Priscila Hellane Nepomuceno Aragão

Análise sobre o Serviço de Atendimento em Saúde Mental da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP/DF): a questão do cumprimento da Lei 10.216/2001

Brasília
2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

Priscila Hellane Nepomuceno Aragão

Análise sobre o Serviço de Atendimento em Saúde Mental da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP/DF): a questão do cumprimento da Lei 10.216/2001

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Carolina Cassia Batista Santos

Brasília
2014

Trabalho de Conclusão de Curso

Priscila Hellane Nepomuceno Aragão

Análise sobre o Serviço de Atendimento em Saúde Mental da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP/DF): a questão do cumprimento da Lei 10.216/2001

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social a Universidade de Brasília como requisito para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Carolina Cassia Batista Santos.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 16 de dezembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Carolina Cassia Batista Santos (orientadora)
Prof.ª Ms. Patrícia Cristina Pinheiro
Prof. Dr. Mário Ângelo Silva

Brasília
2014

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos vão primeiramente para as duas pessoas que são a base da minha vida e os responsáveis por tudo o que eu puder colher dela, meus pais Sr. Raimundo Nonato Aragão da Silva e Sra. Aurenita Maria Nepomuceno Aragão, que não só me deram a vida, mas me deram todas as possibilidades, apoio e força para superar as provações e continuar vivendo, por serem o alicerce para que eu conseguisse ingressar na Universidade de Brasília e obtivesse uma graduação. Por terem muitas vezes se deixado de lado para que eu pudesse chegar onde estou hoje. É pra vocês que devo tudo o que sou. Muito obrigada, amo vocês.

Aos meus irmãos João Mário e Julisse Marcela que me acompanharam ao longo da minha jornada, mostrando através de seus exemplos a capacidade que nossa família tinha de ir mais longe, independente de forças negativas ou problemas. Mostrando que conseguimos nossos objetivos ao nos esforçarmos e lutarmos pelo que queremos e acreditamos.

Agradeço também à minha segunda família do coração, Sr. Revan Geraldo Soares, Sra. Patrícia Regina Herrero Soares e Matheus Herrero Soares, que, desde que me conheceram, me mostraram o seu exemplo de vida, me receberam tantas vezes e me auxiliaram em tudo o mais que precisei. Incentivando-me tanto na vida acadêmica quanto na vida profissional, torcendo por mim e comemorando em minhas vitórias. Feliz daquele que recebe de Deus uma família maravilhosa e ainda tem a oportunidade de conhecer outra tão maravilhosa quanto.

Ao meu grande companheiro de jornada Felipe Herrero Soares, fundamental durante todo esse processo, que tanto me ajudou para que eu chegasse até aqui. Que acreditou que eu era capaz, até mesmo quando eu não acreditava, que me deu seu suporte, amor e carinho sempre que precisei.

Aproveito para agradecer também a meus queridos e amados avós maternos Sr. Mário Nepomuceno e Sra. Francisca Maria da Frota Nepomuceno que tanto torceram por mim em todas as etapas da vida, que rezaram e acreditaram em mim. Á minha amada tia Socorro, que sempre lembrava e cuidava de mim, às vezes até a distância, mas que nunca me fez esquecer do seu amor, até nas menores coisas.

Agradeço também a minha excelentíssima rainha de 95 anos, minha avó tão querida Sra. Francisca Aragão da Silva que é o grande exemplo de vida da família por si só e que é a força e união de todos nós.

Minhas queridas e amadas amigas, Amanda Renata, Andressa Novais, Anna Catarina, Izabella Silva, Mariana Tabosa, e Sibelle Campos, que me acompanham a tantos anos, me aturando, me divertindo e me amando sempre e em todos os momentos. Amigos são os irmãos que a gente escolhe na vida e eu sou muito feliz por ter escolhido vocês.

Meus tantos outros amigos de jornada, vocês sabem que fizeram a diferença e que fazem isso todos os dias. São tantos agradecimentos e tantas pessoas que não cabem aqui, mas que cabem em meu coração. Obrigada!

Quero agradecer também a minha pequena figura, mas tão especial e exemplar nos quesitos carinho e amor, minha cachorrinha Lexie Preta, que silenciosamente me acompanhava todas as tardes durante a realização deste trabalho e que sem pedir nada em troca esteve sempre presente. Mesmo sem poder ler este trabalho, eu tenho muito a agradecer a você.

Meu especial agradecimento à minha orientadora Carolina Cassia, que vem me acompanhando a quase dois anos, e que se dispôs a me orientar quando ninguém mais podia, se dividindo em vários pedaços para me ajudar e sendo a luz que alimentou todo esse trabalho. Minha querida, minha graduação não existiria sem você.

Agradeço de todo o coração aos oitenta e cindo internos da ATP/DF que me receberam por vários dias e que com grande esforço me ajudaram a fazer esse trabalho. Vocês foram e são as inspirações da minha graduação, o motivo pelo qual quero ser uma Assistente Social. Esse trabalho de conclusão de curso não foi feito somente para que eu consiga o título de bacharel em Serviço Social, mas para que as pessoas possam tomar conhecimento, entender e se sensibilizar com esta grande causa, que é a luta psiquiátrica.

Também quero agradecer a Excelentíssima Sra. Paula Buriti da Vara de Execuções Penais do DF pela simpatia e aprovação deste trabalho, e à Gerência de Controle Interno, da Subsecretaria do Sistema Penitenciário (SESIPE) por também aprovarem e possibilitarem que este trabalho fosse consolidado. Estas provações foram fundamentais para que este trabalho pudesse ser uma realidade.

A todos vocês que compõem a minha vida, meu muito obrigado!

Resumo

Este trabalho problematiza a situação das pessoas com transtornos mentais que estão cumprindo Medida de Segurança, ou aguardando sentença da região do Distrito Federal e entorno na Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP/DF). Com o intuito de entender se estas pessoas estão passando por tratamento adequado que leve à sua emancipação, de acordo com os ditames propostos pela Lei 10.216/2001 que direciona o modelo de atendimento em saúde mental.

A metodologia adotada foi de pesquisa documental dos arquivos da ATP/DF e os dados da pesquisa realizada pelos estagiários[1] de Serviço Social da instituição do ano de 2013, com o intuito de analisar as várias situações enfrentadas pelos internos, entendendo os fatores que levam ao não cumprimento da lei.

Conclui que o fator mais importante que torna a instituição um local inapropriado para o recolhimento e tratamento das pessoas com transtornos mentais é a falta de estrutura hospitalar e ambulatorial que a Lei 10.216/2001 exige.

Palavras chaves: saúde mental, pessoas com transtornos mentais, medida de segurança; sistema prisional.

[1] Estagiários responsáveis pela elaboração da pesquisa utilizada: Júlio Lisboa, Mariana Mota e Priscila Aragão, sob orientação da Assistente Social da ATP/DF Ivanda Martins.

Abstract

This paper discusses the situation of people with mental disorders who are serving security measure, or awaiting sentencing in the region of the Distrito Federal and surrounding areas in the Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP / DF). In order to understand if these people are going through proper treatment that leads to their emancipation, according to the dictates proposed by Law 10.216 / 2001 that directs the service model in mental health.

The methodology was documentary research the archives of the ATP / DF and the survey data conducted by the trainees of Serviço Social 2013 year institution, in order to analyze the various situations faced by internal, understanding the factors that lead to no compliance with the law.

Concluding that the most important factor that makes the institution an inappropriate place for the collection and treatment of people with mental disorders is the lack of inpatient and outpatient structure that Law 10.216 / 2001 requires.

Keywords: mental health, people with mental disorders, security measure; prison system.

Sumário

INTRODUÇÃO 6

CAPÍTULO 1 - A HISTÓRIA DA CONCEPÇÃO DA LOUCURA NA SOCIEDADE 8

1.1 O Louco – Da Divindade ao Crime 8

1.2 A Criação da Psiquiatria e seus desdobramentos 12

1.3 Direito Penal e Loucura 15

1.4 A Reforma Psiquiátrica Brasileira 18

CAPÍTULO 2 - O TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL DA ALA DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO DISTRITO FEDERAL - ATP/DF 22

2.1 A Lei 10.216/01 – que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental 22

2.2 A Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal - ATP/DF 25

2.2.1 Condições Gerais de Convivência 27

2.2.2 Intervenção Profissional 31

2.2.3 Relações sociais com o mundo externo 34

2.3 Serviços Complementares Ofertados aos Internos da ATP/DF 38

2.4 A ação do Ministério Público para a Interdição da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal 42

CONSIDERAÇÕES FINAIS 46

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 49

ANEXOS 52

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso tem por finalidade discutir e analisar se as condições as quais os internos da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal ATP/DF estão submetidos correspondem ao determinado legalmente para seu tratamento e emancipação, considerando para isto a relação entre esta instituição, que é responsável no Distrito Federal pelo acolhimento e tratamento de pessoas com transtorno mentais que infringiram a lei e que por isto estão submetidos pela determinação judicial Medida de Segurança, e o conjunto de leis e normas que determinam e regulam esse serviço.

Em abril de 2013, esta autora desenvolveu Estágio Obrigatório em Serviço Social 1 e 2 na citada instituição e durante este período várias situações chamaram atenção e deixaram o alerta para o problema enfrentado, tanto pelos profissionais quanto pelos internos, para o cumprimento das atividades necessárias para a emancipação destes portadores de transtorno mental[2]. Com isso, a pedido da assistente social da ATP e em parceria com os demais estagiários de Serviço Social, realizamos uma pesquisa interna que buscou analisar a percepção das pessoas com transtorno mentais infratores da lei, que cumprem medida de segurança no local, em relação ao tratamento a eles ofertados, com o intuito de disponibilizar à instituição um banco de dados atualizados para registro.

Aquela pesquisa incluía métodos mistos sequenciais de duas fases, que tinha como população de estudo homens internos em cumprimento de Medidas de Segurança ou aguardando sentença, tratando-se de um estudo descritivo e documental, sem a finalidade de exposição dos dados para o público ou para as famílias dos internos.

Num primeiro momento foram realizadas 13 perguntas objetivas e 5 perguntas mistas (objetivas e descritivas), com o intuito de levantar o perfil dos internos. E num segundo momento 8 perguntas qualitativas para identificar a percepção dos internos quanto ao seu tratamento.

A citada pesquisa subsidiou o interesse para elaboração deste trabalho de conclusão de curso ao observar que várias situações enfrentadas pelos internos na

[2] A expressão “portadores de transtornos mentais” é utilizada na Lei 10.216/2001 e foi apropriada neste trabalho por força da referência de legislação adotada por esta autora. Porém, a expressão pessoas com transtornos mentais tem sido utilizada em estudos mais recentes por ser mais adequada que a expressão “portadores”.

instituição feriam o proposto na lei e não observavam os critérios para tratamento em saúde mental.

A pergunta motivadora foi: a Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP/DF), conforme instituída atualmente, consegue ofertar o tratamento ambulatorial e humanizado defendido pela Lei 10.216/2001, apesar de estar em território prisional e de também ser normatizada por decretos e normas do Presídio Feminino do Distrito Federal (PF/DF)?

O objetivo geral deste trabalho é verificar se a instituição ATP/DF esta preparada para receber e tratar os portadores de transtornos mentais da região do Distrito Federal que cometeram infrações penais, de acordo com o proposto pela Lei 10.216/2001.

A Hipótese elaborada foi a seguinte: a ATP/DF não apresenta atendimento adequado para suprir as necessidades dos internos e oferecer tratamento integral com finalidade à reinserção social. Não conseguindo superar, portanto, a característica de uma instituição prisional e não apresentando assim o tratamento humanizado e ambulatorial que a lei propõe.

Ressaltamos que o objetivo geral do trabalho do originalmente previsto no Projeto de trabalho de conclusão de curso foi modificado, devido à demora em receber resposta da Vara de Execuções Penais (VEP) e da Subsecretaria do Sistema Penitenciário (SESIPE) para divulgação dos dados colhidos da pesquisa realizada em 2013. E também por haverem cortes nas informações a serem aqui expostas, pois estas se referiam a dados ainda não divulgados pela subsecretaria sobre a situação da instituição e, portanto, não foi autorizado pela subsecretaria a sua divulgação em trabalho acadêmico.

A apresentação deste trabalho está estruturada da seguinte forma: o primeiro capítulo trata da construção histórica da loucura e a sua relação com o direito penal, entendendo as transformações pelas quais passaram o conceito de loucura para chegarmos até o que temos postulado hoje Brasil, o segundo aborda o tratamento dado aos portadores de transtornos mentais que infringiram a lei na região do Distrito Federal e que estão internados na ATP/DF, em cumprimento de medida de segurança ou aguardando decisão judicial, verificando se esta cumpre o que está proposto em legalmente.

CAPÍTULO 1 - A HISTÓRIA DA CONCEPÇÃO DO LOUCO NA SOCIEDADE

O texto a seguir aborda a concepção do louco ao longo sociedade desde os seus povos mais primitivos, até os dias de hoje, explicando o tratamento que eles recebiam e as quais situações eles estavam submetidos. Apresentando o aparato histórico-jurídico que levou à criação de instituições de tratamento psiquiátrico para portadores de transtornos mentais que cometeram atos criminosos e à quais leis eles estão submetidos nos dias de hoje.

1.1 O Louco – Da Divindade ao Crime

O conceito de loucura tem sido discutido por todos os tipos de sociedades estabelecidas. A loucura sempre foi por estas uma questão de como o mundo a vê e como ela vê o mundo, como se relaciona consigo mesma e com os outros. O psiquiatra Augusto César de Farias Costa, relata que:

> A história da relação do ser humano com a loucura é, desde os primórdios da civilização, a história da tolerância para com a diferença entre as pessoas. Dessa maneira, as sociedades ditas mais primitivas consideravam os indivíduos que apresentavam transtornos mentais como emissários da divindade e assim portadores de poderes sobrenaturais. A inserção da sua diferença numa perspectiva religiosa proporcionava ao louco um lugar contextualizado dentro da comunidade, fazendo com que sua singularidade, ao invés de ser excluída, fosse assimilada como uma contribuição e não como uma subtração ao bem comum. Assim, já na antiga Mesopotâmia, no Egito antigo, entre os hebreus e os persas, e até no extremo Oriente, a loucura era entendida como uma condição especial que concebia ao indivíduo que a apresentasse uma feição próxima ao divino. (Costa 2002, p.142)

Para os povos primitivos, o ser louco era sagrado, que deveria ser tratado com grande distinção e respeito, seus atos eram considerados divinos e seus comportamentos eram indicadores da relação do homem com Deus. Por isso, em algumas tribos indígenas havia cerimônias religiosas em sua homenagem.

Alguns filósofos da Grécia Antiga, como Sócrates e Platão, acreditavam que através do delírio de alguns poucos loucos privilegiados podiam-se ter acesso a verdades divinas, tanto que a palavra mantikê era utilizada por eles para designar a pessoa delirante como algo que era divinatório (Matias 2013, p.3). Essa relação entre o místico e consciência crítica do indivíduo vai prevalecer por muito tempo e, somente na Antiguidade Clássica, que a discussão volta a fazer frente.

> Numa etimologia considerada hoje infundada, Platão associa delírio ou loucura (mania) à arte divinatória (mantikê). Segundo ele, os antigos (provavelmente refere-se à Grécia arcaica) viam-se no delirante (manikê) um adivinho, enquanto os modernos (seus contemporâneos) teriam introduzido um t no manikê, forjando o termo mantikê para designar divinatório, diferenciando-o do delirante. Ou seja, na origem, 'divinatório' e 'delirante' eram nomeados por uma mesma palavra porque eram uma única coisa. Donde a conclusão, mais geral, de que é preferível o delírio que vem de um deus ao bom senso de origem humana (Pelbart, apud Matias 2013 p.3).

No período conhecido como Renascença, havia navios especiais que levavam os loucos para outras cidades, onde estes deveriam buscar por sua razão. A população tinha o hábito de cuidar apenas dos seus próprios loucos, por isso alguns poucos, quando chegavam à cidade de destino, eram acolhidos pela população, outros ficavam nas ruas a mercê dos donativos das pessoas que por eles passavam e outros, quando mantidos e acolhidos pela cidade, eram levados às prisões, estes chegavam a ser publicamente maltratados e chicoteados em praças públicas. Por vezes, voltavam a pegar outras embarcações e de lá eram levados para outra cidade desconhecida a depender de sua sorte. Com isso, o espaço do louco era "o espaço nenhum, a eterna passagem", condenados por não pertencerem a lugar algum, "a terra do louco se limita à distância entre ambas as terras, a que foi sua e a que nunca será... o louco não tinha chão. Ou tinha água em volta de si, ou tinha grades" (Foucault, 2002, p. 6.).

O que se percebe, nesse período, é a exclusão do louco, existia simplesmente a necessidade de retirar do convívio social as pessoas que não se adaptavam à sociedade. Entretanto, na metade do século XV, a loucura é vista como um saber obscuro, que esconde segredos a ser desvendado, o pensador Erasmo de Rotterdam (Rotterdam apud Foucault, 1972 p.24) afirma que a loucura é uma fraqueza humana, ela não diz respeito à realidade do mundo, mas a realidade que o homem acredita existir.

Então, no final deste mesmo século, a loucura deixa de ser considerada divindade para ser comparada à morte, tomando sua face mais profunda, passando a simbolizar o vazio da vida, esta passa a estar mais próxima de todos, que logo podem vir a ser potencialmente loucos. Segundo Foucault (1972, p 26), Rotterdam afirma ainda que a loucura implica a razão, "é um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo", ou seja, se ele vier a apegar-se a si mesmo, ele se ilude, trazendo a tona, então, o primeiro sinal de loucura. Por fim, ele acredita ser a loucura, uma experiência essencialmente humana, onde de um lado existe o ceticismo e de outro a consciência crítica do homem, afirmando que "o homem era confrontado com a sua verdade moral, com as regras próprias à sua natureza e verdade".

Completando esse pensamento, Foucault (1972, p.45) afirma que Descartes vê na razão pura um meio de se chegar à verdade, para ele um ser que pensa não pode estar louco, para ele tudo se submete ao pensar, ao duvidar, ao “Penso, logo existo”, assim se existe espaço para pensar ou duvidar, não há o espaço para a loucura, pois se duvido, não posso estar louco, pois se assim estivesse duvidaria até mesmo do próprio pensamento.

Segundo Foucault (1972, p.7) no século XVII “a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo”. Muitos dos loucos nessa época encontravam-se em hospitais gerais, casas de correção ou casas de trabalho. Aqui vale lembrar que a ideia de hospital ainda não estava pautada na medicina como atributo central, mas sim um espaço onde eram destinados aqueles que não tinham condições de provir seu próprio sustento, os pobres, ou aqueles que estavam abandonados à própria sorte, os loucos. Estas instituições ainda decidiam sobre os direitos dos loucos e quando necessário organizavam julgamentos para tomar uma decisão a respeito de suas condições.

Os internados nesses lugares eram apenas explorados e castigados, colocados para trabalhar a qualquer custo. Alguns empresários faziam acordos com as casas de internamento. Estes forneciam a matéria prima e depois recebiam o produto pronto, em troca, recebiam um “certificado de moralidade” (Foucault, 1972, p.427), contradizendo a sua própria discussão de que os loucos eram inaptos para o trabalho.

O objetivo central do internamento era a correção, não tinham intenção de cura, onde os indivíduos lá internados não passavam por qualquer tipo de tratamento, eles ali estavam por ‘perturbarem a ordem social’ ao mendigar e pedir esmolas. Os atendimentos dados eram escassos, a única utilidade dos médicos era não deixar que se espalhassem as doenças infecciosas, podendo vir a contaminar o restante da população (Camargo, 2003, p.3).

Sendo assim, a partir do século XVIII, discute-se a ligação entre a razão e a loucura e entra em vigor a ciência, que logo torna a loucura uma patologia. Esta ciência considerava que o louco era desprovido de perceber a verdade e a essência das coisas. Camargo (2003, p.2) nos diz que aqueles que eram considerados loucos não tinham decisão política, eles não possuíam nem pátria e muito menos cidadania.

Chegando ao final do século XVIII, contabilizava-se um total de 126 (cento e vinte e seis) casas de correção na Inglaterra, que aos poucos foi se disseminando por toda a Europa. A população em si ajuda a aumentar esse percentual, contribuindo para maiores números de viagens dos navios com estes fins, segregando os loucos,

atribuindo-lhe uma nova pátria. Percebeu-se que algumas empresas privadas também contribuíram para esse número, abrindo novas casas sem permissão do poder real (Camargo, 2003, p.3).

Segundo Jacobina (2008, p.63), foi somente com a Revolução Francesa, em 1789, que ocorreu uma queda no número de internamentos, isso porque conceitos como liberdade e cidadania passaram a fazer parte do cotidiano das pessoas e também porque havia a necessidade de uma nova abertura de mão de obra para o modo de sociedade que viria a se instalar.

Pode-se acrescentar o surgimento da psiquiatria como especialidade médica, nesse período como sendo outro fator para a diminuição desse número, já que agora iria existir casas destinas apenas a receber os insanos, conforme será abordado nos tópicos seguintes deste trabalho.

Segundo Camargo (2003, p.12), é correto afirmar também que as famílias dos insanos também contribuíram para diminuição desse número, pois passaram a acolher estes indivíduos em casa e com isso passaram a receber um auxilio para que o doente tivesse apoio ‘sentimental’ ao longo de sua vida, como também apoio médico. Eram responsáveis pelo controle do individuo, evitando que pudessem causar desordem social.

Com a entrada da ciência médica e do médico na discussão, passa-se, então, a pensar-se em cura para os loucos. Essa cura viria mediante internação em hospitais, onde as pessoas eram disciplinadas e controladas constantemente, através de coerção física e maus-tratos. Estes agora camuflados pelo tratamento médico, levando a um novo conceito social que considera a loucura atribuição médica, que perdura até os dias de hoje.

O pensamento da loucura como dimensão trágica ou crítica da vida de todos perdeu-se no momento histórico atual. Naquele momento, passa-se a se atribui aos loucos a caracterização de seres insanos que se opõem à ordem e à razão existente, dando espaço à internalização. “O louco é sempre o outro, e o outro é sempre ameaçador. Daí a transformar o louco em um caso de polícia é apenas um pequeno passo. E de fato ele se transforma em um caso de polícia” (Jacobina, 2008, p.44).

1.2 A Criação da Psiquiatria e seus desdobramentos

Para fundamentar a abordagem sobre a criação da psiquiatria e seus desdobramentos utilizou-se como principal referência a obra de Renata Britto,[3] em concordância com alguns autores aqui consagrados.

Como visto anteriormente, a ideia de hospital presente até o final do século XVII é a de um local destinado aos "desordeiros sociais", sendo estes os pobres, loucos, e mendigos, aonde iriam para receber "assistência" e morrerem. O médico não exercia figura central e eram raras suas visitas, pois a medicina não era vista como uma prática hospitalar, ele visitava apenas os mais doentes entre os mais doentes que por ali existia.

Com as transformações políticas, sociais e econômicas do século XVIII, a preocupação com a população passou a ter importância, devido ao processo de industrialização que agora exigia a força de trabalho dos pobres, repercutindo assim na organização da assistência fornecida a ela, ou seja, pensando também na saúde do indivíduo para o trabalho.

Dessa forma, segundo Foucault (1979, p. 61), os hospitais foram alterando-se de espaços destinados à morte, para espaços destinados à cessação de doenças, na transformação destes hospitais foram utilizadas técnicas militares como a disciplina, que ajudou na separação dos indivíduos de acordo com sua doença, no registro de tudo o que acontecia naquele espaço e na sua constante vigilância, que propiciou a sua futura medicalização.

Paralela a essa transformação, a prática médica também se modificava. O médico adquirira uma perspectiva naturalista, baseada na observação e na análise do fenômeno estudado, consistindo em observar, descrever, comparar e classificar os objetos de estudo. Essas técnicas passaram a ser utilizadas em hospitais através dos princípios de isolamento, que separavam do meio o que se queria observar, e o afastamento que propiciava a separação desses de acordo com as suas características encontradas, formando uma classificação (Britto 2004, P.22).

Essas transformações, tanto médica como hospitalar, permitiram ao médico ter uma posição central, pois, ao isolar e estudar as doenças separadamente, fez do hospital um local de estudo, de produção e transmissão do saber, estabelecendo,

[3] A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental, especialmente quando expõe sobre a criação da psiquiatria no capitulo 1 da obra, intitulado: A Constituição do Paradigma Psiquiátrico.

então, o desenvolvimento da medicina clínica. Com isso, a organização hospitalar passou a ser responsabilidade médica e o hospital tornou-se lugar de cura.

Em 1793, o médico-chefe do Hospital de Bicêtre, Philippe Pinel, na França, cria a primeira especialidade médica, a psiquiatria, através da 'libertação dos loucos'. Ele os desacorrentou e os retirou dos locais imundos que ficavam, criando um espaço exclusivo para eles, os asilos. A partir de então, a loucura passou a ser um estatuto de doença e a internação psiquiátrica veio a ser a principal forma de tratamento (Britto 2004, p.23).

Considerada então como 'doença mental' ou 'alienação mental', a loucura estava sujeita ao domínio médico e o estudo dela seguia de acordo com o método de classificação existente. O médico agora era o responsável, não somente pelo louco, mas, também, pela manutenção da ordem social, utilizando da internação como forma de controle social, "pois sua avaliação determinava a posição de uma pessoa dentro da sociedade. Se esta era identificada como doente mental, como alienada, deixava de fazer parte do corpo social, perdia sua liberdade e sua cidadania". (Britto 2004, p.31)

Segundo Britto (2004, P. 31), Pinel acreditava que o isolamento em asilos separados dos hospitais permitia afastar o louco do local onde esta a sua alienação. Mas, como estatuto de doença, trazia consigo a segregação e a perda de autonomia, passando a promover o afastamento do doente da sociedade e de sua família. Ele afirmava ser o isolamento um princípio terapêutico:

> Em geral é tão agradável, para um doente, estar no seio da família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade tenra e indulgente, que enuncio penosamente uma verdade triste, mas constatada pela experiência repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estrangeiras e de isolá-los de seus parentes. As ideias confusas e tumultuosas que os agitam são provocadas por tudo que os rodeia; sua irritabilidade continuamente provocada por objetos imaginários; gritos, ameaças, cenas de desordem ou atos extravagantes; o emprego judicioso de uma repressão enérgica, uma vigilância rigorosa sobre o pessoal de serviço cuja grosseria e imperícia também deve se temer, exigem um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular dessa doença, que só podem ser reunidas num estabelecimento que lhes seja consagrado (apud Britto 2004, p.25).

O louco era considerado um alienado mental e isso queria dizer que ele não tinha a "razão" como atributo natural e, por não ter esse atributo, representa um perigo para si e para os outros. Percebe-se, então, preservação da identificação da loucura como perigosa e até mesmo criminosa. Essa ideia reforça a necessidade da internação e do afastamento social deste tal alienado.

Com a criação da lei francesa, de 1838, a internação do louco passa a ser mantida e legalizada, sendo considerada como “principal recurso de tratamento e o asilo seu fundamental local de realização” (Brito 2004, p.27).

Já no Brasil, a psiquiatria começou a se manifestar com a chegada da família real em 1808, devido ao aumento no volume de pessoas, que em grande parte vieram com ela. Com o aumento da população aumentaram-se os problemas e, parte desses problemas era os loucos que ficavam espalhados pelas ruas e amontoavam-se nas Santas Casas de Misericórdia e nas prisões. Naquele momento, o recolhimento do louco não possuía um caráter de tratamento, terapêutico, mas, sim, de preservação da ordem pública (Brito 2004, p.32).

Em 1830, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ), seguindo o modelo humanista europeu, realizou um diagnóstico sobre a situação em que se encontravam os loucos na cidade, apontando dados de que eles viviam em situações precárias nos locais destinados a eles. Esses médicos ansiavam a criação de um asilo específico para estes loucos, que, a partir de então, deveriam ser considerados doentes mentais, merecedores de espaço próprio para reclusão e tratamento.

Esse diagnóstico resultou na criação do primeiro asilo psiquiátrico brasileiro, o Hospício de Pedro II, em 5 de dezembro de 1852, conhecido popularmente como o “Palácio dos Loucos”. Apesar de ter sido considerado um avanço, percebeu-se que os médicos não participaram da construção do hospício, como também não participavam diretamente do tratamento dado aos seus internos, e, assim, não realizavam uma intervenção de acordo com os métodos de Pinel, o médico Francês.

Segundo Manoel Teixeira (2008, p.4) dois aspectos fundamentais marcaram os primeiros anos de funcionamento deste local, a superlotação e o conflito de autoridade. O hospício estava sendo considerado um abrigo caritativo para toda sorte de pessoas, culminando na proibição de novas admissões em 1862. O local acabou ficando aos cuidados das entidades religiosas da época que o administravam segundo a visão da religião sobre a loucura. Charam afirma ainda que:

> Os loucos por leitos tinham tábuas, sem colchões nem travesseiros, nem ao menos cobertura para lhes ocultarem a nudez e os resguardarem dos rigores do inverno. Os loucos agitados eram metidos em caixões de madeira, onde permaneciam nus e expostos às intempéries (Charam apud Ribeiro, 1999, p. 19).

Com a instauração da República, em 1890, o governo passa a tomar frente do Hospício de Pedro II e sua denominação é mudada para Hospício Nacional de Alienados. O médico psiquiatra João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921), como

Diretor do hospício, inicia a reforma administrativa do local, retira o poder dos entes religiosos e reintera a necessidade de utilizar instrumentos de correção pedagógico-moral (Teixeira 2008, p.5).

Nos anos seguintes, começaram a construir outras instituições com a mesma finalidade, mas estas sem qualquer ligação com as Santas Casas de Misericórdia. Estes novos espaços foram instalados longe dos centros das cidades, para garantir o isolamento do indivíduo alienado e, consequentemente, conseguir fazer o tratamento proposto pela classificação humanista.

O processo de reforma psiquiátrica que viria a acontecer anos depois modifica e determina os locais destinados ao tratamento do louco, bem como o tratamento que viria a ser ofertado a ele. Este processo será apresentado no tópico 1.4 deste trabalho que discutirá um novo modelo de tratamento a esses indivíduos.

1.3 Direito Penal e Loucura

Como vimos anteriormente, os problemas com Saúde Mental no Brasil passaram a ser percebidas com a chegada da Família Real em 1808, e mais tarde tomou forma com a luta da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ), que ansiavam pela criação de um asilo psiquiátrico para os doentes mentais, de caráter hospitalar, tendo a medicina como pilar central, o que só veio acontecer plenamente depois de instaurada a República.

Apesar de naquele momento reconhecer-se e tratar-se o ser louco, ainda não havia sido estabelecida, até então, uma lei que regulamentasse e fosse direcionada àqueles que cometiam infrações. De acordo com a definição legal de crime da escola clássica do direito penal vigente naquela época, cada crime cometido por qualquer indivíduo na sociedade deveria ter uma lei anterior que a qualifica-se, além de fundamentar-se nas noções de responsabilidade penal e também do pressuposto de igualdade e retributividade (Peres e Filho 2002, p.2).

Pensando desta forma, no dia 16 de dezembro de 1830, foi sancionado o projeto do Código Criminal do Império do Brazil pelo imperador D. Pedro I, afirmando em seu Artigo 10 Parágrafo 2º que “não se julgarão criminosos: Os loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime”. O destino dado a estes infratores, então, era o internamento nas prisões ou os hospitais de Santa Casa, conforme explicitado no Artigo 12 deste mesmo código: “Os loucos que tiverem cometidos crimes serão recolhidos às casas para eles

destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente." (Chaloub 1981, apud Peres e Filho, 2002, p. 2).

É importante ressaltar que o responsável para julgar a pessoa como louca não era o médico psiquiátrica, apesar de, neste momento, ser considerado o responsável pelo reconhecimento e tratamento do louco, o juiz de direito era quem a designava assim e, ainda, deveria passar pela aprovação de um júri. Todo doente mental, só era considerado como o "culpado" pelo crime, se passasse por esse julgamento, que em caso positivo decidia o local a que ele se destinaria.

No ano de 1890, após a abolição da escravatura e da proclamação da República, o Código do Império veio a ser reformado, recebendo o nome de Código Penal da República, e com ele vieram mudanças quanto à situação jurídica penal e do destino institucional daqueles considerados loucos infratores da lei (Peres e Filho 2002, p.4).

Esse novo código, em seu Artigo 27, parágrafos 3 e 4, reafirmava o caráter de inimputabilidade dos indivíduos loucos, considerando-os "não criminosos", desde que fossem portadores de "imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil", ou estando estes num "estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime". Dessa forma, além de não carregarem o estatuto de criminoso, o louco também não respondia legalmente por seus atos, ou seja, não recebiam sanções penais.

E, ainda, o Artigo 29 acrescentava que aqueles que para segurança pública tivessem de ser afastados do convívio social, fossem encaminhados para os hospitais de alienados ou entregues à suas respectivas famílias. O que para os médicos psiquiatras da época não era considerado correto, pois, ao misturar "loucos criminosos" com os loucos ali internados, o tratamento a eles ofertado poderia ficar comprometido, lutavam, então, pela criação de manicômios criminais.

O médico psiquiatra, naquele momento, fazia parte do processo de julgamento do louco infrator, apesar de não decidir a respeito do destino dado a eles, agora assessorava a decisão do juiz, tendo a sua perícia como a mais significativa das provas de alienação mental do indivíduo.

Na tentativa de acompanhar os avanços da ciência penal e da criminologia, vários pensadores foram responsáveis pela reformulação do Código Penal da República, em 1940. Neste novo código o doente mental passava a ter um novo espaço jurídico. E, através do trabalho dos médicos psiquiátricos, definiam-se biologicamente o estado mental do indivíduo, de acordo com a sua estrutura psíquica e a natureza da infração cometida (Peres e Filho 2002, p.8).

O Artigo 22 desse novo código define que os doentes mentais podem vir a ser isentos de penas, entretanto, é atribuído a eles o crime cometido, o que não está presente é o sentido de culpabilidade, conforme explicitado:

> É isento de pena o agente que, por doença mental, ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Brasil, decreto-lei 2.848/40).

Outra novidade é a introdução da Medida de Segurança, como uma nova forma de ação penal, esta trouxe consigo conceitos como “periculosidade do agente”, que caracteriza o insano perigoso para a sociedade e para si próprio, sendo assim passível de tratamento. Atribuindo-lhes agora sanções penais próprias.

Muitas são as suposições que levaram à criação desta nova medida, acredito que, e em concordância com o ministro Francisco Campos, os doentes mentais considerados perigosos eram deixados a cargo da Assistência a alienados, devido à falta de medidas ou custódias para eles, corrigindo assim uma anomalia presente no Código de 1890 (Oliveira e Silva, 1942, p.92 apud Peres e Filho 2002, p.9).

Desta forma, a “pena” dada ao indivíduo era baseada no seu grau de periculosidade, que tinha um tempo mínimo de reclusão, mas não tinha um tempo máximo, caracterizando esta medida como indeterminada, a depender da cessação de seu perigo para a sociedade, mediante a liberdade assistida que a ele era conferida. Liberdade esta descrita no Artigo 91, parágrafo 5, da Lei 2.848/40:

> Durante um ano depois de cessada a internação, o individuo fica submetido a liberdade vigiada, devendo ser de novo internado se seu procedimento revela que persiste a periculosidade. Em caso contrário, encontra-se extinta a medida de segurança (Brasil, decreto-lei 2.848/40).

O Código Penal de 40 permanece em vigor, entretanto em 1984 as Medidas de Segurança sofrem alterações através da Lei de Execuções Penais 7.209/84.1, na qual é determinado o internamento do louco infrator em hospitais de custódia para tratamento, se o crime for passível de punição (Artigo 96, parágrafo 1). Determina-se também a perícia médica anual para avaliar o progresso na redução do grau de periculosidade (artigo 97, paragrafo 2). Permanece, entretanto, a indeterminação do período de reclusão do indivíduo (Brasil, decreto-lei 7.209/84.1).

Mas foi somente com a promulgação da Lei 10.216 de 2001, esta, fruto de várias lutas que serão abordadas a seguir, que foi firmado o direito a tratamento humanizado das pessoas com transtorno mental, visando sua reintegração social, de

tal forma que a penalização da pessoa não se sobreponha ao direito de uma atenção integral das suas necessidades de saúde.

Além de sobressaltar que essa penalização deveria observar o princípio da definição temporal da pena, com a intenção de reinserir o interno ao convívio familiar e comunitário. E agora afirma em seu artigo 6° que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos, e em caso de internação por infringir o código penal, a determinação deverá ser dada pelo juiz, sendo está denominada de Internação Compulsória.

1.4 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

A partir da segunda metade do século XIX, as pessoas que enlouqueciam e eram provenientes das camadas sociais mais pobres eram deslocadas para asilos e lá padeciam de maus tratos (Correia et al., 2007, p.2), caracterizando o modelo de assistência psiquiátrica pública brasileira, que se estruturava essencialmente através de internações em hospitais psiquiátricos de organização manicomial. Resumidamente, Jacobina afirma:

> Em traços gerais, rápidos e obviamente muito pouco precisos, os elementos da psiquiatria: hospitalocêntrica, determinista, ideologicamente direitista e monopolista, para quem o louco é tão somente um doente sob seus cuidados, e a loucura, objetificada, tira-lhe a voz e a qualidade de sujeito do processo humano (Jacobina 2008, p.69).

Gondim (2001, p. 2) afirma que a reforma psiquiátrica brasileira veio de influência europeia e americana, onde diversos setores da sociedade civil lutavam a favor dos direitos dos pacientes, introduzindo a loucura no contexto de discussões intelectuais das universidades e das instituições psiquiátricas. Godin acrescenta ainda a luta corporativa dos profissionais da área, que representavam a psiquiatria, até então, questionando as condições de trabalho e o atendimento ofertado a esses indivíduos.

Abaixo serão descritas as experiências internacionais de tratamento, que apresentaram novas formas de intervenção e institucionalização, que influenciaram fortemente esta reforma aqui no Brasil (Britto 2004, p.43 e 44):

- Comunidades Terapêuticas: ansiava pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, com o objetivo de transformar a dinâmica institucional asilar; a Antipsiquiatria: que buscava romper com o

modelo assistencial e destituir o valor do saber médico com relação à explicação, à compreensão e ao tratamento das doenças mentais. Ambas advindas da Inglaterra;

- Psiquiatria Comunitária (EUA): apresentava a delimitação de um novo campo para a psiquiatria, tendo por objeto, a saúde mental.
- Psicoterapia Institucional: buscava uma instituição hospitalar que tivesse cunho terapêutico; Psiquiatria de Setor: que contestava a psiquiatria asilar, na tentativa de levar para a comunidade parte do atendimento e tratamento. Ambas advindas da França.
- Psiquiatria Democrática Italiana (Itália): que proibia a realização de internações dos doentes mentais nos manicômios, determinando o esvaziamento progressivo destes estabelecimentos, e estabelecendo a necessidade da criação de serviços que pudessem substituir a internação compulsória, além de extinguir o termo "periculosidade" em relação ao louco.

Estas experiências demonstram as novas possibilidades de intervenção pautadas na transformação do tratamento ofertado ao louco, apresentando um horizonte além da saúde mental hospitalizante, centrada no médico, expressando a importância de outros segmentos profissionais, chamando atenção para as péssimas condições dos hospitais e asilos dos alienados. De forma a dar dignidade ao portador de transtorno mental:

> Os movimentos precursores da Reforma Psiquiátrica brasileira, surgidos nos Estados Unidos e Europa a partir de meados do século XX, apontavam críticas ao atendimento dispensado aos portadores de doença mental, quando eram excluídos e segregados da sociedade, demandando ações com vistas a um atendimento mais humanizado, de forma a garantir sua dignidade, enquanto cidadão (Espiridião, 2001 p.3).

Além das experiências apresentadas, temos nos anos 70, aqui no Brasil, o Movimento Sanitarista Brasileiro que propunha a mudança em todo o serviço de saúde prestado à população, tendo como "princípio o reconhecimento da saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado através de um sistema de saúde universal e equânime" (LOBATO, 2000, p.17).

É com esse arcabouço, que, em 1978, um movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, vão formar o movimento social pela luta dos direitos dos

pacientes psiquiátricos no Brasil, chamado de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (Brasil, 2005, p.7).

No inicio da década de 1980 foram realizados encontros e conferências na área da saúde mental dando continuidade ao processo iniciado pelo MTSM, sendo a mais importante delas a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em junho de 1987, abordando temas como reforma sanitária; reorganização da assistência à saúde mental; direitos, deveres e legislação do doente mental, e etc. (Britto, 2004, p.44).

Em dezembro daquele mesmo ano, ocorreu a II Conferencia Nacional de Saúde Mental, sendo esta a união do MTSM com a 8° Conferência Nacional de Saúde, munidos do lema "Por uma Sociedade Sem Manicômios", falando de temas como modelos de atenção em saúde mental; direitos e cidadania, marcando a restruturação da assistência psiquiátrica no Brasil (Gondim, 2001, p.3).

Essa restruturação levou à criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, no ano de 1989, como uma instituição intermediária entre o hospital e a comunidade, seguido da criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos, no ano de 1989, apresentada como uma rede territorial de atenção, em substituição ao modelo psiquiátrico tradicional pautado no manicômio. Que influenciaram a criação em outros estados e também a criação de novos programas e políticas em Saúde Mental (Correia et al., 2007, p.3).

Com isso a reforma psiquiátrica brasileira, não só vem a ganhar corpo, mas também vem afirmar que uma transformação no modo de tratamento pode ser possível, de forma diferenciada, desinstitucionalizante, extra-hospitalar e mais abrangente. Segundo Amarante (apud Britto, 2004, p.45), o objetivo do movimento:

> Seria poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de co-existência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados.

Com a apresentação de novas formas assistenciais, mudou-se o cenário do modelo, até então, hospitalocêntrico, asilar e de isolamento, para um modelo que passa a incluir a comunidade na relação com estes doentes. A ideia é superar a internação manicomial, organizando os tratamentos e práticas de saúde em outras instituições, já que as mesmas podem ser operadas nessas.

Para desconstruir o aparato manicomial, a reforma psiquiátrica brasileira, baseada fortemente na reforma democrática italiana, apresenta alguns importantes

fatores para que isso ocorra de forma paulatina e ordenada, sem que os doentes fiquem temporariamente sem tratamento ou local a que recorrer, em caso de crise.

Assim, segundo Britto (2004), para que processo de Desinstitucionalização ocorra de forma organizada é importante seguir as seguintes estratégias: a Desospitalização, que possui ênfase na prevenção e reabilitação, procurando substituir o hospital psiquiátrico por uma rede de serviços comunitários; e a Desconstrução, que tem como proposta repensar os saberes, as práticas e a própria psiquiatria.

Em 1989, o então deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei 3.657 que veio a partir da ideia, segundo suas próprias palavras:

> De que o crescimento desordenado da oferta de internações psiquiátricas gratuitas, ao longo da segunda metade dos anos 60 e até o terceiro quarto da década de 70, torna-se o principal obstáculo para a implantação de programas assistenciais mais competentes (Delgado, apud Gondim, 2001 p. 3).

Segundo Gondim (2001, p.4), Delgado propõe a proibição da expansão dos leitos manicomiais públicos, a implementação de uma rede de serviços a ser construída pelas administrações regionais de saúde, o fim das internações compulsórias, entre outros fatores.

Esse projeto de lei ficou em tramitação por 12 anos no Congresso Nacional, sendo aprovada somente em 2001, contundo esta aprovação trouxe modificações importantes no texto normativo, em relação ao projeto original. Desta forma, a Lei Federal 10.216/01 é instituída dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, com serviços de bases comunitárias, mas não apresenta mecanismos expressivos para a extinção dos manicômios (Brasil, 2005, p.8).

CAPÍTULO 2 - O TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL DA ALA DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO DISTRITO FEDERAL - ATP/DF

O tratamento para portadores de transtornos mentais que infringiram a lei e que estão cumprindo Medida de Segurança ou aguardando sentença no Distrito Federal e região é realizado pela Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP/DF), esta tem por função acolher, tratar e emancipar os internos em sua jurisdição com o intuito de impedir que estes voltem a infringir a lei.

Neste capítulo será abordada a Lei 10.216/2001 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e normatiza o serviço a ser prestado, além de outras portarias e diretrizes que tratam do assunto. Apresentará a pesquisa realizada na ATP/DF pelos estagiários de Serviço Social no ano 2013, que norteou o trabalho e foi importante no esclarecimento da situação atual da instituição.

2.1 A Lei 10.216/01 – que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental

A Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 é conhecida popularmente como a lei da reforma psiquiátrica, porque se constituiu pelo resultado de longas lutas e discussões, que buscavam, não somente uma melhora no tratamento ofertado aos pacientes com transtornos mentais, como também uma total reforma na saúde, através das lutas pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação e implementação do SUS,

> "Estabelece as diretrizes que permitirão construir as bases necessárias de uma reforma sanitária e psiquiátrica gerando, de maneira objetiva, a reformulação do setor de saúde com propostas efetivas de redefinição das políticas sociais." Ferreira (2006, p. 35)

Isto porque o Sistema Único de Saúde tem por lema "A saúde como um direito de todos", e adota como princípios básicos a universalidade, que permite à população o acesso aos serviços e ações de saúde, sem restrições; a descentralização e a hierarquização das unidades de saúde, propiciando a fragmentação de

responsabilidade entre os níveis de governo; e a participação e o controle da população na reorganização do serviço de saúde.

Com este arcabouço a Lei 10.216/2001 vem para redirecionar a assistência prestada aos doentes mentais nas internações, tanto voluntárias como involuntárias e compulsórias, além de apresentar novas nomenclaturas formais e de regulamentar alguns serviços nas instituições destinadas para tal.

No capítulo anterior, foram apresentadas novas formas de intervenções, por meio da criação de várias instituições para o tratamento em saúde mental, que ainda serão analisadas e comentadas neste trabalho, sendo estas decorrentes também do movimento de Reforma e que veio a impulsionar, através de várias tramitações no Poder Legislativo, à criação desta Lei.

Britto (2004), nos mostra que o Projeto de Lei apresentado por Paulo Delgado, muitos anos antes, e que veio a dar origem concretamente à Lei 10.216/01 foi alterado de forma expressiva, ao substituir o seu plano central, que era o da extinção dos manicômios, por outras medidas assistenciais, extinção esta que aparece camuflada e com pouca efetividade.

Esta Lei composta por **treze artigos** será apresentada aqui, conforme o entendimento desta autora, para explicar no contexto de toda a discussão apresentada no trabalho, quais mudanças reais esta trouxe no tratamento ofertado aos pacientes. Sendo que os artigos 10 e 13 não entrarão no debate por não conterem informações pertinentes para o desenvolvimento do trabalho.

O artigo 1º assegura que mediante a Lei 10.216/01 o tratamento em saúde mental não haverá qualquer tipo de distinção entre os doentes, procurando atender a todos, sem discriminação. Ou seja, relembrando os primeiros tópicos deste trabalho, Foucault esclarece a respeito dos navios que transportavam os doentes para outras cidades, onde estes, por não serem nativos da região, eram abandonados e sofriam de maus tratos. O que agora, previsto em lei, não poderia acontecer, já que todos devem ser tratados de forma igualitária.

Em seu artigo 2º são apresentados nove itens que garantem a integridade do paciente em qualquer tipo de atendimento prestado, de forma que ele e seus familiares possam ter conhecimento a respeito do tratamento que lhe esta sendo ofertado, buscando a recuperação do sujeito através de sua inserção na sociedade, protegendo-o de sofrer abusos ou explorações, além de procurar o melhor tipo de tratamento em serviços comunitários de saúde mental.

Aqui é possível perceber que o sujeito antes encarcerado, tratado por patologia da qual não tinha o conhecimento, largado à própria sorte quando desinstitucionalizado, e submetido aos mais diversos tipos de tratamentos abusivos, agora tinha o direito de participar ativamente do tratamento proposto, entendendo o processo pelo qual ele deveria passar, livre de torturas e assédios, em que a participação da família e a busca pela reintegração social aparecem como importantes itens para a sua melhora.

No artigo 3º o Estado é apresentado como o responsável pelo desenvolvimento da politica de saúde, sua assistência e promoções, com a participação da sociedade nos locais apropriados para tratamento. É possível inferir, então, que as redes filantrópicas, sejam elas oriundas das igrejas ou da sociedade civil, não são mais responsáveis pelos tratamentos dos doentes e não possuem concreto poder sobre os mesmos, diferenciando-se do passado assombroso no qual estas redes dirigiam e tratavam da forma que lhe parecia mais competente aqueles a eles entregues.

O artigo 4º apresenta uma nova estrutura de tratamento, com equipe multidisciplinar, visando uma intervenção que tem por finalidade a reinserção social do paciente. Apresentando também que a internação só será indicada quando os outros recursos extra-hospitalares não forem suficientes para a sua promoção.

Percebe-se aqui que o processo de desinstitucionalização está, finalmente, presente, ao procurar novas alternativas de tratamento, que trabalhe em conjunto com a sociedade e a família de maneira integral, sem a necessidade de internação, como nos programas ofertados pelos CAPS e NAPS. É importante notar que a abertura para uma intervenção multidisciplinar modifica em muito os preceitos antes adotados, que tinham centralidade no médico, tendo este profissional como o único responsável pela melhora do paciente e sua possível reinserção.

O artigo 5º apresenta uma ideia, até então, não aprofundada por outras políticas, sobre a continuidade do tratamento após a desinternação, importantíssima para a completa reinserção do indivíduo na sociedade, contribuindo em vários sentidos para a sua melhora efetiva através de outros programas que o incluam a participação da equipe multidisciplinar. Ainda afirma que aqueles que por ventura estiverem há muito tempo em tratamento e não apresentaram expressiva melhora, passem a receber uma política específica de reabilitação psicossocial assistida, sob a supervisão de profissionais, buscando alternativas para seu tratamento e melhora.

No artigo 6º são definidos os tipos de internações que podem ser realizados: a Internação Voluntária, em que o próprio indivíduo dá o consentimento para este tipo de tratamento; a Internação Involuntária, que pode ser requerida por terceiros; e a

Internação Compulsória, determinada pela justiça. Os dois últimos tipos de internação devem ser realizados mediante laudo médico que caracterize seus motivos.

Segundo o artigo 7º o indivíduo pode voluntariamente apresentar-se para uma internação, desde que documente a sua espontânea vontade em fazê-lo e que passe por uma avaliação do médico do setor. Além disso, poderá requerer sua liberação com ou sem o consentimento de um médico. Esta é uma total inovação no âmbito do direito ao tratamento psiquiátrico.

No artigo 8º são apresentadas condicionais para que as internações voluntárias e involuntárias ocorram, as quais devem ser oficialmente registradas por um médico. As instituições também devem informar ao Ministério Público Estadual a ocorrência de internação involuntária, bem como os casos de desinternação. As internações agora também podem ser interrompidas por um familiar responsável que assuma a responsabilidade ou por um médico especialista da área.

Percebe-se que essas obrigatoriedades vêm para regular os tipos de internações existentes, assim como documentar o tempo de internação involuntária do paciente, para que se possam ser realizadas uma política especifica de reabilitação psicossocial assistida, em casos que exijam um tratamento mais focalizado.

O artigo 9º informa que a internação compulsória será determinada por um juiz competente que julgará as condições do local em que o sujeito deverá dirigir-se, considerando para isto tanto os outros internos da instituição como também os seus profissionais. Este artigo torna-se tão necessário, pois, ao observar as condições do lugar, também se observará se tal instituição levará o paciente à sua emancipação, item fundamental neste tipo de caso.

Os artigos 11 e 12 regulam as pesquisas nas instituições e com os pacientes, as quais deverão ser submetidas ao Conselho Nacional de Saúde para aprovação, conselho este que tem setor competente para tal ato. Entende-se aqui por pesquisa aquelas com finalidades terapêuticas e de diagnósticos, e não pesquisas para fins didáticos. Protegendo os pacientes de abusivas pesquisas.

2.2 A Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal - ATP/DF

Em 1999, foi inaugurada, no território do Presídio Feminino do Distrito Federal (PFDF), a Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP/DF), localizada na cidade satélite do Gama. Pela inexistência de Hospitais de Custódia e Tratamento

Psiquiátrico (HCTP) no estado, a instituição ficou responsável pelo tratamento dos indivíduos em Medida de Segurança, ou aguardando sentença da região (Diniz, 2013 p. 105).

Aqui vale lembrar que o Código Penal Brasileiro considera inimputáveis, e por isso, isentos de punição, os portadores de transtorno mental que infringiram a lei, aplicando-lhe, então, sanções penais próprias, as chamadas Medidas de Segurança, até que sejam cessados o seu grau de periculosidade.

Para a determinação do indivíduo como inimputável e para que seja consolidada a Medida de Segurança é necessário que o sujeito passe por uma pericia, conforme explica Bravo:

> A determinação de inimputabilidade penal é feita por um perito, que avalia a atenção, a memória, a orientação, a consciência, as possíveis alterações desta, o curso e conteúdo do pensamento, os estados de humor e a capacidade de abstração, principalmente. (Bravo, 2007, p.35)

Nesta relação temos também a internação de indivíduos, oriundos de presídios ou penitenciárias comuns em duas situações. A primeira delas ocorre quando a doença o acomete depois da infração penal, e na segunda situação quando a doença surge após a condenação e persiste, fazendo com a sentença condenatória seja convertida em medida de segurança (Diniz, 2013 p. 109).

Lembrando também, que para que a Medida de Segurança seja finalizada, ou seja, para que o indivíduo não se apresente como um risco para a sociedade, é necessário que ele passe por outra perícia, esta capaz de identificar a cessação do seu grau de periculosidade, ou não, conforme explicita Costa:

> A suspensão desse instrumento está condicionada a um procedimento pericial, o “Exame de Verificação da Cessação da Periculosidade”. Este exame deve ser realizado no prazo mínimo estabelecido pelo Juiz da Sentença, e a partir de então anualmente, mediante solicitação do Diretor do Hospital de Custódia, ou, a qualquer momento, por determinação do Juiz da Execução Criminal. (Costa, 2003, p.27)

Passados 15 anos da abertura da instituição, este presente trabalho veio analisar através do olhar dos próprios internos, a forma com que tem sido ofertado o tratamento em saúde mental dado a eles. Por meio de uma pesquisa realizada pelos estagiários da instituição no ano de 2013, foram colhidos os dados agora apresentados, com a análise da presente autora.

Em abril de 2013, quando a pesquisa foi realizada, a instituição abrigava 85 internos, sendo que destes 3 foram considerados inaptos a responder, 2 não quiseram ou não puderam responder, 1 era um interno comum advindo do Presídio Masculino do Distrito Federal e, por fim, 1 formulário foi descartado, pois foi realizado com erros no seu preenchimento. No total foram pesquisados 78 internos da ATP.

O formulário de pesquisa divide-se em 13 perguntas objetivas, 5 perguntas mistas (objetivas e descritivas) e 8 perguntas qualitativas, sendo que para esta última, a apreensão dos dados foram adaptadas para enquadrar-se nos critérios avaliativos em escala decrescente, considerando o mais alto grau de qualidade como excelente, seguido de bom, médio, ruim, péssimo e indiferente, acrescentando ainda aqueles que foram inaptos a responder.

Àqueles que foram considerados aptos para responder às questões estavam sob uso de medicamentos periódicos que não o impediam de participar do procedimento, isto de acordo com a aprovação da equipe de enfermagem e da assistente social responsável.

Os resultados apreendidos com a pesquisa serão apresentados de forma sistemática, dividida em três grandes blocos, cada qual com suas subdivisões. O primeiro bloco chama-se **Condições Gerais de Convivência** e subdivide-se nos tópicos Espaço Físico, Higiene Geral e Alimentação; o segundo bloco foi denominado **Intervenção Profissional** subdividindo-se em Segurança e Equipe de Saúde; e o último bloco chamado de **Relações sociais com o mundo externo**, tem como tópicos, o Estado Civil, o Relacionamento com a Família e a Periodicidade das Visitas.

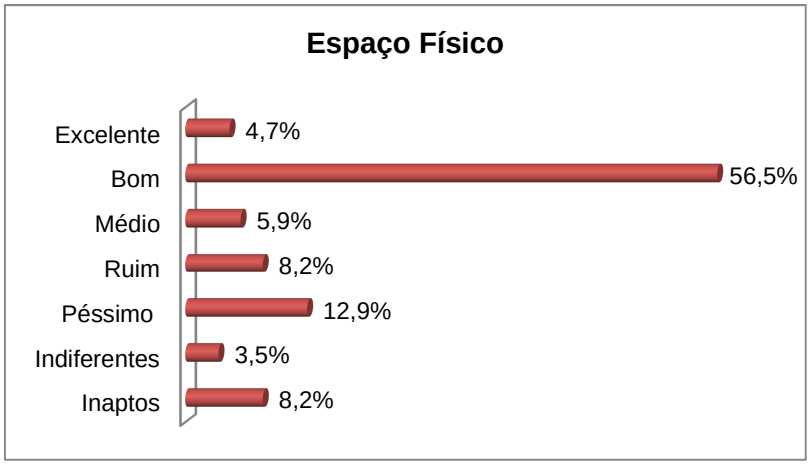
2.2.1 Condições Gerais de Convivência

Neste primeiro bloco, buscou-se entender a que condições os internos estavam submetidos, considerando para isso a qualidade do espaço físico, de higiene, e da alimentação. E em que instância estes fatores podem ser favoráveis ou prejudiciais para a sua melhora.

- ***Espaço Físico***

Diferentemente dos presídios comuns do DF, na Ala de Tratamento Psiquiátrico não existem problemas de superlotação em relação à quantidade de

leitos. Os próprios internos informam que existem leitos sobrando, bem como outros insumos neste quesito.



Desta forma, quando indagados a respeito da qualidade do espaço físico, 56,5% qualificam o serviço como bom e 4,7% qualificam como excelente. Porém, isso não pode ser generalizado em relação à oferta de espaço físico para desenvolvimento de outras atividades.

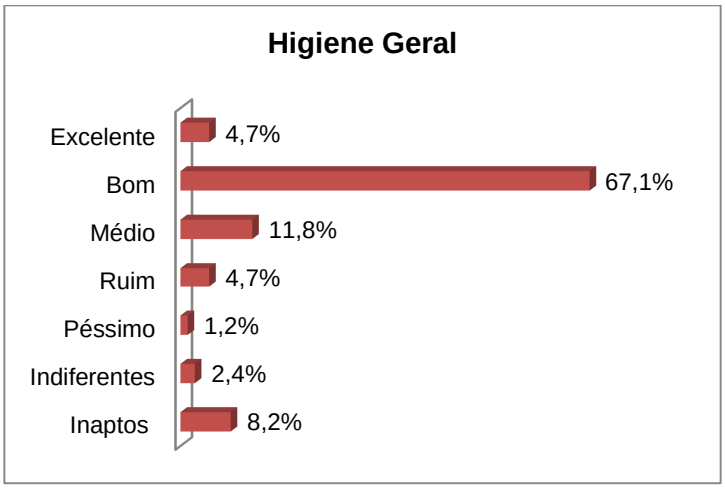
Entretanto, existe uma parcela de 12,9% que acreditam que a situação pode melhorar, acrescentando, por exemplo, camas novas e adaptáveis para obesos e idosos. Pedem também a diferenciação de celas dos internos portadores de transtornos mentais daqueles com dependência química. Bem como, diferenciação daqueles que possuem um alto grau de instabilidade com relação àqueles que são mais estáveis, até mesmo para a própria segurança do indivíduo considerado instável, que por vezes reclamam de maus-tratos por parte dos outros internos, os considerados estáveis.

Levando em consideração que a ATP esta sob jurisdição do Presídio Feminino do Distrito Federal, regras como os locais destinados para os internos, permanecem as mesmas. Então, temos que, a situação hoje imposta, esta em concordância com o previsto na Resolução n° 14 de 11 de Novembro de 1994, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, que direciona o modelo de serviço prestado, e fixa Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil.

Dito isto, o que temos previsto no Capitulo IV, artigo 2º, desta mesma resolução, diz: “O preso disporá de cama individual provida de roupas, mantidas e mudadas correta e regularmente, a fim de assegurar condições básicas de limpeza e conforto”. Estando de acordo com o serviço prestado pela ATP nesse setor.

- ***Higiene Geral***

Com a percepção inicial de que o espaço físico estava de acordo com o previsto em lei, perguntamos aos internos a respeito da Higiene Geral do local, considerando para tanto como Higiene Geral, os seus próprios hábitos individuais de limpeza, como também limpeza das celas e material fornecido para que isto ocorra.



Desta forma, temos que 67,1% dos internos consideram a Higiene Geral como boa. E que 4,7% a consideram como ruim, apresentando como argumento para tal a má qualidade dos insumos ofertados para limpeza, como sabonetes e shampoos, argumentando ainda que o espaço para que esta higiene ocorra está inadequado, tendo em vista que as necessidades fisiológicas são feitas com pouca ou quase nenhuma privacidade.

Observando o que a resolução n° 14 tem a nos dizer novamente, apreendemos que o interno deve ter condições sanitárias adequadas para a realização de suas necessidades naturais de forma higiênica e que possua preservada a sua privacidade. Além de lhe ser assegurado a frequência de banhos diários, conforme exigem os princípios básicos de higiene, apresentados na resolução (Capitulo IV, artigo 10, inciso III e IV).

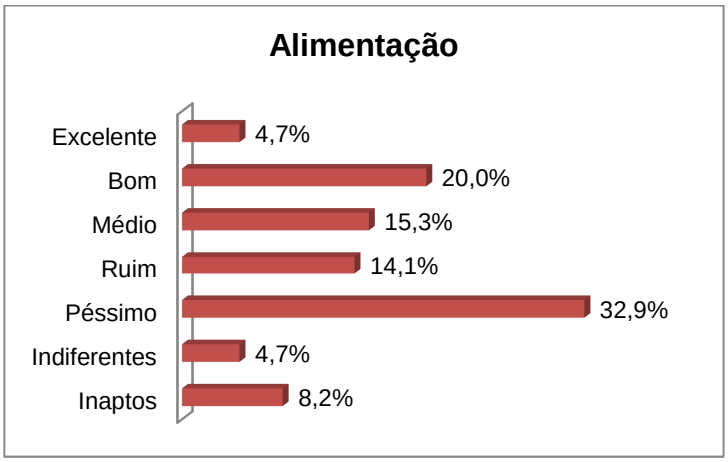
Houve também reclamações a respeito da falta de assiduidade do banho de alguns internos, que permaneciam sujos por dias, causando transtornos e desconforto nos demais internos, reclamações estas feitas até mesmo por quem considerava a Higiene Geral como positiva.

Para limpeza das celas, os internos se organizam diariamente para que cada pessoa fique responsável por um dia de limpeza, sendo responsável, portanto, pela limpeza geral das celas, dos banheiros, das camas, do chão, e eventuais sujeiras.

A limpeza de todo o prédio da ATP/DF é realizado também pelos internos, onde aqueles que possuem bom comportamento são escalados para realizar estas atividades cotidianamente em troca de um valor monetário para consumir na lanchonete que a instituição possui ou para ser depositado em conta bancária com disponibilidade de saque após a desinternação.

- ***Alimentação***

Segundo informações da administração da ATP/DF a alimentação é fornecida por um empresa terceirizada, que faz parceria com o governo, e que entrega diariamente suprimentos para 6 refeições ao dia, desta forma temos: café da manhã, lanche, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite. Com cardápios que devem variar diariamente, como por exemplo, revezando entre carne, peixes e frango, além de saladas, arroz, macarrão, feijão e etc.



Ao analisar a tabela acima, é notório o descontentamento a respeito deste serviço, 32,9% dos internos consideram a alimentação de péssima qualidade, contrapondo a porcentagem de 4,7 de internos que a consideram excelente.

As queixas que foram ouvidas durante aplicação da pesquisa, foram de que os alimentos vinham por vezes com carnes e peixes estragados, comidas fora do prazo de validade e com gosto azedo. Um dos internos chega a afirmar que todos os dias o

pão da manhã vem duro, como se tivesse sido produzido no dia anterior, e que o leite vem sempre com o gosto muito azedo.

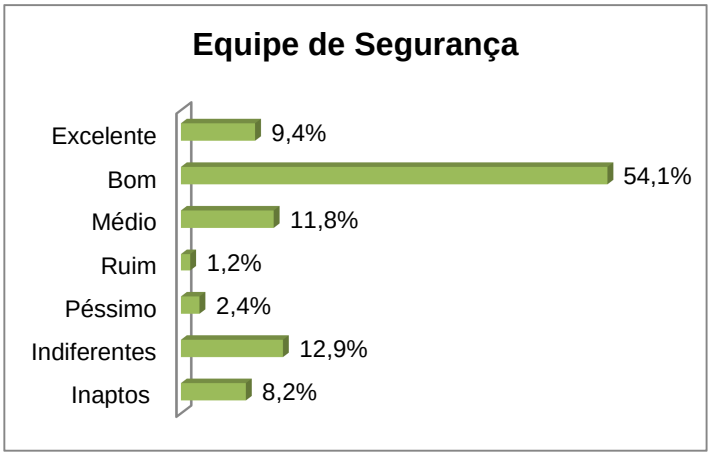
Os internos afirmaram também que o cardápio que deveria variar diariamente, é mantido durante a semana, e isso contrária o proposto na adesão do cardápio oferecido pela empresa para o governo. Argumentam ainda que a alimentação costumava ser pior, e que agora ela vem um pouco mais agradável, apesar de não ter mudado a empresa. Fato que pode explicar o dado de 20% dos internos que a consideram de boa qualidade.

2.2.2 Intervenção Profissional

Este segundo bloco busca apresentar como os internos veem suas relações com os profissionais da área de segurança e da equipe de saúde. As perguntas não foram direcionadas para nenhum campo profissional em específico e os nomes dos profissionais informados durante a pesquisa permanecerão em sigilo.

- ***Equipe de Segurança***

Os agentes penitenciários que fazem parte da segurança são advindos dos concursos públicos distritais para a segurança nos presídios do Distrito Federal, sem diferenciação daqueles que irão compor o quadro da ATP/DF, ou seja, não há nenhum treinamento legalmente ofertado para que eles exerçam a profissão em uma instituição de saúde mental.



Mesmo com a falta de um treinamento específico para o trabalho com doentes mentais, os profissionais que trabalham na instituição conferem aos seus internos um tratamento de caráter humanizado, sem violar os seus direitos e nem precisar agir com violência física.

Talvez seja por este motivo que 54,1% dos internos considerem o serviço prestado bom, seguidos de 11,8% que consideram médio, e de 9,4% que consideram o serviço excelente. Desta forma, totalizando um percentual de 75,3 de internos satisfeitos com o serviço prestado.

Alguns deles ainda afirmam que o tratamento dado pelos agentes do local é diferente das instituições anteriores em que estavam, onde padeciam de maus tratos e ficavam sujeitos a vários tipos de violências. Estas instituições foram apontadas pelos internos como sendo a Penitenciária II do Distrito Federal – PDFII e o Centro de Detenção Provisória – CDP.

Aqueles que apontaram o serviço como ruim e péssimo, totalizam 3,6%, e reclamam de serem forçados a utilizar algemas apertadas, e de serem ordenados a ficarem calados no período noturno e nos dias de visitas.

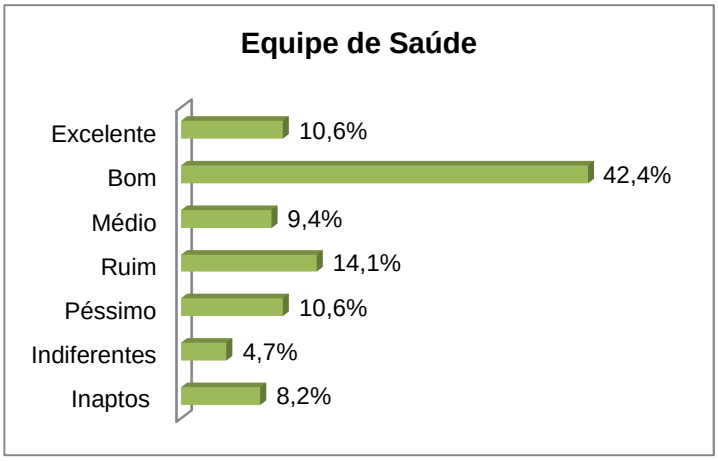
- ***Equipe de Saúde***

A equipe de saúde da Ala de Tratamento Psiquiátrico é composta por enfermeiros, médicos, dentistas, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, que devem exercer de forma multidisciplinar as suas atividades, podendo atender individualmente ou em grupos.

De forma organizada cada profissional fica responsável por atender um referido grupo de internos e de sistematizar o atendimento prestado em prontuários próprios de cada interno, para que todos os profissionais tenham conhecimento do tratamento que vem sido prestado a eles.

Deve-se “prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas” sendo que a especificidade da saúde prisional requer dos profissionais atendimentos de média e alta complexidade, segundo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, apud Lisboa 2013 p.40).

O tópico que aborda o serviço dos profissionais de saúde não utilizou de critérios avaliativos e nem buscou apontar seus nomes e as observações pertinentes de cada serviço em especifico. Posto isto, apresentam-se os dados abaixo:



Um percentual de 42,4 internos avaliam o atendimento prestado pelos profissionais de saúde como sendo de boa qualidade, seguidos de 10,6% que consideram o serviço excelente. Totalizando 53% de internos satisfeitos com o serviço. Estes afirmam que são bem atendidos e que as atividades que exercem são importantes, porque se não houverem atividades a serem feitas, eles ficarão vários dias ociosos, saindo da cela apenas para tomar o banho de sol.

Apesar disto, existe uma parcela expressiva de 14,1% e 10,6% que consideram o atendimento ruim e péssimo, respectivamente. Afirmando que precisam quase implorar para serem atendidos, ficar gritando do pátio ou de suas celas por várias horas, isto quando os agentes penitenciários não os impedem de ficar gritando. Afirmam ainda que normalmente são atendidos pelo mesmo profissional várias vezes e que é muito difícil serem atendidos por equipe multidisciplinar, além de que as atividades propostas, segundo eles, não são condizentes a seu nível mental.

Também acrescentam que não há uma periodicidade no atendimento, e que, às vezes, ficam mais de mês sem serem atendidos. Fato este que pode ser explicado pela pequena quantidade de profissionais em cada área para atender ao tamanho da demanda. Podemos tomar por base, o assistente social, que pode intervir de várias maneiras no processo de desinternação do indivíduo, mas que por ser somente 1 atuando na instituição, tem seu trabalho dificultado. E isto pode servir para muitos outros profissionais que também atuam sozinhos, como é o exemplo do dentista, do psiquiatra e do psicólogo.

2.2.3 Relações sociais com o mundo externo

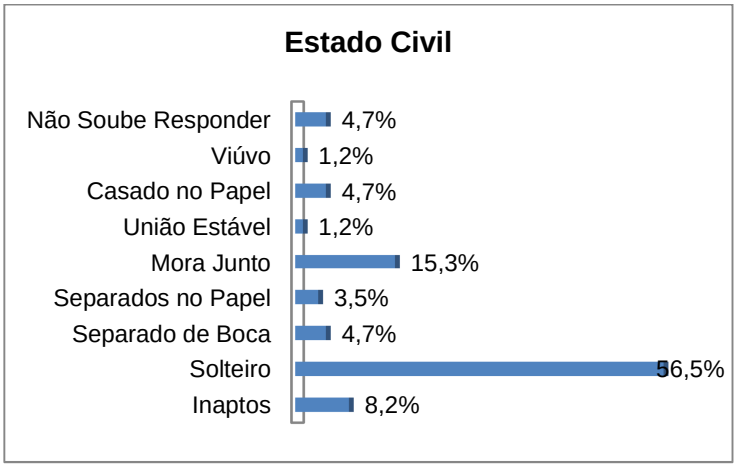
Em período de estágio aprendi com a supervisora do Serviço Social, que as relações com o mundo externo e o bom relacionamento com a família, são facilitadores para melhora dos internos, e consequentemente, sua desinternação, porque o interno ao sair da ATP/DF precisa de um espaço adequado que previna uma possível recaída ou reincidência.

Neste bloco abordaremos tópicos que tratam das relações sociais dos internos, acreditando ser possível traçar um perfil geral destas relações, sendo estes os seguintes: **Estado Civil, o Relacionamento Familiar e a Periodicidade das Visitas**.

- ***Estado Civil***

Ao abordar este assunto com os internos, utilizamos de linguagens adequadas para seu fácil entendimento, para desta forma termos uma informação mais precisa. Por este motivo as situações de estado civil foram organizadas e substituídas da seguinte forma:

- Solteiro; Separado de Boca que substitui a situação Separação sem Homologação do Divórcio; Separados no Papel que substitui a situação Divorciado; Mora Junto que substitui a situação Amasiado; União Estável; Casado no Papel que substitui a situação Casado; Viúvo; e os inaptos e os que não souberam responder.



Os dados apresentados mostram que a maior parte dos internos não possuem um relacionamento estável com outro pessoa, fato este que pode vir a explicar os

dados que virão nos tópicos seguintes. Os viúvos, separados de papel e de boca e solteiros são responsáveis por 65,9% dos internos apresentados, representando assim a maior parcela destes.

Os que possuem um relacionamento estável com outra pessoa representam um total de 21,2% e informam que apesar de serem difíceis os encontros, eles acontecem periodicamente. Muitas destas dificuldades são encontradas por não ter com quem deixar os filhos durante o período da visita, o difícil acesso ao presídio, entre outras.

São assegurados ainda aos internos, que mais uma vez, por estar sob jurisdição do PFDF, as visitas íntimas, desde que informadas e agendadas previamente. Sendo estas regulamentadas pela Lei de Execuções Penais. Pereira informa que:

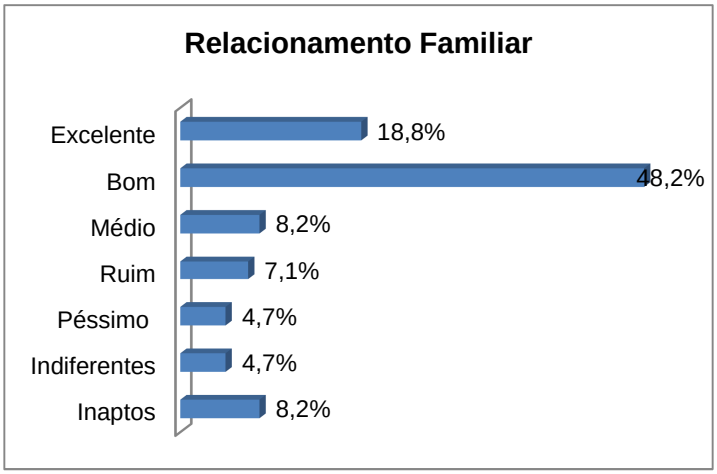
> Muitos estudiosos defendem que a visita íntima é um dos fatores de manutenção da conexão do presidiário com o mundo exterior e funciona como incentivo efetivo para que o mesmo, passado o período de cumprimento da pena, seja reinserido no seu núcleo familiar e social. (Pereira, 2012)

- ***Relacionamento Familiar e Periodicidade das Visitas***

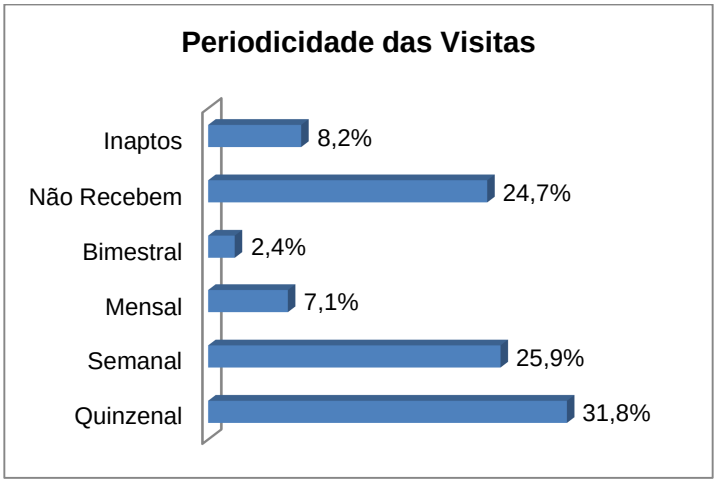
Os seguintes tópicos serão analisados em conjunto, por um estar sempre alinhado ao outro, e por apresentarem respostas que se complementam.

O relacionamento com os familiares, companheiros, amigos e demais pessoas são parte fundamental para que o processo de ressocialização ao sair da internação ocorra, e para que estes acompanhem a vida dos internos, evitando perda de vínculos.

Os profissionais da equipe de saúde realizam, sempre que necessário, visitas domiciliares, como também atendimento aos internos com seus respectivos familiares, procurando aconselhar a família sobre a rotina do interno e também informarem e auxiliarem sobre politicas que possam ajudá-las em possíveis situações e problemas.



Analisando os dados, percebemos que 67% dos internos estão satisfeitos com o relacionamento familiar, apesar de que no dado anterior percebermos que a maioria deles permanecem solteiros. Na maior parte das entrevistas as mães foram citadas com as que mais visitam os seus internos, ficando em segundo lugar esposas e filhos. Desta forma, temos:



Percebe-se que a maior frequência apontada é a quinzenal com 31,8%, seguida de semanal com 25,9%. Estes dados revelam que mais da metade dos internos possuem uma frequência de visitas que podem evitar a perda de vínculo, e ajudar no processo de desinternação, uma vez que a família aparece como peça fundamental, de acordo com os profissionais da instituição.

A maior dificuldade encontrada é quanto ao transporte para chegar ao local, por vezes, as famílias moram em cidades muito distantes da instituição, e não são todas as cidades que liberam transporte público para o local, fazendo com que seja necessário pegar mais de um ônibus, e, assim, por não terem condições de pagar

mais que uma condução acabam por adiar a visita e, consequentemente, fazendo com que estas sejam menos frequentes.

Se unirmos os dados positivos apresentados nestes dois tópicos, podemos afirmar que a perda de vínculo, na maior parte dos casos apresentados, tem pouca possibilidade de ocorrer, uma vez que 67% estão satisfeitos com seus relacionamentos familiares e que ainda 57,7% recebem visitas mais de uma vez por mês.

Os internos que relatam ter problemas nas relações familiares, na maior parte das vezes, cometeram atos de violência dentro da própria família, o que pode levar ao desinteresse dos mesmos a manterem estas relações, como em alguns casos estudados.

Problemas também como dificuldades em encontrar parentes vivos, perda da memória por causa das drogas, perda de vínculos familiares antes de serem internados, desinteresse do próprio interno e internos que viviam em situação de rua, aparecem como condicionantes à falta de visitas, assim como a más relações com a família. No caso das pessoas em situação de rua, a situação demonstra-se ainda bastante conflituosa, conforme Lisboa informa:

> A busca pela família do interno é acompanhada de forma sistemática e continuada durante o período de internação e após a desinternação com vistas a sua promoção social, pessoal, econômica e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Entretanto, para as pessoas em situação de rua a busca pode trazer percalços, que interferem diretamente na localização ou contato com a família. Por exemplo, nas seguintes situações: a família demonstra repulsão ao interno ou ao contrário o próprio interno manifesta a repulsão pela família; e na recorrente falta de documentações pessoais, que dificultam ainda mais a identificação destas pessoas. (Lisboa, 2013, p.45)

Os profissionais de saúde da ATP/DF possuem atividades que buscam por manter, resguardar ou criar laços sociais, através de atividades em grupo com familiares e amigos, atendimentos em grupo familiares, atendimento com a família e o interno, entre outras atividades de cunho laboral que unem estas partes.

Os resultados apresentados com esta pesquisa mostram que, apesar de os internos estarem protegidos pela lei 10.216/01 e por cumprirem medidas de segurança, algumas condições e formalidades, tais como o fato deles estarem sob jurisdição de um presídio e regulados pela resolução penitenciária, tira o sentido de hospital de custódia e remete ainda àquelas instituições prisionais, anteriores à reforma psiquiátrica.

2.3 Outros Serviços de Apoio Ofertados para os Internos da ATP/DF

Como vimos nos tópicos anteriores a Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP/DF) tem por função receber e tratar aqueles que estão em cumprimento de Medida de Segurança ou aguardando sentença da região. Suas atividades estão relacionadas com alguns outros serviços complementares tanto em Saúde Mental como em previdenciária, jurídica e assistencial com o intuito de promover a emancipação daqueles indivíduos.

A Reforma Psiquiátrica nos trouxe o entendimento de que a saúde mental centrada nos hospitais deveria ser substituída por uma sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária (Ribeiro, 2004 p. 95), que dentre outros feitos levou à criação do Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs), que hoje se apresenta como fundamental para a complementação do tratamento ofertado aos internos da ATP/DF.

A primeira unidade do CAPs criada foi em São Paulo no ano de 1986, que influenciou a criação de tantos outros no país. Estes centros estruturam-se como serviços de atendimento diário, oferecendo várias atividades terapêuticas e acolhimento por equipe multidisciplinar. Acreditando que a especificidade clínica dos usuários necessita muito mais do que consultas ambulatoriais agendadas, desenvolve atendimentos diários que possam atender necessidades diárias dos pacientes, inclusive nas suas relações sociais (Ribeiro, 2004 p.95).

> A implantação dos serviços de atenção diária tem mudado radicalmente o quadro de desassistência que caracterizava a saúde mental pública no Brasil [...] Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais. (Brasil, 2005 p.28)

Este importante centro possui uma unidade na cidade de Santa Maria/DF, onde os internos da ATP/DF participam por 2 vezes na semana de atividades em grupo de acordo com as suas capacidades mentais, podendo nesse momento, realizar atividades com seus familiares e amigos.

Os internos escolhidos para participarem das atividades propostas pelo CAPs devem apresentar bom comportamento nas atividades realizadas na ATP/DF e estar fazendo o uso contínuo de seus medicamentos. A equipe de saúde apresenta um parecer que aprova e libera os internos para as atividades fora da instituição. visitas

Os profissionais de saúde ATP/DF informam que a participação nestas atividades são fundamentais para o desenvolvimento no tratamento ofertado aos

internos. Os que recebem o “beneficio” de participar destas atividades são escolhidos considerando o bom comportamento e a evolução no seu tratamento, devendo estes apresentarem-se de forma lúcida no momento da saída.

Os internos são escoltados durante a saída e o retorno para o CAPs de Santa Maria, no momento em que são realizadas as atividades com os demais usuários e a equipe multidisciplinar os agentes de segurança permanecem do lado de fora. Quando questionados a respeito dos serviços que são ofertados neste local, os internos mostraram-se favoráveis à realização do mesmo, afirmando que sair da ATP/DF e entrar em contato com outras pessoas é muito bom e que as atividades realizadas no local são “diferentes e legais”.

Apesar de tanto os profissionais da saúde quanto os internos estarem satisfeitos com a parceria entre estas instituições, denunciam que, por várias vezes no mês, os internos ficam impossibilitados de participar das atividades por falta de escolta e transporte. A falta de transporte é grave em todo o complexo da Penitenciária Feminina do Distrito Federal, pois os mesmos veículos disponibilizados para o presídio feminino são também disponibilizados para a ATP/DF, por vezes a administração da instituição tem que escolher entre os internos aptos para participar das reuniões aqueles que irão para o CAPs, quando ocorre falta de transporte.

Esta situação revela mais um ponto no qual a ATP/DF falha no tratamento dos internos. A administração da instituição informa que a escolta e o transporte são de responsabilidade do Presídio Feminino do Distrito Federal (PF/DF), instituição onde a ATP/DF esta inserida, e afirma que quando existe a necessidade de usar o transporte para outra finalidade, mesmo que seja na unidade feminina, os meios destinados para estas atividades são disponibilizados.

Além de atividades no CAPs, os internos também têm a oportunidade de participar de reuniões com líderes religiosos em horários determinados pela administração da instituição. Não existe determinação oficial de quem pode participar destas atividades, todos que estão lúcidos, caso queiram, podem participar.

Segundo informações da administração da instituição, os internos recebem ainda, como serviços complementares, os mesmo benefícios que são ofertados aos presidiários do Brasil, por serem parte integrante do Complexo Penitenciário do PF/DF. Os dois serviços que são mais solicitados pelos internos serão explicados nesta etapa deste item.

O primeiro deles é o Auxílio Reclusão[4], que é ofertado aos dependentes do segurado recolhido à ATP/DF, durante o período em que estiver internado. Devendo ser o interno, o principal responsável pela renda da família. Para solicitar o recebimento deste auxílio, os internos do local entram em contato com a assistente social que toma as devidas providências.

Para a concessão do beneficio o interno, previamente à internação, deve ter vínculo formal de trabalho, de acordo com as regulamentações do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sendo que o último salário-de-contribuição deverá ser igual ou inferior ao valor de R$ 1.025,81.

O segundo benefício a ser abordado são as Saídas Especiais[5], conhecidos popularmente por indulto ou "saidão". Estas saídas permitem que os internos entrem em contato direto com a sociedade sem a presença de agentes de segurança ou escoltas.

O benefício visa à ressocialização e está previsto na Lei de Execuções Penais Nº 7.210/84 e é aplicado por considerar que as comemorações realizadas nesta época do ano são apropriadas para o convívio em família e que geram resultados positivos para a reintegração dos detentos.

Na ATP/DF os internos entram em contato com a própria administração da instituição para saber como solicitar essa liberação e quais são as condições impostas a eles para que o benefício seja concedido. Ano a ano, estas condições são alteradas pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), de forma a minimizar e impedir possíveis fugas.

Não foi contabilizada pela ATP/DF a quantidade de internos que receberam este beneficio e nem a quantidade de internos que foram beneficiados com as saídas especiais no ano de 2013.

Quando desinternado, o interno pode solicitar à Assistente Social da instituição que lhe encaminhe para o pedido de Auxílio-Reabilitação Psicossocial[6], beneficio que faz parte do programa "De Volta pra Casa" do governo federal, instituído pela Lei N° 10.708/2003.

---

[4] Informações e valores retirados do site do Ministério da Previdência Social no dia 18 de novembro de 2014, através do link http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/350.

[5] As informações deste benefício foram retiradas do site do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), através do link http://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2012/dezembro/portaria-da-vep-df-regula-beneficio-do-saidao-de-natal-e-ano-novo.

[6] A Lei 10.708/2003 está disponível no site http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm, de onde foram retiradas as informações sobre o benefício.

Para que este benefício seja concedido, o solicitante deverá ter permanecido em local de reclusão custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem, por um período igual ou superior a dois anos, e se comprometer a continuar o tratamento em saúde mental na rede de saúde local ou regional, como, por exemplo, o Caps.

Os profissionais da ATP/DF consideram que a concessão deste benefício facilita bastante no processo de readaptação familiar e social do individuo. Uma vez que receberá uma bolsa para ajudar nas despesas familiares, facilitando assim o seu retorno para casa, além de lhe assegurar tratamento nas instituições de saúde mental do governo ou instituições parceiras.

Retomando a Lei 10.216/2001, em seu Artigo 5°, percebemos que este benefício a atende, uma vez que garante que pacientes há longo tempo hospitalizados, ou que tenham grave dependência institucional, recebem política de reabilitação psicossocial assistida e continuada.

Neste processo de desinternação, o indivíduo pode também solicitar através ainda da assistente social da ATP/DF o Benefício de Prestação Continuada (BPC)[7]. O valor pago do benefício consiste em um salário mínimo mensal às pessoas com 65 anos de idade ou mais e a pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho. Sendo que, a renda per capita familiar deve ser inferior a ¼ do salário mínimo.

Como comprovação de incapacidade para o trabalho, o psiquiatra da instituição emite um laudo informando esta incapacidade e solicitando assim a “aposentadoria” do interno. Para o recebimento deste benéfico mediante solicitação na ATP/DF é somente aceito esse laudo.

No site do Ministério do Desenvolvimento Social[8] podemos encontrar o arcabouço de leis que levaram ao beneficio como temos estabelecido hoje. Instituído pela Constituição Federal de 1988, foi regulamentado então através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), primeiramente pela Lei n° 8.742/1993, seguidas das Leis n° 12.435/2011 e n° 12.470/2011, e também pelos decretos n° 6.214/2007 e n° 6.564/2008.

Estas atividades são fundamentais para compor o tratamento ofertado aos internos, uma vez que a ATP/DF não possui estrutura para realizar os serviços que o

[7] Extraído da portaria da Presidência da República através do site http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm.
[8] Disponível no link http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc.

CAPs oferece. Além dos benefícios que contribuem para a manutenção e desenvolvimento da família do assegurado, e que pode levar à sua emancipação.

2.4 A ação do Ministério Público para a Interdição da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal

É possível compreender através dos dados apresentados que o local hoje destinado para a recuperação e tratamento dos doentes com transtornos mentais em Medida de Segurança no Distrito Federal não está adequada e que precisa passar por melhorias para que sejam alcançadas as determinações que as leis brasileiras impõem.

No ano de 2012, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) ajuizou uma liminar proibindo a entrada de novos internos na Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal[9] ao constatar que o local não esta adequado para receber os doentes mentais, conforme descrito:

> As condições de cumprimento da medida observadas na ATP não permitem que se atinja a finalidade da medida de segurança, que é o tratamento e a reinserção social do segurado, além de contrariar a Lei 10.216/2001, que trata da reforma psiquiátrica.

As Promotoras de Justiça de Execuções Penais[10] responsáveis pela liberação da liminar argumentam para tanto que ao visitarem a instituição constataram que a ATP é uma ala prisional e que não possui nenhuma característica de instituição hospitalar, também não possui estrutura física adequada para a realização de atividades terapêuticas e nem para as demais atividades e serviços de que os internos necessitam em seu tratamento.

Ressaltam a inexistência de enfermaria para repouso ou para atendimentos emergenciais, bem como a ausência de plantão da equipe de saúde no período noturno e nos finais de semana. Para, além disto, constatou também que os profissionais da área de saúde e da segurança não receberam a capacitação

---

[9] Pedido de liminar realizado pelo Ministério Publico do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), divulgado no dia 04 de Junho de 2012, às 09:28, ajuizando a interdição da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal. Disponível em: http://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/noticias/noticias-2012/4891-mpdft-pede-interdicao-da-ala-de-tratamento-psiquiatrico.

[10] Promotoras de Justiça: Cleonice Maria Resende Varalda e Helena Rodrigues Duarte são as responsáveis pela liminar e constituem um grupo interssetorial (sic) das 2° e 3° Promotorias de Justiça de Execuções Penais do DF com o intuito de estudar e propor ações que aproximem a execução da medida de segurança do DF aos parâmetros estabelecidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica.

necessária para trabalhar com os pacientes judiciários, sendo assim insuficientes para a realização do tratamento destes.

No ano de 2012, a instituição estava em superlotação abrigando o total de 106 internos, divididos em nove celas, e não havia, e ainda não há, a separação entre os internos portadores de transtornos mentais daqueles com dependência química. Esta situação pode ainda desencadear outros atos ilícitos, como tráfico de drogas, homicídios e estupros, além de suicídios, conforme pode ser constatado no item 3.1.1 do tópico anterior que trata do espaço físico destinado aos internos.

Com o intuito de reestabelecer a ATP e adapta-la para receber e tratar os doentes mentais do Distrito Federal estas promotoras de justiça estabeleceram algumas medidas a serem realizadas pelo Governo do Distrito Federal (GDF), conforme retiradas da liminar ajuizada e listadas abaixo:

> *a) estruture a execução da medida de segurança em ambiente físico adequado para oferecer assistência integral à pessoa com transtorno mental, incluindo serviços médicos – também na forma de plantão –, de assistência social, psicológicos, ocupacionais e de lazer;*
>
> *b) elabore e implante programa técnico específico que contemple as diretrizes das áreas de saúde, segurança, assistência social, educação, formação profissional, cultura e lazer para o interno;*
>
> *c) disponibilize equipes de profissionais suficientes e capacitadas para o atendimento adequado aos submetidos à medida de internação*.

Elaboradas com base na Lei 10.216/2001, estas promotoras acreditam que ao serem realizadas estas medidas, a ATP terá condições de receber os novos internos e continuar o tratamento daqueles já internados. Uma vez que a criação da ala não provém de nenhuma política pública própria do GDF, mas de um “arranjo” feito para acomodar estes internos na modalidade de internação, ferindo os princípios constitucionais e as leis do Brasil.

No ano seguinte desta publicação, 2013, o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) através destas promotoras de justiça e de membros do conselho realizaram várias visitas à instituição com o intuito de verificar as condições dos internos para liberação do Relatório de Fiscalização[11] complementar à liminar do MPDFT já mencionada.

---

[11] Processo Ofício n° 21/2013 – 2° PJEP/MPDFT. Relatório de Fiscalização que ter por Requerente: Promotora de Justiça Cleonice Maria Resende Varalda; e por Requerido: Conselho Nacional do Ministério Público. Na Unidade: Penitenciária Feminina do Distrito Federal, que possui regime Fechado e Semiaberto.
Participantes responsáveis pela fiscalização: Andrezza Duarte Cançado (CNMP), Erick Vidigal (CNMP), Cleonice Maria Rezende Varalda (MPDFT) e Helena Rodrigues Duarte (MPDFT).

Foram verificados no espaço interno das celas da ATP presença de ratos e insetos, má aeração do local e condições bem precárias de alojamento. Fato que agrava o tratamento dos internos em vários sentidos e que mostra que o espaço destinado a eles para repouso não está de acordo com o estabelecido em lei.

As reclamações mais frequentes dos internos entrevistados foram: a má qualidade da comida, falta de ventilação nas celas, presença de ratos e outros bichos e ainda a falta de atendimento jurídico.

Na ocasião, foram entrevistados pelas promotoras, além dos internos da ATP, as internas do Presidio Feminino do Distrito Federal (PFDF) que possuem transtorno mental. E constataram que estas dividem espaço com as demais presas comuns, não existindo distinção de alojamento. Além de que a equipe médica que atende as internas nesta situação são as mesmas que atende as demais presas, não existindo tratamento adequado e diferenciado para as portadoras de transtorno mental.

Diversas reclamações foram apontadas pelas internas, como a falta de atendimento jurídico, pois, muitas acreditavam que não deveriam estar presas ou que havia demora na confecção do laudo médico de sanidade mental, e a má qualidade da alimentação, assim como a ausência de tratamento no CAPs por falta de transporte.

A conclusão que este Relatório de Fiscalização aponta é de que a unidade feminina não atende as necessidades dos “presos e presas com transtorno mental”, afirmando que estes devem ter acesso a um tratamento adequado, de acordo com suas necessidades, serem tratados em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, prestigiando o atendimento integral que inclua serviços médicos, de assistência social, psicológico, odontológico e também terapia ocupacional.

O Ministério Público do Distrito Federal e Territórios pede, portanto, a interdição da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal para que o Governo do Distrito Federal possa adotar com a máxima urgência as medidas abaixo:

1) *agilizar a reforma dos espaços físicos ocupados pelos internos;*
2) *destinar verba própria para compra de materiais para as atividades terapêuticas e para a adequada manutenção e funcionamento da ATP;*
3) *destinar espaço próprio, humanizado, que não tenha características asilares, mas ofereça adequada assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, inclusive em regime de plantão;*
4) *ampliar e capacitar as equipes de segurança e de saúde para o adequado tratamento da pessoa portadora de transtornos mentais.*

O pedido de interdição da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal pelo MPDFT demonstra claramente a falta de preparo da instituição para receber e tratar os internos da região.

O despreparo, na opinião desta pesquisadora, vem, primeiramente, pelo fato de o governo, tanto federal como distrital, apresentarem um grande desinteresse em realizar politicas e prover verbas para todo o sistema prisional, incluindo a ATP/DF. Outro fato importante é a falta de treinamento adequado dos profissionais, tanto da saúde quanto da segurança, para fazer o trabalho proposto em lei.

Para que a ATP/DF possa ser uma instituição adequada e autêntica no tratamento destes internos, é necessário que ela passe por uma reestruturação, que vai desde o local destinado para internação até o tratamento em saúde e segurança a eles ofertado.

O cumprimento das medidas propostas pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios adequaria a instituição nas condições legalmente impostas e levaria a um saldo positivo no processo de desinternação e emancipação dos internos, uma vez que levaria a eles tratamento humanizado e ambulatorial pleno e de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do que é a loucura e o que a causa tem sido discutida ao longo dos anos e, apesar dos muitos debates e reflexões, ainda não há um consenso a respeito do que venha a ser esta doença. Esta falta de entendimento gerou várias teorias e suposições ao longo da história da humanidade, em que o louco representa basicamente o ser estranho, o desconhecido, o outro.

Ora considerado divino, ora considerado problema científico, o louco permeou entre os séculos XV e XVII entre vários espaços e instituições, que buscavam proteger a sociedade daqueles indivíduos que, por estarem com sua capacidade mental comprometida, poderiam trazer malefícios para ela.

Sendo a loucura somente considerada patologia no século XVIII o louco passou a ser estudado e tratado pelos médicos psiquiátricos como um ser desprovido de perceber a verdade e a essência das coisas e, devido a isso, deveria ser segregado do convívio em sociedade e internado em asilos onde pudesse receber tratamento, permitindo afastar o louco do local onde esta a sua alienação.

Este entendimento perdurou por muito tempo no Brasil, até a Reforma Psiquiátrica, no inicio da década de 1980, que apresentou propostas e ideias de tratamento em saúde mental humanizado e ambulatorial, em que a pessoa com transtornos mentais pudesse receber um tratamento integral em parceria com seus familiares e com a comunidade, e não mais segregados e apartados do convívio em sociedade.

Esta reforma psiquiátrica levou a criação da Lei 10.216/2001 que veio redirecionar e regulamentar o tratamento dessas pessoas, de forma que elas possam conviver em sociedade para obter a sua emancipação, isso, até mesmo para aquelas que cometiam infrações penais.

Neste trabalho, partimos da hipótese de que a instituição responsável para acolher e tratar as pessoas com transtornos mentais do Distrito Federal e região que infringiram a lei, a Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP/DF), não esta adequada para esta função, uma vez que não cumpre com várias exigências da Lei 10.216/2001, conforme foi confirmado através dos dados apresentados ao longo deste.

Para esta comprovação utilizamos como base de análise a própria percepção e o próprio entendimento dos internos da ATP/DF a respeito das condições em que

estavam inseridos, e pudemos constatar que a instituição não cumpre o exigido na lei. Entre os problemas mais agravantes destacam-se os dois a seguir:

1. Não apresenta características de instituição hospitalar, por estar localizada em uma área prisional, dividindo os internos em celas de prisão, por não oferecer assistência médica e ambulatorial 24 horas por dia, assim como não dispõe de equipe especializada para lidar com pacientes em situação judiciária, tanto por parte da equipe de segurança, como por parte da equipe de saúde, conforme garantido no artigo 3° inciso 2 da lei;
2. Não oferece aos internos atendimento diferenciado e especializado para aqueles que estão, há longos anos, em situação de confinamento, em descumprimento ao garantido no artigo 5°.

Outros problemas como a má qualidade da alimentação fornecida, a presença de ratos e insetos no espaço físico, a falta de insumos para a higiene pessoal e a não periodicidade no atendimento da equipe de saúde também se apresentam como situações graves e ferem a lei, que tem por ideia central o fornecimento de tratamento humanizado a estes indivíduos.

Os fatores citados e o não cumprimento integral da Lei 10.216/2001, bem como das demais portarias e decretos que visam a melhora e emancipação das pessoas com transtornos mentais fazem com que a ATP/DF não esteja preparada para receber e tratar estes indivíduos do Distrito Federal.

Este trabalho mostrou que várias mudanças precisam ser realizadas para que a ATP/DF possa ser um ambiente terapêutico especializado para o tratamento em saúde mental que vise a reinserção do sujeito na sociedade e a sua emancipação, conforme assegurado pelo artigo 2° inciso 1 da Lei 10.216/2001, tais como: alojamento em unidade de saúde; capacitação especializada aos técnicos (inclusive para o tratamento humanizado); e articulação com redes de serviços.

Em relação ao trabalho realizado pelo Serviço Social na ATP/DF, os profissionais são guiados pelo Protocolo Fluxo de Atendimento do Serviço Social na Saúde Prisional, um guia normatizador e regulador das funções dos Assistentes Sociais nas unidades prisionais. Que dentre outras premissas tem o de acompanhar a família e o interno durante e após o processo de desinternação. Este protocolo destaca que o trabalho do assistente social visa a promoção de saúde do interno, a melhoria na qualidade de vida e preparação para sua desinternação por meio de ações especiais de inclusão social do interno e de sua família.

Como estagiária da instituição tive a oportunidade de acompanhar o trabalho dos assistentes sociais e com isso compreender a perspectiva da profissão neste campo. Com isto consigo afirmar que o trabalho por eles realizado é de grande importância para que os direitos fundamentais e os direitos humanos sejam assegurados.

As instituições prisionais possuem demandas muito especificas que podem vir a comprometer a reinserção social do individuo, e o trabalho do assistente social consegue trabalhar na perspectiva de vida dos internos tanto durante o seu período de reclusão quanto no seu processo de desinternação e liberdade.

No caso da ATP/DF destaca-se a importância do aumento da quantidade de profissionais do Serviço Social para que estes direitos sejam assegurados. Hoje a instituição conta com apenas 1 assistente social para atender a todos os 85 internos, e conta também, quando necessário, com a ajuda do assistente social responsável pelas presas do Presidio Feminino do Distrito Federal.

Para que a instituição possa ter resultados positivos e consiga desinternar com saúde e capacidade mental os indivíduos a eles submetidos é necessário que tenha tanto um aumento de profissionais do Serviço Social quanto das demais áreas de saúde e segurança, de forma que se possa ofertar um tratamento eficaz.

Em suma a saúde mental como um todo em nossa sociedade precisa ser pensada em um nível global, capaz de promover saúde, realizar intervenções precoces, e aumentar os mecanismos de acolhimento e escuta de tantos sofrimentos e necessidades. Para que ao receberem um tratamento contínuo e eficaz, estes doentes mentais não venham a cometer infrações penais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL. Código Penal – Decreto-Lei n°2.848, de 7 de Dezembro de 1940. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em 15/06/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Bravo, O. A. As Prisões da Loucura, a Loucura das Prisões: a (Des)Construção Institucional do Preso Psiquiátrico. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília, 2004.

BRITTO, Renata Corrêa. A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Rio de Janeiro: s.n., 2004.

CAMARGO, Sabrina. Um olhar sobre a loucura de Foucault. Científico. Ano III, v. I, Salvador, jan-jun 2003. Disponível em: <www.frb.br/.../Um%20Olhar%20Sobre%20a%20Loucura%20de%20Foucault.pdf>. Acesso em: 26 junho 2014.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira and ALVES, Vânia Sampaio. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.9

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: Curso de especialização à distância em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura. Brasília: Universidade de Brasília/Fiocruz, 2002.

DINIZ, Debora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011 [recurso eletrônico] / Debora Diniz. - Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2013. Acesso em <http://www.unbciencia.unb.br/images/stories/trat_psico2011.pdf.

ESPERIDIÃO, E. - Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 12/06/2014.

FERREIRA, Gina. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma Análise Sócio Política. In Psicanálise & Barroco – Revista de Psicanálise. v.4, n.1: 77-85, jun. 2006. Disponível em: http://www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista/revistas/07/REFORMA.pdf

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 125 p.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica. Brasília: ESMPU, 2008.

LISBOA, Júlio César. A reincidência de internação de pessoas em situação de rua na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) no presídio feminino em Brasília. Brasília, UnB, 2013.

LOBATO. L.V.C. Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

MATIAS, Kamilla Dantas. Por mares nunca dantes navegado: A Loucura Na Stultifera Navis De Bosch. Bahia, 2013. Disponível em: http://anpuhba.org/wp-content/uploads/2013/12/Kamilla-Matias.pdf

PERES, M. F. T. e NERY FILHO, A.: 'A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança'. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, maio-ago. 2002.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. *Saúde mental no Brasil*. São Paulo: Arte e Ciência, 1999.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. História da Psiquiatria: A psiquiatria e a universidade no Brasil: a contribuição de João Carlos Teixeira Brandão no seu

nascimento. Novembro de 2008 - Vol.13 - Nº 11 In Psychiatry on line Brasil. Disponível em: http://www.polbr.med.br/ano08/wal1108.php

ANEXOS

I. Lei 10.216/2001
II. Autorização da Vara de Execuções Penais
III. Ofício de Autorização da Vara de Execuções Penais

ANEXO I

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É 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, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Jose Gregori
José Serra
Roberto Brant

ANEXO II

TJDFT Poder Judiciário da União
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS VEP/FL. 06
Rubrica:

VEP
Vara de Execuções Penais do Distrito Federal

SRTVS, Quadra 701, Bloco N, Lote 08, 2º Andar | CEP 70340-903, Brasília-DF
(61) 3103 1529 | (61) 3103 0696 (fax)

DESPACHO

1. Autue-se, por enquanto, como procedimento.

2. Ouça-se, a Direção da unidade prisional – Penitenciária Feminina do Distrito Federal - PFDF quanto ao pedido formulado pela estudante do Curso de Serviço Social, Priscila Hellane Nepomuceno Aragão. Encaminhe-se cópia da petição.

3. Em não havendo oposição, seja da Direção da Unidade Prisional ou da SESIPE, **AUTORIZO** desde já o requerimento, **cabendo a parte interessada, ainda, agendar os dias de realização das pesquisas diretamente com a direção da unidade prisional**, devendo a direção da unidade prisional responsabilizar-se pela preservação da imagem dos sentenciados, os quais deverão contar com **prévia e expressa autorização** para eventual realização e/ou divulgação de suas imagens **ou dados**, **principalmente quanto às presas provisórias**, observando-se, ainda, o teor dos artigos 5º, XLIX da CF e 40 e 41, VIII da LEP, bem como atendendo-se às naturais restrições inerentes à segurança do estabelecimento prisional.

4. Registre-se, por oportuno, que este Juízo, por estrita questão de segurança, **NÃO AUTORIZA a realização e/ou divulgação de imagens da estrutura arquitetônica das unidades prisionais que possam comprometer a estabilidade do sistema ou implicar em sua vulneração**.

5. Oportunamente, oficie-se, comunique-se ao interessado e arquive-se.

Brasília-DF, terça-feira, 29 de abril de 2014.

VINICIUS SANTOS SILVA
Juiz de Direito Substituto
Vara de Execuções Penais

ANEXO III

PODER JUDICIÁRIO DA UNIÃO
Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios
VARA DE EXECUÇÕES PENAIS DO DF
SRTVS - QD. 701 - LOTE 8 - BLOCO N 2º ANDAR, SALA 205 - BRASÍLIA (SETOR DE RÁDIO E TELEVISÃO SUL) - DF CEP 70340-000 - Telefone: (61)3103-1515 - Fax: (61)3103-0696
Horário de funcionamento: 12:00 às 19:00 horas

Ofício nº 9705/2014

Distrito Federal, 3 de Junho de 2014.

Autos nº 00158092820148070015
(Processo antigo nº 20140110674885)

A Sua Senhoria a Senhora
DEUSELITA PEREIRA MARTINS
Diretora da Penitenciária Feminina do Distrito Federal - PFDF
Granja Luis Fernando Área Especial número 2 Setor Leste do Gama
Gama-DF

Assunto: **Encaminha autorização condicionada a manifestação favorável.**

Senhora Diretora,

De ordem do MM. Juiz de Direito da Vara de Execuções Penais do DF, encaminho a Vossa Senhoria o requerimento anexo, para manifestação dessa Unidade Prisional , acerca do pleito entabulado pela estudante do Curso de Serviço Social, Priscila Hellane Nepomuceno Aragão.

2. Informo, outrossim, que este Juízo, **inexistindo oposição por parte dessa unidade prisionalou da SESIPE**, **autoriza** o requerimento, **cabendo a parte interessada, ainda, agendar os dias de realização das pesquisas diretamente com a direção da unidade prisional**, devendo as direções das unidades prisionais responsabilizar-se pela preservação da imagem dos(as) sentenciados(as), as quais deverão contar com **prévia e expressa autorização**para eventual realização e/ou divulgação de suas imagens, observando-se, ainda, o teor dos artigos 5º, XLIX da CF e 40 e 41, VIII da LEP, bem como atendendo-se às naturais restrições inerentes à segurança do estabelecimento prisional.

3 Registro, por oportuno que este Juízo, por estrita questão de segurança, **NÃO AUTORIZA , a realização e/ou divulgação de imagens da estrutura arquitetônica das unidades prisionais que possam comprometer a estabilidade do sistema ou implicar em sua vulneração.**

Atenciosamente,

RENATA DE AZEVEDO E SILVA FERREIRA
ASSESSORA