET AL., 2008, p. 125, apud CARVALHO e WEIGERT, 2013).

Essa foi uma das conquistas da equipe para conseguir desinternar vários pacientes que há anos estavam na ATP, mas que nunca recebiam um laudo com cessação de periculosidade.

Outro ponto destacado pela lei é que a medida de segurança tem prazo mínimo, mas não máximo. Isso aliado a um laudo de cessação de periculosidade pode determinar uma sentença de pena perpétua, mesmo sendo a Constituição brasileira expressamente contrária a essa posição em seus direitos e deveres fundamentais, art. 5º.

Em outra tentativa de adequação da Constituição, da lei antimanicomial, foi a solicitação aos juízes de que os pacientes tenham saídas progressivas, a fim de restabelecer os laços sociais e com a comunidade, além de um “teste” para o jurista de que aquela pessoa tem condições de permanecer em tratamento ambulatorial. O que tem trazido bons resultados nos quadros de saúde dos pacientes.

O Código do Processo Penal trata ainda que a autoridade policial ou o diretor do estabelecimento de internação deverá elaborar relatório e concluir pela conveniência da revogação da medida de segurança, o que parece no mínimo contraditório, já que o próprio legislador determina a realização de tratamento e perícia médica, como pode a autoridade policial ou o diretor do estabelecimento de internação, no caso da ATP, o diretor do presídio, ou seja, um delegado de polícia com formação em direito, ser um dos responsáveis para atestar se o quadro de saúde do paciente é adequado para revogação da medida de segurança.

No caso da ATP, a atual diretora não interfere nas decisões de clínicas tomadas pela equipe de saúde da Ala, além de facilitar constantemente nas solicitações que dependem da Segurança Pública, como por exemplo, alguns pacientes são levados para tratamento em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ou Instituto de Saúde Mental - ISM e o carro não é caracterizado como sendo da Segurança Pública, além dos pacientes não ficarem algemados para esta atividade. Esse procedimento auxilia inclusão dos pacientes nos centros de saúde, facilitando a continuidade do tratamento.

Nesse cenário, não se vislumbra qualquer motivo que justifique tratamento diferenciado entre os usuários comuns dos serviços de saúde mental e aqueles mesmos usuários que praticaram delitos. Com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, independentemente da via de acesso aos serviços públicos de saúde mental (internação voluntária, involuntária ou compulsória), o tratamento prestado deve ser equânime e regido pela lógica da desinstitucionalização (CARVALHO e WEIGERT, p 287, 2013).

A alteração no quadro normativo, com a projeção de modelos de desinstitucionalização, torna inadmissível a manutenção de regimes segregacionais de execução das medidas de segurança, constituindo-se em ilegalidade a preservação dos espaços conhecidos como manicômios judiciais, institutos psiquiátrico-forenses ou hospitais de custódia e tratamento. Se a reivindicação do movimento antimanicomial, consagrada na Lei 10.216/01, é a de que os usuários dos serviços de saúde mental não sejam estigmatizados em manicômios e que, em caso de necessidade de intervenção médica aguda, recebam tratamento nos hospitais gerais, é injustificável a exclusão daquele portador de transtorno que

se difere pelo cometimento do ilícito. Os avanços da Reforma Psiquiátrica, portanto, devem ser universais e incorporados nas práticas judiciais.

Já com advento da lei 10.216, que trata especificamente de pacientes com transtorno mental, o tratamento visará como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio e que o tratamento acontecerá sempre de forma a oferecer assistência integral à pessoa, incluindo um serviço multiprofissional, interdisciplinar.

A partir de toda a discussão sobre o paciente de transtorno mental, no Brasil e no mundo, e da Lei Paulo Delgado, foi estabelecida a recomendação n.35 do CNJ, reforçando o acompanhamento psicossocial, por meio de equipe interdisciplinar, durante o tempo necessário ao tratamento, de modo contínuo; a manutenção dos laços familiares, no meio social em que vive. Preconiza a manutenção permanente de contato com a rede pública de saúde, com vistas a motivar a elaboração de um projeto de integral atenção aos submetidos às medidas de segurança.

Para que o sentenciado/segurado tenha garantido seus direitos e para que ocorra sua integração social como previsto na LEP, na lei 10.216 e na recomendação n. 35, a equipe da SEVEP necessita ter contato rotineiramente com várias instituições que podem auxiliar nesse objetivo, dentre eles: Gerência de Saúde Prisional, Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda, Ministério Público, Comunidades Terapêuticas, ISM, CAPS, diretores e servidores dos presídios, servidores da ATP, empregadores de empresas privadas que ofertam vagas de emprego para presos, Defensoria Pública, hospitais, os próprios juízes da Vara de Execuções e qualquer outra instituição que possa contribuir com a criação de uma rede de apoio para essas pessoas, de forma intersetorial.

Apesar dos problemas, é possível verificar que ao mesmo tempo, abrem-se novos problemas e desafios relacionados à superação da fragmentação e à articulação das políticas públicas, sobretudo se considerarmos a cultura clientelista e localista que ainda vigora na administração pública (Nascimento, 2010).

Diante de tais dificuldades, a construção de uma rede de atendimentos torna-se algo delicado. Faz-se necessário um planejamento da rede de cuidados em saúde mental de maneira coletiva e participativa por parte dos trabalhadores de saúde, para a formação e o empoderamento dos trabalhadores em relação à prática das ações de saúde em rede, conforme Dorigan e L'Abbate (2014). No caso do cumprimento da medida de segurança, é preciso a construção de uma rede de cuidados com todos os profissionais envolvidos, das mais diversas instâncias, com o intuito de promover um atendimento humanizado, pensando no bem estar

do usuário e em como ajudar a protegê-lo dentro de políticas públicas efetivas. Mas o tratamento esbarra em questões políticas. No Distrito Federal, por exemplo, é a única Unidade da Federação que não possui nenhuma residência terapêutica.

O Ministério da Saúde, por meio da portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000, instituiu a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social, constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada.

Como o Governo do Distrito Federal não realizou a criação de nenhuma residência, a juíza da 1ª Vara de Fazenda Pública do DF, em 2013, determinou ao GDF, no prazo de um ano, a providência de 25 residências terapêuticas e até o momento nenhuma casa foi criada

A intersectorialidade para Junqueira, citado em Nascimento (2010), constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, de forma a garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses. Diante disso, a implantação integrada das várias políticas sociais não depende apenas da vontade política de quem tem o poder ou os recursos disponíveis, pois cada política setorial tem seus interesses e práticas.

Segundo Nascimento (2010), a incorporação da intersectorialidade nas políticas públicas trouxe a articulação de saberes técnicos, já que os especialistas em determinada área passaram a integrar agendas coletivas e compartilhar objetivos comuns. Nesta perspectiva, a relação entre os setores pode trazer ganhos para a população, para a organização logística das ações definidas, bem como para a organização das políticas públicas centradas em determinados territórios.

Interessante pensar não só na relação médico-paciente, mas em todas as pessoas que “tratam” esses loucos e seu papel como detentores do saber e, conseqüentemente, do poder, numa relação onde um está extremamente fragilizado por sua saúde mental e, muitas vezes, também fisicamente, dentro da família, socialmente e financeiramente, Machado, 2009.

Mas as dificuldades devem ser superadas. Para Koga *apud* Nascimento, 2010, a intersectorialidade se torna, assim, uma qualidade necessária ao processo de intervenção. Programas, projetos, equipes técnicas são desafiados ao diálogo, ao trabalho conjunto com a perspectiva da inclusão social.

A transferência da pessoa com transtorno mental condenada à medida de segurança para a rede pública de saúde – Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) –, que implicaria a extinção progressiva dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, conforme prevê a lei, só será possível se todos agentes envolvidos atuarem juntos (comunidade, família, SEVEP, MP, Defensoria Pública, o Poder Executivo, entre outros) para garantir seu efetivo exercício.

Um excelente exemplo de que isso é possível é o Programa de Atenção ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental – PAI-PJ. O PAI-PJ é um programa criado em 2000 pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais o qual realiza acompanhamento do portador de sofrimento mental que cometeu algum crime.

A "intervenção" do PAI-PJ junto aos pacientes infratores é determinada por juízes das varas criminais, que, auxiliados por equipe multidisciplinar do programa, podem definir qual a melhor medida judicial a ser aplicada, com a intenção de conjugar tratamento, responsabilidade e inserção social. Ao contrário do DF, onde a psicossocial só atua a partir da determinação do juiz da execução penal após proferida as decisões pelos juízes criminais da medida de segurança.

No PAI-PJ a equipe tem oportunidade de acompanhar os processos desde a apresentação da denúncia, e assim, atuando de forma intersetorial, auxiliando a individualização da aplicação e execução da medida. Desde a implementação do PAI-PJ, 755 casos foram acolhidos pelo Programa e receberam tratamento adequado ao sofrimento mental até cessar suas relações com a Justiça. Já foram desligados do Programa 489 casos. Dados de agosto de 2009 mostram que, 266 pacientes encontram-se em acompanhamento. Desses, 210 estão em liberdade, realizam seu tratamento nos dispositivos substitutivos ao manicômio e residem junto aos familiares, em pensões, sozinhos ou em residências terapêuticas da cidade. Os índices de reincidência, nos casos atendidos pelo Programa, são muito baixos, girando em torno de 2% em crimes de menor gravidade e contra o patrimônio. Não há registro de reincidência de crimes hediondos (PFDC-MPF, 2011, p. 78).

Outro belo exemplo a ser seguido é desenvolvido em Goiás, o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI), instituído em 2006, mediante convênio pactuado entre as Secretaria de Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás no qual o paciente é acolhido pelo SUS nos serviços oferecidos pelos CAPS (Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança, 2009, Ministério Público do Estado de Goiás).

No DF, só no ano de 2014, à SEVEP, e com o apoio da equipe de saúde da ATP, e ainda com os exames de IML, foi possível realizar 22 desinternações, onde os pacientes foram encaminhados aos CAPS. Além disso, 68 casos foram extintos. Mas a Seção só passa a atuar, após sentença determinando o cumprimento da medida.

### 3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Segundo Nascimento (2010), a intersetorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, visando sua efetividade por meio da articulação entre instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil.

Como foi apresentado, o trabalho intersetorial da equipe da SEVEP ocorre diariamente e com vários agentes políticos, públicos e civis. Para a Seção, é fundamental, como preconizado na recomendação n. 35/2011 do CNJ, a manutenção permanente de contato com a rede pública de saúde, com vistas a motivar a elaboração de um projeto de integral atenção aos submetidos às medidas de segurança, reconhecendo sempre a importância da realização de perícias por equipes interdisciplinares.

Para que isso aconteça, entretanto, é fundamental que as individualidades das pessoas sejam respeitadas. O que deve ser oferecido são possibilidades de tratamento, considerando as diferenças e individualidades de cada um. E não só tratamento, mas todos os seus direitos deveriam ser mantidos/garantidos conforme a lei, afinal, o direito que os presos ou pacientes psiquiátricos perdem são o de liberdade e o de voto, mas os outros estão garantidos, como estudo, trabalho, dignidade, todos aqueles não atingidos pela sentença, como definido na própria Lei de Execuções Penais e pela própria Constituição Federal. Todavia, isto é visto como algo secundário, ou até terciário no que tange a prioridades políticas. Logo, entende-se que a saúde mental desses indivíduos é que deveria ser buscada.

É primordial o compromisso dos agentes políticos para efetiva implementação da lei. Não se pode admitir que na Capital Federal do país, por exemplo, ainda não haja residências terapêuticas para acolher pessoas que perderam seus vínculos familiares, inclusive, os pacientes internados na ATP.

Na Constituição, ao tratar sobre os direitos sociais, em seu artigo 6º, relata que são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. Apesar de a própria SEVEP analisar mais de 1.500 propostas particulares de emprego por ano, em média, não se consegue encaminhar pessoas que cumprem medida de segurança para essas vagas. A sociedade civil ainda não oferece oportunidades de trabalho para esses pacientes, por ainda existir muito preconceito em relação à loucura.

Infelizmente, ainda há muito preconceito dos agentes de saúde para atender pacientes que saem da ATP. Se na lei os cidadãos possuem tantos direitos, por que nos locais onde

essas pessoas deveriam ser tratadas, os casos de medida de segurança sofrem tanto preconceito e discriminação.

Como foi relatado, o IML está com a agenda de marcação de perícias suspensa em 2015 por falta de vagas e a perícia médica ainda é fundamental para a desinternação e extinção da medida de segurança.

Deve-se haver uma crítica, não ao saber médico, mas ao saber médico como único recurso para decidir sobre a vida de pessoas, que enquanto os exames não acontecem ficam internadas em um local que, em toda sua forma e estrutura, é um presídio, quando sabe-se que uma penitenciária em nada contribui para melhora do quadro de saúde de um paciente que ao ser internado perde seu contato com a sociedade, comunidade onde vive, ausentando-se do direito de conviver com sua família, participar de atividades, como: esporte, lazer, estudo, os quais poderiam, sim, auxiliar na melhoria do seu quadro. Ou ainda de pessoas que estão em tratamento ambulatorial ou desinternação condicional que, apesar de cumprirem com todos os requisitos legais para não mais terem um vínculo com a justiça, estão a mercê de algo que não podem mudar e atrapalhando suas vidas, como, por exemplo, a emissão de um “nada consta” para que possam conseguir um trabalho.

Continuando o que usou chamar como antipsiquiatria, Foucault, (2001, p.126 e 127, em Machado, 2009), descreve: “Tratava-se de questionar o poder médico em si, mais até do que o conhecimento e a ciência médica. Tratava-se agora de ocasionar abalos na psiquiatria com o questionamento dos fundamentos da relação de poder médico-paciente” (p. 9), desse modo “as relações de poder constituíam o a priori da prática psiquiátrica. A inversão característica da antipsiquiatria consiste ao contrário em colocá-las no centro do campo problemático e questioná-las de maneira primordial”. Como descrito acima, nos casos de medida de segurança no DF, onde não há psiquiatras suficientes para elaboração de laudo tão primordial para as pessoas que cumprem medida de segurança, cabe também um questionamento jurídico deste quesito tão importante colocado pelo legislador.

Mas, apesar de todos os desafios, as conquistas acontecem aos poucos no Distrito Federal, graças às atividades intersetoriais executadas com vários agentes públicos. Parcerias com o MP, Defensoria Pública e rede de saúde mental (ISM, ATP, hospitais gerais) são de fundamental importância para que a reforma psiquiátrica seja realmente aplicada no DF. A atuação de agente públicos atentos e comprometidos com a reforma é primordial para que a inserção dos pacientes psiquiátricos nos serviços de saúde e na comunidade aconteça. Vale

ressaltar que com um trabalho comprometido com os direitos dos cidadãos, a equipe da SEVEP tem conseguido atingir conquistas importantes para os pacientes.

#### 4. CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES

A lei n.10.216 de 2001, no seu primeiro artigo, descreve muito bem como deveria ser o tratamento dessas pessoas: “Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra”.

Não se pode mais admitir que pessoas com transtorno mental sejam isoladas, permaneçam à margem da sociedade. Essas pessoas são sujeitos de direitos, com capacidades, autonomia, responsabilidades, inclusive de intervir no rumo de seu processo terapêutico. Profissionais que trabalham na área da saúde mental têm a responsabilidade social de não manter as pessoas em um processo de marginalização.

O que o “louco” relata, diz a respeito de sua vida, sua forma de enxergar o mundo e sua realidade. Diz respeito também em como ele entende o que acontece ao seu redor e ver as pessoas com que ele convive. Os profissionais não devem desqualificar a vida, sentimentos e percepções desses indivíduos.

O receio de pensar formas distintas de intervenção penal ou a dificuldade de criar modelos alternativos além dos muros do sistema punitivo, mesmo quando os instrumentos legais possibilitam práticas disruptivas, revela, em realidade, o nível do enraizamento do sistema punitivo em nós mesmos. Carvalho e Weigert, p. 297-298, 2013.

Segregar pessoas é inadmissível e injustificável, mesmo daquele que cometeu um ilícito, principalmente, se esse ilícito se deu em razão da pessoa não responder por seus atos por possuir uma doença que não estava adequadamente sendo acompanhada.

Desta forma, a atuação intersetorial é primordial para que o tratamento aconteça de forma qualificada, pois não se consegue efetivação de direitos sozinhos. Assim como a recomendação n. 35/2011 do CNJ descreve: os Tribunais, na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto, com mobilização dos diversos segmentos sociais, compartilhamentos de responsabilidades, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental e infundam o respeito aos direitos fundamentais e sociais das pessoas sujeitas às medidas de segurança e o diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, a fim de buscar a intersetorialidade necessária para que isso ocorra.

Para que a intersectorialidade aconteça da melhor forma, é preciso valorizar o saber de profissionais como psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros, assim como o saber médico, no acompanhamento sistematizado dos indivíduos, para que o resultado de seus trabalhos também sejam levados em consideração, pois, afinal de contas, estamos tratando de seres humanos que são em sua essência seres complexos.

Dentro desta complexidade, e sempre valorizando planos terapêuticos singulares para cada pessoa, é possível trabalhar para uma inclusão social, diminuindo a vulnerabilidade, a fragilização, a precariedade e ruptura dos vínculos sociais. Grupos multiprofissionais trabalhando nas dimensões econômicas, ocupacionais, educacionais, sócio-familiares, enfim trabalho em prol do resgate da cidadania das pessoas. Tratamento distante da ideia contraditória, mas que ainda vigora em nossa sociedade de punir para se recuperar.

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, lei 10.216/2001, portanto, devem ser a exceção.

Mas, conforme foi possível perceber, encontrar alternativas não é tão difícil quanto se possa imaginar. Temos o PAILI e o PAI-PJ como bons exemplos de que é possível ser feito.

Percebe-se que, para uma melhor efetivação da reforma psiquiátrica, se faz necessário:

- a) Criação das Residências Terapêuticas;
- b) O investimento do GDF em pessoas, material, instalações e capacitação para um melhor atendimento na rede de saúde dos pacientes que cumprem a medida de segurança, não com preconceitos, mas com garantias a tratamento e medicação como qualquer paciente comum;
- c) Criação de um núcleo interdisciplinar, para auxiliar o juiz nos casos que envolvam sofrimento mental, como recomendado na resolução n.35/2011. Essa medida auxiliaria um trabalho intersectorial de adesão a tratamento anterior a sentença final do juiz criminal, evitando que os pacientes sejam internados na ATP. Este núcleo ajudaria, inclusive, no encaminhamento dos dependentes químicos para tratamento e não internação compulsória na Ala.
- d) Realização de concurso público para peritos do IML;
- e) Maior aplicação da lei 10.216/2001 e da resolução n. 35/2011 pelos juristas;
- f) E que os juízes da VEP, tenham maior confiança nos relatórios consubstanciados elaborados pelas equipes de saúde e da SEVEP para auxiliar em suas decisões e não apenas laudos psiquiátricos, pois são as equipes multiprofissionais que acompanham caso a caso, a adesão aos tratamentos dos pacientes.

A articulação de saberes técnicos em programas, projetos e em equipes são desafiadores, mas o diálogo, o trabalho em conjunto, com a perspectiva da inclusão social, devem ser o principal objetivo para que o produto final seja o bem-estar dessas pessoas.

Trabalhar com saúde mental em nosso país tem com premissa ser desafiador, mas superar esses desafios é o principal motivador para se lutar por esta causa.

A SEVEP continuará sua atuação na tentativa de que os direitos do cidadão sejam cumpridos e que as pessoas em medida de segurança tenham seus tratamentos adequados garantidos, sempre com a certeza de que, para conseguir atingir este objetivo, deverá sempre articular com todos os agentes públicos, políticos e civis envolvidos, trabalhando entre os setores pertinentes ao processo.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério Público do Estado de Goiás. **Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança** (2009). Centro de Apoio Operacional de Defesa do Cidadão, Goiás.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10.216/2001**. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (2011) Brasília.

CARVALHO, M. L., VALENTE, J. G., ASSIS, S. G. de, VASCONCELOS, A. G. G. (2006) **Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social**. In: Ciência & Saúde Coletiva, 11(2); 461-471, Rio de Janeiro.

CARVALHO, Salo de, (2013) **Sobre as Possibilidades de uma Penologia Crítica: Provocações Criminológicas às Teorias da Pena na Era do Grande Encarceramento**.

CARVALHO, Salo de, e WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e, (2013). **Reflexões Iniciais Sobre os Impactos da Lei 10.216/01 nos Sistemas de Responsabilização e de Execução Penal**. Responsabilidades, v. 2, n. 2, p. 285-301, Belo Horizonte.

Constituição Federal, (1988). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 2 out. 2014.

DORIGAN, Juliana Hespagnol e L'ABBATE, Solange. **Rede mista: espaço transversal à construção do conhecimento e produção de práticas de saúde mental** (2014). Saúde debate vol.38 n.100, Rio de Janeiro.

DINIZ, Gláucia,(2013), **A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil, Censo 2011**. Letras Livres e Editora UnB, Brasília.

Lei nº 2.848 de 7/12/1940, Código Penal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 17 jan. 2015.

Lei nº 3.689 de 3/4/1941, Código de Processo Penal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm)>. Acesso em: 17 jan. 2015.

Lei nº 7.210 de 11/7/1984, Lei de Execução Penal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm)>. Acesso em: 25 ago. 2014.

Lei nº 10.216, de 6/4/2001, Lei Paulo Delgado. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 25 ago. 2014.

Lei nº 11.697, de 13/6/2008. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2007-2010/2008/Lei/L11697.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2008/Lei/L11697.htm)>. Acesso em: 26 jan. 2015.

Lei nº 12.403 de 4/5/2011. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ ato2011-2014/2011/lei/112403.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2011-2014/2011/lei/112403.htm)>. Acesso em: 25 ago.2014.

MACHADO, Sérgio Bacchi, (2009). **Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalítica**. Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, vol. 12, n.2, Rio de Janeiro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 106/2000. Disponível em:  
<[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27\\_Portaria\\_106\\_de\\_11\\_02\\_2000.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf)>. Acesso em: 26 jan. 2015.

MITJAVILA, Myriam Raquel e MATHES, Priscilla Gomes, (2012). **Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos**. Physis, vol.22, no.4, Rio de Janeiro.

NASCIMENTO, Sueli do. **Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas**, (2010). Serv. Soc. Soc. n. 101, São Paulo.

PREBIANCHI, Helena Bazanelli e FALLEIROS, Gabriela Giacometti, (2011). **Doença mental: representações de usuários e de profissionais de saúde**. Psicol. Estud. Vol. 16 n.1, Maringá.

RAUTER, Cristina, (2003). **Criminologia e Subjetividade no Brasil**. Instituto Carioca de Criminologia, Editora Revan, Rio de Janeiro.

Recomendação n. 35, de 12/7/2011. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/15070-recomendacao-n-35>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

SENA, Fabiana Jardim, (2011). **A elite por trás da tropa: as percepções sobre a mídia nas políticas de ressocialização**, Brasília.

Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios . **Práticas Psicossociais no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios**, 2009, Brasília.