



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

ISADORA GONÇALVES BONIFÁCIO

**MEDIDA DE SEGURANÇA: o papel do sanitarista na implementação de
políticas em saúde mental**

CEILÂNDIA

2014



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

ISADORA GONÇALVES BONIFÁCIO

**MEDIDA DE SEGURANÇA: o papel do sanitarista na implementação de
políticas em saúde mental**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial a obtenção do Título de Bacharel
em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ceilândia, da
Universidade de Brasília.

Orientadora:

Prof^ª. Dr^ª. Érica Quinaglia Silva

CEILÂNDIA

2014

ISADORA GONÇALVES BONIFÁCIO

MEDIDA DE SEGURANÇA: o papel do sanitarista na implementação de políticas em saúde mental

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial a obtenção do Título de Bacharel em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília.

Orientadora:

Prof^ª. Dr^ª. Érica Quinaglia Silva

Aprovada em: _____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. **Érica Quinaglia Silva** (FCE/UnB)

Profa. Ma. **Diane Maria Scherer Kuhn Lago** (FCE/UnB)

Ma. **Caroline Quinaglia Araújo Costa Silva Brandi** (TJDFT)

AGRADECIMENTOS

Acredito que nessa vida não fazemos e nem conseguimos nada sozinhos. Ao longo da nossa caminhada sempre encontramos pessoas dispostas a ajudar e contribuir para o nosso sucesso. Meu primeiro agradecimento vai para Deus e Nossa Senhora, a quem sempre peço proteção, força e coragem. Muito obrigada por iluminar meus caminhos e meus sonhos, e me fazer chegar até aqui.

Agradeço aos meus pais, meus exemplos de vida, guerreiros da vida. Graças a eles tudo isso está sendo possível. Muito obrigada por todo carinho, amor, cuidado, proteção, apoio, vida, educação e confiança. Foi com vocês que eu aprendi que se eu lutar vou ser capaz de alcançar todos os meus sonhos. Muito obrigada à minha mãe, minha flor linda, por toda paciência, carinho, amor, incentivo, coragem e puxões de orelha. Um dia quero ter pelo menos metade da sua força e determinação. Muito obrigada ao meu pai, por toda dedicação, confiança, apoio e por todas as vezes que passou a mão na minha cabeça. Sem dúvidas, o senhor é o meu exemplo de homem honesto, responsável e trabalhador.

Ao meu irmão, agradeço por tudo que representa, pela infância feliz que tivemos juntos, pelas inúmeras descobertas e alegrias que só se têm com um irmão de sangue e de coração. Muito obrigada por sempre ter me achado a mais esperta e acreditar na minha capacidade. Jamais vou me esquecer da sua alegria quando entrei na Universidade.

Ao meu tio Santo, que está comigo desde sempre, que participou de todas as fases da minha vida e que sempre procurou me ajudar do jeito que podia. Também agradeço por ter a mesma fé que meus pais e por se alegrar, como eles, com as minhas conquistas. E muito obrigada também a todos os meus familiares que torcem pelo meu sucesso.

Aos meus queridos amigos, os que fiz na Universidade e os que fiz na vida, obrigada! Camila Pereira, Gleidson Medeiros, Juliana Brasil, Lyliane Sena, Midiã Cardozo e Pedro Henrique, amigos dos momentos de cansaço, dúvidas e alegrias. Agradeço por todas as risadas, almoços, papos cabeça e não cabeça também. Palavras não serão suficientes para agradecer a companhia e a amizade de vocês nesses quatro anos, que trouxe tantas mudanças para nossas vidas. Terminou a graduação aqui, mas estou esperando ansiosa por vocês.

Muito obrigada à Universidade de Brasília, que aqui personifica seus professores e suas professoras, por todo aprendizado, oportunidade e crescimento. Sempre sonhei ser aluna da UnB, e ter tido essa oportunidade foi uma experiência extremamente gratificante e enriquecedora. Muito obrigada a todos aqueles que compõem esta instituição pela paciência, carinho, atenção e por dividirem um pouco do que sabem comigo. Preciso agradecer muito a minha banca examinadora, Caroline Brandi e Diane Lago, pela disponibilidade e paciência para me avaliar. Esse é só o primeiro passo para que, quem sabe um dia, eu seja uma profissional tão boa quanto vocês.

Agradeço especialmente à professora Érica Quinaglia, minha orientadora neste trabalho: uma figura jovem, educada, inteligente e exigente, que me fez chegar ao fim deste TCC, e que me guiou nessa pesquisa, me orientou nos momentos de desespero, equilibrou minhas ideias e conseguiu me ajudar a organizar meus pensamentos. Agradeço-lhe de coração!

Não posso esquecer de agradecer à Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (VEP/ TJDF) pela disponibilidade dos dados e informações, fundamentais para esse estudo. Muito obrigada aos profissionais da Seção por serem tão acessíveis, pacientes e dedicados. Sem dúvida, a boa vontade de vocês fez toda a diferença.

“A única diferença entre a loucura e a saúde mental é que a primeira é muito mais comum.”

Millôr Fernandes

“Enquanto o silêncio acobertar a indiferença, a sociedade continuará avançando em direção ao passado de barbárie. É tempo de escrever uma nova história e mudar o final.”

Daniela Arbex

LISTAS DE SIGLAS

ATP/PFDF– Ala de Tratamento Psiquiátrico

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAJE – Centro de Atendimento Juvenil Especializado

CIR – Centro de Internamento e Reeducação

CPB – Código Penal Brasileiro

CPP – Código de Processo Penal

ECTPs – Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HCTPs – Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

IBRAPSI – Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições

LEP – Lei de Execuções Penais

MS – Ministério da Saúde

MJ – Ministério da Justiça

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

MP – GO – Ministério Público do Estado de Goiás

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

ONU– Organização das Nações Unidas

PSM – Política de Saúde Mental

PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI – PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

PL – Projeto de Lei

PNDH – Programa Nacional de Direitos Humanos

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SUS – Sistema Único de Saúde

VEP – Vara de Execuções Penais

RESUMO

A presente pesquisa aborda a temática da loucura e da criminalidade, a partir da análise da medida de segurança e da política de saúde mental existentes no Distrito Federal: suas fortalezas e lacunas. Busca mostrar também o papel do sanitarista na implementação de políticas em saúde mental. Para isso, foi realizado um estudo de caso de um indivíduo submetido à medida de segurança, que aqui recebeu o nome fictício de Paulo, e uma entrevista com uma profissional de saúde que atua na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Com esses dois relatos, buscou-se mostrar toda a vulnerabilidade que os submetidos à medida de segurança vivenciam e a necessidade de implantação dos pontos principais definidos pela reforma psiquiátrica, que são: a construção de residências terapêuticas e centros de convivência e cultura e o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O principal ponto deste estudo é que ele pretende deixar de lado todo o estigma associado à figura do louco infrator para que esse tema seja finalmente abraçado pela saúde pública.

Palavra-chave: saúde mental, medida de segurança, sanitarista.

ABSTRACT

The followed research presents the criminality and craziness issue, since the analyses of security measures and mental health politics presented in Distrito Federal: the fortress and pillars of it. Also has as a purpose to show the role sanitarian inside of the mental health politics implementation. For this, was realized a study case of an individual subjected to a security measure, which in here was taken by Paulo as his fake name, and an interview with a professional healthcare who roles in the psychosocial session in the Criminal Enforcement of Court of the Court of Justice of the Distrito Federal and Territories. Thus, having these two reports, it was required to show the vulnerability as whole, that is subjected to the security measure living and the necessity of implementation of major points, defined by psychiatric reform, that are: the construction of therapeutics residences and cultural and living centers and the fortification of psychosocial attention centers, which in Portuguese means *Centros de Atenção Psicossocial* (CAPS). The main objective point of this work is that this one want to put apart all brand associated to the violator picture leading him to be embraced by the public health

Key words: mental health, security measures, sanitarian.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3. METODOLOGIA	15
4. REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1 Loucura: construção de conceitos	16
4.2 Duplo estigma do louco infrator	21
4.3 Louco Infrator no Brasil	24
4.3.1 Dispositivos extra-hospitalares de saúde mental	37
4.4 Loucura no Distrito Federal	41
5. RESULTADOS	44
5.1 Relato de Caso	44
5.2 Percepções de uma profissional de saúde que atua na medida de segurança	48
6. DISCUSSÃO	54
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
9. ANEXOS	64
9.1 Anexo I - – Instrumento da pesquisa qualitativa	64
9.2 Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	66
9.3 Anexo III – Parecer CEP/IH	68

1. INTRODUÇÃO

O artigo 26 do Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) define como inimputável “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”. Essa pessoa fica isenta de pena. Já o semi-imputável é definido como “o agente [que], em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. Essa pessoa pode ter sua sanção reduzida de um a dois terços (BRASIL, 1940; BRANDI, 2012; QUINAGLIA SILVA e BRANDI, 2014).

As espécies de medidas de segurança são, ainda de acordo com o Código Penal Brasileiro, em seu artigo 96, internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado e sujeição a tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940). No Distrito Federal, a internação ocorre na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), localizada na Penitenciária Feminina do Gama, e o tratamento ambulatorial, nas redes pública e privada de saúde. O acompanhamento da medida de segurança é realizado pela Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Ambos, internação e tratamento ambulatorial, têm tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, condições de saúde favoráveis a desinternação. O prazo mínimo de internação vai de um a três anos, tendo o sentenciado o direito à perícia anual (BRASIL, 1940). O prazo mínimo é o tempo determinado pelo juiz para que haja uma reavaliação do sentenciado para uma possível desvinculação da justiça (QUINAGLIA SILVA e BRANDI, 2014).

No caso da internação, o caminho para a desinternação condicional é longo, complicado e repleto de pareceres. Exames psiquiátricos e psicológicos, tempo de reclusão, parente que acolha o sentenciado, todos esses são requisitos que viabilizam ou não a desvinculação da justiça (QUINAGLIA SILVA e BRANDI, 2014).

Isso suscita questões, como a hipótese de ser a medida de segurança sinônimo de prisão perpétua. Segundo o Censo realizado em 2011 sobre *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*, 41% dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso, o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico é de 10 meses, sendo que o artigo 150, § 1º do Código de Processo Penal (Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941) estabelece como

limite 45 dias, e o tempo de espera para o exame de cessação de periculosidade é de 32 meses. Ademais, 7% dos indivíduos possuem sentença de desinternação e se mantêm em regime de internação. Finalmente, um em cada quatro indivíduos não deveria estar internado e 21% da população encarcerada cumprem pena além do tempo previsto (DINIZ, 2011).

Por meio de um relato de caso, será analisado como a teoria vem sendo aplicada na prática, ou seja, se e como a Política de Saúde Mental vem sendo utilizada na execução da medida de segurança. E também será apresentada a contribuição que o sanitarista pode trazer para os Poderes Judiciário e Executivo, podendo ser ele o gestor responsável pela ampliação, readequação e aplicação da Política de Saúde Mental.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo deste estudo é analisar as perspectivas de atuação do sanitarista na implementação de Políticas em Saúde Mental.

Objetivos Específicos

- Descrever a situação do louco infrator no Brasil e no Distrito Federal.
- Investigar legislações e políticas e a implementação de programas em saúde mental.
- Conhecer as limitações impostas pela medida de segurança.
- Verificar o funcionamento da medida de segurança no Distrito Federal.
- Entender o tratamento dispensado ao louco infrator no Distrito Federal.
- Identificar a forma como a Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (VEP-TJDFT) acolhe esses casos e acompanha o tratamento dos sentenciados.
- Apresentar e analisar o estudo de caso de um indivíduo que cumpre medida de segurança na modalidade de internação.
- Analisar a atuação de um profissional de saúde que atua na medida de segurança no Distrito Federal.
- Mostrar o grande problema que a falta de residências terapêuticas e outros tratamentos substitutivos à internação gera na medida de segurança no DF.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de cunho descritivo. Os estudos qualitativos permitem que se compreenda melhor um fenômeno através do contexto em que ocorre e do qual faz parte, devendo ser analisado em uma perspectiva integrada. Considerando que esta abordagem, enquanto exercício de pesquisa, não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, ela permite que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques (GODOY, 1995).

Este estudo utilizou três técnicas de pesquisa, a revisão da literatura sobre a temática de saúde mental à análise documental do processo e do prontuário de um sentenciado, sendo este caso escolhido por sugestão de uma profissional de saúde que atua na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, e a entrevista semiestruturada com essa profissional (Anexo I).

Esta pesquisa faz parte do projeto “Estudos em bioética, direitos humanos e gênero”, vinculado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, que foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) dessa mesma universidade (Anexo III). Em consonância com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, todos os dados que pudessem identificar a fonte foram omitidos de forma a preservar o sigilo da pessoa analisada e resguardar todos os direitos dos demais sujeitos de pesquisa (BRASIL, 2012).

A revisão bibliográfica, o estudo de caso e a entrevista com a profissional de saúde serviram para fornecer uma percepção clara de como a teoria vem se adequando à prática, das fortalezas e fragilidades das políticas em saúde mental e das contribuições que o profissional sanitário poderia trazer para a readequação e aplicação dessas políticas.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Loucura: construção de conceitos

A loucura sempre existiu na humanidade, e em cada século ganhou um sentido diferente. Já foi motivo de chacota, sinônimo de possessão demoníaca, motivo de marginalização e exclusão por não se enquadrar nos preceitos morais vigentes e, atualmente, se transformou em um tema essencialmente médico. Mas o que não difere, em nenhum período, é a visão que boa parte da sociedade tem dessa figura, que é vista como um enigma e uma ameaça.

O conceito de “doença mental” pretende dar conta do fenômeno da loucura, que ganha a feição de uma entidade natural manifesta por sintomas, apresentados como conjuntos coerentes que se dedicam a revelar a essência da doença. Isso mostra uma necessidade de classificar e descrever as fases e variações da loucura, sendo concebida como efeito de um processo orgânico, que se desenvolve no interior do organismo individual, onde se encontrará a causa de seu estado mórbido (FRAYZE-PEREIRA, 1982).

Nesse sentido, as doenças mentais se definem conforme o grau das perturbações do funcionamento da personalidade. Abrem-se, então, duas grandes categorias — as psicoses (referem-se aos distúrbios de personalidade como um todo e incluem: perturbações do pensamento, perturbações da afetividade e do humor, alterações da percepção e do senso crítico, da consciência de si e do mundo) e as neuroses (se referem às alterações de apenas um setor da personalidade, sem implicar o comprometimento da estrutura do pensamento, do contato afetivo com o meio e da consciência crítica do indivíduo) (FRAYZE-PEREIRA, 1982).

É importante lembrar que são as sociedades que selecionam algumas das infinitas características da essência humana, e, a partir disso, propõem a seus membros modelos de conduta. Assim, os que se enquadram no padrão proposto são os favorecidos, tidos como “normais”. Já os que apresentam algum desvio são os anormais. Dessa forma, a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal (FOUCAULT, 1954).

É nesse contexto que o louco assume o lugar do desvio ou da inadaptação, que, independente da diversidade cultural, é concebido como um problema eterno. Isso trouxe à doença o sentido do desvio e ao doente um status que o exclui, que o estigmatiza (FOUCAULT, 1954). Essa exclusão enuncia que ser louco significa ser desumanizado (desculturado), isto é, o louco é aquele que rompeu com a natureza humana (FRAYZE-PEREIRA, 1982). Como é a sociedade que define as normas de pensamento e de comportamento, o que é normal em uma sociedade A poderá ser considerado como desvio na sociedade B, e vice-versa. Assim, se uma sociedade valoriza culturalmente a exaltação do eu individual, outra poderá escolher a violência e a agressividade como valores, traços considerados como ruins em outra, e assim sempre. João Frayze-Pereira (1982), cita como exemplo a cultura do buana (Melanésia), onde a violência e a insídia são virtudes. O indivíduo inadequado era aquele naturalmente amável, que considerava a atividade um fim em si próprio (FRAYZE-PEREIRA, 1982).

“Era um homem agradável que não procurava derrubar o seu semelhante, nem puni-lo. Trabalhava para quem a ele recorresse e era infatigável em cumprir as suas ordens. Não sofria do terror das trevas, como os outros, e não sufocava, como eles, ingênuas reações públicas de amizade perante as mulheres proximamente aparentadas com ele, como uma esposa ou irmã” (BENEDICT apud FRAYZE-PEREIRA, 1982, p.25).

Não é preciso pensar muito para perceber que o comportamento tido como anormal em Dobu é considerado como o ideal em nossa sociedade. É dessa forma que a loucura se transforma em um conceito construído socialmente, e por esse motivo adquire diferentes significados ao longo da história.

Retomando a trajetória histórica da loucura, é possível perceber que, apesar do lugar de exclusão sempre ter existido, nem sempre coube ao louco a tarefa de representar o perigo. Inicialmente, pode-se afirmar que a experiência da loucura nem sempre foi considerada como algo negativo, muito menos uma doença. Pelo contrário, na Grécia antiga, ela já foi considerada privilégio. Filósofos, como Sócrates e Platão, ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como divina e, inclusive, utilizaram a mesma palavra – *manikê* – para designar tanto o “divinatório” como o “delirante”, já que através do delírio alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas (PELBART, 1989). A relação entre experiência mística e consciência crítica vai prevalecer por muito tempo e, somente no período conhecido como Antiguidade Clássica, vai se dissolver. Dessa forma, a loucura já não

é mais porta voz da verdade divina e em pouco tempo passa a ocupar o lugar de representação do mal.

Na Idade Média, o que representava o mal e o castigo divino era a lepra, que se espalhava rapidamente, causando pavor e sentenciando seus portadores à exclusão. Com o fim das Cruzadas, a lepra retira-se de cena, deixando aberto um espaço que vai reivindicar um novo representante. Assim, alguns séculos depois, o louco ocupa o lugar do leproso. Os loucos começam a ser confinados em grandes asilos e hospitais destinados a toda sorte de indesejáveis – inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos. Nessas instituições, os mais violentos eram acorrentados e a alguns era permitido sair para mendigar (SILVEIRO e BRAGA, 2005; FOCAULT, 2008).

Durante o Renascimento era costume embarcar os loucos em um navio que os levava para outras cidades, as chamadas “*naus de loucos*”. Diversas cidades europeias assistiram essas “*naus*” atracarem em seus portos. Acreditava-se que afastar os loucos asseguraria uma purificação, significava afastar dos olhos dos “normais” os tidos como impuros e perigosos (FRAYZE-PEREIRA, 1982; FOCAULT, 2008). A realidade da Europa, na época do Renascimento, não é muito diferente da que aconteceu na cidade mineira de Barbacena, no maior hospício do Brasil, o Colônia. Os trens, conhecidos como “*trem de doido*” (expressão criada pelo escritor Guimarães Rosa), carregava os indesejados sociais de todo o Brasil, que não eram representados somente por loucos, e sim por todos aqueles que por algum motivo deveriam se manter calados. Abarrotavam os vagões de carga do trem, que só parava na última estação, a estação Bias Fortes, que ficava localizada nos fundos do Hospital Colônia. Ali os “loucos” desembarcavam para uma viagem sem volta. Uma viagem rumo ao esquecimento, descaso e barbárie (ARBEX, 2013).

O século XVII é o momento em que a razão separa-se definitivamente da desrazão e a loucura ganha endereço, passando a ocupar as casas de internamento. É nos séculos XVII e XVIII que ocorre o momento da grande internação, quando havia uma vigilância e uma punição da loucura. Nessa época, eram os pobres as pessoas confinadas. E a reclusão se dava por questões morais, de culpabilização da loucura, como anteposto, e econômicas, de higienização das cidades.

Como apresentado por Frayze-Pereira (1982), após a invenção do internamento, durante a era clássica, os loucos seguiram o mesmo destino dos libertinos. Mas, na segunda

metade do século XVIII, os internos começam a protestar com violência, pois não queriam ser confundidos com loucos. A loucura virou a imagem da humilhação, pois reduzia as pessoas ao silêncio. Ser internado com os loucos significava uma punição adicional, era correr o risco da alienação. Porém, os protestos não pretendiam dar conta da relação entre loucos e internamento, e sim da mistura feita entre loucos e não-loucos. Ao contrário de um possível questionamento do enclausuramento, o estreitamento do vínculo entre loucos e internamento foi tão forte que se tornou quase essencial.

O século XVIII marca definitivamente a apreensão do fenômeno da loucura como objeto do saber médico, sendo caracterizada como doença mental, passível de cura (FOUCAULT, 2008). Nesse período, ocorre a valorização do pensamento científico e é em meio a esse contexto que ocorre o surgimento do hospital como espaço terapêutico. O discurso que alimenta esse sistema percebe os loucos como seres perigosos e inconvenientes que, em função de sua “doença”, não conseguem conviver de acordo com as normas sociais. Retira-se, então, desse sujeito todo o saber acerca de si próprio e daquilo que seria sua doença, ao mesmo tempo em que se delega esse saber ao especialista.

No século XVIII e início do século XIX, inicia-se um novo conceito psiquiátrico, quando os médicos Willian Tuke e Philippe Pinel empreendem a chamada “humanização do internamento”, tirando as correntes dos pacientes e introduzindo práticas terapêuticas em seu tratamento, tornando o hospital uma instituição médica. Mas esta libertação não foi total, pois a busca pela cura levou os médicos a desenvolverem novos tratamentos, mas que levaram ao “acorrentamento mental”. O hospital torna-se um local de diagnóstico e classificação, um lugar onde o saber médico é o único capaz de dizer a verdade sobre as doenças e os métodos de tratamento a serem utilizados. Assim, surgem técnicas e procedimentos tidos como importantes para a realização do tratamento e da cura, sendo os principais: a convulsoterapia, a eletroconvulsoterapia, a lobotomia e a psicofarmacologia (SILVEIRO e BRAGA, 2005).

Dessa forma, é construído em torno dos loucos um círculo invisível de julgamentos morais, que tinha na figura do médico uma direção, responsável por um rigoroso controle ético. Dessa forma, o asilo se destina a homogeneizar todas as diferenças, retirando as irregularidades de cada um, reprimindo vícios, enfim, denunciando tudo aquilo que vai contra às estabelecidas virtudes da sociedade. Assim, uma única diferença vai se manifestar nessas instituições: a diferença entre normalidade e anormalidade (FRAYZE-PEREIRA, 1982).

Com o tempo, o tratamento proposto por Pinel vai se modificando, fazendo com que as ideias originais do método perdessem a força. A ideia de corrigir o comportamento e o hábito dos doentes permanece, mas como forma de impor a disciplina institucional. No século XIX, eram empregados castigos físicos no tratamento dos doentes mentais, como: duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias. Recebendo contribuições das teorias organicistas, a doença mental, tida como doença moral, passa a ser compreendida também como uma doença orgânica. No entanto, os organicistas utilizavam a mesma técnica de tratamento empregada no tratamento moral. Assim, mesmo com outra compreensão sobre a loucura, a submissão do louco chega ao século XX (BRASIL, 2011).

Na segunda metade do século XX, Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia uma crítica radical e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Foi um movimento que se iniciou na Itália, mas teve repercussão mundial e especialmente no Brasil (BRASIL, 2011).

Basaglia desencadeou o movimento da Psiquiatria Democrática quando assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália. Inicialmente, o objetivo das mudanças era transformar o hospital em uma comunidade terapêutica. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico destinados aos internos. Porém, à medida que se defrontava com a miséria humana criada pelas condições do hospital, percebia que uma simples humanização deste não seria suficiente. Notou que eram necessárias transformações profundas tanto no modelo de assistência psiquiátrica quanto nas relações entre a sociedade e a loucura. Basaglia criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. No campo das relações entre a sociedade e a loucura, ele assumia uma posição crítica para com a psiquiatria clínica e hospitalar, por esta se concentrar no princípio do isolamento do louco (a internação como modelo de isolamento), sendo, portanto, excludente e repressora. O sujeito acometido da loucura, para ele, possui outras necessidades que a prática psiquiátrica não daria conta. Basaglia denunciou também o que seria o "duplo da doença mental", ou seja, tudo que ia além do que a doença mostrava, e tudo aquilo que o processo de institucionalização causava nos internos dos hospitais e manicômios (BASAGLIA, 1991; BRASIL, 2011).

A partir de 1970, quando foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste, Basaglia iniciou o processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico. Em Trieste, ele promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de

atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos-apartamento") para os loucos. No ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental. Em 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia. Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, no ano de 1978, foi aprovada na Itália a chamada "Lei 180", ou "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana", também conhecida popularmente como "Lei Basaglia" (AMARANTE, 1996).

A Lei Basaglia determinou a extinção dos manicômios na Itália e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência, partindo da noção de desinstitucionalização como desconstrução, não só dos manicômios e hospitais psiquiátricos, mas de toda a concepção e estigma associado a figura do louco. Com a aprovação da lei, foi constituído um novo conjunto de serviços, estratégias e dispositivos permanentes de construção e renovação dos objetivos, atores e técnicas (HEIDRICH, 2007). A Lei Basaglia e a Lei 10.216/2001, ainda hoje, são as únicas nessa linha em todo o mundo.

4.2 Duplo estigma do louco infrator

Louco infrator, essa é uma marca que define e exclui. As pessoas com transtornos mentais que cometem algum delito devem conviver com o duplo estigma de doentes e criminosos. Assim, justifica-se a submissão dessas pessoas a uma série de diagnósticos, tratamentos e normas. Esse poder-saber disciplinar permite a todo o momento que os indivíduos sob vigilância sejam punidos ou recompensados, avaliados, classificados, “tratados” e condenados.

O surgimento do manicômio, como um lugar específico para o acolhimento e tratamento dos loucos, deve-se à dominação da loucura pela psiquiatria e ao novo papel, de conservação moral da loucura, atribuído a ela nos fins do século XVIII, quando os manicômios se estabeleceram como o local para onde eram levados os excluídos da sociedade.

Inicialmente, conviviam juntos nos manicômios loucos criminosos e não criminosos. No entanto, a fim de evitar a “contaminação” dos loucos comuns pelos criminosos, que eram considerados impuros, fez-se necessário a separação entre eles. Daí, surge o manicômio judiciário, como um estabelecimento voltado para o confinamento do louco criminoso, sob o pretexto de combater sua periculosidade (ALVIM, 1997). Dessa forma, os loucos infratores são enviados ao cárcere e sentenciados ao silêncio. Sem a possibilidade de receberem tratamento adequado, são conduzidos ao manicômio judiciário e por lá ficam, até que cesse o suposto perigo que anunciam.

Tanto as penas aplicadas ao infrator quanto o tratamento daqueles que apresentam sofrimento mental passaram a visar o controle do sujeito e da virtualidade das ações. Quando surge a psiquiatria, e a mesma se alia ao direito penal, as penas começam a objetivar o controle do que o sujeito poderia vir a fazer, e não sobre o ato cometido. Nesse momento a loucura é atrelada à noção de periculosidade, o indivíduo louco é obrigatoriamente perigoso (FOUCAULT, 2008).

Mas como uma instituição que busca punir e cuidar, vigiar e tratar, pode conduzir o indivíduo a uma suposta cura? A grande questão atrelada a essa pergunta concerne à possibilidade de garantir, de um lado, segurança social e, de outro, atenção psicossocial a pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Ademais, a ideia de cessação de periculosidade pressupõe cura. O tratamento mental pode efetivamente ser curado ou apenas mantido sob controle? A reclusão, que seria mantida até uma suposta cura, podendo ser eterna, seria portanto a melhor forma de tratamento? Não seria relevante considerar que doença mental não tem cura, e sim tratamento?

Quando internado, o sentenciado é obrigado a perder todas e quaisquer impressões sobre si mesmo. O seu eu é sistematicamente anestesiado, atormentado e mortificado, sendo obrigado a viver o cotidiano do internamento e a obedecer às normas.

A vida do internado é constantemente penetrada pela interação de sanções vinda de cima, sobretudo durante o período inicial de estada, antes de o internado aceitar os regulamentos sem pensar no assunto. Cada especificação tira do indivíduo uma oportunidade para equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente, e coloca suas ações à mercê de sanções. Violenta-se a autonomia do ato. (GOFFMAN, 1961, p.42).

Essas instituições, Goffman, chamou de instituições totais. Recebem esse nome por simbolizar uma barreira na inter-relação de seus internados com o mundo externo e

caracteriza-se como um local onde indivíduos com alguma semelhança ficam separados da sociedade por algum período, levando uma vida em cárcere e formalmente administrada. São submetidos a uma única autoridade, com horários definidos, restrição (ou anulação) do contato do internado com o mundo externo, humilhações constantes e vigilância (GOFFMAN, 1961).

Reiterando as idéias de Goffman (1961), o hospital psiquiátrico vai favorecer o processo de cronificação, justificando essa tutela? Ao submeter a pessoa com transtornos mentais a mecanismos de violência institucional, e ao cronificar o sujeito, a instituição psiquiátrica o condena ao internamento por toda a vida, ou, podemos dizer, à morte em vida, pois impossibilita qualquer possibilidade de retorno ao convívio social, pela total falta de resolutividade nas ações terapêuticas e pelo desconhecimento do fenômeno estudado. Neste aspecto, o processo de construção do sujeito, mediado pelas categorias de atividade, consciência e identidade, é irremediavelmente perdido, condenando a pessoa com transtornos mentais.

Os filmes documentários *Titicut Follies*, de Frederick Wiseman, e *A casa dos mortos*, de Debora Diniz, apresentam a realidade dos manicômios judiciários e mostram como a falta de tratamento adequado, de terapias, de atividades de cunho social e de aproximação familiar acaba levando, inevitavelmente, à prisão perpétua e a uma violação dos direitos humanos.

Titicut Follies gerou um grande incômodo nos Estados Unidos na década de 1960 porque apresentava o louco e a loucura de uma forma diferente, partindo das impressões do louco e não da instituição. Buscou educar o espectador sobre aquilo que não era visto ou dito sobre a realidade do confinamento psiquiátrico. E gerou incômodo por mostrar que os loucos não são tão loucos quanto se esperava, e que a forma como vivem e são tratados influencia diretamente na sua condição psicológica. Foi uma produção que deu voz ao louco e promoveu uma reflexão sobre a real eficácia do manicômio e sua validade, além de ser uma crítica à intervenção governamental na vida dos cidadãos.

A casa dos mortos é construída em cima do ponto de vista dos internos e traz à tona o destino de morte que os loucos são fadados a ter. Ilustra a condição humana, social, médica e jurídica nos manicômios, cujos tratamentos se caracterizam por serem a um só tempo intermináveis e ineficientes.

As histórias de Jaime, Antonio e Almerindo são marcadas pela morte, um fenômeno tão comum quanto invisível. Morte causada pelo descaso, pelas mutações do eu (que fica

tanto tempo fora da sociedade que acaba esquecendo quem realmente é) e pela perda dos vínculos familiares e afetivos. O filme, ao abordar o cruzamento entre crime e loucura, interroga o espectador acerca do lugar do louco infrator na prática e alerta para que esses seres humanos não sejam esquecidos, para que não se tornem defuntos sociais, independente de suas incapacidades e delitos.

O manicômio passou a ser, então, uma instituição pública focada no confinamento, na disciplina e na docilização dos corpos. Transformou-se em depósito, onde é fácil controlar a vida das pessoas, com poucos gastos e em um espaço pequeno. Os loucos são condenados a uma vida solitária, obrigados a passar a vida em um único local, sob uma única autoridade. A verdade é que eles não têm o poder de escolher, de decidir, de interferir, de mudar, de aprender e, principalmente, de se tratarem. São excluídos completamente da sociedade e de seus direitos, e deixam de ser responsáveis por suas vidas.

4.3 Louco Infrator no Brasil

O movimento da Reforma Psiquiátrica, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violência, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias. Caracteriza-se como um movimento político que tem como eixo principal a construção da cidadania do louco e sua inclusão social. Trazendo uma transformação radical para a época e promovendo um movimento que buscou produzir soluções para além do que já existia, objetivou articular uma rede de assistência e cidadania.

O movimento começou com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), iniciado no Rio de Janeiro, em 1978, aliado a outros movimentos, que se inscrevem no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época. Através de diferentes campos de luta, esse movimento passa a protagonizar, a partir deste período, a denúncia de violência nos manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Ainda em 1978, quando o movimento estava mais fortalecido, foi realizado o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Santa Catarina, que, por sua proposta político-científica, ficou

conhecido como o “Congresso de Abertura”. Nesse mesmo ano, no Rio de Janeiro, aconteceu o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que almejava fundar uma nova sociedade psicanalítica, o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições – IBRAPSI. Foi nesse espaço que o MTSM se aproximou consideravelmente de Basaglia, já que suas propostas para a Reforma Psiquiátrica Italiana e a aprovação da “Lei Basaglia” iam ao encontro do desejo brasileiro (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004).

Em 1979, aconteceu o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. O relatório final apontou que “as lutas pela transformação da saúde e da saúde mental não são isoladas e sim estreitamente vinculadas entre si e às demais lutas sociais” (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p.12).

Neste mesmo ano, a Câmara dos Deputados realizou o I Simpósio de Saúde. No evento, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES teve uma importante participação, quando apresentou dois documentos históricos para o campo da saúde brasileira: o primeiro sobre a reforma sanitária e o segundo a respeito da reforma psiquiátrica. Quando se discutiu a reforma sanitária, o assunto era a proposta de um sistema único de saúde, sendo a primeira vez que esse tema foi proposto e debatido. Já a reforma psiquiátrica foi debatida com base no texto “A assistência psiquiátrica no Brasil: setores públicos e privados”, que apresentava a primeira denúncia ao modelo psiquiátrico em um espaço de grande repercussão política (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004). Por fim, fechando o ciclo de eventos importantes para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, aconteceu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que contou com presenças ilustres, como: Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel (BRASIL, 2011).

Foi por meio desses eventos, e dos debates realizados em cada um, que “onde antes se via apenas doença, defeito, desrazão e periculosidade, encarnados na figura do louco, se propôs um novo olhar, voltado para o debate da cidadania, direitos humanos e dever de se prestar um serviço digno a essas pessoas”. Toda essa análise da ciência, como um instrumento de poder, aliado às denúncias feitas pelo movimento acabou revelando que o hospital psiquiátrico era uma instituição muito mais alienante do que assistencial, que acabava perdendo sua ação terapêutica. É nesse cenário que a loucura deixa de ser uma questão exclusivamente técnica para se tornar uma questão que diz respeito a toda a sociedade. Assim, o próprio objeto da psiquiatria deixava de ser a doença para se tornar o sujeito de experiência mental diferenciada, a pessoa, o cidadão em sofrimento. A chamada Reforma Psiquiátrica afirmou-se, destarte, como um dos movimentos mais atuantes e expressivos no Brasil, com uma proposta radical

de transformação, que sofreu influências diretas da Reforma Sanitária e merecido destaque na história da saúde pública brasileira (BRASIL, 2011).

Em 1983, em meio a reconstrução nacional caracterizada pela Nova República, foi convocada a 8º Conferência Nacional de Saúde, que teve Sérgio Arouca como presidente, membro ativo da Reforma Sanitária. Essa foi a primeira Conferência que permitiu a participação popular, com representantes de vários setores da comunidade. Desta nasceu uma nova concepção de saúde – a saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão – e foram formalizados alguns princípios básicos da saúde, tais como: universalização do acesso, integralidade, equidade, descentralização e democratização. Todas essas mudanças trouxeram para o Estado uma nova responsabilidade: ele passa a ter a obrigação de promover políticas de bem-estar social. Dessa forma, a saúde passa a ser sinônimo de qualidade de vida. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004)

Foi assim que, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizou-se, buscando privilegiar e permitir a participação social. Nesse evento, se julgou oportuna a realização, ainda no mesmo ano, do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, onde foi fundado o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Foi também nesse Congresso que se criou a data comemorativa do Dia Nacional de Luta Antimanicomial, sendo escolhido o dia 18 de maio (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004; BRASIL, 2011).

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, na Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e morte de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma clara a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. São implementados também, em Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas por dia. São criadas cooperativas e residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma era possível (BRASIL, 2011).

No percurso, é proposto o Projeto de Lei nº 3.657/89, conhecido nacionalmente como Projeto de Lei Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com

transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Contém três pontos: primeiro, deter a oferta de leitos manicomialmente financiados com dinheiro público; segundo, redirecionar os investimentos para outros dispositivos assistenciais não-manicomialmente; terceiro, tornar obrigatória a comunicação oficial de internações feitas contra a vontade do paciente, oferecendo, pela primeira vez, um instrumento legal de defesa dos direitos dos pacientes.

É nesse cenário que o movimento sanitário mobiliza a população para a inclusão na Constituição da emenda da saúde, que foi uma das únicas emendas até hoje aprovadas por proposta popular, com mais de 150 mil assinaturas. Assim, a nova Constituição, de 1988, em seus artigos 196 a 200, incorporava os princípios do SUS. Mas esse só foi regulamentado em 1990, por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90 (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004; BRASIL, 2011)

Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas, a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica. Em 2001, é finalmente aprovada a Lei Federal nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O artigo 3º define como responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, que serão prestadas em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde (BRASIL, 2011). É assim que a lei redireciona o modelo de assistência psiquiátrica, regulamenta o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária, arbitrária ou desnecessária.

Dessa lei, origina-se a Política de Saúde Mental, que objetiva garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Rompe-se, assim, com a lógica das internações de longa permanência, que tratavam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo.

A Política de Saúde Mental no Brasil promove a redução programada dos leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se dêem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política busca a constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, cultura e lazer.

Mas o que observa-se no Brasil é que não existe uma mobilização e atuação do movimento social em saúde mental e da Reforma Psiquiátrica em prol dos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Observa-se que, no tocante à atenção à saúde mental e aos processos de desinstitucionalização fomentados pela Lei Federal nº 10.216, muito pouco tem chegado aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs. Tais instituições são destinadas ao abrigo de pessoas submetidas à sentença de medida de segurança, os ditos inimputáveis e/ou semi-imputáveis.

Como anteposto, o artigo 26 do Código Penal (Decreto Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940) define como inimputável “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”, ficando isento da pena. Já os semi-imputáveis são definidos como “os agentes [que], em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”, podendo ter sua sanção reduzida de um a dois terços.

No Código Penal Brasileiro, a medida de segurança está disciplinada nos artigos 96 a 99. Já o Código de Processo Penal (CPP), nos seus artigos 149 a 154, dispõe sobre “a insanidade mental do acusado”. Por sua vez, a Lei de Execuções Penais aborda a medida de segurança nos seus artigos 171 a 174 e a cessação de periculosidade nos artigos 175 a 179.

Como igualmente mencionado, há dois tipos de medida de segurança no direito brasileiro: internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou em qualquer estabelecimento adequado, e tratamento ambulatorial nas redes pública ou particular de saúde. Ao constatar a inimputabilidade do agente, cabe à autoridade judicial determinar qual a espécie de medida de segurança deve ser aplicada, considerando o que está previsto no artigo 97, do CPB, a saber, aos crimes apenados com reclusão serão impostas medidas de segurança em forma de internação e aos crimes apenados com detenção o juiz deverá impor medida de segurança sob forma de tratamento ambulatorial.

O prazo mínimo para realizar o tratamento na forma de medida de segurança, quer detentiva, quer restritiva, varia entre um e três anos. Após esse período, se ainda existir a periculosidade do agente, a medida passa a ter prazo indeterminado.

Assim, a medida de segurança, visa um controle do que os internos podem ou não fazer, e nem tanto sobre se o que fizeram os indivíduos está em conformidade ou não com a lei

(FOUCAULT, 1972). Todas as possibilidades de expressão do considerado louco são reduzidas a um comportamento agressivo e violento, e não lhe é ofertada a possibilidade de defesa, de elucidação de seu ato transgressor (BARROS, 1994). A essa pessoa, em muitos casos, só resta como destino a internação compulsória em HCTPs. A crença na “periculosidade presumida” do louco infrator, atestada nos laudos psiquiátricos, tem justificado a utilização do instituto da medida de segurança.

Partindo-se disso, os HCTPs acabam adquirindo uma natureza francamente ambígua: mesmo sendo centros de tratamento de pessoas com transtornos mentais que tenham praticado algum tipo de ilícito penal, e que recebam o título de “hospitais”, não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim na estrutura do sistema prisional (BRASIL, 2004). Dessa forma, dois modelos de intervenção social se sobrepõem – o jurídico-punitivo e o psiquiátrico-terapêutico-, que demonstram toda a diferença entre a finalidade declarada e a intenção de fato da intervenção, situação presente desde o surgimento dessas instituições (MAMEDE, 2006). É importante lembrar que os HCTPs são considerados unidades hospitalares de tratamento e não apenas unidades prisionais. Esse fato reclama uma regulamentação específica para essas unidades (BRASIL, 2010)

De acordo com o censo 2011, sobre a custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil, existem no Brasil 3.989 homens e mulheres internados em hospitais ou alas psiquiátricas de presídios. Essas pessoas estão inseridas nos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), dos quais 23 são HCTPs e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), localizados em presídios ou penitenciárias. Há uma concentração de estabelecimentos nas regiões Sudeste e Nordeste, com 38% (10) dos ECTPs no Sudeste e 31% (8) no Nordeste. Na Região Sul, havia 12% (3) dos ECTPs. Na Região Norte, havia 12% (3) dos estabelecimentos. Finalmente, a Região Centro-Oeste possuía 8% (2) dos estabelecimentos. Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não possuíam ECTPs em 2011. Nesses casos, é possível que as pessoas em medida de segurança estivessem em delegacias, presídios, penitenciárias ou outras instituições de custódia, ou, ainda, que tivessem sido transferidas para outros estados.

Em Goiás, há uma particularidade na execução das medidas de segurança: elas são cumpridas por meio de acompanhamento do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) foi instituído no dia 26 de outubro de 2006 mediante convênio pactuado entre as Secretarias de Estado da Saúde e de Justiça, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público

do Estado de Goiás (MP-GO, 2009). Esse programa inspirou-se em outro semelhante, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), de Minas Gerais (BARROS-BRISSET, 2010; BRASIL,2011). O PAI-PJ está vinculado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Ambos os programas têm objetivos semelhantes (DINIZ, 2013; BRASIL,2011).

O PAI-PJ acompanha o portador de sofrimento mental que cometeu algum crime como apoio de uma equipe composta por psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em Direito. Todas as decisões tomadas para aqueles que estão inseridos no programa são determinadas por juízes das varas criminais, auxiliados por uma equipe multidisciplinar. Dessa forma, podem definir qual a medida judicial deve ser aplicada, aliando tratamento, responsabilidade e inserção social. Assim a aplicação e execução das penas e medidas de segurança ocorrem de forma individualizada caso a caso. Orientando-se pelos princípios da reforma psiquiátrica, promovendo o acesso a tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial. E dentro de todo esse contexto, percebe-se que a medida ocorre de modo intersetorial, fruto da parceria do Judiciário, do Ministério Público e do Executivo, por meio da rede pública de saúde e da rede de assistência social (BARROS-BRISSET, 2010).

O PAILI tem por fundamento as disposições humanizadoras da Lei nº 10.216/2001, sendo responsável pela execução da medida de segurança no Estado de Goiás. O programa tem a relevante tarefa de acompanhar pacientes julgados e absolvidos pela Justiça Criminal, mas que, em razão de doença ou perturbação da saúde mental, são submetidos à internação psiquiátrica ou ao tratamento ambulatorial. Dessa forma, o programa acaba contemplando uma mudança de paradigma na execução das medidas de segurança, fazendo com que o assunto deixe de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança pública para ser acolhido de vez pelos serviços de saúde pública, mediante a participação da rede de clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS e serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O PAILI é composto por uma equipe multiprofissional, que inclui: advogados, assistentes sociais, psicólogos, acompanhante terapêutico e auxiliar administrativo, todos vinculados à Secretária de Estado da Saúde. Esses profissionais estudam cada caso sob o olhar clínico, psicossocial e jurídico; elaboram projeto terapêutico individual, de acordo com a singularidade de cada caso; e informam à autoridade judiciária a respeito da evolução do tratamento. O programa visa ainda buscar a adesão do círculo sócio-familiar do paciente, trabalhando junto à família para o estabelecimento de vínculos e posterior retorno ao lar (MP-GO, 2009).

O Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001 levanta uma questão bastante relevante: trata-se de saber se o tratamento a ser adotado em relação à saúde mental da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e sua ressocialização/reintegração psicossocial é uma questão de prudência ou de ciência. Em outras palavras, questiona-se a quem compete dar a última palavra acerca do tratamento concedido à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei: ao juiz, ouvido o perito médico? Exclusivamente ao médico? Ou à equipe interdisciplinar? Em última análise, esses questionamentos permitem inquirir se à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei cabe uma punição ou um tratamento.

É importante salientar que, mesmo havendo uma melhora perceptível e convincente no quadro de um paciente ou usuário em um determinado momento do tratamento, não há nenhuma forma de garantir o comportamento futuro do sujeito em questão. Isso propicia que os profissionais responsáveis pelos laudos adotem condutas extremamente conservadoras, dado o medo de incorrer em erro, o que poderia ser fatal à segurança do paciente ou de outrem.

Deve-se, no entanto, considerar que a situação dos HCTPs não é favorável em relação aos recursos necessários para o seu funcionamento. Entre os serviços de saúde, esse tipo de hospital está certamente entre os mais prejudicados, em parte pela situação geral de precariedade do sistema prisional e, por outra parte, ainda como reflexo das atitudes culturais estigmatizantes em relação a este personagem que incorpora duas figuras historicamente discriminadas, o criminoso e o louco (BRASIL, 2011).

O Projeto de Lei (PL) nº 3.473/2000, em seus artigos 96 a 98-A, dispõe sobre a medida de segurança. De acordo com a proposta, o juiz poderá conceder ao paciente que apresentar melhora em seu quadro de saúde mental a desinternação progressiva, facultando-lhe saída temporária para visitar a família ou participar de atividades que concorram para o seu retorno ao convívio social, com a indispensável supervisão da instituição e da equipe responsável pelo seu tratamento. Após verificada a melhora no quadro clínico, com comprovação da perícia médica, o juiz poderá autorizar sua transferência para o tratamento ambulatorial, sendo a alta sempre condicionada a esse tratamento. Mas, se antes do decurso de um ano em alta o paciente praticar algum ato indicativo de persistência da doença, deve ser restabelecida a condição anterior (BRASIL, 2011).

Esse PL deixa algumas lacunas, como o prazo de duração da medida de segurança, que permanece vinculado à pena. Ora, como essa noção ainda pode ser aceita no Brasil se o sistema adotado após a Reforma Penal é o vicariante? O sistema vicariante é o que admite que o sujeito receba alternativamente ou pena ou medida de segurança, a aplicação é alternativa, e as duas não podem ser aplicadas juntas.

Outro ponto que merece ser discutido é a autoridade do médico psiquiatra para determinar a suposta cura. É nesse contexto que o juiz centraliza a base das suas decisões no parecer emitido pelo médico. Além do médico, é pertinente mencionar que, há uma equipe psicossocial que acompanha a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, e que o parecer dessa equipe deve ser considerado no momento da decisão do juiz. Isso porque, tratando-se de transtorno mental, não existe uma certeza de cura, e sim de controle.

Finalmente, uma última crítica que pode ser feita a esse PL diz respeito à ideia de periculosidade, que ainda é empregada, embora já tenha sido desconstruída pela própria psiquiatria. Permanece com potência máxima a idéia de periculosidade atrelada à doença.

Por sua vez, o PL n° 5.075/2001 também dispõe sobre a medida de segurança. Traz algumas modificações que refletem o proposto no PL n° 3.473/2000, tais como:

- A possibilidade de internação e tratamento ambulatorial em estabelecimentos privados, devidamente conveniados e autorizados pelo juiz, na falta de estabelecimentos públicos que proporcionem tratamento médico adequado à pessoa submetida à medida de segurança.
- Realização, a cada seis meses, independente de determinação judicial, de perícia médica para verificação da saúde dos sentenciados.
- Concessão de saída temporária ao paciente que apresentar melhora em seu tratamento, com devido acompanhamento.
- Previsão de que o tempo de duração da medida de segurança não seja superior à pena máxima cominada ao tipo legal do crime, com a interdição da internação, caso, findo o prazo máximo da medida de segurança, não tenha cessado a doença de que padece o internado.
- O tratamento médico substituirá a medida de segurança no caso de doença mental superveniente à condenação.

- O artigo 177-A traz um novo prazo para a duração da medida de segurança e a obrigatoriedade de se declarar a interdição do paciente (BRASIL, 2011).

O que se observa, é que as propostas de alteração da legislação penal brasileira ainda encontram-se muito distantes da Resolução 46/119 da ONU, da Declaração de Caracas, da Constituição Federal brasileira, da Lei nº 10.216/2001 e do PNDH-3 (BRASIL, 2011). Mesmo com o grande avanço da Lei nº 10.216/2001, que representou uma tentativa de trazer dignidade a essas pessoas e de diminuir as limitações sociais e econômicas e as discriminações impostas aos tidos como loucos infratores, infelizmente o que se vê é que isso não foi suficiente para eliminar a violência, intolerância e humilhação sofridas por essas pessoas. A iniciativa da lei transforma-se em mais uma norma sem efetividade. Isso porque a Política de Saúde Mental necessita de que as autoridades e cidadãos movimentem-se no sentido de afirmá-la e, atualmente, não se observa essa mobilização.

Conforme exposto pelo parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001 (2011), ainda recai sobre a figura do louco infrator a noção de periculosidade, sendo a medida de segurança baseada nesse estigma. Essa condicionante legal pode condenar o louco infrator a permanecer *ad aeternum* num HCTP. Não se considera que a agressividade faz parte do homem, e que ela não é propriamente uma manifestação da loucura. Se partirmos da idéia de que agressividade é sinônimo de loucura, todos seríamos perigosos, já que dependendo do momento, podemos apresentar reações que não se enquadram na nossa normalidade.

De acordo com Antônio João Latas e Fernando Vieira (2004), o ponto de vista clínico-psiquiátrico vem assistindo a uma mudança de paradigma da “periculosidade” para o “risco de violência”. Ao mudar o foco da atenção de uma “qualidade vitalícia” para uma “probabilidade”, reduz-se também o estigma associado a essa figura. O “risco de violência” é passível de classificação, em baixo, médio e alto, sendo essa condição mais interessante para a avaliação clínico-psiquiátrica.

A internação e o tratamento ambulatorial destinados às pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis visam exclusivamente à recuperação e não à aplicação de um castigo, e têm como finalidade permanente a reinclusão do paciente em seu meio social. A humanização do atendimento é regra absoluta, devendo o tratamento em regime de internação ser estruturado no sentido de oferecer assistência integral à pessoa com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e

outros (art.4º, § 2º da Lei 10.216/2001). É expressamente vedada a internação em instituições com características asilares e que não asseguram aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º da mesma lei (art. 4º, § 3º).

Partindo do exposto na Lei nº 10.216, percebe-se uma contradição na natureza do HCTP, que, embora seja (ou devesse ser) um hospital, mantém características de presídio. Além disso, o tratamento é precário e o período de internação não tem um prazo definido. Dessa forma, culpa-se quem é legalmente irresponsável, e condena quem deveria ser absolvido (BRASIL, 2011). Nesse sentido, coloca-se em dúvida o caráter terapêutico do internamento, pois a medida de segurança vem disfarçada de “sanção terapêutica”, sendo nada mais que uma condenação penal.

Para alcançar um tratamento correto e digno, é necessário tirar do papel as propostas e executar com qualidade o previsto pela Lei nº 10.216/2001, o programa de alta planejada e de reabilitação psicossocial assistida. No entanto, esses programas requerem, para sua plena realização, a concretização de um sistema alternativo, composto pela redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, construção de residências terapêuticas, Programa de Volta Para Casa, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios, saúde mental na atenção primária, programas de inclusão social pelo trabalho, centros de convivência e cultura, leitos psiquiátricos no hospital geral, etc. (MARCHEWKA, 2009; BRASIL, 2011).

O tratamento do louco infrator deveria ser prestado pelo SUS, e não em um HCTP, por uma questão de isonomia e dignidade humana. Como anteposto, embora os HCTPs sejam considerados “estabelecimentos hospitalares públicos”, eles integram o sistema penitenciário e não o SUS. Esses sistemas são regidos por lógicas muito diversas e a perspectiva punitiva acaba prevalecendo sobre a do cuidado. Nesse arranjo, os HCTPs e as medidas de segurança não são regidos pelos princípios do SUS, mas pelos princípios da execução penal. (BRASIL, 2011)

Atualmente, três portarias e três resoluções norteiam as políticas públicas de medida de segurança: a portaria interministerial nº 1.777/MS/MJ/2003, a portaria nº 94/MS/2014 e a portaria nº 95/MS/2014; a resolução CNPCP nº 05/2004, a resolução CNPCP nº 04/2010 e a resolução CNJ nº 113/2010, todas em consonância com a lei nº 10.216/2001.

A Portaria interministerial nº 1.777/MS/MJ/2003 institui o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP). Estabelece que a atuação das equipes de saúde dos HCTPs ou

Alas de Tratamento Psiquiátrico deve ser pautada pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

A Portaria nº 94/MS/2014 institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse programa é vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). É uma estratégia para o redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

A Portaria nº 95/MS/2014 dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Institui, ainda, o incentivo financeiro fixo, no valor unitário de R\$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais) mensais, para custeio do serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (SMPs), habilitado pelo Ministério da Saúde. O repasse dos recursos previstos só será garantido aos entes federados após efetivo cadastramento do serviço junto ao Ministério da Saúde e do início de seu funcionamento.

As referidas Portarias propõem, portanto a criação de um serviço de acompanhamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Esse acompanhamento se daria por meio das Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP). Tem como objetivo garantir o acesso a um tratamento digno. Sendo esse acompanhamento capaz de facilitar a comunicação entre o Judiciário, à administração dos presídios e os serviços de saúde.

Atualmente, três Resoluções acompanham as políticas públicas de medida de segurança, e todas elas estão de acordo com a Lei 10.216/2001: as resoluções CNPCP nº 05/2004, CNPCP nº 04/2010 e a CNJ nº 113/2010. A resolução nº 05/2014 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP busca adequar as medidas de segurança aos princípios do SUS e as diretrizes previstas na Lei 10.216/2001. Em suas diretrizes, propõe o respeito aos direitos humanos, a desospitalização, a superação do modelo tutelar, a reintegração sócio-familiar e a criação de um programa individualizado de tratamento. Traz que a medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado de modo a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, e essa atenção deverá incluir ações dirigidas aos

familiares e comprometer-se com a construção de projetos voltados ao desenvolvimento da cidadania e à geração de renda. Uma inovação que ela traz é que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, e que nos Estados onde não houver HCTPs, que os pacientes sejam tratados na rede SUS. Como estratégia para a reinserção dos egressos nos serviços de saúde mental da rede, a resolução propõe que os gestores de saúde locais sejam convocados desde o início da medida, para acompanhar o tratamento e realizar busca ativa de familiares, preparando a família e a comunidade para receber o paciente.

A Resolução nº 4/2010 do CNPCP, dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. E a Resolução nº 113/2010, do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Essa resolução considera a necessidade de uniformização de procedimentos relativos à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, no âmbito dos Tribunais.

De acordo com o parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001 (2011), mesmo não sendo um processo simples, extinguir os HCTPs é uma medida urgente e todos os recursos federais e estaduais destinados à manutenção destes devem ser redirecionados para a implementação e expansão dos diversos dispositivos da rede de atenção psicossocial. Os sentenciados a medida de segurança precisam ser considerados como sujeitos da saúde e não da justiça. Quando essa lógica for alcançada, a atenção prestada a essa população, de fato irá funcionar de forma efetiva, pois serão atendidos pelos serviços de saúde e não internados em hospitais presídios. E para o sistema de saúde seria destinado todo o recurso que hoje os HCTPs recebem.

O município, para receber verba para a implementação de CAPS e de Serviços Residenciais Terapêuticos, deve estar cadastrado no Ministério da Saúde (MS). E as Residências Terapêuticas precisam estar supervisionadas por um CAPS ou ambulatório de saúde mental local. Essa readequação é árdua e deve contar com um trabalho de convencimento da Justiça, da Saúde e da própria sociedade, tendo em vista que ainda persiste o estigma sobre a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (BRASIL, 2011).

Cabe ao Estado proporcionar atendimento e acompanhamento físico e psicossocial mediante dispositivos extra-hospitalares. Em outras palavras, é dever do Estado propiciar que esse cidadão receba atenção integral na rede pública de saúde (SUS), com o apoio de sua rede

de relações interpessoais – familiares, amigos, colegas de trabalho, vizinhos – e no seu território (BRASIL, 2011).

De acordo com o parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2011 (2011), quando se trata da atenção integral às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, ela só é plena se envolver os profissionais da área jurídica. Com esse envolvimento seria possível melhorar o tratamento, focado em uma tutela que garantisse os direitos de cidadania destas pessoas, na qual está inclusa a atenção integral à saúde e o bem-estar social. E essa atenção seria capaz de fortalecer o processo de promoção da cidadania das pessoas com transtornos mentais e o cumprimento das políticas públicas em saúde mental, no Brasil.

Contudo, a formação tradicional desses diversos profissionais, quer sejam da área da saúde, quer da social ou da jurídica, não contempla conteúdos, competências e habilidades voltados para a atenção em saúde mental, menos ainda para lidar com o binômio “transtorno mental/crime”, o que dificulta a efetividade dos direitos fundamentais, entre os quais o direito à saúde (BRASIL, 2011). A capacitação desses profissionais é, portanto, mais um desafio a ser encarado na implementação de uma efetiva política nacional de saúde mental.

4.3.1 Dispositivos extra-hospitalares de saúde mental

O modelo da rede de cuidados em saúde mental do SUS é de base comunitária. É fundamental para a construção dessa rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais. A proposta é de expansão da rede, com a criação de novos serviços substitutivos, concomitante à desativação pactuada, progressiva e programada dos leitos em hospitais psiquiátricos e à ampliação e integração da rede de atenção local de saúde mental, de modo a não provocar a desassistência da clientela (RANDEMARK, 2009).

Os dispositivos da rede de saúde mental, junto à rede de serviços de saúde, necessitam, ainda, estar permanentemente em contato com outras redes sociais, de outros setores afins, com vistas a fazer frente à complexidade das demandas de inclusão daquelas pessoas com transtornos mentais que estão excluídas da sociedade.

Os dispositivos extra-hospitalares em saúde mental são, entre outros: o trabalho do Programa Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), espaços de convivência hospital dia, Residências Terapêuticas, leitos em hospitais gerais e o Programa de Volta Para Casa.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde municipais, abertos e comunitários, destinados a acolher pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e estimular a integração social e familiar. Oferecem atendimento diário, realizando o acompanhamento clínico, médico e psicológico, visando em suas iniciativas a busca da autonomia, através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2011).

Atualmente, estes serviços são regulamentados pela Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento do CAPS, que possui a missão de prestar atendimento num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial. Seu objetivo é substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. Os CAPS devem ser serviços estratégicos substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico, tendo como um dos objetivos romper com a tendência carcerária da ideologia manicomial e manter o usuário o menor tempo possível na instituição. Nesse cenário, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização em toda a trajetória do seu tratamento.

Podem ser atendidas no CAPS pessoas que apresentam transtornos que lhes impossibilitam de viver e realizar seus projetos de vida, indivíduos com transtornos mentais, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), sendo esses atendidos pelos CAPS AD, e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. De acordo com o Ministério da Saúde, segundo informações constantes no Portal da Saúde, os CAPS podem ser divididos de acordo com as seguintes categorias:

- CAPS I – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 20 mil até 70 mil, sendo que no país existem 788 unidades desse tipo.
- CAPS II – Serviços de atenção à saúde mental em municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes, sendo que no país existem 424 unidades desse tipo.

- CAPS III – Serviços de atenção à saúde mental em municípios com população de 200 mil habitantes, sendo que no país existem 56 unidades desse tipo.
- CAPS ad – Serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas, em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes. O país conta com 268 unidades desse tipo.
- CAPS i – Serviço especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos) em municípios com população acima de 200 mil habitantes. Existem 134 unidades no país.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, ou Residências Terapêuticas, foram instituídos pela Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que introduziu os Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS para egressos de longas internações, e pela Portaria nº 1.220, de 7 de novembro de 2000, que regulamenta a Portaria nº106/2000 para fins de cadastro e financiamento no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – SIA/SUS. A portaria nº 246, de 17 de fevereiro de 2005, destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Sendo essas partes integrantes da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Segundo a Portaria nº 106/2000, entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos 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.

A referida Portaria define que cabe aos Serviços Residenciais Terapêuticos garantir assistência às pessoas com grave dependência institucional, atuando como unidade de suporte, prioritariamente, às pessoas submetidas a tratamento psiquiátrico de regime hospitalar prolongado, que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia, promovendo, assim, a reinserção desta clientela à vida comunitária. Desta forma, os Serviços Residenciais Terapêuticos constituem-se como alternativas de moradia para as pessoas que estão internadas há anos nos hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte familiar e social adequado na comunidade.

Podem-se beneficiar dos Serviços Residenciais Terapêuticos portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço

comunitário; egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal); pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico; e moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS (BRASIL, 2004). Ou seja, os SRTs incluem pessoas sem vínculos familiares e sociais.

Conforme consta na Portaria nº 106/2000, para cada transferência de paciente do hospital especializado para um Serviço Residencial Terapêutico, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS igual número de leitos deste hospital, realocando o recurso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) correspondente para os tetos orçamentários do Estado ou Município, que ficará como responsável pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva, extra-hospitalar, de cuidados em Saúde Mental (BRASIL, 2000).

O número máximo de moradores em um Serviço Residencial Terapêutico é de oito pessoas, tendo um máximo de até três moradores por dormitório, que devem contar com suporte profissional sensível às necessidades de cada um. Os SRTs caracterizam-se como serviços que devem ser prioritariamente locais de moradia e não de tratamento, ficando este sob a responsabilidade dos outros serviços substitutivos da rede. Cada residência necessita, ainda, de um cuidador por turno. O portal da saúde, do Ministério da Saúde, mostrou que em 2013 existiam 539 casas no Brasil, com 3.236 moradores. E essas informações ainda não foram atualizadas para 2014.

O Programa de Volta para Casa foi instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

O Programa atende ao disposto na Lei nº 10.216, que determina que os pacientes longamente internados ou para os quais se caracteriza a situação de grave dependência institucional sejam objeto de políticas específicas de alta planejada e reabilitação psicossocial

assistida. Os beneficiários do programa recebiam, mensalmente, em suas próprias contas bancárias, o valor de R\$ 240,00. Mas esse valor foi reajustado pela Portaria nº 1.511, de 24 de julho de 2013, para R\$ 412,00. O auxílio-reabilitação psicossocial também tem um caráter indenizatório àqueles que, por falta de alternativas, foram submetidos a tratamentos aviltantes e privados de seus direitos básicos de cidadania.

Em conjunto com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de longa permanência e os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Portal da Saúde traz que o Programa de Volta para Casa forma o tripé essencial para o efetivo processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais submetidas à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros. O objetivo é garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (02 anos ou mais de internação ininterruptos). O auxílio-reabilitação, pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário, é uma parte importante e fundamental desse programa. O Brasil já conta 3.832 beneficiários do Programa de Volta para Casa no país.

4.4 Loucura no Distrito Federal

De acordo com Diniz (2011), não há Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no Distrito Federal, mas existe uma Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP-DF). A ATP-DF fica localizada na cidade do Gama, próxima à capital federal, Brasília. Inaugurada em 1999, a ala fica sediada nas mesmas instalações do Presídio Feminino do DF. Em 2011, foi vinculada à Secretaria de Estado de Segurança Pública do DF. Nesse mesmo ano, a ATP-DF era a décima sexta unidade em população dos HCTPs e ATPs, o que correspondia a 2% da população dos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do país e a 76% das pessoas internadas da Região Centro-Oeste. A população total da ala era de 94 indivíduos, entre os quais 62 estavam em medida de segurança, 21 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 11 estavam em situação temporária de internação. Na ATP-DF, ao menos 17% (14) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por

cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada ou por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial.

Ainda de acordo com o Censo 2011, sobre a custódia e o tratamento psiquiátrico, no Distrito Federal o perfil da população internada é de homens, na primeira internação, pretos e pardos, solteiros, de baixa escolaridade e que estão entre 25 e 39 anos, com média etária de 33 anos. A proporção entre homens e mulheres internadas é de uma mulher para cada 46 homens. A maioria exercia profissões que exigiam pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional.

A Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995, fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal (DF) e dá outras providências. Em seu artigo 1º, afirma que a atenção ao usuário dos serviços de saúde mental será realizada de modo a assegurar o pleno exercício de seus direitos de cidadãos, enfatizando-se: o tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação; a proteção contra qualquer forma de exploração; espaço próprio, necessário a sua liberdade e individualidade, com oferta de recursos terapêuticos e assistenciais indispensáveis a sua recuperação; integração à sociedade, através de projetos com a comunidade; e acesso às informações registradas sobre ele, sua saúde e tratamentos prescritos.

De acordo com a referida Lei, no Art. 2º §1º, em caso de internação psiquiátrica involuntária, o médico e/ou a instituição fará a competente comunicação ao representante legal e à Defensoria Pública para adoção das medidas legais cabíveis. A internação involuntária é aquela realizada sem o consentimento expresso do usuário (LEI Nº 975).

A assistência ao usuário dos serviços de saúde mental será orientada no sentido de uma redução progressiva da utilização dos leitos psiquiátricos em clínicas e hospitais especializados, mediante o redirecionamento de recursos, para concomitante desenvolvimento de outras modalidades médico-assistenciais, garantindo-se os princípios de integralidade, descentralização e participação comunitária (ART. 3º, LEI Nº 975).

A Lei firma, ainda e finalmente a proibição de concessão de autorização para a construção ou funcionamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializados e a ampliação da concentração de leitos hospitalares, nos já existentes, por parte da Secretaria de Saúde do DF (ART. 4º, LEI Nº 975). O Conselho de Saúde do DF é o responsável pela fiscalização e acompanhamento do cumprimento do disposto nesta lei (ART. 10, LEI Nº 975).

Mas é indispensável considerar que o que está disposto na Lei encontra reais empecilhos na realidade, entre eles, a necessidade de consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania. É imprescindível que o tratamento aos sentenciados em medida de segurança seja revisto, utilizando-se os pontos fundamentais da reforma psiquiátrica, principalmente no que diz respeito à internação. Esta deveria ocorrer pautada por critérios clínicos e não apenas por critérios jurídicos. Nesse sentido, falta assessoria às varas criminais, o que permeia o não entendimento das definições legais da medida de segurança. De acordo com Érica Quinaglia Silva e Caroline Q. A. C. S. Brandi (2014), não existe no Distrito Federal uma equipe de psicólogos ou psiquiatras que preste assistência aos magistrados nas varas de origem onde a sentença é definida como medida de segurança. Ademais, tanto a equipe psicossocial que assessora o juiz na Vara de Execuções Penais quanto aquela que atua no Executivo são reduzidas e incapazes de abarcar o contingente de sentenciados.

Dessa forma, buscou-se analisar a implementação da medida de segurança no Distrito Federal, a partir de um estudo de caso, para verificar a adequação da legislação pertinente à realidade existente.

5. RESULTADOS

5.1 Relato de Caso

Paulo nasceu em Brasília, tem 30 anos, possui ensino fundamental incompleto, é solteiro e é considerado pardo. Segundo o Instituto Médico Legal (IML), é semi-imputável e apresenta personalidade dissocial (CID 10, F.60.2) e transtorno psicótico residual devido ao uso de múltiplas drogas (CID 10, F.19.7). Foi encaminhado para a medida de segurança pelo prazo mínimo de 1 ano em 2009, e lá ficou até o início de 2014.

Mas, antes de conhecer os caminhos que levaram Paulo para a Ala de Tratamento Psiquiátrico do DF, vamos voltar um pouco na história de vida deste rapaz. Abandonado pela mãe logo após o nascimento, ele foi criado pelos avós na companhia dos tios. Pouco se sabe sobre a mãe, alguns dizem que ela era uma menina de rua, sabe-se que ela possui outros filhos e que ela tem muitos problemas com eles. Quando Paulo tinha 8 anos, foi morar na casa do pai e da madrasta. No entanto, a relação entre ele e a madrasta não era muito boa, e aos 12 anos voltou a morar na casa da avó. Na adolescência, ele começou a dar trabalho, e aos 15 anos começou a usar as primeiras drogas: tinner, cola e maconha. Antes dessa época, aos 9 anos, já começou a fumar cigarros de tabaco. Foi recolhido pelo Centro de Atendimento Juvenil Especializado (CAJE) três vezes, acusado de roubo e porte ilegal de armas. Nessa época, abandonou de vez os estudos.

Após a terceira internação no CAJE, a família não aceitou mais ele dentro de casa, alegando que ele era preguiçoso, irritado, agressivo e perigoso. Excluído do convívio familiar, Paulo foi morar nas ruas, e lá viveu por muito tempo. Aparecia na casa da avó às vezes, para pedir comida e trocar de roupa. Na rua, ele se virava como podia, vigiava carros, vendia picolé e era engraxate. E o dinheiro que ganhava usava para comprar drogas.

Foi recolhido ao Sistema Penitenciário como réu comum, sendo, após um período, instaurado Incidente de Insanidade Mental por desacato a funcionário no exercício da função. Antes da medida de segurança ele tinha recebido pena de 10 anos e 4 meses de reclusão, no regime comum, por diversos crimes, sendo eles: desacato a funcionário público (Art. 331, do Código Penal); ameaça de morte a tia e ao avô paternos (Art. 147, do Código Penal);

descumprimento da ordem judicial de se afastar do domicílio (Art. 359, do Código Penal); prática de ato obsceno, mostrou o pênis para uma menor de 14 anos do sexo feminino (Art. 233, do Código Penal); ofensa a integridade física da avó, jogou uma pedra que atingiu o olho dela (Art. 129, do Código Penal); e o último furto de bicicleta (Art. 155, do Código Penal).

Antes de ser enviado para a ATP/PFDF, ele estava cumprindo a pena no Centro de Internamento e Reeducação (CIR). Lá ele era protegido pelos outros presos, que o consideravam como “doidão”. Ficava muito calado, caminhando, sorrindo e falando sozinho. Mas estava sofrendo agressões, em razão da fragilidade e do comprometimento mental. A pena foi, então, convertida para medida de segurança. Após um período na ATP, ele começou a ser beneficiado com a saída especial mensal, e ficava com o pai e a madrasta. O pai relatava inúmeros problemas durante a estada de seu filho em sua residência. Dizia que ele apresenta uma inaptidão para o convívio social, além de compulsão por qualquer substância psicoativa, desde desodorante até álcool destilado. Informou, ainda, que ele precisava de vigilância constante e qualquer distração era oportunidade para o filho usar a primeira substância estimulante que visse pela frente. Os familiares também se incomodam porque Paulo trazia muito constrangimento. Quando eles se distraíam, ele apresentava comportamentos estranhos, como revirar lixos nas ruas à procura de cigarro ou algo que pudesse cheirar.

Em 2010, como estava mais estável, começou a fazer acompanhamento no Instituto de Saúde Mental (ISM), mas ficava mexendo nos carros e foi flagrado usando drogas com outros sentenciados naquela instituição e desligado após advertência, que não foi obedecida. Em 2012, Paulo apresentou uma melhora considerável, especialmente depois das saídas especiais mensais. Falava um pouco mais, sorria e estava com a higiene um pouco melhor. A Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais (VEP) começou a conduzir o caso no sentido da desinternação condicional para que ele fosse acompanhado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Em um laudo realizado em dezembro de 2013, o IML foi favorável à desinternação condicional, mas alertou para o seguinte: *“o periciado em questão encontra-se em um estágio estável do seu tratamento mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas – transtorno psicótico residual, codificado pela CID 10 F19.7. No entanto, ele pode apresentar recaídas no uso dessas substâncias, principalmente por apresentar limitações cognitivas que o tornam suscetível à influência de pessoas que tenham pretensão de induzi-lo a retomar uso delas, o que possivelmente o levaria a manifestar surtos psicóticos agudos, No entanto, com o*

tratamento psiquiátrico, o uso regular da medicação e uma boa assistência familiar e social, ele pode, sim, ter condições de se beneficiar com a desinternação”.

Então, em fevereiro de 2014, sob a responsabilidade do pai, Paulo foi desinternado condicionalmente. Quando ele saiu, ele precisava comparecer todos os meses a Seção Psicossocial da VEP. Mas, logo nos primeiros encontros, o pai começou a manifestar dificuldades em lidar com o filho diariamente – dada a dificuldade que o rapaz possui em atender ordens simples e não corresponder às expectativas de envolvimento no trabalho. O pai tentou inserir o filho em suas atividades como pintor, mas não obteve sucesso. Ao contrário, a exposição às tintas e outros tóxicos tornou Paulo ainda mais vulnerável. Em seu histórico, como descrito, pesa o uso de drogas, inclusive solventes.

A Seção Psicossocial da VEP notou que houve limitações parentais importantes que dificultaram o processo de tratamento dele. Por não conseguir transitar sozinho, em virtude do grau de comprometimento mental, ele dependia exclusivamente do pai ou responsáveis para ir e vir aos serviços de saúde, à Seção Psicossocial da VEP, entre outros. Nessa oportunidade, o pai foi alertado sobre a importância de o filho comparecer às consultas psiquiátricas e às atividades terapêuticas do CAPS, até como forma de promover independência e autonomia.

Depois de um tempo com o pai, Paulo resolveu ir morar com a avó. Em pouco tempo, voltou a usar drogas, a permanecer na rua e a dar trabalho em casa. Saía à noite e não retornava até o dia amanhecer. Começou a levar drogas para dentro de casa e a consumi-las no quintal, junto com um tio. A droga foi ficando cada vez mais pesada. Começou a chegar em casa com objetos que os familiares desconheciam. Ele não conseguia explicar onde passava o tempo e o que fazia quando estava fora. Esses comportamentos começaram a gerar irritação na família, que temia que ele voltasse a agredir a avó. Diante da situação, a avó não quis mais ele na casa dela.

Percebendo a situação de recaída do rapaz, o médico assistente do CAPS fez encaminhamento para que ele fosse internado no Hospital Espírita de Anápolis – HEA. Foi combinado com o pai que ele levaria o filho, de forma consentida, com a documentação da própria rede de saúde. No entanto, a família não tomou nenhuma providência. A Seção Psicossocial da VEP, então, combinou um dia para a internação e conseguiu uma viatura para conduzi-lo até a instituição.

Na data agendada, o pai informou que Paulo tinha fugido de casa, não sendo possível efetuar a internação. A Seção Psicossocial da VEP notou a inabilidade do pai em lidar com a situação e consideraram que ele não tem condições de manejar adequadamente as necessidades que o caso impõe. Em contato com a família, a avó informou que Paulo permanece perambulando nos arredores da casa.

Diante dos acontecimentos, a Seção Psicossocial da VEP partiu para a tentativa de internação compulsória no Hospital Espírita de Anápolis. Mas não obteve sucesso, já que o hospital alegou ter grandes dificuldades para recebê-lo. O hospital se dispôs a encaminhá-lo para a internação compulsória em Goiânia, mas Goiânia estava fora de cogitação. Se o pai já tinha dificuldade de cuidar dele por perto, em Brasília, Goiânia tornaria inviável um efetivo acompanhamento. A Seção Psicossocial da VEP tentou, ainda, ligar na Secretária de Saúde do DF para saber como fazer a internação compulsória, e foi informada por eles que o processo deveria ser enviado para lá e que, em algumas semanas, seria indicado um local para ele ser internado. Mas ele estava em crise, era uma emergência, não era possível esperar algumas semanas. No caso dele, se há um novo delito, é um processo novo e ele volta para a ATP.

A ideia da internação compulsória foi, então, deixada de lado. A Seção Psicossocial da VEP pensou, assim, como solução para essa situação de crise em uma breve internação para desintoxicação, porque poderia controlá-lo e o convencer a se internar no Hospital Espírita, com seu consentimento. Entraram em contato com o Hospital São Vicente de Paula (HSVP), que, em Brasília, é a única referência em hospital psiquiátrico. No entanto, foram informados que lá só é atendido quem não usa drogas.

A outra tentativa foi com o CAPS-ad. Contudo, o tratamento lá realizado deve ser voluntário, com consentimento do usuário. E como convencer Paulo de ir para lá? Na guerra entre CAPS e drogas, a droga, com toda certeza, ganha. A alegação é de que o CAPS não tem condições de segurar uma pessoa à força, não há escolta e nenhum tipo de segurança.

A única alternativa, desesperada, que restou foi pedir a internação cautelar de Paulo, por 30 dias, na ATP/PFDF. E, após esse período, que ele fosse encaminhado para uma clínica de reabilitação para dependentes químicos. Sabe-se que o enclausuramento deve ser a última opção para qualquer pessoa. No caso dele, a sentença de medida de segurança deve ser entendida como um tratamento, não como uma punição. O caso deixa claro que não há tratamento disponível no DF. Os modelos substitutivos à internação previstos pela Reforma

Psiquiátrica não existem efetivamente, pelo menos não no DF. Paulo serve como exemplo de como o Estado tem sido negligente com pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei que precisam de um atendimento contínuo no SUS.

5.2 Percepções de uma profissional de saúde que atua na medida de segurança

A profissional entrevistada atua na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (VEP/TJDFT). É uma psicóloga que acompanha, atualmente, uma média de 25 casos, entre internação, desinternação condicional e tratamento ambulatorial.

Explicou que o acompanhamento da medida de segurança se dá da seguinte maneira: os que estão em regime de internação recebem a visita da psicóloga na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) uma vez por mês. Já os que estão em tratamento ambulatorial e desinternação condicional devem comparecer à Seção Psicossocial da VEP uma vez por mês, assinar uma lista de comparecimento e levar os comprovantes de comparecimento aos serviços de saúde.

Sobre os critérios para a desinternação condicional, ela informou que eles devem ser um laudo favorável do IML, uma família disposta a acolher e uma decisão favorável do juiz. A respeito da produção dos laudos pelo IML, ela alertou que *“hoje existe um grande problema, porque só tem uma perita. Já foram cinco e eles foram se aposentando. Hoje só restou uma. Então, se eu ligar hoje (outubro de 2014) pedindo um exame do IML, ele vai ser agendado para outubro de 2015. Aí, esse prazo de internação fica comprometido. Então, se ele (o sentenciado) internou hoje, eu já posso pedir o IML dele para ele não ficar com o prazo atrasado. Quando tinham mais médicos, o período era de um mês mais ou menos”*.

A falta de médicos peritos no IML demonstra um problema grave no acompanhamento das pessoas que recebem sentença em medida de segurança. Além da falta de serviços disponíveis no SUS, anteriormente mencionada, a carência de profissionais pode ser apontada como mais uma lacuna no tratamento dessas pessoas.

Quando perguntada sobre o acompanhamento dos sentenciados e o trabalho como psicóloga, ela disse: *“Eu tive uma dificuldade para entender o meu papel como psicóloga*

dentro da Seção Psicossocial do Tribunal. Eu não sou terapeuta de ninguém, eu custei a entender isso. Eu não conseguia delimitar esse lugar. Por que como é que eu vou escutar alguém que está em sofrimento e não vou intervir clinicamente, não vou fazer nada? Eu não consigo! Tem muita gente que consegue, mas eu não. Então, eventualmente, meus atendimentos não duram só cinco minutos. Porque as pessoas estão com saudade de casa, as pessoas estão querendo contato com a família que não vai lá, as pessoas estão sofrendo algum tipo de violência lá na ATP. Então, eu tenho que escutar tudo”.

A relação entre profissionais do serviço de atenção psicossocial, juiz, profissionais da ATP e do IML ainda é bem distante e individualizada. Dentro da ATP, as psicólogas só mantêm uma relação mais próxima com a equipe de saúde, porque a equipe é a que pode informar melhor como está a evolução do sentenciado. Especificamente com os juízes, a relação é mediada por relatórios, o que dificulta um efetivo diálogo, e a psicóloga dá o seguinte exemplo: *“Eu estou pedindo um IML para um paciente internado na ATP, que já está muito estabilizado, tem muito boa relação com a escolta, com os policiais, com a equipe de saúde, ele frequentou o CAPS, a família está super disponível e o nosso relatório tem um parecer muito bom. Eu queria que ele não passasse pelo IML, dado toda essa distância (de tempo), e que ele pudesse ser desinternado sem esse exame, que os relatórios médicos que se tem valessem. Não foi permitido, a justificativa é de que a lei diz que precisa de exame. Um dos grandes problemas é que o juiz tem um outro entendimento da situação, que é o legal, e não necessariamente o da saúde. A proximidade do juiz com os temas da saúde, aí vai de cada juiz; os que são mais próximos, você vê a diferença na audiência. Acredito que o grande problema é que a medida de segurança não é uma coisa que eles estudam muito.”*

Já o IML prefere manter certa neutralidade para a produção dos laudos. Antes do exame, o processo é encaminhado para lá, e junto ao processo existem as anotações das psicólogas que acompanham aquela pessoa. No momento da produção do laudo, a médica pode ou não ler e considerar o que foi exposto. E essa é a única relação que existe entre IML e Seção Psicossocial.

Novamente, percebem-se lacunas na execução da medida de segurança. Deveria existir uma interlocução entre os profissionais da área da saúde, da Seção Psicossocial, do IML e da ATP, e entre eles e os profissionais da área jurídica. Uma solução proposta pelo Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001 (2011) seria a promoção de cursos, oficinas, debates e capacitações,

voltados para esses profissionais, com o intuito de compreender a complexidade da medida de segurança e tornar eficiente a atuação nesse campo.

Sobre as demandas na Seção Psicossocial, a psicóloga relatou: *Eu, como estou vindo do Executivo, e estou relativamente há pouco tempo (aqui) em comparação ao resto da equipe, ainda tem umas coisas que eu me debato um pouco. A Justiça tem uma hierarquia muito bem definida. A depender do juiz, faz-se ou não faz-se as coisas. E isso me incomoda, porque é uma equipe que deveria ter um pouco mais de autonomia. Deveria ir lá para se pensar uma decisão junto. Fica tudo muito na mão do juiz, por conta dessa hierarquia. Tem hora que falta um tempo para a gente fazer uma reflexão sobre o nosso trabalho. A gente fica muito fazendo esse serviço teórico, que é muito burocrático, de repetir. Cada caso é um caso e eles exigem da gente respostas diferentes. Então é uma equipe muito profunda na reflexão, muito estudada, boa de discussão, muito crítica a equipe de medida, mas tem hora que a gente fica nesse “repeteco” de coisas. Não conseguimos fazer uma troca. Isso eu sinto muita falta. O caso é seu, você tem que cuidar dele. Então se vira. Eu não estou nem aí. Quando tem uma novidade de algum caso, eu falo alto mesmo. Porque eu penso assim: os outros têm que saber um pouco dos meus casos, porque, se eu não tiver aqui, alguém consegue resolver o problema. Essa troca, dos casos serem mais compartilhados, eu sinto falta. Sinto falta das frentes de trabalho se comunicarem mais. Então, aqui na psicossocial a gente tem a medida de segurança, tem o trabalho externo e tem o PPL, que é o pessoal do saidão do presídio comum. Eventualmente, as pessoas são as mesmas. O preso que está lá no presídio comum, de repente, surta e vai para a medida de segurança. Então, a gente conversa muito pouco, e seria enriquecedor saber o que cada um faz. E aí nisso tudo, a gente promove um ambiente para mais inovações. Então, eu acho que isso limita um pouco a nossa criatividade, a nossa inventividade para criar umas coisas diferentes e umas saídas alternativas”.*

A fala da psicóloga revela que ainda existe, tal como descrito pela literatura, uma centralidade na figura do médico, e pouca legitimidade dada à equipe multiprofissional que acompanha os casos de medida de segurança. Essa é uma das críticas apontadas pelo Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001 (2011). Para que haja uma atenção integral à saúde da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, o acompanhamento em dispositivos extra-hospitalares deve ser feito por nutricionistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, ao lado dos médicos. Além desses

profissionais, como anteposto, uma troca com os profissionais da área jurídica deve ser realizada.

Sobre Paulo, a informação foi de que ele possui um comprometimento da saúde e um envolvimento com as drogas que o impede de fazer muitas coisas. No caso dele, fica claro que o CAPS não é para todo mundo, que só essa forma de atendimento não funciona, porque ele tem uma família que não quer se responsabilizar por ele. E, como a desinternação não rendeu bons resultados, para evitar que ele faça algo errado, ele será obrigado a voltar para a ATP e depois ser encaminhado para uma clínica de reabilitação para dependentes químicos, porque com a família não existe mais nenhuma possibilidade dele ficar. Nesse caso, seria recomendável o encaminhamento para uma residência terapêutica. No entanto, não há nenhuma residência terapêutica no Distrito Federal.

Essa questão está obrigando a psicóloga a rever suas posições, porque não tem o que fazer com Paulo e será obrigada a colocá-lo em uma comunidade terapêutica. As comunidades terapêuticas sofrem uma forte crítica, segundo ela por se aproximarem do modelo manicomial. Nessas comunidades, não existe um trabalho de saúde, preventivo e curativo, as pessoas são simplesmente colocadas lá. Ficam afastadas do convívio social, porque as comunidades são localizadas em locais distantes, trabalham sem receber nenhuma remuneração e não recebem acompanhamento psicológico e terapêutico. Outro ponto é que essas comunidades trabalham na perspectiva da abstinência total, completa e absoluta. A maioria delas não trabalha na perspectiva da redução de danos. Então, clínica e terapeuticamente, elas não são as mais adequadas para um tratamento efetivo.

Como a autonomia do Paulo é muito limitada e o empoderamento dele é nulo, a psicóloga sugeriu diversos meios que seriam muito interessantes para a reinserção dele na sociedade. O primeiro deles seria contar, por um tempo, com a companhia de um acompanhante terapêutico (AT). O AT ensina a pessoa a viver na rua: pegar um ônibus, mexer em um banco, comprar comida, entre outros. Outro meio seria a moradia em uma residência terapêutica, porque de fato Paulo não possui apoio familiar. Um trabalho do CAPS mais fortalecido, com várias terapias seria uma terceira possibilidade. E, finalmente, um bom acompanhamento médico, com todas as medicações seria fundamental. Com todos esses instrumentos, Paulo seria o caso de uma pessoa que poderia aprender a se virar sozinha.

Em relação à Política de Saúde Mental, a psicóloga se posicionou da seguinte maneira: *“Eu acho que ela é uma das mais evoluídas do mundo, teoricamente. Ela é muito complexa e completa, quando se propõe a desinstitucionalizar as pessoas e a enfrentar isso na sociedade. Porque se for perguntar para o povo o que eles querem, eles querem manter bandido e doido o mais longe possível e debaixo do tapete. Manicômios e cadeias vão estar sempre cheios. Eu acho que é uma política absurdamente ousada quando se propõe a discutir isso com a sociedade. E ela cutuca todo mundo: Judiciário, Psiquiatria, Psicologia. É muito ousada e uma das melhores do mundo. Agora, a prática não condiz, mas eu vejo que tem avanços: você tem o CAPS, que funciona (tem CAPS muito bons em Brasília). Só que muitas vezes os serviços substitutivos existentes não dão conta do recado, ainda falta muita coisa. Outro problema é que a nossa formação não é para o CAPS, a nossa formação é para consultório individual, recebendo por convênio. A formação para a psicologia social deixa a desejar. E tem a gestão, que é muito ruim. Na gestão pública, os gestores são ruins, eles não sabem fazer gestão pública. As pessoas entram e depois vão vêem o que é, e assim não funciona. Ainda são muito poucos serviços para a população, e a demanda tende a aumentar. Porque as pessoas estão aumentando. Hoje no CAPS, uma pessoa que tem depressão, e merece atendimento, não consegue. Porque o CAPS acaba priorizando os casos mais graves. Então, os sofrimentos ordinários não têm vez. Mas também faltam outros serviços, além desses meramente clínicos. Falta, por exemplo, um centro de convivência. Aqui em Brasília a gente tem uma ONG, que é a Inverso, que é até de uma professora da UnB, que é a única que faz o que ela faz, que tem um centro de convivência. Cooperativas de geração de renda também faltam. Falta eles poderem trabalhar e se valer disso para comer. É uma rede de saúde que não se comunica, ninguém fala com ninguém.”*

A fala da psicóloga revela que, na prática, a Política de Saúde Mental ainda é inócua. Os serviços disponíveis se aproximam muito daqueles que Goffman descreveu nas instituições totais. Ademais, uma informação importante trazida pela entrevistada é que a gestão em saúde é precária. Falta capacitação de sanitaristas preparados para organizar a rede de serviços e implementar políticas efetivas em saúde mental.

A psicóloga terminou falando sobre a importância do sanitarista como um profissional capacitado para verificar, modificar e aprimorar Políticas Públicas de Saúde, entre elas a Política de Saúde Mental. Para ela, essa seria uma combinação muito positiva, por conhecer sanitaristas que se envolveram com gestão de saúde mental e fizeram um grande sucesso,

deram uma grande contribuição. “ *O olhar do sanitarista é muito diferente, não é o olhar clínico e nem médico, é mais holístico*”. Com esse olhar ampliado para a rede de atenção e para a atenção integral à saúde, esse profissional seria o mais capacitado para montar toda essa rede de atenção à saúde mental.

6. DISCUSSÃO

Após o roubo de uma bicicleta, Paulo foi preso em 2009 e, após 5 anos, foi desinternado. Mas, no final de 2014, voltou para a ATP, porque não tem para onde ir. Sem apoio familiar, usuário de drogas e com a saúde mental muito comprometida, ele é o retrato da exclusão. Então, o que fazer com esse indivíduo que é doente e criminoso? Não seria o Estado responsável por promover condições dignas de tratamento e de vida?

Chama atenção, na história desse rapaz, como todas as instituições com que ele teve contato até hoje foram falhas. A primeira delas, a família, nunca prestou a ele a assistência necessária. Pelo contrário, no momento em que tiveram problemas com seu comportamento colocaram-no para fora de casa. A segunda foi o CAJE, que, como centro de atendimento, deveria trabalhar no sentido da recuperação de jovens como o Paulo, no tratamento da dependência química. Quem sabe, se houvesse uma preocupação nesse sentido, ele não teria saído de lá melhor, e não mais agressivo e debilitado como saiu. A terceira, que congrega as instituições disponíveis no âmbito da medida de segurança no Distrito Federal, não ofereceu todos os mecanismos para que ele se recuperasse e desenvolvesse.

Esse é mais um entre tantos outros casos existentes na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP). Homicídios, roubos e agressões são alguns dos crimes que condenam essas pessoas a permanecerem por muitos anos, amíúde eternamente, reclusas. O Código Penal Brasileiro sustenta que os inimputáveis e/ou semi-imputáveis não podem ser responsabilizados por seus atos, devendo receber não uma punição, mas sim um tratamento. Contudo, o que se percebe clara e contundentemente é que eles são condenados *ad aeternum* pelo crime que cometeram, não somente pela Justiça, como também pela sociedade e por suas famílias. Se eles são inteira ou parcialmente incapazes de entender o caráter ilícito do crime que cometeram, ou seja, se devem ficar isentos de pena ou ter sua sanção reduzida, por que, então, muitas vezes são condenados a passar a vida inteira presos? O caso de Paulo remete àquele de Antônio, personagem do filme *A Casa dos Mortos*, que sempre retorna a um manicômio judiciário. Embora tenha possibilidade de sair, seu fim inexorável é viver, ou morrer em vida, na casa dos mortos.

A medida de segurança deveria proporcionar um tratamento com fins de cura ou, no caso de se tratar de portador de doença mental incurável, ela deveria torná-lo apto a conviver

em sociedade sem voltar a delinquir. Mas como um sistema que mistura pessoas com tantas doenças diferentes pode se propor a curar alguém? Ademais, há efetivamente cura ou o transtorno mental permanece apenas sob controle? O que se percebe, ao analisar o caso de Paulo, é que a falta de apoio e de cuidados só vem agravando seu quadro de saúde mental. É a reclusão, portanto, a melhor forma de tratamento a ser dispensada para pessoas como ele?

Outra questão que permeia a discussão é, como mencionado, um dos critérios para a desinternação condicional, além de exames, pareceres psiquiátricos e psicológicos, cujo objetivo é verificar a cessação de periculosidade, e o tempo de reclusão, é a existência de parente que acolha a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Quando a família não quer receber essa pessoa, como no caso de Paulo, quem deve, então, acolhê-la? O fato de não ter ninguém legitima sua prisão perpétua? Nesses casos, como naquele apresentado por Quinaglia Silva e Brandi (2014), a responsabilidade deveria se deslocar para o Estado, que deve zelar pela garantia dos direitos de todos os cidadãos.

Como sustentado por essas autoras, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nessa lei, a internação é indicada como último recurso terapêutico. É, ainda, vedada a internação em instituições com características asilares. O tratamento deve visar, como finalidade permanente, a reinserção social. O artigo 5º prevê, por fim, a criação de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida nos casos de grave dependência institucional, decorrente de um quadro clínico severo ou da ausência de suporte social. Quinaglia Silva e Brandi (2014) defendem que cabe, portanto, ao Estado criar, por exemplo, residências terapêuticas, entre outros serviços, que atentem para a humanização do tratamento dispensado a pessoas internadas em hospitais-presídios.

Esse modelo de atenção à saúde mental, de base comunitária, com rede e território de apoios, visa a salvaguardar o que está preconizado tanto na Lei nº 10.216/2001 e nas Portarias 246/2005, 1.220/2000 e 106/2000, quanto na Constituição da República Federativa do Brasil, que prevê, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Nesse sentido, também a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, sustenta que a atenção psicossocial a todos os cidadãos, dentre os quais as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, deve ser dada no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, é imprescindível implementar serviços substitutivos à internação em hospitais de custódia e alas de tratamento psiquiátrico, como os serviços residenciais terapêuticos, anteriormente citados, os centros de atenção

psicossocial (CAPS) e os centros de convivência e cultura. Intenta-se, destarte, dar voz a pessoas que, consideradas loucas infratoras, são jurídica e socialmente silenciadas.

Nesse contexto, deve-se reconhecer o trabalho que vem sendo realizado pela Seção Psicossocial da VEP/TJDFT. Ela acompanha o sentenciado do início da execução até ele sair. Mesmo depois há um acompanhamento porque, quando o sentenciado desinterna, deve ir lá uma vez por mês durante um ano. Essas pessoas estabelecem vínculos com a Seção Psicossocial. Quando têm algum problema, é a Seção Psicossocial da VEP que é acionada. Infelizmente, esse trabalho não é reconhecido e valorizado, como acontece com o PAI-PJ e o PAILI, já mencionados. Essa falta de reconhecimento e incentivo é um dos motivos pelos quais faltam condições de serem desenvolvidas ações inovadoras. O PAI-PJ, por exemplo, tem muito contato com a academia, publica muita coisa e tem dinheiro. Quando existe um maior reconhecimento, programas como esse ganham força para questionar o juiz e o IML quanto à necessidade de internação.

Todos esses pontos apontam para a necessidade de implementação e readequação das políticas de saúde mental que poderiam ser de responsabilidade do profissional sanitário. Como o sanitário é o profissional responsável pelo planejamento e coordenação de serviços, programas e projetos na área da saúde, e por exercer ações de promoção, vigilância e educação em saúde, colaborando com as práticas sociais, é ele também o responsável pela organização em saúde mental, construindo modelos de respostas, indicadores avaliativos e monitoramento de ações.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Implementar a política de saúde mental é a única forma de aliar tratamento com defesa social, e de respeitar o princípio da dignidade humana. Algumas mudanças seriam cruciais para que essa experiência fosse bem sucedida. Entre elas:

- Seria necessária uma mudança na produção dos laudos, de forma que, além de médicos, uma equipe multiprofissional fosse ouvida e considerada.
- Deveria haver uma educação permanente em saúde mental, uma capacitação a ser oferecida para os profissionais da atenção psicossocial.
- Uma maior troca entre os profissionais das áreas da saúde e da área jurídica deveria ser implementada.
- Residências terapêuticas deveriam ser construídas no DF.
- Deveria existir um maior esclarecimento da população para um investimento político em residências terapêuticas e outros serviços substitutivos à internação.
- Deve haver um fortalecimento da atenção básica em saúde mental.
- Os movimentos sociais deveriam ser mais atuantes. Por onde ficou a luta antimanicomial?
- Deveria haver uma atuação mais forte do Ministério Público, no sentido de fiscalizar a aplicação da medida de segurança.
- Deveria haver, ainda e finalmente, capacitação de sanitaristas, dedicados à implementação de políticas em saúde mental.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ALVIM, R. C. M. **Uma pequena história das medidas de segurança**. São Paulo: IBCCRIM, 1997.

ANGROSINO, M.; FLICK, U. (Coord.). **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **A saúde integral e a inclusão da atenção psicossocial no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração**. *Dynamis Revista Tecnocientífica*, Blumenau, v. 12, n. 47, Edição Especial Atenção psicossocial na Atenção Básica 2, p.6-21, abr./jun. 2004.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRANDI, Caroline Quinaglia A. C. S. **A fala dos inimputáveis: uma investigação clínica sobre verbos pathicos no contexto da medida de segurança**. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Brasília, 2012

BRISSET-BARROS, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: TJMG, 2010. Disponível em: <
http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf>.

BRASIL. Código Penal (**Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940**). *Diário Oficial da União* 1940; 7 dez. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-norma-pe.htm> >.

BRASIL. Código de Processo Penal (**Decreto-Lei nº 3.689 de 3 de outubro de 1941**). *Diário Oficial da União* 1941; 3 out. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3689-3-outubro-1941-322206-norma-pe.html> >.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde**. *Diário Oficial da União* 2012; 12 dez. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html >.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. *Diário Oficial da União* 1988. Disponível em: < <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/22/Consti.htm> >.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 6 abr. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm >.

BRASIL. **Portaria nº 246 de 17 de fevereiro de 2005**. Destina incentivo financeiro para implantação de serviços residenciais terapêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 17 fev.

BRASIL. **Portaria/GM nº 1.220 de 7 de novembro de 2000**. Dispõe sobre a criação do serviço residencial terapêutico em saúde mental, da atividade profissional de cuidador em

saúde, do grupo de procedimentos de acompanhamento de pacientes e do subgrupo de acompanhamento de pacientes psiquiátricos, do procedimento de residência terapêutica em saúde mental, dentre outros. *Diário Oficial da União* 2000; 7 nov.

BRASIL. **Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000.** Institui os serviços residenciais terapêuticos. *Diário Oficial da União* 2000; 11 fev.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf >.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde.** Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente> >.

BRASIL. Ministério Público Federal (MPF) e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). **Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001.** Brasília, 2011.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres; Editora Universidade de Brasília, 2013.

DINIZ, Debora. **A Casa dos Mortos** [filme de Debora Diniz]. Salvador (BA); 2009.

FRAYZE-PEREIRA, João Augusto. **O que é a loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GODOY, A . S. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais**. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, mai/jun, 1995.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

LATAS , António João; VIEIRA, Fernando. **Notas e comentários à lei de saúde mental**. Coimbra: Coimbra, 2004.

MAMEDE, Margarida C. **Cartas e retratos: uma clínica em direção à ética**. São Paulo: Altamira, 2006.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. **A humanização na assistência à saúde mental no hospital geral: uma das alternativas terapêuticas da reforma psiquiátrica garantida pelos direitos humanos**. Monografia (Especialização em Saúde Mental e Qualidade de Vida no Hospital Geral aplicada à Nefrologia), UNIFESP, São Paulo, 2005.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. Direitos humanos e atenção psicossocial. **MPF em pauta.com**, Brasília, 21 maio 2007.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. Atenção psicossocial no contexto do Direito Sanitário. In: COSTA , Alexandre Bernardino et. al. (Orgs.). **O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília:CEAD/UnB, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, 2004.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS. Centro de Apoio Operacional de Defesa do Cidadão. Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança (**Cartilha do PAILI**). Disponível em: < <http://www.scribd.com/doc/14595047/PAILI-Programa-de-Atencao-Integral-ao-Louco-Infrator> >.

MOREIRA, Paulo, MELO, Ana (Orgs.). **Saúde mental: do tratamento a prevenção**. Porto: Porto, 2005.

PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora, ao fora da clausura**. Loucura e desrazão. Editora Brasiliense, 1989.

QUINAGLIA SILVA, Érica; BRANDI, Caroline Q. A. C. S. “**Essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento?**” : interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia no contexto judiciário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9): 3947-3954, 2014. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3947.pdf> >

SILVEIRA LC, BRAGA VAB. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental.** Rev Latino-am Enferm. 2005

9. ANEXOS

9.1 Anexo I - – Instrumento da pesquisa qualitativa

1 – Data da coleta de dados:

2 – Sexo:

() Masculino () Feminino

3 – Idade:

4 – Há quanto tempo está na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios?

5 – Quantas pessoas você acompanha?

6 – Com que periodicidade é feito o acompanhamento dessas pessoas?

7 – Como é feito o acompanhamento das pessoas em internação?

8 – Como é tomada a decisão pela desinternação condicional?

9 – Como se estabelece a relação entre o juiz/a juíza e os profissionais do serviço de atenção psicossocial?

10 – Como se estabelece a relação entre os profissionais do serviço de atenção psicossocial e os médicos do IML?

11 – Que demandas são percebidas na Seção Psicossocial da VEP do TJDFT?

12 – Em relação ao caso analisado, você o acompanha há quanto tempo?

13 – Qual é o motivo para que essa pessoa esteja internada?

14 – Há e, se sim, quais seriam as alternativas à/os modelos substitutivos da internação?

15 – As residências terapêuticas seriam uma boa alternativa para a desvinculação da Justiça?

16 – O que você acha da Política de Saúde Mental? É eficiente? Atende as demandas? Que fortalezas (aspectos positivos) e lacunas (aspectos negativos) você observa nessa política?

17 – O sanitarista é um profissional capacitado para verificar, modificar e/ou aprimorar políticas de saúde, entre as quais as políticas em saúde mental. Como você percebe as possibilidades de atuação deste novo profissional no campo da atenção psicossocial dispensada a pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis no Distrito Federal?

9.2 Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: “Medida de segurança no Distrito Federal: o papel do sanitarista na implementação de políticas em saúde mental”, de responsabilidade da estudante Isadora Gonçalves Bonifácio, sob orientação de Érica Quinaglia Silva, professora do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia (FCE) da Universidade de Brasília.

O objetivo desta pesquisa é analisar a execução da medida de segurança no Distrito Federal, a partir de um estudo de caso, e verificar a adequação da legislação pertinente à realidade existente. Trata-se, ainda, de questionar o papel que o sanitarista possui na verificação, modificação e/ou aprimoramento de políticas em saúde mental. Assim, gostaria de consultá-la sobre seu interesse e disponibilidade em cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável.

A coleta de dados qualitativos será realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, que será gravada mediante o consentimento da entrevistada e posteriormente transcrita para a análise da pesquisadora. É para este procedimento que você está sendo convidada a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se, com esta pesquisa, aprimorar a atenção psicossocial dispensada a pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis no Distrito Federal.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os resultados do estudo serão devolvidos à participante ao término da pesquisa e serão apresentados na forma de um trabalho de conclusão do curso de Saúde Coletiva.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa ou se desejar entrar em contato

com a pesquisadora, utilize o e-mail: isadora_bonifacio@hotmail.com ou ligue para (61) 98084557.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/IH: cep_ih@unb.br.

Sua assinatura abaixo significa que você leu este consentimento, esclareceu suas dúvidas e concordou em participar nos termos indicados.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com você.

Agradecemos seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa!

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de _____

9.3 Anexo III – Parecer CEP/IH

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde mental, direito e psicologia no âmbito da medida de segurança: interlocuções e desafios na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

Pesquisador: Érica Quinaglia Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16027013.5.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas (IH)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 314.243

Data da Relatoria: 07/06/2013

Apresentação do Projeto:

Este trabalho tem como objetivo entender as trajetórias percorridas por pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis que cumprem medida de segurança e acompanhados pela Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Será composto por dois momentos, no primeiro uma pesquisa documental feita mediante análise de prontuários e processos públicos de todas as pessoas acompanhadas por esta Vara e consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis e, em um segundo momento, um projeto de pesquisa qualitativa por meio de entrevistas com 6 profissionais que trabalham com atenção psicossocial.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desta pesquisa é entender as trajetórias percorridas por pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis que cumprem medida de segurança e verificar como têm se configurado a interlocução entre o direito e a psicologia na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta riscos aos participantes.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC 2 ALA NORTE 2 MEZANINO 2 SALA B1 2 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-600
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Parecer: 014.340

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O desenho da pesquisa está claro e respeita todos os aspectos éticos recomendados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresenta todos os termos necessários e de forma clara: - termo de responsabilidade pelo uso de informações e cópias de documentos para fins de pesquisa; - TCLE

Recomendações:

Nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência ou inadequação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASÍLIA, 24 de Junho de 2013

Assinador por:
Debora Diniz Rodrigues
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC Δ ALA NORTE Δ MEZANINO Δ SALA B1 Δ 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2780 E-mail: ihd@unb.br