

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. MS. MARIA DE FÁTIMA CASTILHOS SCHAEFFER

**TRIPLAMENTE PENALIZADOS: AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS  
PACIENTES JUDICIÁRIOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (CAPS) DO DISTRITO FEDERAL**

CARLA REGINA DA SILVA PRADO

BRASÍLIA  
2008

**CARLA REGINA DA SILVA PRADO**

**TRIPLAMENTE PENALIZADOS: AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS  
PACIENTES JUDICIÁRIOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (CAPS) DO DISTRITO FEDERAL**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Assistente Social, sob a orientação da Prof<sup>ª</sup>. MS. Maria de Fátima Castilhos Schaeffer.

Brasília, julho de 2008.

**TRIPLAMENTE PENALIZADOS: AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS  
PACIENTES JUDICIÁRIOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (CAPS) DO DISTRITO FEDERAL**

Por

Carla Regina da Silva Prado

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Assistente Social, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. MS. Maria de Fátima Castilhos Schaeffer.

04 de julho de 2008.

**Banca Examinadora**

---

Prof<sup>a</sup>. MS. Maria de Fátima Castilhos Schaeffer

---

Prof. Dr. Mário Ângelo Silva

---

Assistente Social Carla Faria Machado

Aos que amam *loucamente*

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, agradeço à minha família, em especial à minha mãe, Gláucia Maria da Silva, que com sua força, garra e coragem, me incentivou e me ensinou a lutar pelos meus objetivos.

Agradeço aos meus amigos, em especial à Milena Veiga Silva e ao Vander de Castro Júnior, obrigada pela verdadeira amizade, pelo carinho e apoio de todas as horas (!). Agradeço também às várias pessoas que passaram e às que continuam fazendo parte do meu ciclo de amizades no decorrer desses quatro anos de formação. E, sem citar nomes, tenho certeza que algumas pessoas eu vou levar no coração e que elas também me levarão e, além disso, o fim da graduação não impede que a amizade permaneça.

Agradeço aos professores do Departamento de Serviço Social, em especial Mário Ângelo Silva, Newton Gomes, Luiz Fernando Viegas, Maria Lúcia Pinto Leal e Patrícia Pinheiro, que me deram a oportunidade de conhecer o mundo acadêmico para além da sala de aula (...), e me proporcionaram um aprendizado que levarei para o resto da vida. Agradeço também à minha orientadora, Maria de Fátima Castilhos Schaeffer, que me caiu de pára-quedas, no entanto, foi uma pessoa com quem tive o prazer de compartilhar idéias. Não podia deixar de agradecer à Domingas e ao Rafael Lucena pela disponibilidade e paciência.

Agradeço, também, a todas as profissionais da Seção Psicossocial da Vara de Execuções Criminais, em especial à xará e mamãe Carla Faria Machado, à Roberta Gasparotto, à Beth Santos e à Ana Paula Aquino, por me apresentarem à Saúde Mental e à Medida de Segurança e permitirem, assim, que eu me apaixonasse por ambas. Obrigada pela amizade, pelos diálogos e conselhos, pela compreensão, pelo apoio, pela confiança e pela profissional que vocês contribuíram imensamente para formar.

Agradeço, ainda, ao Maurício José Pinheiro do Nascimento, pelo amor, compreensão e paciência, e também à sua família, em especial à Jane de Oliveira Pinheiro, ao Marcus Flávio Pinheiro do Nascimento e ao Ricardo Augusto, pela disponibilidade, apoio, amizade e carinho.

Obrigada por darem sentido à minha vida! Amo muito!!!

## **Resumo**

Esta monografia se estruturou a partir do estágio realizado na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Criminais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (SEVEC/TJDFT), especificamente na área de Medida de Segurança, que consiste em uma medida de tratamento compulsório às pessoas inimputáveis ou semi-imputáveis. A Medida de Segurança é uma sentença que pode se dar na modalidade de internação, para os delitos cometidos com penas suscetíveis à reclusão, ou na modalidade de tratamento ambulatorial, para os delitos suscetíveis à pena de detenção. O sentenciado é, assim, absolvido da pena comum devendo realizar um tratamento compulsório: para os sentenciados na modalidade de internação, o tratamento deve ser realizado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou, à sua falta, em outro estabelecimento adequado e, para os sentenciados na modalidade de tratamento ambulatorial, o acompanhamento deve ser realizado na rede pública de atenção à saúde mental do Distrito Federal, em geral, nos Centros de Atenção Psicossocial, e se apresentarem mensalmente na SEVEC. A SEVEC procura trabalhar de acordo com o princípio de desinstitucionalização e demais princípios da Reforma Psiquiátrica, dessa forma, busca a realização de encaminhamentos de saúde para a comunidade, tanto aos pacientes internados na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) quanto aos sentenciados em tratamento ambulatorial. Surgem, portanto, questionamentos baseados no fato de: os sentenciados em regime de internação não estarem em estabelecimento adequado, pois a ATP é localizada no Presídio Feminino do Distrito Federal; a precarização dos serviços públicos em saúde mental do Distrito Federal; a desresponsabilização do Estado frente às questões sociais, dentre outros. Dessa forma, este trabalho procurou realizar um estudo acerca dessas questões, pautado, inicialmente, em um breve Histórico do Sistema Judiciário Brasileiro, em seguida, no Histórico da Política de Saúde Mental do Brasil e do Distrito Federal, além de outras questões específicas. Por fim, foi realizada a pesquisa de campo, que consistiu na aplicação de questionários semi-estruturados a oito profissionais e entrevistas semi-estruturadas a duas assistentes sociais dos Centros de Atenção Psicossocial de Saúde Mental (CAPS) do Distrito Federal. Destacam-se como resultados dessa pesquisa: a) o Governo do Distrito Federal (GDF) não tem despendido recursos suficientes para a manutenção e, menos ainda, para a ampliação do sistema de saúde mental do Distrito Federal (DF); b) não há serviço de atenção à saúde mental disponível aos trabalhadores em saúde mental do DF; c) os profissionais dos CAPS não contam com serviços de capacitação e supervisão assiduamente, bem como, inexistente capacitação voltada ao trabalho com pacientes judiciários; d) nem todos os profissionais dos CAPS demonstraram realizar atendimento a esses pacientes sem distinção e, por último, e) o trabalho em rede entre saúde, assistência social e justiça é irrisório e ineficaz.

Palavras-chave: Saúde Mental; sofrimento psíquico; Reforma Psiquiátrica; serviços substitutivos (CAPS); desinstitucionalização; Sistema Judiciário; SEVEC; Medida de Segurança; paciente judiciário; Serviço Social; desresponsabilização do Estado; direitos sociais.

“[...] mas embora os loucos morram, se extingam, a loucura sobrevive. Há também que destruir a loucura. Como? Privando-a de nome, emudencendo-a, privando-a do direito à existência. Esta é a função das doenças mentais. Digamos de entrada: não existem doenças mentais, só existem doenças sociais. A loucura não é algo que acontece a um homem, mas sim algo que acontece entre os homens, ou seja, na sociedade. E a psiquiatria inventou o conceito de doença ‘mental’ para cobrir a verdade. E a psiquiatria, por sua vez, foi inventada para servir à ordem social interessada em tal encobrimento: a ordem burguesa.”  
(Christian Delacampagne apud OBIOLS, p. 112)

## **Lista de Siglas**

AIS – Ações Integradas de Saúde  
ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e drogas  
CIS/DF – Comissão Interinstitucional do Distrito Federal  
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental  
CODEPLAN – Companhia de Desenvolvimento do Planalto  
COMPP – Centro de Orientação Médico e Psico-Pedagógico  
CONASP – Conselho Nacional de Saúde Previdenciária  
COSAM – Coordenação de Saúde Mental do Distrito Federal  
CP – Código Penal  
DF – Distrito Federal  
DISAM – Divisão Nacional de Saúde Mental  
EAPE – Estudos e Acompanhamento a Presos e Egressos  
FHDH – Fundação Hospitalar do Distrito Federal  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
GDF – Governo do Distrito Federal  
GESAM – Gerência de Saúde Mental do Distrito Federal  
HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal  
HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico  
HPAP – Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico  
HUB – Hospital Universitário da Universidade de Brasília  
HSVP – Hospital São Vicente de Paulo  
IML – Instituto de Medicina Legal  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
ISM – Instituto de Saúde Mental  
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS – Medida de Segurança ou Ministério da Saúde  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial  
PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário  
PFDF – Presídio Feminino do Distrito Federal  
PSF – Programa Saúde da Família  
PVC – Programa de Volta para Casa  
REMA – Reformulação do modelo de atenção à saúde no Distrito Federal  
SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
SEVEC – Seção Psicossocial da Vara de Execuções Criminais  
SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TJDFT – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios  
VEC – Vara de Execuções Criminais  
UnB – Universidade de Brasília



## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 – Quantitativo dos profissionais do CAPS I do Riacho Fundo que responderam à pesquisa (p. 63)

Gráfico 2 – Quantitativo dos profissionais do CAPS II de Taguatinga que responderam à pesquisa (p. 72)

Gráfico 3 – Total de profissionais que responderam à pesquisa (p. 77)

## Sumário

<b>Introdução.....</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo I – Breve Histórico do Sistema Judiciário.....</b>	<b>13</b>
1.1. O Poder Judiciário Brasileiro.....	16
1.2. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios e o Serviço Social.....	18
1.3. Seção Psicossocial da Vara de Execuções Criminais (SEVEC).....	20
1.4. A Medida de Segurança (MS).....	21
1.5. Limites Institucionais no Âmbito da MS.....	26
<b>Capítulo II – Triplamente Penalizados?.....</b>	<b>28</b>
2.1. A Desresponsabilização do Estado e a Redução dos Direitos Sociais.....	29
2.2. A Centralidade do Trabalho.....	32
2.3. O Poder Psiquiátrico.....	37
2.4. O Papel da Família.....	44
<b>Capítulo III – A Saúde Mental no Brasil e no Distrito Federal.....</b>	<b>46</b>
3.1. A Política de Saúde Mental Brasileira.....	48
3.2. A Política de Saúde Mental do Distrito Federal.....	54
3.2.1. Programa “De Volta para Casa”.....	57
<b>Capítulo IV – Pesquisa de Campo.....</b>	<b>59</b>
4.1. Resultados.....	61
4.1.1. Instituto de Saúde Mental, o primeiro “CAPS” em saúde mental do Distrito Federal.....	61
4.1.2. CAPS II do Paranoá, o segundo.....	67
4.1.3. CAPS II de Taguatinga, o terceiro e “último”.....	70
4.2. Discutindo os Resultados.....	77
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>80</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>83</b>
<b>Apêndice</b>	
- Roteiro semi-estruturado de entrevista	
- Questionário semi-estruturado.	

## **Introdução**

O presente trabalho tem o intuito de analisar a hipótese de que o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial não estão de acordo com os princípios e as diretrizes da Política de Saúde Mental, pois não é interesse do Estado (neste caso, do Governo do Distrito Federal – GDF) garantir o acesso à saúde — ainda que seja direito fundamental de qualquer cidadão ou cidadã — aos pacientes judiciários portadores de sofrimento psíquico, pois eles devem ser excluídos do convívio em sociedade por serem “loucos”, “criminosos”, “perigosos” e, ainda, socialmente/economicamente improdutivos.

Assim, para melhor compreensão e estudo do tema, a metodologia adotada envolveu pesquisa bibliográfica, dentre as quais se destacam os autores: Amarante (1995; 1996), Foucault (1972; 1984; 1987; 2001) e Frayze-Pereira (2002), bem como, autores do Serviço Social: Faleiros (1995), Iamamoto (1986; 1999), Potyara Pereira (1998), dentre outros. Além disso, foi de suma importância a realização de análise documental da legislação de saúde mental vigente no Brasil e no Distrito Federal.

Por fim, a pesquisa de campo, que incluiu a realização de entrevistas semi-estruturadas às Assistentes Sociais e aplicação de questionários semi-estruturados aos demais profissionais com atuação nos Centros de Atenção Psicossocial de Saúde Mental do Distrito Federal, foi realizada no período de 05 de maio a 06 de junho de 2008.

O trabalho foi dividido em quatro capítulos. O primeiro abarca desde um breve histórico do Sistema Judiciário à especificidade da Medida de Segurança. O segundo aborda pontos específicos: a (des)responsabilização do Estado e a redução dos direitos sociais — em especial, o direito à saúde —; a centralidade do trabalho; o poder-saber médico psiquiátrico atrelado à questão da periculosidade e, por fim, o papel da família. O terceiro trata da abordagem histórica do modelo de atenção à saúde mental no Brasil e no Distrito Federal. E, finalmente, o quarto capítulo diz respeito à pesquisa de campo realizada nos Centros de Atenção Psicossocial de Saúde Mental, localizados no Paranoá, em Taguatinga e no Riacho Fundo I, todos do Distrito Federal, onde foi realizada a análise qualitativa dos dados levantados e a comparação com as hipóteses do projeto.

Entendemos que a temática do estudo proposto pode e deve ser compreendida de forma ampla, o que implica aferir a realidade como multifacetada, que comporta diferentes olhares e atores, cabendo, portanto, uma abordagem sob diversos aspectos, fatos, contradições, entre outros. Nesse sentido, segundo Amarante (1995, p. 46), “*podemos atribuir à história uma potência demarcadora de diferença e, com isso, tê-la como instrumento de desconstrução dos dispositivos institucionais percebidos como a-históricos e, assim, eternos, espontaneamente produzidos e imutáveis*”.

Sendo assim, temos a pretensão de contribuir e, ao mesmo tempo, embasar futuras pesquisas na área de saúde mental, inicialmente, no âmbito do Serviço Social, por ser imprescindível na atuação do assistente social, visto que contribui para ampliar e consolidar a *cidadania*, reconhecendo a *liberdade* como valor ético central, a *autonomia*, a *emancipação*, a defesa e o aprofundamento da *democracia*.

## Capítulo I

### Breve Histórico do Sistema Judiciário

Para a compreensão deste trabalho, é importante destacar os (des)caminhos do Sistema Judiciário e, em específico, o que tange a inserção da temática Saúde Mental em seu interior.

\*\*\*

A análise do poder disciplinar é ponto fundamental na investigação a respeito da genealogia da prisão e do exercício das práticas penais e, como base para o aprofundamento dessas questões, a obra *Vigiar e Punir* de Michel Foucault é de essencial importância.

Segundo o referido autor, na Idade Clássica, durante os séculos XVII e XVIII, o poder era fundamentado e configurado na figura do Rei. Este, com sua presença física e mítica, ordenava, ameaçava e punia, vingando-se, através do suplício — sentenças à “morte de rodas”, “forca”, ao “patíbulo”, “esquartejamento” ou ao “pelourinho”<sup>1</sup> —, dos corpos daqueles que insurgirem-se contra suas ordens. Assim, o corpo transformava-se em “*coisa do rei, sobre a qual o soberano imprimia sua marca e deixava cair os efeitos de seu poder*” (FOUCAULT, 1987: 98).

O Direito, na época, era teoricamente composto pela função de fazer notórios os direitos legítimos do monarca — aquele que tinha exclusividade no exercício do poder — e, portanto, de conduzir os súditos à obrigação legal da obediência.

O superpoder monárquico visava atingir o imaginário das pessoas que assistiam às condenações — instaurando-se a política do medo —, fazendo com que, com os requintes de perversidade das exhibições, se sentissem aterrorizadas, sendo obrigadas, portanto, a obedecer cegamente às ordens impostas pelo Rei.

---

<sup>1</sup> FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*, p. 46.

O suplício se inseriu tão fortemente na prática judicial, porque é revelador da verdade e agente do poder. Ele promove a articulação do escrito com o oral, do secreto com o público, do processo de inquérito com a operação de confissão; permite que o crime seja reproduzido e voltado contra o corpo visível do criminoso; faz com que o crime, no mesmo horror, se manifeste e se anule. Faz também do corpo do condenado o local de aplicação da vindita soberana, o ponto sobre o qual se manifesta o poder, a ocasião de afirmar a dissimetria das forças (FOUCAULT, 1987: 47).

Entretanto, a partir da metade do século XVII, os efeitos destas exhibições vêm se desgastando e provocando tensões junto à população, fazendo emergir uma fragilidade no poder real. Conseqüentemente, visando o controle das pressões populares, em fins do século XVIII, os técnicos do Direito elaboraram uma reforma no sistema judiciário vigente.

Porém, esta reforma, segundo Foucault, estaria longe de se fundamentar no humanismo, ainda que fosse este o discurso veiculado para justificá-la, estava, pelo contrário, alicerçada no desejo de instaurar um poder de julgar e subjugar, onde a autoridade real não se fizesse de forma excessivamente violenta. Criaram-se, então, técnicas e discursos no aparato jurídico, uma nova distribuição do poder, diminuindo o custo econômico e político da punição, eliminando o caráter teatral e abolindo a arbitrariedade visível.

O verdadeiro objetivo da Reforma, e isso desde suas formulações mais gerais, não é tanto fundar um novo direito de punir a partir de princípios mais eqüitativos; mas estabelecer uma nova 'economia' do poder de castigar, assegurar uma melhor distribuição dele, fazer com que não fique concentrado demais em alguns pontos privilegiados, nem partilhado demais entre instâncias que se opõem; que seja repartido em circuitos homogêneos que possam ser exercidos em toda parte, de maneira contínua e até o mais fino grão do corpo social (FOUCAULT, 1987: 75).

Deste modo, o poder atinge uma meta política, dissemina-se em todos os setores da sociedade. O poder, anteriormente irrestrito ao Rei, dá lugar ao novo modelo de controle *“tão discreto quanto possível o singular poder de punir”* (FOUCAULT, 1987: 264).

O controle passa a ser organizado pelo adestramento dos corpos, envolvendo-os e sujeitando-os numa mecânica produtiva. Com o advento do capitalismo industrial e com o crescimento demográfico do século XVIII, vê-se a necessidade de inscrever os corpos, disciplinados, em produtores de mais-valia. A produção de riquezas exige um sujeito politicamente dócil e operacionalizador de força produtiva. O poder disciplinar, associa-se,

portanto, aos interesses do Capital, à medida que produz o estranhamento, a alienação proveniente da relação capital-trabalho.

Conforme análise de Marx, a respeito da situação do trabalhador na eclosão do capitalismo “*o trabalhador decai a uma mercadoria e a mais miserável das mercadorias, torna-se um ser estranho a ele, um meio de sua existência material*”. (MARX *apud* FERNANDES, 2003:48).

Em resumo, a prisão, no final do século XVIII e início do século XIX, nos países já industrializados, passou a ser considerada como a pena das sociedades civilizadas (FOUCAULT, 2001). A industrialização trouxe a necessidade de mão-de-obra, e com isso, a prisão apareceu como meio privilegiado de transformar pessoas ociosas em população trabalhadora. Os corpos dos condenados, mais do que punidos, deveriam ser transformados em corpos dóceis, através de técnicas de coerção, processos de treinamento, até se traduzirem em novos comportamentos produtivos, socialmente úteis. A prisão foi projetada como uma empresa de modificação de indivíduos, assim como a escola, as oficinas, os quartéis, etc (FOUCAULT, 2001).

Ao entrar na prisão, o interno deve perder sua auto-imagem, assim como perde alguns de seus direitos fundamentais: votar, responsabilizar-se pelos filhos etc. Perde sua privacidade e, na maioria dos presídios, está permanentemente exposto aos olhares alheios, no pátio, no dormitório coletivo, no banheiro sem porta. Deve conviver intimamente com companheiros que não escolheu, sendo, na maioria das vezes, indesejáveis; as suas visitas são públicas; a sua correspondência é lida e censurada.

Nas prisões, as palavras-chaves são segurança e disciplina. O privilégio máximo é a progressão do regime, ou seja, o semi-aberto, que proporciona algumas saídas periódicas por ano, e os benefícios judiciais, quais sejam, a prisão albergue ou domiciliar e o livramento condicional.

A existência de uma organização social própria, com uma sub-cultura característica, torna o mundo carcerário, grosso modo, impermeável a influências externas. Assim, a prisão falha no seu propósito inicial de mudar as pessoas. Nesta linha, o resultado máximo obtido é fazer com que o indivíduo se torne um bom preso. “*O difícil é saber para que pode*

*servir um bom preso, uma vez que a sua pena tenha terminado (...)*” (BUFFARD apud THOMPSON, 1976: 45).

O fracasso da prisão já foi indicado há 150 anos e pode ser verificado todos os dias. A prisão permanece porque é utilizada dentro de uma estratégia política. Os “marginais” são úteis, tanto do ponto de vista econômico quanto político. A prisão, ou ainda, a própria lei, a forma de aplicá-la e o sistema de penas servem para controlar os comportamentos segundo interesses determinados, dentro de um conjunto de mecanismos de dominação. Para tal, os sistemas jurídico, policial, penal, desvirtuam seu propósito de acabar com as ilegalidades e termina por utilizá-las, administrá-las segundo os critérios desejados por quem as administra. A melhor técnica de administração encontrada foi a de transformar um infrator de determinado artigo do código penal num delinquente consumado. Isso se faz de modo privilegiado através da prisão e do conseqüente estigma de ex-presidiário. Segundo Foucault:

O que é fascinante nas prisões é que nela o poder não se esconde, não se mascara cinicamente, se mostra como tirania levada aos mais ínfimos detalhes, e, ao mesmo tempo, é puro, é inteiramente ‘justificado’, visto que pode inteiramente se formular no interior de uma moral que serve de adorno ao seu exercício; sua tirania brutal aparece então como dominação serena do Bem sobre o Mal, da ordem sobre a desordem (FOUCAULT, 1984:72-73).

Isso denota algumas formas de controle social impostas pelo Estado, ou seja, a existência dos poderes de dominação, da disciplina dos corpos e do poder-saber *justificado*, como analisa Foucault, transformam uma decisão judicial em rotulação dos sujeitos, na necessidade iminente de transformá-los moralmente e, somente assim, “(re)integrá-los” socialmente.

### **1.1. O Poder Judiciário Brasileiro**

O Poder Judiciário Brasileiro é baseado no paradigma normativista que herdou do modelo de Justiça de Portugal, no período do Brasil colônia. Para Souza (2004), seria constituída a função social do aparelho de Estado: um mecanismo de regulação e controle social, realizado pelo Poder Judiciário, por meio da prestação de serviços jurisdicionais, da



interpretação e aplicação das leis com vistas à resolução de conflitos e dissídios entre os cidadãos.

No contexto atual, o Estado tem assumido uma postura eminentemente mediadora, o que possibilita a ampliação de sua função social, por meio da aplicação de mecanismos jurídico-legais corretivos e, paralelamente, compensatórios, com vistas à negociação dos litígios, obrigando os sujeitos a fazerem concessões recíprocas. Dessa forma, o Judiciário mantém seu específico papel de punição, porém, devolve — de certa forma — aos sujeitos, a incumbência da resolução de seus conflitos, cabendo-lhes assim, a mediação dos mesmos.

Ao vislumbrar o judiciário nessa perspectiva de mediação, percebe-se que o paradigma normativista não estaria apto para desempenhá-la, sendo útil somente o seu saber jurídico. Assim, outras áreas do saber, como, o Serviço Social, se integram a esse contexto, para proporcionar a complementaridade e a manutenção de tal cenário jurídico. A função do Serviço Social para sistema judiciário baseia-se na compreensão das relações sociais que, no campo do direito, são vistas de forma positivista — ou seja, impede uma compreensão dialética da realidade, ao desconsiderar as contradições sociais, bem como os variados interesses dos sujeitos sociais. Assim, o Serviço Social imprime ao judiciário uma característica fundamental: a análise crítica da totalidade.

Iamamoto (1999), revela que é nesse terreno de disputas e conflitos que trabalham os assistentes sociais, onde exercem suas atribuições tendo em vista a função de oferecer subsídios para a decisão judicial por meio do estudo social, aconselhamentos, orientação e acompanhamentos, além de atuarem na viabilização de benefícios, no acesso aos serviços judiciários e recursos oferecidos pelas políticas públicas ou pela sociedade, articulando-se às formas públicas de controle democrático do Estado.

Nesse contexto, configura-se a “Crise” no Judiciário, caracterizada historicamente pela desigualdade social, pelo desemprego, pelo analfabetismo, pela concentração de renda, pela violência social e institucional, pela criminalidade organizada, pela precariedade de condições de saúde, habitação e assistência social, enfim, pelas múltiplas expressões da questão social configurada na organização social brasileira (SOUZA, 2004).

## **1.2. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios e o Serviço Social**

O Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) tem 394 anos e é a instituição judiciária mais antiga do país. Tem como missão “garantir o pleno exercício do direito, indistinta e imparcialmente, a toda a sociedade do Distrito Federal e Territórios”.<sup>2</sup>

O Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, juntamente com os Tribunais Estaduais, compõe a justiça comum, que processa e julga os conflitos e dissídios predominantemente entre os cidadãos, com possibilidade de recurso ao Superior Tribunal de Justiça e ao Supremo Tribunal Federal, caso as decisões tomadas em única ou última instância não tenham satisfeito uma das partes, ou diga respeito à inconstitucionalidade da lei.

Com a transferência da capital do Brasil para o atual Distrito Federal, a Lei nº 3.754/96 dispôs uma nova organização da justiça no Distrito Federal, fixando a sua composição em 07 desembargadores. A Constituição Federal de 1988 dá autonomia para que os órgãos do poder judiciário, em nível de justiça federal e estadual, elaborem normas e leis que regulamentem o funcionamento e a organização dos seus órgãos jurisdicionais e administrativos, toda a justiça do Distrito Federal e Territórios, do seu regimento interno e do Provimento Geral da Corregedoria (SOUZA, 2004).

O surgimento e expansão do Serviço Social nos órgãos do poder judiciário de Brasília coincidem com o movimento de redemocratização do país que teve como corolários o reconhecimento dos direitos coletivos e sociais, e um reordenamento na estrutura jurídico-legal e sócio-institucional dos órgãos do poder judiciário na capital. Ao judiciário coube dar as garantias tanto jurídico-legais de acesso dos cidadãos aos seus direitos individuais, coletivos e sociais, bem como, dar as garantias sócio-organizacionais de acesso dos seus servidores/trabalhadores, também na condição de sujeitos de direitos, a serviços sociais voltados para o seu bem-estar (SOUZA, 2004).

Outro período, diz respeito ao caráter interno do Serviço Social, que se caracterizou pelo surgimento de críticas aos preceitos do Movimento de Reconceituação,

---

<sup>2</sup> Site [www.tjdftorg.br](http://www.tjdftorg.br)

na medida em que se desmistificou o papel de agente de transformação social atribuído ao assistente social, levando muitos profissionais a negarem as instituições como campo de intervenção em função do caráter alienante e alienador da prática profissional, pois, no campo ideológico, representava um agente à serviço do capital (SOUZA, 2004).

Com base no resgate relativo ao surgimento do Serviço Social nos Tribunais Superiores e Federais de Brasília, constatou-se que a inclusão da área profissional nas suas estruturas administrativas ocorreu em meados dos anos de 1980. A grande maioria das seções destinadas ao assistente social foi definida regimentalmente como Seção de Assistência Social e com a atribuição de administrar e executar benefícios e programas assistenciais voltados para o bem-estar dos servidores e seus dependentes (SOUZA, 2004).

O resgate das condições sócio-históricas que propiciaram a inserção do assistente social nas atividades técnico-jurídicas da justiça de primeiro grau do Distrito Federal revelou que o surgimento do trabalho do assistente social em setores psicossociais, em sua fase embrionária, foi mais o resultado do movimento interno da própria categoria profissional que os compõe, e que teve a sua expansão pela necessidade de adequação de novos dispositivos jurídico-legais às novas determinações sócio-políticas da sociedade de direitos e do próprio poder judiciário (SOUZA, 2004).

No TJDF, o assistente social exerce a função de assessoria de natureza psicossocial. Contudo, esse assessoramento não se restringe apenas à elaboração de relatórios ou pareceres para subsidiar a decisão judicial, mas amplia-se para a utilização de conhecimentos e habilidades que visam garantir a execução e o cumprimento da sanção ou restrição judicial imposta. Destarte, os setores psicossociais formam um ente não-jurídico, que atende a uma demanda institucional e profissional de auxiliar a resolução dos conflitos levados à esfera jurídica.

A demanda institucional do judiciário permite que o assistente social utilize os conhecimentos da prática profissional com o intuito de compreender e explicar as múltiplas determinações da questão social, que se expressam como objeto de sua intervenção.

A atuação profissional privilegia a garantia de acesso a direitos, em especial, no

contexto judiciário, lança um desafio ao assistente social, que é o de desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas, capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. O que significa ser um profissional propositivo e não só executivo (IAMAMOTO, 1999).

Dessa forma, Iamamoto (1999: 144) avalia que o trabalho profissional do assistente social requisita *“um profissional culto e atento às possibilidades descortinadas pelo mundo contemporâneo, capaz de formular, avaliar e recriar as propostas ao nível das políticas sociais e da organização das forças da sociedade civil”*. Sendo assim, um profissional *“crítico e propositivo, que aposte no protagonismo dos sujeitos sociais”*. Sem desconsiderar a importância do conhecimento do instrumental técnico-operativo no auxílio das ações de assessoria, planejamento, pesquisa, gestão e avaliação de programas e serviços sociais de qualidade, dentre outros (IAMAMOTO, 1999).

### **1.3. Seção Psicossocial da Vara de Execuções Criminais (SEVEC)**

A Seção Psicossocial da Vara de Execuções Criminais tem como função “atender às demandas judiciais relativas à execução penal, no que diz respeito aos seus aspectos psicossociais, buscando garantir o exercício da cidadania dos seus usuários”<sup>3</sup>. É de sua competência: prestar assessoria ao Juiz da Vara de Execuções Criminais (VEC) nos assuntos psicossociais relativos à execução de penas; fornecer subsídios para as decisões judiciais, especialmente no que se refere aos aspectos subjetivos; monitorar o cumprimento dos benefícios concedidos aos sentenciados no Distrito Federal; articular-se com outros órgãos no sentido de promover o retorno dos sentenciados ao convívio social.

A atuação psicossocial da VEC existe desde 1984, porém a estrutura da Seção, subordinada ao Juiz da VEC, foi instituída em 1996, mediante a publicação da Portaria CG nº 356/96. No princípio, prestava atendimentos individuais aos sentenciados beneficiados com a prisão domiciliar ou livramento condicional, atendimento aos familiares e visitas aos presídios. Posteriormente, com a inserção de profissionais do

---

<sup>3</sup> Plano de Ação (2004/2006) desenvolvido pela SEVEC

Serviço Social e da Psicologia, ou seja, de assistentes sociais e psicólogos, houve uma sistematização e ampliação das atividades. Assim, foi surgindo a SEVEC que abarca: o Estudo e Acompanhamento a Presos Egressos (EAPE), a Medida de Segurança (MS), bem como, o trabalho com Empregadores de presos beneficiados com o Trabalho Externo.

A SEVEC, em função da especificidade de suas atribuições, especialmente por seu caráter de assessoria, está subordinada diretamente ao Juiz da VEC. Entretanto, administrativamente está vinculada ao cartório, uma vez que, por se tratar de uma Seção, não tem autonomia administrativa para solicitar serviços e encaminhar alguns procedimentos administrativos.<sup>4</sup>

De acordo com o Plano de Ação, construído pela própria Seção, as diretrizes que norteiam a intervenção psicossocial da VEC estão fundamentadas em referenciais teóricos que privilegiam a interdisciplinaridade, visto que a realização do trabalho se dá, tanto por profissionais do Serviço Social, quanto da Pedagogia e da Psicologia. Apesar da insuficiência do quadro profissional, eles visam o exercício do trabalho em grupo, da cidadania e da participação social, mediante fortalecimento de redes de apoio à família e à comunidade.

Em virtude da natureza das demandas, que extrapolam o contexto judiciário, a Seção realiza ações conjuntas, por exemplo, o trabalho em rede (apesar de restrito), quando que se procura realizar articulações interinstitucionais, tendo como parceiras, as áreas de assistência social, saúde, segurança pública, instituições de ensino superior e empregatícias.

#### **1.4. A Medida de Segurança (MS)**

A Medida de Segurança consiste em uma imposição de tratamento, que tem um tempo mínimo de um a três anos, sem ter, contudo, um prazo máximo determinado. Para ser aplicada, necessita que seja constatada a inimputabilidade ou a semi-imputabilidade do

---

<sup>4</sup> Plano de Ação da SEVEC (2004/2006).

agente, por meio de Laudo Psiquiátrico que, no Tribunal de Justiça do Distrito Federal, é realizado por peritos psiquiatras do Instituto de Medicina Legal (IML).

A Lei de Execuções Penais (LEP), baseia-se nas circunstâncias e nas condições em que o delito ocorreu, sem descaracterizar a natureza do delito. Convencionou-se a aplicação das Medidas de Segurança em duas modalidades, ou seja, os delitos cometidos com penas suscetíveis à pena de reclusão são convertidos em medida de segurança na modalidade de internação, e os delitos cometidos com penas suscetíveis à pena de detenção são convertidos em medida de segurança na modalidade ambulatorial (SOUZA, 2004).

Desde 1940, a Medida de Segurança é regida pelo Código Penal Brasileiro, Artigos 26 e, 96 a 99, configurando-se como uma medida de tratamento. Segundo o artigo 26 do Código Penal (CP):

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (DELMANTO, 2003: 47).

A partir do entendimento jurídico descrito acima, percebe-se que a Medida de Segurança aplicada se trata de uma modalidade de “pena” em que são atribuídos aos indivíduos dois estigmas: o de criminoso e o de louco — louco infrator<sup>5</sup>.

Depois de expedida a sentença de medida de segurança na modalidade de internação, o sentenciado é recolhido, na maioria das vezes, na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), localizada na Penitenciária Feminina do Gama – DF. Na verdade, este espaço foi cedido para a referida Ala, em virtude da ausência de outro local.

Salientamos que, de acordo com artigo 96 do Código Penal, nos casos em que é determinada a internação do paciente, o tratamento deve ser realizado em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, manicômio judiciário (nos moldes da Reforma Psiquiátrica) ou, à falta desses, o tratamento deve ocorrer em outro estabelecimento

---

<sup>5</sup> Não é intenção deste estudo avaliar qual a melhor terminologia para se referir aos sentenciados em Medida de Segurança ou às pessoas portadoras de sofrimento psíquico, portanto, os termos como paciente judiciário portador de sofrimento psíquico, pessoa portadora de sofrimento psíquico, “louco infrator” — inclusive, entre aspas, por não vê-lo como um termo confortável —, ou quaisquer outras nomeações encontradas no decorrer do texto devem ser encaradas como nomenclaturas usualmente utilizadas, com a intenção de realizar uma aproximação mais humanitária possível e, portanto, não seria apropriado interpretá-las como forma de estigmatização, discriminação ou derivados.

adequado. Deste modo, Presídio não pode ser considerado estabelecimento adequado para o tratamento de pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

A estruturação do quadro de profissionais da ATP (como por exemplo, assistentes sociais, psicólogos e médicos) é eminentemente incipiente, e isso corrobora para que o “tratamento” compulsório a que os internos são submetidos seja cada vez mais longo. Tal realidade denota o nível de atenção que é despendida ao sistema penitenciário, ou seja, percebe-se que seu maior interesse está em conter, controlar e excluir os loucos infratores, uma vez que é presumida a sua periculosidade<sup>6</sup>.

De acordo com o artigo 97, § 1º, do Código Penal:

A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos (DELMANTO, 2003: 275).

O prazo mínimo deve ser estabelecido pelo Juiz que aplica a medida de segurança. Apesar de não estar previsto, no Código Penal, o prazo máximo de duração das medidas de segurança, a Constituição Federal Brasileira determina a não existência de penas com caráter perpétuo (Art. 5º da Constituição Federal). Sendo assim, o prazo máximo não poderá exceder 30 anos de prisão (art. 75 do CP). Dessa forma, a medida de segurança não pode ultrapassar 30 anos de duração, mesmo porque, se o que se busca com a internação é o tratamento e/ou a “cura” ou a recuperação das pessoas internadas e não a sua punição, 30 anos é um prazo indubitavelmente longo para consumir tal objetivo.

No que diz respeito ao acompanhamento psicossocial dos sentenciados em regime de internação, a SEVEC afirma os seguintes objetivos: garantir as condições de tratamento; garantir a realização periódica do exame de cessação de periculosidade; sugerir encaminhamentos para instituições de atenção à saúde mental; promover a desinstitucionalização progressiva, visando o retorno ao convívio social e o resgate das condições de cidadania.

As atividades de rotina traçadas pela própria Seção no que concerne ao acompanhamento dos internos da ATP são as seguintes: estudo e resumo processual, entrevistas com os internos e com as famílias, visitas domiciliares, elaboração de

---

<sup>6</sup> Plano de Ação da SEVEC (2004/2006).

relatórios, audiência para desinternação condicional, reuniões para estudo de caso e encaminhamentos para atendimento de demandas extrajudiciais.

Quanto às atividades de rotina relativas ao acompanhamento dos sentenciados em regime ambulatorial, estas consistem em: audiência para tratamento ambulatorial; estudo de resumo processual; atendimento mensal na SEVEC, com o objetivo de acompanhar o tratamento realizado na rede de saúde e identificar demandas; reuniões para estudo de caso; visitas a clínicas e instituições de atenção à saúde mental, com o intuito de conhecer o programa terapêutico da instituição e discutir os casos dos pacientes encaminhados por determinação do Juiz da VEC; elaboração de relatórios<sup>7</sup>.

Para que a Medida de Segurança seja extinta é necessário que haja a constatação da *cessação da periculosidade* que é obtida mediante novo Laudo Psiquiátrico do IML. O saber psiquiátrico é, portanto, hegemônico no âmbito da Medida de Segurança.

De acordo com o plano de ação da SEVEC, a mesma pauta suas ações nos princípios da Reforma Psiquiátrica, visando a desinstitucionalização dos sentenciados submetidos à medida de segurança em regime de internação, sua permanência no âmbito familiar e sua inclusão social. No entanto, em virtude da existência de poucos espaços destinados a tal finalidade, a referida Seção, por vezes, não consegue atingir seus objetivos.

No âmbito da MS, a visita domiciliar tem como objetivo informar os membros da família sobre os procedimentos técnico-jurídicos e técnico-profissionais que envolvem o cumprimento da medida de segurança; orientar quanto à natureza, o tipo e os sintomas relacionados ao sofrimento psíquico; e desmistificar os preconceitos, estigmas e representações quanto à presunção de periculosidade do louco infrator. A visita à Ala Tratamento Psiquiátrico (ATP) tem como objetivo orientar o segurado quanto aos procedimentos técnico-jurídicos e técnico-profissionais que envolvem o cumprimento de tal medida; conhecer a sua capacidade de entendimento em relação ao delito cometido e sua estada na ATP, a permanência de vínculos familiares, a relação que ele estabelece

---

<sup>7</sup> Plano de Ação da SEVEC (2004/2006).



entre a sua sociabilidade institucional, os projetos e expectativas de vida pessoal e sócio-familiar<sup>8</sup>.

Em resumo, no acompanhamento psicossocial dos sentenciados em medida de segurança, a SEVEC aponta os seguintes objetivos: a) acompanhamento do sentenciados e seus familiares, tanto em regime de internação quanto em regime de tratamento ambulatorial; b) garantir as condições de tratamento; c) sugerir encaminhamentos para instituições da rede pública de atenção à saúde mental; d) promover a desinstitucionalização por meio da desinternação progressiva e garantir a realização periódica do exame de cessação de periculosidade (os dois últimos pontos dizem respeito ao sentenciados em regime de internação), visando o retorno ao convívio social e o resgate das condições de cidadania.

Além disso, os projetos desenvolvidos pela equipe de acompanhamento à medida de segurança da SEVEC pautam-se nos princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica, cujo marco legal, no Brasil, está inscrito na Lei nº 10.216 04 de junho de 2001. A Lei dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Dessa forma, foi construído um projeto que constitui mais uma etapa do processo de Reforma Psiquiátrica, que visa a desinstitucionalização e o retorno ao convívio social de seu público-alvo. Trata-se do projeto de implantação de uma *Residência Terapêutica*, que é uma proposta intersetorial, com vistas à implantação de um abrigo para portadores de transtorno mental, estendido a autores de ato infracional, considerados inimputáveis ou semi-imputáveis, com medida de segurança de tratamento ambulatorial ou desinternados condicionalmente, que não contam com suporte familiar.

A Seção vem agindo no sentido de buscar a implementação do projeto supracitado, por meio de articulações com atores sociais e instituições estratégicas. No entanto, percebe-se que tal implementação depende das relações de poder e políticas que se encontram estabelecidas.

É importante destacar que, a Seção conseguiu grande credibilidade junto aos juízes da VEC, que acatam, aproximadamente, 90% de suas sugestões. Outro resultado alcançado

---

<sup>8</sup> Plano de Ação da SEVEC (2004/2006).

pela Seção foi a conquista de Saídas Quinzenais e Especiais para os internos da ATP. Tais saídas não estão previstas em lei, no entanto, os profissionais da SEVEC, de forma estrategicamente articulada, as viabilizaram, cientificando as autoridades competentes de que o isolamento contínuo provoca a fragilização dos laços familiares, dificultando a saída do sistema penitenciário.

### **1.5. Limites Institucionais no Âmbito da MS**

No Distrito Federal há uma precarização dos serviços públicos em Saúde Mental. Os serviços substitutivos, que se configuram como alternativas para a substituição dos manicômios, não foram totalmente efetivados. Não foram criados serviços básicos como as Residências Terapêuticas, que são um importante suporte para as pessoas portadoras de sofrimento psíquico, que não possuem referência familiar ou cujos laços familiares se encontram fragilizados.

Existem apenas seis Centros de Atenção Psicossocial no Distrito Federal, um é voltado para o atendimento de crianças com até doze anos de idade (mais conhecido como COMPP – Centro de Orientação Médico e Psico-Pedagógica), localizado na Asa Sul; três específicos em saúde mental, localizados no Paranoá, Riacho Fundo I e Taguatinga, e outros dois para tratamento de uso abusivo e dependência de álcool e/ou outras drogas, localizados no Guará e em Sobradinho II. Destacamos que crianças com idade superior aos doze anos são encaminhadas para atendimento no ADOLESCENTRO. Ambos estão com a demanda bastante elevada, situação congruente ao único hospital psiquiátrico — Hospital São Vicente de Paulo, comumente conhecido como Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP) — que atende a toda demanda do Distrito Federal e Entorno.

Não apenas a quantidade de instituições de saúde mental são mínimas, como também a quantidade de profissionais, fato percebido não apenas nos CAPS, mas também na Ala de Tratamento Psiquiátrico da Penitenciária Feminina do Distrito Federal, pois para atender cerca de 500 mulheres e 85 sentenciados em medida de segurança, existe apenas

uma equipe de saúde, composta por um Psiquiatra, uma Psicóloga, uma Assistente Social e uma Terapeuta Ocupacional.

Além disso, mesmo quando a equipe da SEVEC procura realizar encaminhamentos de saúde aos sentenciados em internação para a comunidade, visando o processo de desinstitucionalização progressiva e retorno ao convívio sócio-familiar, as dificuldades de comunicação entre as instituições de saúde mental da rede pública de saúde do Distrito Federal e o sistema prisional; o deficiente trabalho em rede dessas instituições; as precárias condições de transporte; a indisponibilidade de escolta, dentre outros, impossibilita a execução de um tratamento humanizado, digno, eficiente e de qualidade.

Não podemos esquecer de salientar que, entre os sentenciados em tratamento ambulatorial, que devem apresentar-se mensalmente na SEVEC e realizar tratamento na rede de saúde do DF, muitos não têm condições de arcar com o ônus do transporte de suas residências, tanto para as apresentações mensais na Seção Psicossocial da VEC, quanto para o tratamento nos CAPS, visto que, na grande maioria das vezes, o tratamento requisita mais de um dia por semana, além disso, grande parte dos sentenciados têm que pegar duas conduções para se deslocarem, tanto para ir quanto para voltar, pois não existem instituições de saúde, desse caráter, próximo às suas residências.

Ademais, existem sentenciados que, devido ao diagnóstico, não se enquadram em nenhuma dessas instituições de saúde e, portanto, ficam à mercê da sorte, da vulnerabilidade social, de instituições não-governamentais e, ainda, vinculados à justiça por um prazo, literalmente, indeterminado.

Ao falar em prazo indeterminado, é importante destacar, ainda, a questão da existência de sentenciados que possuem condições de sair do sistema prisional, ou melhor, da Ala de Tratamento Psiquiátrico, no entanto, são obrigados a permanecer internados, por não existir familiares ou instituições — referimo-nos aqui ao Serviço Residencial Terapêutico e demais serviços substitutivos — que possam recebê-los.

## Capítulo II

### Triplamente Penalizados?

O título deste capítulo sugere as penalizações sofridas pelos sentenciados em Medida de Segurança. Em primeiro lugar, sofrem pelo estigma, pelo preconceito e pelo poder psiquiátrico sobre a *loucura*. Em segundo lugar, pelo cometimento de um *crime*, que lhes imputa o estigma de criminosos, sendo penalizados pelo delito, não como um réu comum, mas como um sujeito perigoso a ser excluído do convívio em sociedade por tempo indeterminado. E, por fim, são penalizados devido à *precariedade* do acesso e atendimento em *saúde mental* do Distrito Federal.

Esses três pontos de discussão estão intrinsecamente relacionados, visto que a demanda por tratamento existe, ainda que o Estado não veicule informações acerca do que é e de como tratar o sofrimento psíquico. Assim, devido à falta de informação da população e principalmente à insuficiência de uma rede de atendimento em saúde mental, por vezes, inadequada, as pessoas privadas de um tratamento digno, acabam caracterizando um quadro de vulnerabilidade social. Desse modo, torna-se um ciclo vicioso, pois o sistema não abrange a demanda, deixa esses pacientes sob vulnerabilidade, e os culpabiliza, posteriormente, não apenas pela doença, mas também pelo crime, dado o desconhecimento de seu próprio sofrimento psíquico.

Para Basaglia *apud* Amarante, “o louco, expropriado de seus direitos (inclusive o direito a um real tratamento), de sua família e do convívio com a sociedade (...) deve ter na cidade o espaço (...) de sua habilitação social, ou, melhor ainda, os ‘processos de validação social dos sujeitos’” (AMARANTE, 1996: 97).

Apesar dos direitos sociais, políticos, humanos, civis, historicamente construídos por meio da luta pela democracia brasileira — a cidadania das mulheres, crianças, negros, homossexuais, dentre outras categorias sociais —, ainda encontramos restrições e dificuldades na aplicação de todas elas, em específico, quanto ao paciente portador de sofrimento psíquico. De acordo com Paulo Amarante:

No contexto atual de consolidação democrática no país, a luta pela cidadania é uma luta geral, compartilhada por amplos setores da sociedade civil (...) De fato, pelas peculiaridades cientificamente estabelecidas quanto à categoria 'doença mental', o doente é despojado de seus direitos jurídicos, políticos e civis, tornando-se, dessa maneira, um não-cidadão (AMARANTE, 1996: 15).

A abordagem da acepção histórica da cidadania brasileira envolve, intrinsecamente, a estruturação dos direitos sociais brasileiros *conquistados* que, no entanto, ainda estão distantes de serem *garantidos*, como prevê a Carta Constitucional de 1988.

## **2.1. A Desresponsabilização do Estado e a Redução dos Direitos Sociais**

No Brasil, a partir da década de 1990, com a adoção das teses neoliberais pelo governo brasileiro, a orientação geral para a Seguridade Social mudou. Acentuou-se a descrença generalizada na capacidade das instituições públicas no combate à desigualdade e à pobreza. Começa a se consolidar a idéia da *desnecessidade do público* e a *desresponsabilização do Estado* para enfrentar a *questão social*.

No mesmo período, o Estado começa a reconhecer as Organizações Não-governamentais (ONG's), como parceiras e interlocutoras das políticas governamentais. Acredita-se que as ONG's teriam acumulado um capital de recursos, experiências e conhecimentos, sob formas inovadoras de enfrentamento da questão social, que as qualificam para essa parceria.

Nesse contexto, também se aplica o *Terceiro Setor*, o qual se amplia para além do círculo restrito das ONG's, valorizando outros atores sociais como as fundações e institutos, associações beneficentes e recreativas, iniciativas assistenciais das igrejas e o trabalho voluntário de maneira geral. Segundo Iamamoto:

Nesses novos tempos, em que se constata a retração do Estado no campo das políticas sociais, amplia-se a transferência de responsabilidades para a sociedade civil no campo da prestação de serviços sociais. Esta vem se traduzindo, por um lado, em um *crescimento de parcerias do Estado com Organizações Não Governamentais*, que atuam na formulação, gestão e avaliação de programas e projetos sociais (...) (IAMAMOTO, 1999: 126).

Dessa forma, embora as políticas do sistema de Seguridade Social continuem funcionando em quase todas as partes do mundo, não há dúvida de que ele vem sofrendo

marcantes reorientações conceituais e programáticas no confronto com a ideologia neoliberal. Essas mudanças não se fazem com a intenção de enfrentar de forma mais eficiente às novas manifestações da questão social ou dos problemas sociais contemporâneos — exclusão social, desemprego, precarização das condições de trabalho, degradação do meio ambiente, etc —, mas com o único objetivo de *desresponsabilizar o Estado* perante as novas e antigas demandas sociais — *saúde*, educação, moradia, saneamento básico, entre outros. De acordo com Iamamoto:

Temos, por um lado, o crescimento da pressão na demanda por serviços, cada vez maior, por parte da população usuária já crônica — e agora agravada — falta de verbas e recursos das instituições prestadoras de serviços sociais públicos, expressão da redução de gastos sociais recomendada pela política econômica governamental, que erige o mercado como a “mão invisível” que guia a economia. Verifica-se a inviabilização de programas de trabalho, a falência dos serviços públicos nos campos da saúde, educação, habitação etc. Em consequência, *amplia-se*, cada vez mais, a *seletividade dos atendimentos*, fazendo com que a proclamada universalização dos direitos sociais se torne letra morta (IAMAMOTO, 1999: 160).

Para Pereira (1998), são muitas as modificações introduzidas na Seguridade Social e nas políticas sociais contemporâneas, tais como: a) abandono do compromisso formal dos governos com o pleno emprego; b) redução dos gastos sociais públicos; c) *transformação dos serviços sociais universais em atenção pública seletiva e focalizada*, ou seja, às pessoas carentes; d) retração da participação do Estado no processo de provisão social; e) ênfase na responsabilidade individual em contraposição à responsabilidade do coletivo-social quanto ao bem-estar dos indivíduos.

Todas essas características compõem o que denominamos *neoliberalismo*, que é explicitado por Emir Sader na apresentação do livro *O Desastre Social* de Laura Tavares Soares:

O neoliberalismo fundamenta-se em um discurso que privilegia a esfera econômica. Sua principal vítima é o social. O mercado não reconhece sequer direitos sociais já conquistados e, com isso, sacrifica prioritariamente a população. Por isso, o neoliberalismo, mesmo quando alardeia sucesso com a estabilidade monetária, não exhibe sua outra face, que lhe é indissolúvel. O ajuste fiscal, que deveria garantir o fim da inflação e a estabilidade da moeda, faz-se à custa das políticas de educação, saúde, habitação, saneamento e cultura — enfim, das prestações do Estado que universalizam os direitos de todos, independentemente de classe social (SOARES, 2003).

As reformas operadas sob a doutrina liberal são de cunho estruturais — centradas principalmente na abertura comercial e financeira, na desregulamentação dos mercados, na privatização do setor público e, conseqüentemente na *redução do Estado*. Assim, a ideologia neoliberal produz um retrocesso histórico no que diz respeito à origem do bem-estar social, *retirando a responsabilidade do terreno do coletivo (Estado) e passando-a para o âmbito do privado (indivíduo)*. Essa lógica perversa do ideário neoliberal induz as pessoas e a comunidade a encontrarem suas próprias soluções para os problemas sociais que as atingem.

Um outro aspecto das políticas sociais defendidas no âmbito do neoliberalismo é a substituição da *universalidade* — base do direito de *cidadania* — pela *focalização*, entendida como o direcionamento do gasto público e dos serviços sociais aos que realmente comprovarem sua pobreza. Quem não puder pagar pelos serviços privados, deve, obrigatoriamente, comprovar sua pobreza se quiser ser assistido, mesmo para os serviços essenciais como os de *saúde pública*.

Assim, o indivíduo, além de se submeter à lógica do mercado, no que tange a precarização ou a flexibilização do trabalho, além do desemprego, é compelido a arcar com o pagamento dos serviços. Nesse contexto,

A noção ideológica do “Estado acima das classes” é acompanhada de intensa reiteração da noção ideológica do trabalho e da harmonia social. Como visto, esta noção está fortemente presente na própria origem e constituição do mercado de trabalho. O trabalho será apresentado como virtude universal do homem, como atividade que cria riquezas, que propicia o desenvolvimento da sociedade. O capital é legitimado enquanto fruto do trabalho passado do capitalista, e cada trabalhador é um patrão em potencial. As pessoas que trabalham estarão naturalmente unidas entre si, solidariamente, porque trabalham. Reiteram-se os pontos comuns e obscurece-se a clivagem de classes. Para o capitalista o trabalho é meio e fim; para o operário, preso a essa noção ideológica, o trabalho é meio de libertar-se e não apenas meio de exploração (IAMAMOTO & CARVALHO, 1986: 157).

Em relação às políticas sociais implantadas pelo neoliberalismo, Soares entende que é um retrocesso das políticas públicas de combate às seqüelas da questão social, visto que:

A filantropia substitui o direito social. Os pobres substituem os cidadãos. A ajuda individual substitui a solidariedade coletiva. O emergencial e o provisório substituem o permanente. As microssoluções *ad hoc* substituem as políticas públicas. O local substitui o regional e o nacional. É o reinado do minimalismo no social para enfrentar a globalização no econômico (SOARES, 2003: 12).

Nessa conjuntura, a questão social — que se expressa por meio das contradições capital-trabalho e das lutas de classes — fruto da desigual distribuição de renda, continua *inalterada*. Verifica-se o surgimento e *alteração* das seqüelas e expressões que a representam, sendo que o padrão de resposta social, no atual modelo neoliberal, tende a ser o da transferência da responsabilidade do coletivo e permanente para o âmbito *imediato, paliativo e individual*.

A história do Brasil foi marcada por lutas operárias e camponesas, luta pela terra, liberdade sindical, direito de greve, garantias de emprego, salário-desemprego, *acesso à saúde*, educação, alimentação e habitação, reivindicações do movimento negro, questão indígena, questões de gênero. Tais fatores revelaram uma história que pode ser sintetizada por questões sociais em diversos níveis: problema de polícia, problema político e *direitos*.

As limitações que existiam no modelo do *Welfare State*, em resposta à questão social, não foram superadas pela reestruturação neoliberal, ao contrário, em muitos casos foram agravadas. Assim, os “*serviços estatais para os pobres*” se transformaram em “*pobres serviços estatais*”. Quem puder pagar pelos serviços, agora regidos pela lei do “*mercado*”, terá um atendimento um pouco melhor, quem não dispõe de recursos, terá que se contentar com serviços de má qualidade, isto quando conseguir atendimento (Montaño, 2002: 195).

## **2.2. A Centralidade do Trabalho**

Desde a Antiguidade o trabalho é o mote na vida dos seres humanos. No princípio, tinha como pressuposto apenas a satisfação das necessidades sociais e, com o passar dos anos, essa noção foi se transformando.

A história aponta que no decorrer do período feudal as relações de trabalho eram estruturadas através de laços de vassalagem e susserania, onde ambas as partes tinham obrigações para com a outra. O servo encontrava-se na base do sistema feudal, acompanhava todo o processo de produção e se via, ainda que não completamente, como parte integrante e atuante do modo de produção.



Na transição da Idade Média para a Idade Moderna, surgiu o ideário do Novo Mundo e também a ascensão de uma nova classe, a burguesia. Nesse contexto, não cabia o sistema político-econômico absolutista, devido às suas relações de opressão. A burguesia, em busca do poder, acabou por incitar revoluções e independências — Revolução Puritana, Revolução Gloriosa, Independência dos Estados Unidos, Revolução Francesa e Revolução Industrial —, todas de cunho liberal, o que fez com que o sistema capitalista se tornasse ascendente e consolidado.

Nesse período, havia um significativo volume de investimentos, acelerada expansão industrial e uma crescente oferta de trabalho, foram esses fatores que permitiram que o regime capitalista alcançasse sua fase de maturidade. A partir de então, começaram a emergir crises que denunciavam a fragilidade do sistema. As crises, à medida que se sucediam, evidenciavam os graves problemas sociais existentes.

A classe trabalhadora, expropriada dos meios de produção, se viu obrigada a vender sua força de trabalho. Isso resultou em um crescente número de trabalhadores sempre postos a atender às necessidades variáveis de expansão do capital. O volume de trabalho, inferior à quantidade de trabalhadores dispostos a vender sua força de trabalho em troca de um salário, produzia o chamado exército industrial de reserva, generalizando a pobreza e alimentando a concorrência entre os trabalhadores.

O descaso com as condições de vida do trabalhador produzia a deterioração da qualidade de vida operária. A ausência de investimentos em infra-estrutura urbana, saúde, educação, habitação, resultavam em uma significativa elevação dos níveis de morbidade e mortalidade da população.

Assim, a conjuntura social-político-econômica que se manifestava, evidenciava a questão social. A população pressionava e exigia respostas específicas para sanar suas necessidades básicas e as circunstâncias históricas deixavam clara a necessidade de uma intervenção social. Para atingir essa meta, o mecanismo criado pela burguesia, junto à Igreja Católica, foi o estabelecimento de práticas assistencialistas. A Inglaterra foi a pioneira nesse processo, com a Sociedade de Organização da Caridade.

A ilusão de que a classe dominante e o próprio Estado burguês tinham um paternal interesse pela classe trabalhadora, ocultavam as reais intenções da prática assistencial:

consolidar o modo de produção capitalista e garantir a expansão do capital. Em defesa do sistema capitalista, a burguesia se viu obrigada a rever sua estratégia de assistência aos pobres, já que as ações assistencialistas individuais e as da Igreja não eram suficientes, pois, com o desenvolvimento da classe trabalhadora e, em especial, com o amadurecimento de sua consciência de classe, essas estratégias foram repudiadas pelo operariado, que lutava pela ampliação das medidas de política social.

O advento do fordismo propiciou mudanças significativas no modo de produção capitalista. O fordismo se caracteriza por um conjunto de métodos de racionalização da produção, baseada no princípio de que uma empresa deve se dedicar a produzir apenas um tipo de mercadoria. Essa produção era em massa, para que houvesse redução dos custos, visto que a empresa dispunha de tecnologia capaz de desenvolver ao máximo a produtividade de cada trabalhador. O trabalho era altamente especializado, onde cada operário realizava apenas um tipo de tarefa (produção em série), o que gerava alienação/estranhamento do trabalho.

O fordismo não está associado apenas à esfera fabril e tecnológica, mas também atinge as relações sociais de produção. Esse tipo de produção capitalista, dada a sua especialização, propicia a concorrência, além de elevar a taxa de desemprego. De acordo com Iamamoto:

Os “30 anos gloriosos” — do pós-guerra até meados dos anos 1970 — marcaram uma ampla expansão da economia capitalista, sob a liderança do capital industrial, apoiada em uma organização da produção de bases tayloristas e fordistas, como estratégias de organização e gestão do processo de trabalho. Redundaram em ganhos de produtividade e um certo reconhecimento do poder sindical da classe operária. A estratégia taylorista/fordista de organização do processo produtivo implicava a produção em série e em massa para o consumo massivo, uma rígida divisão de tarefas entre executores e planejadores, o trabalho parcelar fragmentado e a constituição da figura do “operário massa” (IAMAMOTO, 1999: 29).

Ao longo da segunda metade do século XIX e início do século XX, houve um enfraquecimento dos argumentos liberais, resultado de alguns processos político-econômicos, como por exemplo: o crescimento do movimento operário, além da questão da concentração e monopolização do capital.

A crise do capitalismo gerou reconhecimento da expressão teórica e intelectual de John Mayard Keynes, responsável pelo chamado *keynesianismo*, o qual defendia a

intervenção do Estado na economia, visto que o mercado não é auto-regulável. Nessa intervenção, coube, também, o incremento de políticas sociais. Ao fordismo, agregou-se ao keynesianismo e estes foram os elementos decisivos à possibilidade político-econômica do Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*.

O estado buscava canalizar o fundo público, tanto para o financiamento do capital, quanto para a reprodução da força de trabalho, movido pela lógica de que, para impulsionar a produção, há que ampliar mercados e preservar um certo poder aquisitivo da população, capaz de viabilizar o consumo de mercadorias e dinamização da economia. Ora, para atingir tais metas, é necessário uma política voltada para impulsionar a expansão do emprego — daí a meta keynesiana do “pleno emprego” — e manter um certo padrão salarial, negociando com as diversas categorias de trabalhadores, por intermédio de sua representação sindical. Coube ao Estado viabilizar salários indiretos por meio das políticas sociais públicas, operando uma rede de serviços sociais, que permitisse liberar parte da renda monetária da população para o consumo de massa e conseqüente dinamização da produção econômica. (...) Assim, a implantação de uma rede pública de serviços sociais é parte da chamada regulação keynesiana da economia, uma das estratégias de reversão das crises cíclicas do capitalismo no pós-guerra (IAMAMOTO, 1999: 30).

Segundo Iamamoto (1999), na década de 1980 há um redimensionamento das relações de poder no mundo. Intensifica-se a concorrência por novos mercados, acirrando a competitividade intercapitalista, passando a exigir mudanças no modelo de produção — o toyotismo, onde se buscava:

uma *flexibilidade no processo de trabalho*, em contrapartida à rigidez da linha de produção, produção em massa e em série; uma *flexibilidade no mercado de trabalho*, que vem acompanhada da desregulamentação da contratação dos trabalhadores; um *flexibilidade dos produtos*, pois as firmas hoje não produzem necessariamente em série, mas buscam atender as particularidades das demandas dos mercados consumidores e uma *flexibilidade dos padrões de consumo*. Esse processo, impulsionado pela tecnologia de base microeletrônica, pela informática e pela robótica, passa a requerer novas formas de estruturação dos serviços financeiros, inovações comerciais, o que vem gerando e aprofundando uma enorme desigualdade do desenvolvimento entre regiões, setores etc., além de modificar substancialmente as noções de espaço e tempo (IAMAMOTO, 1999: 31).

O trabalho não é uma simples técnica de produção, mas um suporte privilegiado de inscrição na estrutura social, onde há uma intensa relação entre o lugar ocupado na divisão social do trabalho e a inserção nos sistemas de proteção social e nas redes de sociabilidade (CASTEL, 1998).

Assim, a associação entre o trabalho estável e a inserção social caracteriza uma área de integração, ao passo que, inversamente, a ausência de participação em qualquer

atividade produtiva e o isolamento convertem em efeitos negativos, produzindo a exclusão social. Para Robert Castel, a *vulnerabilidade social*, é, portanto, uma zona intermediária e instável, que conjuga a precariedade do trabalho e a fragilidade dos suportes de coesão social (CASTEL *apud* SANTOS, 2007a).

Nesse contexto, as pessoas portadoras de transtorno psíquico enfrentam dois efeitos, intrinsecamente relacionados, dessa vulnerabilidade social. Primeiro, por não serem reconhecidas socialmente como pessoas produtivas, com dificuldades de inserção no mercado de trabalho, devido ao duplo estigma que carregam: loucos e criminosos e, portando, perigosos<sup>9</sup>. E segundo, pela dificuldade e, mesmo, impossibilidade de garantirem sua autonomia econômica, social e, mais do que isso, individual, por serem, muitas vezes, privadas de suas próprias escolhas. Esses fatores resultam em exclusão e isolamento, pois não são inseridos no padrão de sociedade produtiva, por meio dos processos de sociabilidade promovidos pelo mundo do trabalho (ANTUNES, 2000). Conforme aponta Ricardo Antunes:

Tudo isso nos mostra que na era da reestruturação produtiva, das flexibilizações e das desregulamentações, a ‘classe-que-vive-do-trabalho’ encontra-se mais fragmentada, mais complexificada e mais heterogeneizada. Dividida entre os qualificados e desqualificados, estáveis e precários, jovens e velhos, homens e mulheres, nacionais e imigrantes, brancos e negros, inseridos e excluídos, sem falar ainda nas divisões que decorrem da inserção diferenciada dos países e de seus trabalhadores na nova divisão do trabalho (ANTUNES, 2000: 67).

Há ainda que se destacar o que Amarante (1995) relata sobre a necessidade de se inventar uma prática:

que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco — através do trabalho, amizade e vizinhança —, matéria prima para desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e consumidos pelo imaginário social. Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização a falar sobre si. (AMARANTE, 1995: 48)

Assim, essa construção social do louco, permite à instituição psiquiátrica estabelecer para com a sociedade o *poder legitimado* do “saber” sobre a loucura.

---

<sup>9</sup> A questão da periculosidade e de sua legitimação pelo poder psiquiátrico será abordada no tópico seguinte.

### 2.3. O Poder Psiquiátrico

No decorrer da história denota-se uma relação entre desenvolvimento econômico e assistência à saúde. Conforme a obra *Psiquiatria e Antipsiquiatria*:

Estrutura econômica e função institucional sempre coincidem em qualquer nível de desenvolvimento; portanto, não é por acaso que os manicômios se tenham começado a estruturar, no sentido técnico e social, com o início da Revolução Industrial. Todas as formas de assistência pública alcançam a sua mais ampla configuração institucionalizada no momento em que se separa o “produtivo” do “não produtivo”. Efetivamente, a relação já não se dá entre o homem e a sociedade, mas sim entre o homem e a produção, o que acarreta um novo uso discriminante de cada elemento — anormalidade, doença, desvio, etc. — que possa constituir um impedimento para o desenvolvimento produtivo. Logo que se reconheceu que a verdadeira finalidade das instituições — que em teoria foram designadas para a “recuperação” — é a eliminação, mediante diferentes justificações “científicas”, não se pode ignorar quais são os grupos ou os indivíduos que caem nas suas redes: o proletariado e o subproletariado, para os quais a possibilidade de reabilitação ou de recuperação não existe (col. OBIOLS, 1979: 18-19).

A predominância do pensamento conservador na sociedade se expressa no retorno à naturalização das desigualdades sociais. Instala-se a aceitação da existência do “fenômeno” da pobreza como inevitável, ou decorrente da *inaptidão para o trabalho*. Justificativa que pode ser encontrada desde a Idade Clássica, para o internamento, que “*constitui uma das respostas dadas pelo século XVII a uma crise econômica que afeta o mundo ocidental em sua totalidade: diminuição dos salários, desemprego, escassez de moeda...*” (FOUCAULT, 1972: 66).

Para Michel Foucault (1972: 64), quando se cria o Hospital Geral, o que se pretende é suprimir “*a mendicância e a ociosidade, bem como a fonte de todas as desordens*”. No século XVII, a prática do internamento não tem sentido médico, nem preocupações de cura, mas é um problema de polícia — “*conjunto das medidas que tornam o trabalho ao mesmo tempo possível e necessário para todos aqueles que não poderiam viver sem ele*” (FRAYZE-PEREIRA, 2002: 65). Portanto, é como casas de trabalho forçado que poderiam ser entendidas as casas de internamento. A exclusão social dos condenados dá-se por uma medida de reclusão. Trata-se de uma medida que tem um sentido ético pela imposição do trabalho aos ociosos. No entanto, essa prática possui também um sentido econômico.

Assim, segundo Foucault, a finalidade do internamento é clara: “*mão-de-obra barata nos tempos de pleno-emprego e altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas*” (FOUCAULT, 1972: 66). Além disso, o mesmo autor afirma que o Hospital Geral figura-se como estrutura semijurídica que, ao lado dos poderes já instituídos, como os tribunais, decide, julga e executa.

Deste modo, através da instituição do *internamento*, que nasceu de uma inquietação com a pobreza. A *loucura* é percebida no campo formado pela própria miséria, pela *incapacidade para o trabalho* e pela *impossibilidade de integrar-se no grupo*. A loucura vai estar indissoluvelmente ligada a um erro ético, em uma relação direta com a animalidade.

Segundo Foucault, a partir da era clássica a loucura é percebida como “*condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade do trabalho*”. Mais ainda, a prática do internamento não é legitimada apenas pelas condições econômicas, mas, além disso, por uma percepção moral:

O Hospital Geral não tem o aspecto de um simples refúgio para aqueles que a velhice, a enfermidade ou a doença impedem de trabalhar; ele não terá simplesmente o aspecto de um ateliê de trabalho forçado, mas antes o de uma instituição moral encarregada de castigar, de corrigir uma certa “falha” moral que não merece o tribunal dos homens mas que não poderia ser corrigida apenas pela severidade da penitência. O Hospital Geral tem um estatuto ético. É desse encargo moral que se revestem seus diretores, e é-lhes atribuído todo o aparelho jurídico e material da repressão (...) (FOUCAULT, 1972: 74).

Na segunda metade do século XVIII, a loucura assume uma posição diferenciada à do século XVII. De acordo com Frayze-Pereira,

aquilo que o internamento clássico escondia, no final do século XVIII é descaradamente mostrado como tal, transformado em coisa pública e familiar, para as consciências escandalizadas. (...) Surge, então, uma psicologia, isto é, um conhecimento da interioridade psicológica do homem, a partir da consciência pública tomada como universal e válida da razão e da moral para avaliar os homens. Ou seja, em sua raiz o conhecimento psicológico encontra-se inteiramente sustentado pela moral. Mas, com isso, o internamento muda. E a loucura, ganhando novas determinações, também se transforma (FRAYZE-PEREIRA, 2002: 81).

No final desse século, faz-se necessária a existência de um *saber-poder* para legitimar as internações. Logo, a casa de internamento vai se transformando em asilo e,

neste, finalmente, a *medicina* vai encontrar um lugar que lhe garantirá a possibilidade de *apropriação da loucura como seu objeto de conhecimento*.

Segundo Franca O. Basaglia<sup>10</sup> *apud* Amarante (1996), toma corpo a crítica à cientificidade da psiquiatria:

A psiquiatria depara-se hoje a confrontar-se com uma realidade que está colocada em discussão desde quando — superado o impasse da dualidade cartesiana — o homem se revela objeto em um mundo objetual, mas contemporaneamente sujeito de todas as suas possibilidades. (...) **A psiquiatria clássica de fato está limitada à definição de síndromes nas quais o doente, extraído de sua realidade e retirado do contexto social em que vive, vem etiquetado, ‘constrangido’ a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica** (AMARANTE, 1996: 70).  
[grifo nosso]

Conforme explicita Amarante (1996: 70), Basaglia entende que essa questão se inscreve na dialética servo-senhor, o que dispõe uma relação de dominação “*que se torna útil para refletir sobre a objetivação que o senhor-psiquiatra faz do servo-interno, utilizando como critério e instrumento desta objetivação, o saber psiquiátrico*”.

Segundo Frayze-Pereira (2002), o internamento ganha valor terapêutico: torna-se asilo. A loucura torna-se objeto médico: ganha o valor de doença. E a ligação entre o asilo e a doença forja-se como uma relação necessária. Isto é, a relação paciente-médico é estabelecida originariamente como uma relação de dominação, gradualmente transformada pela capa da objetividade e da competência científica. Portanto, se o médico se tornou capaz de circunscrever a loucura, não é porque a conhece, mas, antes, porque a domina.

A medicalização da loucura, sob a capa da competência do saber que a norteia, encerra o caráter de avaliação da racionalidade cujo núcleo é moral: avalia-se a aptidão para o trabalho, para a convivência, para o casamento, em suma, para o exercício dos direitos à liberdade e à vida coletiva. E é nesse sentido que o *discurso psiquiátrico* chega a atingir os “sãos”, pois a própria “cidadania” acaba por se tornar assunto de competência médica (FRAYZE-PEREIRA, 2002).

Então, o que dizer quando o personagem é o louco e, ainda, criminoso e/ou perigoso? Para resolver uma questão ainda mais complexa, surge o poder do exame médico legal que, para Foucault (2001) não é nem o poder judiciário nem o poder médico, mas sim

---

<sup>10</sup> *Um problema di psichiatria istituzionale – l'esclusione como categoria sócio-psichiatrica*, Franca O. Basaglia, 1981:309-328.

um poder de outro tipo — o poder de normalização — que tende a transformar tanto o poder judiciário como o saber psiquiátrico, constituindo-se como instância de controle do anormal.

Em linhas gerais, podemos dizer o seguinte: o exame contemporâneo substitui a exclusão recíproca entre o discurso médico e o discurso jurídico por um jogo que poderíamos chamar de jogo da dupla qualificação médica e judiciária. Essa prática, essa técnica da dupla qualificação organiza o que poderíamos chamar de domínio da “perversidade”, uma noção curiosíssima que começa a aparecer na segunda metade do século XIX e que vai dominar todo o campo da dupla determinação e autorizar o aparecimento, no discurso dos peritos que são cientistas, de toda uma série de termos ou de elementos manifestamente caducos, ridículos ou pueris. (...) *Grosso modo*, estão ligadas à perversidade, permitem costurar, uma na outra, a série das categorias jurídicas que definem o dolo, a intenção de causar dano, e as categorias mais ou menos constituídas no interior de um discurso médico ou, em todo caso, psiquiátrico, psicopatológico, psicológico. Todo esse campo das noções da perversidade, postas em circulação em seu vocabulário pueril, permite pôr as noções médicas para funcionar no campo do poder judiciário e, inversamente, as noções jurídicas no campo de competência da medicina (FOUCAULT, 2001: 40-42).

O desenvolvimento da prática do internamento, após o advento da Reforma Psiquiátrica, mantêm-se até os dias atuais, só que desta vez, sob o discurso médico-jurídico da periculosidade:

(...) a sanção penal deverá ter doravante por objeto, não um sujeito de direito tido como responsável, mas um elemento correlativo de uma técnica que consiste em pôr de lado os indivíduos perigosos, em cuidar dos que são sensíveis à sanção penal, para curá-los ou readaptá-los. Em outras palavras, é uma técnica de normalização que doravante terá de se ocupar do indivíduo delinqüente. Foi essa substituição do indivíduo juridicamente responsável pelo elemento correlativo de uma técnica de normalização, foi essa transformação que o exame psiquiátrico, entre vários outros procedimentos, conseguiu constituir (FOUCAULT, 2001: 31).

O modelo psiquiátrico implantado no Brasil no século XIX, importado da experiência européia, sobretudo francesa, tinha como eixo a característica hospitalocêntrica. No entanto, as circunstâncias históricas do Brasil eram distintas da realidade européia do século XVIII, quando o antigo asilo passa por uma transformação e é ressignificado pela nascente psiquiatria, no interior do projeto revolucionário burguês. A criação do hospício se coaduna com a forma como a questão social era abordada neste período — como caso de polícia — como um assunto ilegal, subversivo e, portanto, tratado como crime ou desordem e, por isso, fortemente reprimido (FRAYZE-PEREIRA, 2002).



Assim, o papel dos profissionais das áreas dos saberes, sociólogos, pedagogos, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, entre outros, era o de contribuir para a normalização da sociedade, isto é, para que ela funcionasse segundo certos padrões de comportamento. Esses padrões são apresentados à sociedade como normais, ou seja, como os únicos racionais, civilizados, adequados, como se fossem naturais, universais. Em consequência, quem age fora da normalidade é classificado como *anormal*.

No âmbito da Saúde Mental, o assistente social está colocado para atender as necessidades da Psiquiatria, em minimizar as contradições do sistema e atender à racionalidade médica no que a psicologia/psiquiatria não dão conta: a extrema pobreza dos usuários e o estado de exclusão social resultante das políticas econômicas e sociais do capitalismo monopolista, do neoliberalismo, da globalização e da reestruturação produtiva no Brasil (FALEIROS, 1995).

De acordo com a concepção jurídica, não se pode atribuir uma pena ao “louco” que comete um delito, mas sim uma sentença, que soaria mais como uma medida terapêutica do que uma punição. Foucault (1975) afirma que ao se “libertar” o “louco” de seu parentesco com o crime, o despojam também de sua livre vontade, que é alienada no querer médico. De fato, esta terapia punitiva vem responder à dualidade perigo-perversão em que o louco seria um monstro moral a ser normalizado.

O discurso médico é detentor de grande credibilidade entre as pessoas, de modo que passou a ser oficial para o Estado. É importante enfatizar que o papel assumido pela medicina, no que diz respeito aos indivíduos tidos como anormais, seria o de classificar para patologizar e, finalmente, enquadrar. Dessa maneira, surge a multiplicidade de nomenclaturas que têm como objetivo medicalizar as condutas consideradas desviantes. A medicalização é uma forma de docilização e controle dos corpos que não provoca revolta por parte dos indivíduos, mas que traz consigo uma espécie de conforto. Esse poder médico que se inscreve nos corpos visa à normalização e a homogeneização dos mesmos.

Foucault afirma que, no âmbito médico-judiciário, o exame psiquiátrico conseguiu constituir a substituição do indivíduo juridicamente responsável pelo elemento correlativo de uma técnica de normalização (FOUCAULT, 1975).

O mesmo autor ressalta que é imprescindível observar que o ajuste institucional seria algo que está dirigido à categoria dos “anormais”, no campo da gradação do normal ao anormal:

No fundo, no exame médico-legal, a justiça e a psiquiatria são ambas adulteradas. Elas não têm a ver com seu objeto próprio, não põem em prática sua regularidade própria. Não é a delinquentes ou a inocentes que o exame médico-legal se dirige, não é a doentes opostos a não-doentes. É a algo que está, a meu ver, na categoria dos “anormais”, ou, se preferirem, não é no campo da oposição, mas sim no da gradação do normal ao anormal, que se desenrola efetivamente o exame médico-legal (FOUCAULT, 1975:52).

Segundo Foucault, a moral é o elemento norteador do que ele denomina de “poder de normalização”. O corpo seria, então, o *locus* onde se encontra a mais intensa expressão do poder. A constituição desse “poder normalizador” teria como uma de suas premissas a inscrição da regra moral dos corpos. Portanto, de acordo com a teoria de Foucault, seria ao *poder de normalização* que esse *continuum* de instituições médicas e judiciárias procura servir, visando o controle e a disciplina dos corpos que compõem a trama social (FOUCAULT, 1984).

Para Erving Goffman, os próprios ambientes sociais estabelecem parâmetros e valores sobre a expectativa do normal e do patológico e, por conseguinte, quais pessoas têm maiores possibilidades de constituírem membros normais de uma dada estrutura social (GOFFMAN, 1988). Assim, a sociedade é responsável por não dar ouvidos à loucura, educa a deixá-la do lado de fora e perigosamente não assiste seus cidadãos, como convém aos aparelhos “racionais” de controle social em poder do Estado.

Todavia, para mostrar que os diálogos entre as áreas da justiça, da psiquiatria, da saúde e do executivo são possíveis, citemos o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ)<sup>11</sup>, criado em março de 2000, onde a medida de segurança é executada de outra forma. O objetivo do programa é:

Oferecer, ao campo jurídico, subsídios que atendam a individualização na aplicação da medida judicial, enfatizando o tratamento destes pacientes, permitindo-lhes a oportunidade de responderem pelos seus atos, conjugando tratamento, responsabilidade e inserção social (OTONI, 2001: 02).

---

<sup>11</sup> Programa criado pelos profissionais do Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

Atualmente, a rede pública de Belo Horizonte e de outros municípios mineiros assume o atendimento a esses cidadãos sem distinção. Outro objetivo do PAI-PJ, junto aos Movimentos Sociais, Organizações Governamentais e Não-Governamentais é desconstruir o estigma da periculosidade.

Este projeto é pioneiro no Brasil e utiliza uma metodologia de trabalho que visa a atenção integral ao paciente judiciário, por meio da atenção oferecida pela rede pública de assistência à saúde mental, além disso, a participação das famílias, implicadas em se responsabilizar pela construção de alternativas para o sujeito e por oferecer suporte familiar.

De acordo com o *Relatório de Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*, de janeiro de 2007, a iniciativa do PAI-PJ supera a cessação de periculosidade como critério para a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e a rede extra-hospitalar de saúde mental — como os CAPS, as residências terapêuticas, ambulatorios e centros de convivência — passa a ser convocada para oferecer tratamento a estes cidadãos, antes excluídos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O mesmo relatório cita outros marcos importantes no processo de reconhecimento dessa clientela como usuários da rede SUS:

- a) promulgação da lei federal 10.708 em 2003, que institui o Programa de Volta para Casa (PVC), beneficiando inclusive egressos de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico;
- b) a instituição da Política de Saúde no Sistema Penitenciário, através da Portaria Interministerial 1.777/03, que trata da implantação de ações e serviços de atenção básica nos estabelecimentos prisionais brasileiros, incluindo os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP);
- c) a realização em 2004 do Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, que reafirmou a natureza dos CAPS como serviços estratégicos para o tratamento e reintegração social do louco infrator;
- d) a publicação das Resoluções nº 3 e nº 5, em maio de 2004, pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, que recomendaram, respectivamente, a adoção do Programa “De Volta para Casa”, em especial para as Secretarias

Estaduais que administram o Sistema Prisional, e a adoção de Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001; dentre outras.

Por fim, conforme explicitado por Paulo Amarante (1995: 182) “*é preciso reconsiderar não apenas as instituições da psiquiatria moderna, mas, também, seu arcabouço epistemológico, cultural, simbólico*”. Desconstruindo, assim, o saber-poder sobre a loucura, que fica aprisionada ao campo da psiquiatria, e retirando desse grupo social o domínio sobre o curso da vida destes pacientes. Dessa forma, conceitos de saúde/doença seriam encarados enquanto valores ético-existenciais e, configurariam, portanto, instituições de atenção à saúde baseadas no princípio de desinstitucionalização — encarado para além da desinstitucionalização enquanto estrutura física, mas também pela desconstrução de saberes e práticas institucionais.

## **2.4. O Papel da Família**

O papel das famílias é fundamental no processo de (re)socialização das pessoas portadoras de sofrimento psíquico, sendo um dos pilares dessa rede de (re)inserção social.

No que tange a especificidade dos pacientes psiquiátricos, a família é convocada a participar da construção de alternativas junto aos sentenciados. Ocorre que, em algumas situações, a família apresenta restrições em acolhê-los de volta, devido à dificuldade de convivência, produzida tanto pela ausência de orientação no cuidado com o sofrimento mental, quanto pela gravidade do delito.

Nesse contexto, a função da Seção Psicossocial é promover a orientação e acolhimento das famílias, que também apresentam sofrimento, sendo necessário, encaminhá-las para a realização de acompanhamento na rede pública de saúde — evento que não têm ocorrido no Distrito Federal, devido à insuficiência da rede.

Quando o delito atinge um dos familiares, esse pilar da rede de inclusão fica enfraquecida, já que se configura a dor de perder um ente querido com a culpa por não terem escutado o pedido de socorro do portador de sofrimento psíquico, autor do delito. A

Equipe Psicossocial atua no fortalecimento da família, e conseqüentemente, dos vínculos familiares, por meio de atendimentos individuais ou em grupos, discutindo formas de superar as dificuldades.

No entanto, quando a família é indisponível, inexistente ou não encontrada, a reinserção social se torna um objetivo ainda mais distante, principalmente quando enfocamos a questão da cessação de periculosidade, quando a presença da família é imprescindível, visto a inexistência de instituições que recebam esses pacientes.

### Capítulo III

## A Saúde Mental no Brasil e no Distrito Federal

A assistência em Saúde Mental não poder ser abordada como um fato isolado, a-histórico, encerrado em si mesmo, pois ela está inscrita em um contexto dialético, sujeito a mudanças de conjuntura ideológica, política, econômica e social — dependendo, inclusive, do jogo de interesses e da correlação de forças que lhe perpassa —, podendo ser analisada sob diferentes perspectivas.

A questão social é inerente ao movimento de desinstitucionalização e vice-versa. O movimento de desinstitucionalização, proporcionado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), marca o início do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que diz respeito aos parâmetros de atenção à saúde mental propostos por Franco Basaglia.

A crítica à psiquiatria tradicional, por Franco Basaglia, tem início na década de 60 e afirma que a “*psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença*” (BASAGLIA *apud* AMARANTE, 1995: 46).

Dessa forma, a concepção adotada por Basaglia — colocar a doença mental “entre parênteses” — é uma resposta ao conceito que reduziu a complexa experiência da loucura aos limites do campo médico, que pretendia assistir ao paciente reduzindo-o a um objeto. Segundo o princípio basagliano, a doença mental não seria interpretada à luz de conceitos psiquiátricos e sim, ao contrário, um olhar para a existência-sofrimento dos sujeitos, em todas as suas dimensões, colocando em funcionamento o “dispositivo de desinstitucionalização”. Conforme explicita Paulo Amarante:

A operação ‘colocar entre parênteses’ é, muitas vezes, entendida como negação da existência da doença, o que em momento algum é cogitado. Significa, tão somente, (...) a negação, isto sim, da aceitação da elaboração teórica da psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento; significa realizar uma operação prático-teórica de afastar as incrustações, as superestruturas, produzidas tanto no interior da instituição manicomial, em decorrência da condição do estar institucionalizado, quanto do mundo externo, em consequência da rotulação social que é fortemente autorizada pelo saber psiquiátrico. Em outras palavras, **o colocar entre parênteses ‘não significa a negação da doença mental’, mas uma recusa à**

**aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico** (AMARANTE, 1996: 79-80).  
[grifo nosso]

Assim, o doente, enquanto pessoa, passa a ser o objetivo do trabalho, e não a doença. Desse modo, a ênfase não é mais colocada no “*processo de ‘cura’, mas no processo de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’*” (ibidem: 104). Contrastando, assim, a noção da psiquiatria que,

ao ocupar-se da doença, não encontra o sujeito doente, mas um amontoado de sinais e sintomas; não encontra uma biografia, mas uma história pregressa; não encontra um projeto de vida, mas um prognóstico (AMARANTE, 1996: 104).

Deste modo, a desinstitucionalização expõe a doença não exclusivamente como uma questão científica — com explicações e soluções na ciência —, mas também como uma questão *técnica, normativa, social e existencial*. Assim, a instituição inventada, proposta por Basaglia, “*torna-se o conjunto de possibilidades de produção e de reprodução social que não são apenas técnicas, mas sociais, políticas e existenciais*” (ibidem: 104). De acordo com Amarante (1995):

A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento ‘político’: traz a *polis* e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionem/reinventam (AMARANRE, 1995: 47).

Essa experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio são inspiradoras ao movimento de desinstitucionalização brasileiro, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como por exemplo, a Colônia Juliano Moreira, um asilo de grande porte que abarcava, no princípio dos anos 80, no Rio de Janeiro, cerca de 2000 internos.

### 3.1. A Política de Saúde Mental Brasileira

O período da medicina mental no Brasil, que vai da constituição em meados do século XIX, até as primeiras décadas do século XX, mais precisamente até a Segunda Guerra Mundial, caracterizado por Machado (1978) como *“a trajetória higienista — que diz respeito ao aparecimento e desdobramento de um projeto de medicalização social, no qual a psiquiatria surge como um instrumento tecnocientífico de poder, em uma medicina que se autodenomina social”* (MACHADO ET AL *apud* AMARANTE, 1995: 88).

O estopim para a Reforma Psiquiátrica brasileira é o momento conhecido como a ‘Crise da DISAM’ (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental:

A DISAM, que desde 1956/1957 não realiza concurso público, a partir de 1974, com um quadro antigo e defasado, passa a contratar ‘bolsistas’ com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental. Os ‘bolsistas’ são profissionais graduados ou estudantes universitários que trabalham como médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, muitos dos quais com cargos de chefia e direção. Trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes das instituições. São freqüentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas (AMARANTE, 1995: 52).

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo que se inicia em fins da década de 70, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), iniciado pelos trabalhadores da DISAM, e desempenha um papel fundamental na formulação teórica e na organização de novas práticas profissionais. De acordo com Amarante:

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental é o ator e sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras. É no seio do MTSM que se funda um exercício regular e sistemático de reflexão e crítica ao *status quo* psiquiátrico, e de ordem surgem, ainda, as propostas teóricas e a práxis de uma nova política de saúde mental. (AMARANTE, 1995: 106)

O ano de 1978 pode ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, com o I Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental, época que caracteriza o surgimento das primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência em saúde mental.



Segundo a obra *Loucos pela Vida*, de Paulo Amarante, a Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser dividida em três momentos. O primeiro, coincide com a fim do regime militar, início do desmantelamento do “milagre econômico” e crescimento da insatisfação social:

O ‘necessário afrouxamento’ da censura faz transparecer as insatisfações e aumentar a participação política dos cidadãos. Que passam a problematizar a estrutura e a organização do poder, as políticas sociais e econômicas, e também as condições cotidianas de vida e trabalho. Aqui são plantadas as bases para a reorganização dos partidos políticos, dos sindicatos, das associações e demais movimentos e entidades da sociedade civil. Nesta conjuntura, crescem os movimentos sociais de oposição à ditadura militar, que começam a demandar serviços e melhorias de condições de vida (AMARANTE, 1995: 89).

A segunda etapa da Reforma Psiquiátrica é caracterizada pela *trajetória sanitarista*, quando cresce a importância do saber sobre a administração e o planejamento em saúde: “*basta saber colocar em ordem os serviços, os recursos, as instituições, que tudo se resolverá*” (AMARANTE, 1995: 91). Porém, segundo o autor, não há preocupação com a reflexão sobre o papel dos técnicos, das técnicas e da medicina ocidental na normatização das populações, na construção de saberes hegemônicos sobre a saúde.

Podemos citar vários marcos importantes à época da reforma sanitária, como por exemplo, o *processo de “co-gestão”*, convênio entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, para a reestruturação dos Hospitais da DISAM (posteriormente denominada Coordenadoria de Saúde Mental – CORSAM; logo após, COSAM, com o mesmo significado da anterior e, atualmente, GESAM – Gerência de Saúde Mental), processo esse, explicitado nas palavras de Paulo Amarante:

No início dos anos 80, uma nova modalidade de convênio — estabelecido entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o da Saúde (MS) — demarca uma trajetória específica nas políticas públicas de saúde. Denominado ‘co-gestão’, o convênio prevê a colaboração do MPAS no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde (AMARANTE, 1995: 58).

Outros acontecimentos importantes merecem destaque, como a 8º Conferência Nacional de Saúde Mental, 1987; a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada também em 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que marca o início do fim da Reforma Sanitarista e, ainda, as Conferências Estaduais e

Municipais organizadas pelo MTSM. Vale ressaltar que em outubro de 1979, no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, foi proposta a confecção do Sistema Único de Saúde (SUS) em lugar do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

A mudança na concepção de saúde se deu após a 8ª Conferência Nacional de Saúde Mental, conforme relata Amarante:

— a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado — e permitiu a definição de alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado — como promotor de políticas de bem-estar social — e uma nova visão de saúde — como sinônimo de qualidade de vida (AMARANTE, 1995: 77).

O II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental realizado em Bauru, nos dias 03 a 06 de dezembro de 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”; dando início ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. No mesmo ano, é realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

O terceiro momento da Reforma Psiquiátrica é quando ele distancia-se da Reforma Sanitária, pois a última não está preocupada em “*desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades*” (AMARANTE, 1995: 93).

De acordo com o mesmo autor, o movimento psiquiátrico manteve um viés desinstitucionalizante, ou seja, manteve “*em debate a questão da institucionalização da doença — ao passo em que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normalização próprios da medicina como instituição social*” (ibidem: 94).

Apesar de o movimento pela Reforma Psiquiátrica ter adotado uma estrutura predominantemente sanitaria, Amarante afirma que a primeira soube preservar um viés anti-institucionalizante, pois:

enquanto a **reforma sanitária** caminhava definitivamente pelos caminhos da institucionalização densa, universal e inquestionável da saúde e da assistência médica, o movimento pela **reforma psiquiátrica** mantinha-se voltado para a questão da transformação do ato de saúde, do papel normalizador das instituições e, portanto, da **desinstitucionalização** como desconstrução. Mesmo que esta, muitas vezes, tivesse sido confundida com a mera **desospitalização** (redução do número de leitos, do tempo médio de permanência hospitalar, do número de internações, aumento do número de altas hospitalares etc.). Cabe considerar que, ao lado de uma política

progressista de redução do número de leitos psiquiátricos, existiu um proeminente aumento do número de serviços ambulatoriais, hospitais-dia, centros de convivência e outros recursos e tecnologias, menos, talvez, no Rio e em mais outros estados (AMARANTE, 1995: 96). *[grifo nosso]*

Decorrida a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), a estratégia de transformar o sistema de saúde mental encontra uma nova fundamentação:

É preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades (AMARANTE, 1995: 94).

Assim, de acordo com os princípios da tradição basagliana, é necessário uma análise histórico-crítica da sociedade e da forma como esta se relaciona com a doença/sofrimento. É preciso desconstruir o papel normalizador das instituições sociais, profissionais, dentre outros. É preciso, portanto, realizar uma reflexão crítica em relação ao *status quo* psiquiátrico, ou seja, *negar* as antigas instituições e *inventar* novas instituições, teorias e práticas de uma nova política de saúde mental, que tem em seu seio o princípio da desinstitucionalização. Nas palavras De Leonardis (1987):

O primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desconstruir o paradigma problema-solução, ou seja, a idéia da doença que precisa de cura, em torno da qual se legitima o 'isolamento', a medicalização, a tutela e a desqualificação do sujeito. Este, deixa de ser uma pessoa para tornar-se um doente, no qual toda a sua história de vida passa a ser a história de uma doença. O segundo passo da desinstitucionalização é o envolver e mobilizar, nesse processo, estes mesmos sujeitos enquanto atores sociais, enquanto protagonistas de suas histórias (LEONARDIS *apud* AMARANTE, 1996:105).

Enfim, a desinstitucionalização é um complexo processo, tanto prático quanto teórico que, ao decompor o saber e o olhar clínico, caminha no sentido de aceitar o desafio da complexidade dos múltiplos planos de existência, inventando novas possibilidades de inscrição dos sujeitos no corpo social (ROTELLI *apud* AMARANTE, 1996).

Sendo assim, é fundamental destacar que a trajetória da *desinstitucionalização* é caracterizada, sobretudo, pelo “*surgimento de novos serviços, estratégias e conceitos em saúde mental, com o aparecimento do CAPS, do NAPS, das cooperativas sociais e da retomada da estratégia da reabilitação psicossocial*” (AMARANTE, 1995: 100).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. A criação desse CAPS e dos posteriores, com outros nomes e em outros locais, ocorreu em decorrência do movimento social, iniciado pelos trabalhadores em saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, na época, o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (Brasil, 2004).

Os CAPS — assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país — são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Em resumo, a assistência à saúde mental, historicamente centrada no modelo hospitalocêntrico e biomédico, desde os anos 1980, tem passado por significativas mudanças políticas e sociais. Esse processo, caracterizado como desinstitucionalização em saúde mental ou Reforma Psiquiátrica, tem recebido a atenção de governantes e profissionais da área, respaldados nas Conferências de Saúde Mental, na legislação e nas portarias ministeriais.

A Reforma Psiquiátrica organiza-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana, que prevê a desinstitucionalização como desconstrução do modelo manicomial, modificando o *status quo* por meio de novas estratégias que oferecem novas soluções (AMARANTE *apud* CONSOLI, 2006).

Nesse sentido, é importante salientar a criação da Lei nº 10.216 04 de junho de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em 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. [grifo nosso]**

Além disso, a Constituição Federal de 1988 preconizou uma Assistência Social para o Brasil que integra a Seguridade Social, Saúde e Previdência Social. Sistematizados pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), estes princípios são inscritos no contexto da consolidação da democracia brasileira. De acordo com Martins & Paiva, o texto constitucional prevê:

a universalidade de cobertura no campo da proteção social e, como política estratégica não contributiva, deve ser desenvolvida no sentido de prevenir e superar as diferentes formas de exclusão social, garantindo os padrões de cidadania às parcelas desprotegidas e excluídas da população (2003: 50).

A III Conferência de Saúde Mental (2001) reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, afirmando a responsabilidade das três esferas de governo no que diz respeito às políticas de saúde mental seguirem a mesma direção dos princípios do SUS, ou seja, de ação integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social, priorizando, assim, a construção da rede de atenção integral em saúde mental com vistas à inclusão social e ao combate aos estigmas.

A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Nesta perspectiva é necessário que os municípios desenvolvam políticas de saúde mental mediante a implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, que realizem ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas de saúde mental no país, configurando-se como dispositivo estratégico de reversão do modelo hospitalar e articulador de uma lógica de rede calcada em várias instâncias: cuidados básicos (Programa Saúde da Família), ambulatorios, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial — Serviços Residenciais Terapêuticos. No entanto, esta ainda é uma realidade distante de ser alcançada a nível nacional, em especial no Distrito Federal e Amazonas.

### **3.2. A Política de Saúde Mental do Distrito Federal**

A Política de Saúde Mental tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar — Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) — incluir as ações de saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implementar o Programa “De Volta Para Casa” (PVC), promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade.

É somente no contexto da promulgação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em dezembro de 2001, que a Política de Saúde Mental, a nível nacional, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a se consolidar e ganha maior sustentação e visibilidade.

O fato é que nesta unidade da federação, a Política de Saúde Mental não percorreu caminhos muito diferentes, pelo contrário, caminhou em passos ainda mais lentos. Conforme descrito no primeiro capítulo, no Distrito Federal, os serviços públicos em Saúde Mental encontram-se precarizados e os serviços substitutivos aos manicômios estão sendo criados, porém, não funcionam efetivamente, visto à incapacidade de atender à demanda, a falta de profissionais, infra-estrutura, dentre outros.

Além disso, muitos profissionais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), têm atuado em condições precárias, com contratos temporários e demanda elevada, considerando o quadro profissional.

O Distrito Federal foi planejado para que sua população não ultrapassasse 500 mil habitantes até o ano 2000, pois poderia comprometer a qualidade de vida de seus moradores. De acordo com o censo do ano de 2007, o Distrito Federal conta uma população de aproximadamente 2.455.903 habitantes (IBGE, 2007) — quase cinco vezes mais que o esperado, desconsiderando a população do Entorno.

Atualmente, o Distrito Federal conta com apenas seis Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que atendem a demanda das Regiões Administrativas, e um Hospital

Psiquiátrico que atende a demanda do Distrito Federal e Entorno. Isso denota que existem tentativas, ainda que insólitas, de se manter as diretrizes de regionalização e hierarquização. Em relação ao atendimento institucional, este se distribui entre o de cunho religioso ou privado, impedindo assim o acesso das famílias de baixa renda.

O plano original de organização do Sistema de Saúde do Distrito Federal, no ano de 1960, previa a criação de um Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), onze Hospitais Distritais e seis Hospitais Rurais, em torno dos quais girariam tantas unidades satélites quantas necessárias. Nas últimas duas décadas, o sistema cresceu prioritariamente em torno dessas unidades satélites, voltadas para o atendimento primário, que hoje são representadas por Centros de Saúde, Postos de Saúde Urbanos e Rurais e, mais recentemente, o Programa de Saúde Família (PSF). Essas unidades de atendimento primário têm como referência as Divisões Regionais de Saúde (atendimento secundário) e essas, por sua vez, têm o Hospital de Base do Distrito Federal (atendimento terciário) como referência (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2002).

Apesar da existência da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) — criada em junho de 1960 e subordinada à SES/DF — até o fim da década de 1960, haviam várias instituições de saúde na esfera do poder militar, civil e organizações privadas, porém, nenhuma era subordinada ao comando único da FHDF (SANTOS, 2007b).

O diagnóstico da saúde do Distrito Federal, realizado pela Companhia de Desenvolvimento do Planalto (CODEPLAN) e pela SES/DF, em 1969, apontou o despreparo dos profissionais em lidar com atividades de planejamento e execução dos serviços, médicos com dupla ou tripla jornada de trabalho, além da não-integração entre a SES/DF e a FHDF, o que colocava em xeque os princípios de atenção integral, hierarquização, descentralização e comando único (SANTOS, 2007b).

Dez anos após esse diagnóstico do projeto original, só haviam sido criados o HBDF, seis Hospitais Regionais e cinco Postos de Saúde. O governo ficou ainda mais pressionado a melhorar a qualidade dos serviços após a Conferência de Alma-Ata, da VII Conferência Nacional de Saúde e do Plano CONASP (Conselho Nacional de Saúde Previdenciária). Na época, Jofran Frejat, presidente da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

(SES/DF), elaborou um plano de assistência à saúde, apoiado nos princípios de: regionalização, hierarquização e extensão da cobertura (SANTOS, 2007b).

No ano de 1985, foi criada a Comissão Interinstitucional de Saúde do Distrito Federal (CIS/DF), encarregada de gerir e coordenar o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS). Esse sistema foi proposto pelo Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). (SANTOS, 2007b).

A partir do Decreto nº 11.596, de 23 de maio de 1989 foram definidas as normas para a instalação do SUDS. E, em 1990, o DF começou a unificar o sistema de saúde; incorporou a rede previdenciária à FHDF e transformou o Hospital do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária Social (INAMPS) no Hospital Universitário da Universidade de Brasília (HUB). (SANTOS, 2007b).

Segundo Lima *apud* Santos (2007b), a implantação e manutenção do SUS no Distrito Federal só foi iniciada com um projeto que durou de 1995 a 1998, baseado nas resoluções da III Conferência de Saúde do DF. O projeto pautava-se na criação dos Conselhos de Saúde, na construção de uma nova estrutura administrativa e gerencial e para que a SES/DF cumprisse o seu papel de gestora. Desta vez, o documento criado pelo projeto — “Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal” (REMA) —, pautava-se em ações estratégicas do SUS, que incluíam a Reforma Psiquiátrica.

A reformulação da assistência psiquiátrica, através da criação de atendimentos alternativos ao manicômio, com a criação dos CAPS e NAPS, é baseada na Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, através das orientações da Coordenação de Saúde Mental (COSAM), atual Gerência de Saúde Mental (GESAM).

A Coordenadoria de Saúde Mental do Distrito Federal é uma unidade orgânica de assessoramento superior, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Tem como principais atribuições: propor e participar da formulação de políticas públicas de saúde, planos e programas estratégicos para a Saúde Mental do DF, compatibilizando-as com as diretrizes do Ministério da Saúde. Promover e participar de estudos que visem à reorientação e reestruturação da Saúde Mental, buscando a oferta de ações de saúde aos portadores de transtornos psiquiátricos e psicológicos; além de propor e acompanhar a aplicação de indicadores para a avaliação dos Programas de Saúde Mental. Esta Coordenadoria é composta por uma equipe interdisciplinar composta de Médicos-Psiquiatras, Psicólogos e Assistentes Sociais (DISTRITO FEDERAL, 2006a).



No Distrito Federal esse movimento teve como seu representante histórico o Instituto de Saúde Mental (ISM/SES/DF). Posteriormente foi criado o Movimento Pró-Saúde Mental do DF, em abril de 1991, com a finalidade de promover uma ampla discussão e mobilização de profissionais de diversas áreas (COSTA, 1994).

No que tange a luta manicomial, de acordo com Costa (1994), podemos citar a Declaração de Caracas, Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em novembro de 1990, na Venezuela, que defendia, em síntese, dois princípios: retirar o hospital psiquiátrico como centro da assistência à saúde mental e defender os serviços comunitários associados a essas ações.

A Secretaria de Estado de Saúde dispõe atualmente de seis CAPS: um CAPS I no Instituto de Saúde Mental; um CAPS infanto-juvenil no Centro de Orientação Médico e Psico-Pedagógico (COMPP); um CAPS Álcool e Drogas no Guará; um CAPS II no Paranoá; um CAPS Álcool e Drogas em Sobradinho e um CAPS II em Taguatinga. Possui, ainda, 24 leitos de psiquiatria no HBDF; 128 leitos, no HSVP, sendo 71 leitos para internação e 57 leitos para o serviço de emergência; ambulatórios em hospitais gerais (HBDF, HRAN Hospital do Paranoá e outros), além do ambulatório no HSVP (DISTRITO FEDERAL, 2006b).

Com vistas a diminuir a demanda do HSVP, bem como os elevados índices de internações, a Secretaria passou a contar com o *Programa Vida em Casa*, publicado pela Portaria nº 86, em 28 de junho de 2004, o programa caracteriza-se pelo atendimento domiciliar multidisciplinar a pacientes crônicos e/ou resistentes ao tratamento, e é vinculado ao HSVP. O Vida em Casa atende cerca de 300 pacientes e suas famílias em todo o Distrito Federal. (DISTRITO FEDERAL, 2006b).

### **3.2.1. Programa “De Volta para Casa”**

O Programa “De Volta para Casa” foi criado pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003 e consiste, basicamente, na concessão de um auxílio financeiro, no valor de 240 reais, às pessoas portadoras de sofrimento psíquico que permaneceram internadas por dois ou

mais anos consecutivos, ininterruptamente, em qualquer instituição psiquiátrica, incluindo Residências Terapêuticas ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. O paciente egresso passa a residir com a família ou em Residências Terapêuticas. Porém, o benefício só é concedido para quem ficou internado, por no mínimo dois anos ininterruptos, até a data da publicação da Lei. Vale ressaltar que o mesmo benefício pode ser suspenso caso o paciente fique internado por mais de 30 dias em um ano ou em caso de outras intercorrências.

De acordo com o *Manual do Programa De Volta para Casa*, os beneficiários também deverão continuar sendo atendidos por um CAPS ou outro serviço de saúde mental de sua localidade. Esses beneficiários também deverão ser acompanhados permanentemente por uma equipe do município, que deve proteger e garantir o acompanhamento do paciente e sua integração ao contexto sócio-familiar (BRASIL, 2003).

Após o fechamento da Clínica Planalto, com a implantação da Reforma Psiquiátrica prevista na Lei 10.216/01, os casos de internação no Distrito Federal seriam significativamente reduzidos, reduzindo-se, também, o número de beneficiários do programa. Assim, os critérios eletivos do programa foram modificados no DF, a fim de beneficiar pacientes crônicos, cuja família tivesse dificuldade em prestar cuidados em casa. Portanto, a Secretaria de Estado de Saúde passou a oferecer, além da bolsa, atendimento domiciliar a portadores de sofrimento psíquico grave e com pelo menos seis internações no último ano (SANTOS, 2007b).

O ano de 2007 foi bastante significativo para o Programa de Volta para Casa (PVC), quando importantes discussões foram mantidas, resgatando o seu sentido maior no contexto da Reforma Psiquiátrica e no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental. Em uma dinâmica conjunta com o Programa de Redução Planificada de Leitos (PNASH/Psiquiatria) e com a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), o PVC deve ser compreendido como ferramenta essencial no processo de desinstitucionalização que viabiliza a reinserção social dos pacientes portadores de sofrimento psíquico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

## *Capítulo IV*

### **Pesquisa de Campo**

Iniciamos este capítulo salientando que o acesso à saúde — direito fundamental, garantido constitucionalmente a toda a população brasileira, sem qualquer distinção, inclusive quanto à situação jurídica — ainda é incipiente. De acordo com Ivanete Boschetti:

Os direitos sociais e a intenção de universalização permanecem nos textos legais, mas, na prática, o acesso a tais direitos não é garantido, e eles sequer constituem respostas efetivas à questão social (BOSCHETTI, 2006: 290).

No que tange rede de atenção à saúde mental do Distrito Federal, presenciamos, uma estrutura estagnada, com infra-estrutura precária. Isso se aplica aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que funcionam com parca infra-estrutura, recursos humanos, físicos e materiais. Quanto à capacitação dos profissionais da área de saúde mental, em especial, ao atendimento dos sentenciados em Medida de Segurança, está a contento? Nesse contexto, existe uma política de atenção a saúde mental destinada a esses profissionais? Além disso, se houvesse um interesse do Estado voltado para as políticas públicas de atenção à saúde, educação e condições sociais básicas, tais políticas minimizariam a vulnerabilidade social? Pretendemos, neste capítulo, responder às questões suscitadas acima.

\*\*\*

Este trabalho tem como marco inicial, a experiência do Estágio Curricular Supervisionado, realizado na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Criminais (SEVEC), e se propôs a executar um estudo acerca da questão da (des)responsabilização do Estado<sup>12</sup> com relação à garantia do direito fundamental à saúde, no que tange o atendimento aos pacientes portadores de sofrimento psíquico, sentenciados em Medida de Segurança, nos Centros de Atenção Psicossocial do Distrito Federal. Tivemos como

---

<sup>12</sup> Leia-se Governo do Distrito Federal – GDF.

hipótese central que *o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial não estão de acordo com os princípios e as diretrizes da Política de Saúde Mental, pois não é interesse do Estado garantir o acesso à saúde — ainda que seja direito fundamental de qualquer cidadão ou cidadã — aos pacientes judiciários portadores de sofrimento psíquico, uma vez que a lei vigente<sup>13</sup> no país os exclui do convívio em sociedade por carregarem os estigmas de “loucos”, “criminosos”, “perigosos” e, ainda, socialmente/economicamente improdutivos.*

Entre as hipóteses complementares, destacamos que: i) as políticas públicas de atenção à saúde, educação e condições sociais básicas poderiam criar um contexto menos favorável à vulnerabilidade social, se fosse do interesse do Estado; ii) a rede de saúde pública do Distrito Federal não assume o atendimento a esses cidadãos sem distinções e, iii) a exclusão que sofrem os loucos infratores é silêncio consentido nos diversos setores da sociedade.

O campo de pesquisa foi selecionado a partir da premissa paradoxal de que os pacientes judiciários devem realizar tratamento compulsório na rede pública de saúde do Distrito Federal. Esse paradoxo foi corroborado quando observamos a quantidade ínfima de instituições de atendimento à saúde mental e a necessidade de um estudo, ainda que pouco abrangente e sólido, sobre a temática.

A metodologia utilizada foi a pesquisa social, mediante o uso de técnicas qualitativas de levantamento e análise de dados, tais como: aplicação de questionários semi-estruturados e entrevistas, voltados aos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Saúde Mental do Distrito Federal. As entrevistas foram destinadas, em especial, às assistentes sociais dessas instituições.

Vale ressaltar que, o projeto desta pesquisa foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com o sugerido pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Apesar de a pesquisa não representar riscos nem prejuízos de ordem material, física ou moral aos sujeitos, em virtude de se tratar de uma pesquisa com seres humanos, em

---

<sup>13</sup> Código Penal, por exemplo.

especial, na área da saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Consoante às questões éticas, garantimos aos profissionais: i) o sigilo e o anonimato das informações de todos os participantes; ii) a participação respaldada na compreensão dos procedimentos e objetivos da pesquisa; iii) o conhecimento antecipado de que a participação é voluntária, sem remuneração e que poderiam desistir de participar a qualquer momento, bem como, iiiii) a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa de campo teve início em 05 de maio de 2008, sendo concluída em 06 de junho de 2008, um mês além do prazo estimado pela pesquisadora. O prazo da pesquisa se estendeu devido à programação da Semana da Luta Antimanicomial — 18 de maio, dia da Luta Antimanicomial — organizada pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em conjunto com a UnB, além de Organizações Não-Governamentais, em especial, a INVERSO. Outros fatores, como a indisponibilidade dos profissionais em responder a pesquisa, seja pela demanda de trabalho, ou pela carga horária, às vezes insuficiente para atender demandas internas, tornaram, portanto, longínquas as atividades externas.

## **4.1. Resultados**

### **4.1.1 Instituto de Saúde Mental, o primeiro “CAPS” em saúde mental do Distrito Federal**

O Instituto de Saúde Mental (ISM), criado em 1987 pelo Dr. Inácio Republicano, localizado no Riacho Fundo I, emergiu da insatisfação de um grupo de profissionais de saúde no tratamento a usuários com distúrbios psicóticos; como também da necessidade de uma prática que funcionasse como fórum de reflexões e desenvolvimento de novas abordagens em saúde mental (COSTA, 1994).

Para Costa, o Instituto de Saúde Mental (ISM), caracterizado como uma estrutura aberta, funciona sob a forma de CAPS, núcleo de reinserção social e ambulatório. Em todas

as etapas os usuários retornam diariamente às suas casas, não perdendo, em nenhum momento, o contato com sua família e com a sociedade a que pertencem. Pelo contrário, esse contato é estimulado — princípio fundamental da proposta de trabalho da instituição (COSTA, 1994).

Logo após a realização da coleta de dados na instituição, pudemos constatar que existem 91 profissionais, dentre eles: três médicos psiquiatras — onde dois ocupam, ainda que momentaneamente, cargos de chefia —, sete enfermeiros, três nutricionistas, sete psicólogas, três assistentes sociais — uma trabalha na cooperativa (com projetos em saúde mental, situada na própria instituição), e outra está de licença por adoecimento pelo trabalho —, 54 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e 17 técnicos administrativos. A instituição carece de outros profissionais, tanto para elevar o quadro de profissionais já existente, quanto para suprir a necessidade de outros, qual sejam, os terapeutas ocupacionais.

Em relação ao grupo de profissionais, à primeira vista, parece-nos exorbitante o quadro de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, porém, se compararmos o número de pacientes *internados* na instituição, em torno de 12 pessoas — a maioria proveniente da antiga Clínica Planalto — a quantidade é justificada, sobretudo porque no trato desses pacientes, são exigidas 24 horas de atenção e cuidado. Vale destacar que essa área da unidade funciona como uma espécie de residência terapêutica improvisada. O horário de funcionamento do CAPS/ISM, segundo entrevista realizada a uma das assistentes sociais da instituição é de *“oito às dezessete horas, de segunda a sexta-feira. Na residência improvisada há atendimento 24h, diariamente, porém, realizado exclusivamente pelos técnicos e auxiliares de enfermagem”*.

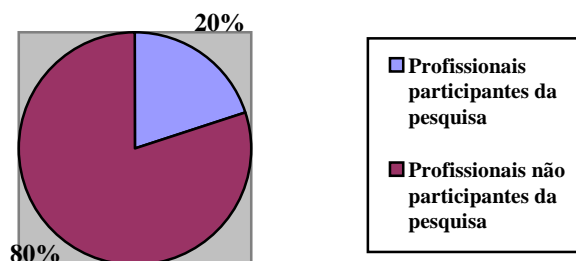
Salientamos ainda, que apesar de a instituição realizar várias oficinas, não há terapeutas ocupacionais à frente dos serviços ofertados. Ou seja, no CAPS que apresenta maior estrutura física, maior disponibilidade de oficinas, com espaços específicos para suas realizações, não se dispõe de profissionais apropriados para a devida atuação. Por outro lado, constatamos que, na maioria das vezes, são os funcionários de nível técnico que fomentam essas atividades, caracterizando assim, um quadro de desvio de função.

Na instituição, durante a realização da pesquisa, quando questionada sobre os recursos físicos, materiais e humanos disponíveis, a assistente social relatou a escassez dos serviços, em algumas áreas, como a psiquiatria e o serviço social. De modo geral, afirma que: “*os recursos são totalmente insuficientes, as condições de trabalho são precárias, os recursos materiais sucateados*”. O Instituto de Saúde Mental (ISM), entre todos os modelos de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes no Distrito Federal, é o que apresenta a maior estrutura física, porém, apesar de abrangente “*as áreas cobertas são insuficientes*”.

O CAPS em questão, quiçá por ser a uma das unidades de saúde mental mais antigas e consolidadas na região, apresenta maior facilidade na obtenção de recursos. Podemos citar, numa listagem superficial: cinco computadores (todos com conexão à internet); cinco novos aparelhos de fax/xerox/impressora; mais de oito linhas telefônicas, que realizam ligações locais, para celular e interurbanas. Essa última se dá mediante a autorização da Direção.

Entre os profissionais de nível superior do Centro de Atenção Psicossocial do Riacho Fundo I, em torno de vinte servidores, com exceção das nutricionistas, que não contabilizaram o público-alvo deste trabalho, apenas *quatro* se disponibilizaram a participar da pesquisa: uma assistente social — que, segundo a metodologia da pesquisa, participou somente da entrevista semi-estruturada — e três psicólogas, que responderam ao questionário semi-estruturado. Isso denota que somente 20% dos profissionais participaram da pesquisa, conforme denota o gráfico abaixo:

### Quantitativo dos profissionais do CAPS I do Riacho Fundo que responderam à pesquisa



Entre os três profissionais que responderam aos questionários, duas têm uma carga horária de 40 horas, trabalhando de segunda à sexta-feira. Já a terceira, tem uma carga de trabalho concentrada, em forma de plantão, às segundas e quintas-feiras, no período matutino e vespertino.

Em relação à demanda de trabalho *versus* o número de pacientes diariamente atendido por cada profissional, varia entre sete e quinze nos atendimentos individuais, e de vinte a trinta pacientes nos atendimentos em grupos.

Podemos observar, então, que a insuficiência dos recursos humanos da instituição se dá não somente em decorrência da baixa quantidade de profissionais, mas também pelo número de atribuições implicadas a cada um, mas principalmente, pela carga horária que cumprem semanalmente. Profissionais como os médicos psiquiatras, cumprem carga horária de 40 horas semanais, porém, dois deles ocupam, atualmente, cargos de chefia; as assistentes sociais trabalham 30 horas por semana, mas apenas uma lida efetivamente com os usuários do serviço; duas psicólogas cumprem 40 horas semanais, outras três somam, cada uma, 30 horas semanais, e uma delas, 24 horas semanais. Por fim, os enfermeiros, com um quadro de sete profissionais, dividem-se no cumprimento de uma carga semanal de trabalho, entre 40 e 24 horas.

Em relação às atividades que realizam, as três psicólogas conformam nas respostas de que, ocorrem com maior frequência, os atendimentos em grupos e, com menor frequência, em ordem crescente, visitas domiciliares, atividades comunitárias e atendimento à família.



No que diz respeito ao quantitativo dos recursos físicos e materiais do CAPS, as três psicólogas responderam que são insuficientes. Acrescentam que além dos poucos recursos disponibilizados para a realização das oficinas terapêuticas e do baixo quantitativo de profissionais: *“poderia existir maior disponibilidade de transportes para visitas domiciliares e mais recursos para manutenção e conservação da estrutura física”*.

As profissionais avaliam o trabalho do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como parcialmente adequado, visto que este se situa em região privilegiada, com terreno amplo, arborizado, porém, distante, o que às vezes o torna inacessível aos usuários. Salientam, ainda, que apesar do amplo espaço físico, as poucas salas de atendimento deveriam ser melhoradas, adequadas às atividades. Segundo uma das psicólogas *“faz-se necessário, também, investimento na motivação e fortalecimento da equipe profissional, bem como, o aumento do quadro técnico”*.

As profissionais entrevistadas partilham a idéia de que o Governo do Distrito Federal (GDF) negligencia os serviços, no que tange a garantia do acesso à saúde aos portadores de sofrimento psíquico. Essa questão pode ser corroborada pela insuficiência dos serviços ofertados, em especial, do quantitativo de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como de profissionais em saúde mental para atender à crescente demanda, principalmente quando avaliada a inexistência de CAPS em regiões que apresentam essa necessidade. Uma das psicólogas afirma que:

Faltam CAPS e ambulatórios em todas as regiões. Faltam outras modalidades institucionais, como Residências Terapêuticas e Centros de Convivência. Falta maior investimento nos projetos de geração de renda. Falta um trabalho mais estruturado na inclusão social e na construção de redes sociais.

As respondentes da pesquisa estão convictas de que tanto o quantitativo de profissionais quanto o de instituições em saúde mental não estão adequados, afirmam, inclusive, que o Distrito federal ocupa o penúltimo lugar no ranking de cobertura de serviços substitutivos do Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, o Distrito Federal só não é inferior ao estado do Amazonas (BRASIL, 2007).

A efetivação da Reforma Psiquiátrica, segundo as profissionais respondentes da pesquisa, está ocorrendo, porém de forma lenta. No âmbito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Instituto de Saúde Mental (ISM), apesar das dificuldades

salientadas, afirmam que os profissionais visam a execução do trabalho de acordo com os princípios da Reforma através do *“constante questionamento da atuação profissional”*.

No que diz respeito ao atendimento de pacientes judiciários, uma das psicólogas diz que não há distinção na sua prática profissional, e que o atendimento propiciado a esses usuários se dá sem diferenciação nos serviços prestados. No entanto, as outras duas respondentes afirmam que o atendimento varia de acordo com o caso ou a necessidade do paciente, a exemplo, citemos uma das respostas: *“na verdade, todo atendimento é personalizado. Estes usuários vêm de uma história de violação de direitos humanos, maior e, muitas vezes, exigem outras práticas, relacionadas à interface com o direito, por exemplo”*.

Em entrevista, a assistente social revelou que os profissionais compactuam com a Reforma, *“em partes”* e que, em sua atuação não percebe distinção no atendimento aos pacientes judiciários, *“mas em relação aos outros profissionais, sim. Eles têm medo/receio, principalmente no que se refere à questão da periculosidade”*.

Dessa forma, constatamos que alguns profissionais ainda apresentam uma visão conservadora e institucionalizante quanto ao trato de pacientes judiciários, pois permanecem presos às grades da periculosidade.

Em relação ao trabalho em rede, percebe-se a sua ineficácia, dada a parca interação com a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) ou com a Vara de Execuções Criminais (VEC). Segundo a assistente social, esta articulação deveria ser mais intensa, no entanto, *“é realizado em conjunto, quando possível: a elaboração do projeto terapêutico, os encaminhamentos, providências para a inserção ou reinserção dos pacientes. Vale ressaltar que essa interação é feita primordialmente pela VEC”*.

Ainda assim, as profissionais relatam a busca pela reconstrução da rede social dos pacientes judiciários, como por exemplo, a reconstrução dos laços afetivos, em relação à família; a importância do trabalho, da formação escolar, etc. Dessa forma, apesar de incipiente, os profissionais vislumbram a realização desse trabalho, dada a sua importância, e visam a estruturação da rede, ainda que informalmente, pois segundo a assistente social entrevistada, o trabalho em rede:

existe, mas também de forma parcial, devido às condições de trabalho de ambas as áreas. São realizados por meio de contatos telefônicos e reuniões no próprio ISM. O trabalho em rede alcança muitos resultados positivos, mas há frustração por não haver fluência da rede.

As respondentes da pesquisa avaliam a importância da saúde para a reinserção social dos pacientes judiciários, visto que *“todas as atividades que promovem o convívio social ajudam na reinserção desses pacientes, inclusive na área da saúde”*.

Em entrevista à assistente social, quando perguntada se os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) lutam pela desinstitucionalização do manicômio judiciário e pela criação da primeira Residência Terapêutica do Distrito Federal, responde que:

Há esse interesse por parte de um grupo do ISM, que participa efetivamente da luta antimanicomial, que luta pelo trabalho aberto, diferenciado, pelo tratamento humano e, também, pelo fim dos manicômios judiciários. É importante ressaltar que existem pacientes com condições de ter a sua periculosidade cessada e serem, assim, reinseridos na comunidade, porém, isso não ocorre devido à inexistência de rede primária (familiar) e secundária (institucional), ou seja, Residências Terapêuticas.

Quando questionadas sobre o fato de que *“se a atenção à saúde, educação e condições sociais básicas poderiam criar um contexto menos favorável à vulnerabilidade social, se fosse interesse do Estado?”*, uma das psicólogas não respondeu, e as outras duas demonstraram pouca afinidade com a temática proposta, porém, uma delas acredita que *“investir na prevenção é melhor para a população e mais econômico para o Estado”*.

Baseado, ainda, no mesmo questionamento, a assistente social afirma que *“se houvesse vontade política, as coisas aconteceriam e, em tempo hábil. Mas essas políticas são cada vez de menos interesse dos governos atuais e, principalmente, local. A tendência é haver cada vez mais privatização”*.

Por intermédio do trabalho de campo, observamos que o Centro de Atenção Psicossocial do Instituto de Saúde Mental (CAPS/ISM) foi o único a promover capacitações — tanto para os servidores, quanto para familiares e para a comunidade —, bem como, foram submetidos a capacitações e supervisões — que ocorreram em menor escala e foram realizadas, em geral, pelo próprio ISM ou pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Por fim, em relação ao oferecimento de serviço de atenção à saúde mental, promovido pelo Governo do Distrito Federal (GDF) e destinado aos profissionais do CAPS,

as profissionais respondentes da pesquisa afirmam que o mesmo é inexistente. No entanto, avaliam o cuidado à saúde mental desses profissionais como sendo de suma importância, “*pois os profissionais precisam estar fortalecidos para poderem atender com qualidade os pacientes*”.

#### **4.1..2. CAPS II do Paranoá, o segundo...**

O sitio da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal (GDF), em reportagem de 08 de março de 2006, apontava a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do Paranoá, no dia 09 de março de 2006, pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Afirma, que no que tange a promoção de serviços, o CAPS II presta atendimento das 08 às 18h, em dois turnos, de segunda a sexta-feira, “*podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h*” (DISTRITO FEDERAL, 2006).

O CAPS do Paranoá é considerado o segundo CAPS em antiguidade de instalação, e a terceira instituição do Distrito Federal destinada ao tratamento de pessoas portadoras de sofrimento psíquico. A primeira instituição é o antigo Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), criado em 1976, atual São Vicente de Paulo (HSVP) e, a segunda, é o Instituto de Saúde Mental (ISM).

Ainda segundo a reportagem encontrada no site da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal (SES/DF), afirma-se que, a princípio, *a Regional do Paranoá teria 48 pacientes cadastrados para atendimento no CAPS*, sendo que o serviço é voltado aos moradores dos Lagos Sul e Norte, Varjão, São Sebastião, Itapoã e condomínios adjacentes. A população da área de abrangência é estimada em 36. 446 habitantes (DISTRITO FEDERAL, 2006).

No trabalho de campo realizado, constatamos que é incabível a afirmação de que a instituição comporta um *terceiro turno de funcionamento*, haja visto que na instituição atuam apenas quinze profissionais, divididos em: duas psiquiatras, quatro psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, um enfermeiro, dois técnicos administrativos e quatro técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Profissionais de suma importância, como assistentes sociais, inexistem no CAPS do Paranoá. A assistente social que trabalhava no Centro de Atenção Psicossocial do Paranoá foi lotada no Hospital Regional, também do Paranoá. Ambos se situam no mesmo espaço físico (apesar de serem, teoricamente, estruturas independentes). Assim, muitos dos pacientes que já tinham vínculo com essa assistente social, devido aos atendimentos no CAPS, acabam sendo encaminhados a ela, o que sobrecarrega a sua atuação profissional no Hospital.

Por outro lado, é imprescindível contabilizar não apenas a insuficiência do quantitativo dos trabalhadores, mas também a carga horária dos profissionais, visto que: as psiquiatras trabalham tanto no CAPS quanto no ambulatório do Hospital Regional do Paranoá, cumprindo carga horária de 40 horas semanais. As psiquiatras deveriam contabilizar 40 horas, apenas como horas trabalhadas no CAPS, porém, na prática, isso não ocorre. Duas psicólogas trabalham 40 horas, e outras duas, 30 horas semanais. Quanto à enfermagem, o profissional da área atua 40 horas semanais, e as duas terapeutas ocupacionais, totalizam 40 horas semanais, cada uma.

Observamos, ainda, que a sobrecarga de trabalho desses profissionais, incide pelo atendimento das demandas não-regionais, como é o caso de Planaltina e Sobradinho. O atendimento a essas Regiões Administrativas é favorecido pela proximidade da cidade do Paranoá, se comparada à distância do Hospital São Vicente de Paulo, para onde são encaminhados a maioria dos casos “não-solucionáveis” nos CAPS ou aqueles que residem em localidades que não contam com esse serviço.

A demanda atual deste Centro de Atenção Psicossocial gira em torno de 600 pacientes, ou seja, 92% a mais, se comparado à demanda de 48 pacientes suscitada no site da Secretaria de Saúde. O atendimento diário é de, aproximadamente, 30 pacientes e, por semana, o índice sobe para uma marca aproximada de 180 pacientes.

Vale destacar que, na coleta de dados, também foi observada a insuficiência e a precariedade dos recursos físicos e materiais, pois o CAPS do Paranoá foi registrado no Ministério da Saúde há aproximadamente um mês, portanto, sobrevivia por meio de doações, bazares, etc. Por outro lado, recursos físicos e materiais, como: os bebedouros, os banheiros, as cadeiras, dentre outros, encontram-se em péssimo estado de conservação.

Além disso, é perceptível a escassez de equipamentos de informática e comunicação, sendo disponibilizados para a unidade: quatro computadores (sem acesso à internet), uma impressora e uma linha telefônica (que realiza apenas ligações locais).

Ressaltamos que, atualmente, o CAPS tem disponível a vaga de gerente, sendo responsável pela instituição a Diretora Regional de Saúde do Paranoá.

A pesquisadora, ora apresentada, após três visitas a campo, deu continuidade à pesquisa por meio de contatos telefônicos, visando entrevista com uma das psicólogas da instituição. Segundo a referida psicóloga, apenas três profissionais da psicologia haviam respondido aos questionários que lhes foram entregues. Porém, dadas as falhas de comunicação e/ou incompatibilidade de horários, não foi possível a apropriação desses dados em tempo hábil, inviabilizando assim, uma análise qualitativa minuciosa.

#### **4.1.3. CAPS II de Taguatinga, o terceiro e “último”...**

A Secretaria Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), inaugurou o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de Taguatinga, no dia 27 de dezembro de 2006, segundo reportagem publicada no sítio do órgão, datada de 21 de dezembro de 2006. A referida reportagem afirma que este Centro oferece atendimento diurno, com capacidade para ofertar consultas e *internações* a aproximadamente, 300 pacientes por mês, que:

*contará com uma equipe de 15 profissionais, formada por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, clínicos, auxiliares de enfermagem e técnicos administrativos. Segundo o chefe da Coordenadoria de Saúde Mental da SES/DF, André Luiz Andrade Abrahão<sup>14</sup>, neste Caps serão atendidos pacientes com transtornos mentais não decorrentes do uso ou dependência de álcool e/ou droga.*

*O Caps é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros cuja severidade ou persistência justifique cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. É um serviço de saúde mental criado como alternativa para as internações em hospitais psiquiátricos (DISTRITO FEDERAL, 2006b). [grifo nosso]*

A coleta de dados realizada no Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga, permitiu o acesso ao quadro de profissionais da unidade. Dessa maneira, constatamos que

---

<sup>14</sup> O atual coordenador da GESAM é o Dr. Renato Cãnfora, Médico Psiquiatra.

existem 14 profissionais atuando na instituição, dentre eles: uma médica psiquiatra — que não pertence ao quadro de funcionários do CAPS —, dois enfermeiros, três psicólogas, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, quatro técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e dois técnicos administrativos.

Nota-se, portanto, a dicotomia que existe entre o texto publicado pela reportagem e a realidade apresentada no CAPS de Taguatinga, sobretudo por meio da entrevista realizada à assistente social, no que tange a situação em que se encontram os recursos humanos da instituição:

A psiquiatra não é do CAPS, mas sim cedida do Hospital São Vicente de Paulo. Ela trabalha apenas duas vezes por semana, às terças e quintas-feiras, no período da tarde, e está no CAPS apenas há três meses. Está dando vazão [pois] os pacientes estavam sem medicação, não havia psiquiatra para receitá-las. Então, como não havia mais o que fazer, e a responsabilidade é do governo, a gerente do CAPS fez uma negociação com a GESAM [Gerência de Saúde Mental], e assim conseguimos que a psiquiatra viesse ao CAPS duas vezes por semana.

Quando questionada sobre os recursos físicos, materiais e humanos dos CAPS, a assistente social revela que:

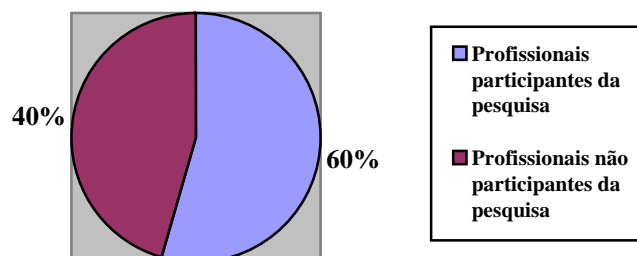
O CAPS entrou em funcionamento no susto, todos são móveis antigos da Secretaria, nós não tínhamos verba específica para o CAPS. Ele só foi registrado no Ministério da Saúde há aproximadamente um mês. Então somente há um mês nós começamos a receber verba do Ministério da Saúde. Não tínhamos recursos e acabávamos sempre pedindo à Secretaria, como um favor. Muitas coisas saíram do nosso próprio bolso, ou em forma de bazares. (...) Sem dúvida é necessário uma equipe profissional maior. Não existem profissionais suficientes, a maioria não é concursado e os contratos temporários acabam em setembro deste ano. Em um levantamento de cabeça, se forem ficar, são apenas cinco profissionais concursados: eu, as duas psicólogas, a gerente e uma auxiliar administrativo. Outra auxiliar administrativo é comissionada, então também não sai. E essa contratação é de responsabilidade da Secretaria de Saúde.

Em investigação realizada neste campo da pesquisa, foram encontrados apenas um computador (que não dispõe de impressora ou acesso à internet) e uma linha telefônica, a qual realiza apenas ligações locais. Caso seja necessário efetuar ligações para celular, esta se dá mediante autorização da Direção.

Ressaltamos, ainda, que dos 10 profissionais de nível superior deste Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma das psicólogas encontra-se de licença maternidade. Entre os profissionais lotados no CAPS, apenas seis se dispuseram a participar da pesquisa,

entre eles: a assistente social, a médica psiquiatra, duas psicólogas, um enfermeiro e a terapeuta ocupacional. Dessa maneira, podemos avaliar que 60% dos profissionais participaram da pesquisa, conforme demonstra o gráfico abaixo:

**Quantitativo dos profissionais do CAPS II de Taguatinga que responderam à pesquisa**



O Centro de Atenção Psicossocial de Taguatinga, segundo a assistente social, funciona das sete às dezoito horas, visto que “*alguns pacientes começam a chegar às sete horas e daqui vão trabalhar*”. Destaca-se, também, que a unidade atende, em média, uma demanda flutuante em torno de 100 pacientes por mês.

Entre os cinco profissionais que responderam aos questionários<sup>15</sup>, apenas três trabalham todos os dias da semana, entre eles, o enfermeiro, uma das psicólogas e a terapeuta ocupacional, essa última, apenas no período vespertino. A médica psiquiatra trabalha às terças e quintas-feiras e a outra psicóloga, às terças, quartas e sextas-feiras.

O número de pacientes atendidos diariamente por cada um destes profissionais varia entre oito e trinta pacientes. O enfermeiro atende cerca de oito pacientes ao dia, exclusivamente em atendimentos individuais. O atendimento psicológico se divide em atendimentos individuais, com cerca de 5 a 10 pacientes por dia, e o grupal, que abarca um número que varia entre 15 e 30 pessoas.

Dessa forma, apesar de observarmos uma quantidade razoável de técnicos frente à demanda, a carga horária destes denota a insuficiência de recursos humanos, pois uma das

---

<sup>15</sup> Lembrando que a assistente social apenas participou da entrevista semi-estruturada, ou seja, não respondeu ao questionário semi-estruturado da pesquisa.



psicólogas, a assistente social e a terapeuta ocupacional trabalham 24 horas semanais, duas psicólogas trabalham 30 horas semanais, os enfermeiros, 40 horas semanais e a psiquiatra, apenas dois dias na semana, no período vespertino, ou seja, se contarmos como 6 horas diárias, totalizariam, no máximo, 12 horas de trabalho.

Em relação às atividades que os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial realizam, num contexto geral, entre os cinco respondentes, podemos verificar que a atividade comum a todos é o atendimento individual e que, as atividades grupais, oficinas terapêuticas e atividades comunitárias tem interface com áreas distintas, com exceção da psiquiatria.

Os profissionais, quando perguntados sobre qual atividade realizam com maior frequência, afirmam ser os atendimentos em grupos e os individuais, novamente, com exceção da psiquiatra, que utiliza exclusivamente o atendimento individual. Entre outras atividades, listamos em ordem crescente de frequência: visitas domiciliares (apenas dois profissionais afirmam realizar); atendimento à família (apenas três realizam) e, as atividades comunitárias e oficinas terapêuticas (apenas a psiquiatra não realiza).

Quanto ao quesito recursos físicos e materiais do CAPS, todos os profissionais foram unânimes em apontar a sua insuficiência, conforme o relato: *“a demanda aumenta a cada dia e os recursos materiais e mesmo o número de profissionais são insuficientes para atender aos usuários do serviço”*.

Em relação às condições de trabalho e à indicação de melhoria destas condições no âmbito institucional, os profissionais responderam que há escassez de material utilizado nas oficinas e que, muitas vezes, a equipe se responsabiliza pelo seu fornecimento. Uma das respondentes aponta que a Secretaria de Estado de Saúde (SES) têm enviado material, mas para o trabalho de terapia ocupacional, por exemplo, a intervenção não está a contento, dada a carência de recursos e estrutura física adequada. Além disso, ressaltam a necessidade de contratar outros profissionais, entre eles, o psiquiatra. Uma das psicólogas revela que *“a equipe praticamente não conta com serviços de capacitação e supervisão, faltam profissionais, não se dispõe dos materiais e recursos necessários para as oficinas, a rede de saúde em si é precária”*.

Os profissionais acreditam que tanto a inexistência de outras unidades de CAPS — *“pois o modelo de CAPS é territorial, para que seja próximo à comunidade”* — quanto a falta de interesse político do governo em implantá-los, prejudicam o atendimento à saúde mental no Distrito Federal, pois segundo uma das profissionais:

A saúde é direito fundamental do cidadão e não são todas as pessoas com sofrimento psíquico que costumam ter acesso à saúde. Quando conseguem, nem sempre é de forma digna e humana. Os recursos aplicados não são suficientes, mas seriam bem utilizados se destinados à saúde e educação.

Em relação à pergunta *“O número de profissionais e instituições de saúde mental está adequado? Por quê?”*, todos os profissionais ressaltam a insuficiência da rede de atendimento à saúde mental, e de acordo com uma das respostas: *“Não, absolutamente não. Porque é inviável atender a uma população de mais de dois milhões de habitantes com três CAPS, principalmente considerando-se a importância do vínculo com o usuário e um olhar para a integralidade do mesmo”*. Nesse sentido, a assistente social ressalta que:

O ideal é que houvesse CAPS em cada Região Administrativa. Se o CAPS de Taguatinga atendesse toda a demanda, nós perderíamos essa noção de território que queremos fortalecer. E eu realmente concordo com essa visão territorial, até como forma de pressão pra que a população exija que existam outros CAPS nas outras regiões.

Os profissionais relatam que a Reforma Psiquiátrica está ocorrendo no Distrito Federal, apesar de se dar de forma *“parcial e lentamente”*. Segundo os entrevistados, os profissionais do CAPS procuram trabalhar de acordo com *“os princípios e pressupostos da reforma”*. Na visão da assistente social:

Ainda falta um pouco mais de conhecimento sobre a Reforma, nem todos os profissionais têm noção do que é a Reforma. E eu até entendo, porque quando cheguei aqui, não recebi nenhuma capacitação, não fui escolhida porque tinha trabalhado com saúde mental, enfim, não tive opção, independia de gostar ou não. O que eu tive foi sorte de encontrar pessoas dispostas a me auxiliar a compreender a Reforma.

Outra questão se refere ao atendimento a pacientes judiciários e, apenas a psiquiatra não realizou atendimentos dessa natureza. Os outros quatro profissionais respondentes da pesquisa afirmaram que não há distinção no atendimento a esses pacientes, além de concordarem com a afirmação de que eles devem receber atenção à saúde como direito de qualquer cidadão. De acordo com uma das psicólogas: *“a única diferença em nossa atuação é o envio de relatórios à justiça, sempre que solicitado”*.

Conforme relatado pelos profissionais, como o atendimento aos pacientes judiciários nos CAPS é mínimo, o trabalho em rede, no que se refere a esses pacientes, é ainda mais prejudicado, quando comparado aos outros usuários do serviço. Segundo uma das respondentes, por parte dos funcionários do CAPS, *“empenho existe, mas vejo a edificação do trabalho em rede como nosso grande e próximo desafio, especificamente com pacientes judiciários, pois nossa experiência é mínima”*. Salientamos que um dos profissionais acredita que os pacientes judiciários não deveriam ser atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial, o que contradiz a afirmação de todos os profissionais sobre a não existência de distinção no atendimento a esses pacientes.

Diante do quadro apresentado, todos os profissionais vêem a importância do trabalho em rede, voltado para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal. Um deles acrescenta que: *“é muito importante o trabalho em rede, mas necessita de apoio governamental para sua efetivação e fortalecimento”*. Contudo, segundo entrevista à assistente social, o trabalho em rede

existe de forma muito precária, pois não há um trabalho em conjunto com as três áreas [justiça, assistência social e saúde], principalmente no que diz respeito aos sentenciados em medida de segurança, que é praticamente inexistente. (...) mas beneficiaria, principalmente, no que diz respeito aos usuários. E quanto ao nosso trabalho, além de outras questões, auxiliaria no conhecimento das questões técnicas, saber até onde vai o papel de cada uma dessas esferas. Acredito que deveria ser realizado, conjuntamente, um plano de atendimento.

Além disso, encaram a saúde como forma de reinserir socialmente os pacientes judiciários, porém, uma das psicólogas acredita que a saúde ofertada não deve ser na ótica do manicômio judiciário, por caracterizá-lo como uma forma de exclusão. Sobre essa questão, ou seja, a internação compulsória dos sentenciados em medida de segurança, a assistente social expõe:

Não concordo com a internação compulsória por ser um tratamento diferenciado para eles, e para pior. Eles são penalizados duplamente, perto de um preso comum, eles não têm muita chance, escolha ou defesa. São tidos como sem condição de responderem por si e outras pessoas respondem por eles, e pronto. Outro ponto é em relação à remição da pena pelo trabalho, como eles não têm pena, eles não têm remissão. Existe uma série de questionamentos. Os modelos de Goiânia e Belo Horizonte seriam modelos alternativos bem mais razoáveis e coerentes.

Há um erro muito maior, pois esses pacientes não deveriam estar no presídio. Ainda que seja necessário o atendimento na rede de saúde, fica complicado

recebê-los, por exemplo, algemados, para participarem dos grupos. Isso seria um tratamento diferenciado! Mas, se eles estão lá dentro, teríamos que estudar, em conjunto — as duas esferas, a judiciária e a executiva pela saúde —, uma forma de atendê-los da maneira mais humana possível. Não sei como seria realizado esse atendimento, mas se ele [o paciente judiciário] está tutelado pelo Governo, então este [o Governo] deve tentar amenizar essa situação de direitos humanos.

Em relação ao questionamento de que, se *“as políticas públicas de atenção à saúde, educação e condições sociais básicas poderiam criar um contexto menos favorável à vulnerabilidade social?”*, uma das psicólogas responde que essas políticas: *“podem favorecer escolhas mais acertadas, suporte, segurança, conscientização e valorização do cidadão”*. Citando, novamente, a entrevista com a assistente social: *“hoje em dia as políticas são de repressão, e não políticas de prevenção. Acredito que todas as políticas sociais públicas, se fossem bem planejadas e executadas, não só poderiam como deveriam cumprir o papel de evitar a vulnerabilidade social”*.

No que diz respeito à promoção de capacitação, ou seja, a efetuação de serviços de capacitação em saúde mental, fomentada pelos próprios profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Taguatinga, os profissionais respondentes da pesquisa relatam que foi realizada uma espécie de capacitação, anteriormente à semana da luta antimanicomial deste ano. Na ocasião, os profissionais do CAPS promoveram visitas institucionais abertas à comunidade, guiadas pelos próprios servidores. Essas visitas objetivavam *“esclarecer, orientar e divulgar o serviço do CAPS”*.

Ainda sobre a implantação do processo de capacitação destinada aos profissionais do CAPS em questão, dois dos profissionais respondentes afirmaram que *“não ocorre”*; outros três disseram que houve uma capacitação promovida pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade de Brasília (UnB), voltada apenas para dois profissionais da equipe. Houve ainda quem citasse um curso da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que não possui frequência definida, além de uma especialização da UnB, em caráter de seleção. Nesse contexto, os dados da pesquisa indicam que as capacitações são insuficientes, tanto em frequência quanto em relação ao número de profissionais que conseguem comportar.

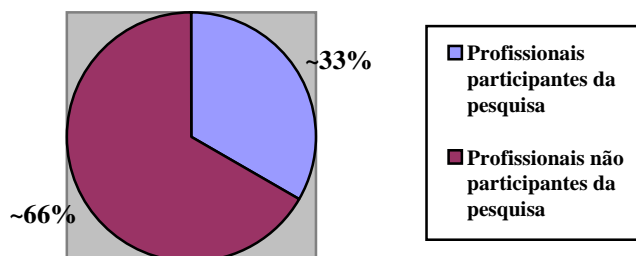
## 4.2. Discutindo os Resultados

Decorrida a análise individual de cada um dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), podemos ampliar o debate, através do cruzamento dos dados institucionais encontrados.

Em *primeiro lugar*, não apenas o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Paranoá, como também o Centro de Atenção Psicossocial do Instituto de Saúde Mental (CAPS/ISM), tiveram baixa adesão à pesquisa, dada a indisponibilidade dos profissionais, ou por vezes, o descaso dos mesmos, o que torna plausível a hipótese de que a pesquisa não recebe a devida importância no âmbito profissional, em especial nas equipes que executam o trabalho na área da saúde.

O gráfico abaixo indica o somatório do quantitativo de profissionais participantes da pesquisa, porém, a contabilização dos respondentes envolve somente os CAPS do Riacho Fundo I e de Taguatinga, tendo vista a inacessibilidade dos dados referentes ao CAPS do Paranoá. A contagem indica que no CAPS do Riacho Fundo, de vinte profissionais de nível superior existentes, apenas quatro responderam à pesquisa, e que, no CAPS de Taguatinga, entre os dez profissionais lotados na unidade, apenas seis se dispuseram responder à entrevista e aos questionários.

### Total de profissionais que responderam à pesquisa



Em *segundo lugar*, em virtude do descaso ou da pouca importância com a pesquisa, conforme foi demonstrado, também não há indícios suficientes de que os profissionais estejam engajados: a) na luta pela desinstitucionalização do manicômio judiciário; b) ou no combate à medida de segurança tal como está, a fim de construir um modelo alternativo de atenção à saúde dos pacientes judiciários, visto que é, ou deveria ser, uma medida de tratamento; c) ou, sequer, na articulação da Ala de Tratamento Psiquiátrico com a rede pública de saúde mental; além disso, d) mais escasso se torna, quando nos referimos ao trabalho em rede entre justiça, assistência social e saúde.

Em *terceiro lugar*, vale ressaltar o descaso governamental com a promoção de capacitações, bem como de supervisões destinadas aos profissionais da área de saúde mental. Quando perguntados se são submetidos a capacitações, 75% dos profissionais que responderam aos questionários afirmaram que “*sim*”, porém, não sabem dizer com que frequência elas ocorrem e, na maioria dos casos, quem promove é a própria Instituição [CAPS], a FIOCRUZ ou a Universidade de Brasília (UnB). Entre os participantes da pesquisa, apenas um cita a Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF) como promotora de capacitação, destacando que isso ocorreu uma única vez. Isso denota que não há um processo continuado de capacitação.

Em *quarto lugar*, cabe a ressalva de que os profissionais, ao serem encaminhados para o trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial, em momento algum são consultados

sobre a afinidade com o tema e/ou interesse em atuar com a questão. Tampouco ocorre uma prévia capacitação antes da inserção no âmbito institucional.

Em *quinto lugar*, no que tange a promoção e o cuidado destinado à saúde mental dos trabalhadores em saúde mental, por parte do governo local, 100% dos respondentes afirmam a sua inexistência, ressaltando a sua importância.

*Por último*, ao promover uma análise comparativa dos dados, interligando-a com as hipóteses deste estudo, podemos concluir que tanto a hipótese central quanto as hipóteses complementares foram comprovadas, ainda que parcialmente. Isso se deu porque, a partir dos dados coletados, percebeu-se, *primeiramente*, as falhas presentes no sistema de saúde mental, a discrepância com a lei vigente — que, inclusive, propicia dúbias interpretações — atrelada à falta de compromisso do Governo do Distrito Federal com a Política de Saúde Mental. Em *segundo lugar*, 90% dos profissionais acreditam que as políticas de saúde, educação e condições sociais básicas, se bem planejadas e executadas, cumpririam a função de prevenir as vulnerabilidades sociais. Em *terceiro lugar*, houve incidências de questões ligadas ao conservadorismo, resistência à desinstitucionalização do louco infrator, baseada no estigma da periculosidade social, sobretudo, devido à parca compreensão à respeito da medida de segurança, ou até mesmo da Reforma Psiquiátrica, principalmente pela inexistência de capacitações sobre os referidos assuntos.

### **Considerações Finais**

O enfoque deste trabalho, voltado para o papel da Política de Saúde Mental do Distrito Federal, em especial, no tocante ao atendimento dos pacientes judiciários portadores de sofrimento psíquico, denota a ineficiência da função do Estado (neste caso, o Governo do Distrito Federal) como mantenedor e gestor dessa política. Historicamente, coube ao Estado a função de gestar as políticas sociais, porém, há algumas décadas podemos denotar a desresponsabilização do Estado frente às demandas sociais, aliada ao aspecto filantrópico das políticas públicas, introjetadas no imaginário social.

Este estudo surgiu a partir do vislumbre da insuficiência dos serviços nesta unidade da federação, visto que são ofertados somente três serviços substitutivos ao internamento, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que estão funcionando precariamente, com uma quantidade residual de profissionais e de recursos físicos e materiais.

Os Centros de atenção Psicossocial do Distrito Federal foram cadastrados no Ministério da Saúde há pouco mais de um mês — com exceção do CAPS do Instituto de Saúde Mental (ISM), cadastrado desde 2002 —, e alguns, ainda assim, continuam sem receber os recursos destinados ao CAPS, e trabalham por meio da luta diária dos profissionais, doações, bazares, etc. A exemplo, citemos o próprio ISM, que passou a



receber os recursos destinados ao CAPS apenas em 2005, ou seja, três anos após o cadastramento.

Salientamos a incipiente produção teórica disponível a respeito do histórico da Política de Saúde Mental do Distrito Federal, inclusive na própria Gerência de Saúde Mental (GESAM). Parte das publicações encontradas são referentes ao Hospital São Vicente de Paulo, que, segundo a lei vigente, deveria estar em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, uma ampliação da produção teórica sobre o tema, versando a respeito da realidade local, possibilitaria avanços no sentido de qualificar o planejamento e a execução da Política de Saúde Mental no DF.

Em virtude da importância de um estudo do tema Saúde Mental no Judiciário, este trabalho tem a pretensão de ampliar o debate sobre a Saúde Mental e a Medida de Segurança, em princípio, na esfera do Serviço Social, contribuindo para a publicização de assuntos ainda pouco discutidos, visando dar-lhes maior visibilidade e reconhecimento e, sobretudo, estimular priorização dos mesmos na gestão de políticas públicas.

Ressaltamos, ainda, a importância de *fortalecer* importantes considerações apontadas no Relatório Final do Seminário *para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2002: a) tornar a internação compulsória cada vez mais uma exceção — o tratamento deve ser feito na rede de serviços substitutivos; b) transferir o recurso advindo do processo de desinternação das pessoas dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) para a implantação de Residências Terapêuticas; c) articular o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico com a rede pública de saúde mental; d) articular as diferentes redes de atendimento existentes — justiça, assistência social e saúde; e) substituição da Medida de Segurança por medida de tratamento, desconstruindo, assim, o instituto da Medida de Segurança, equivocadamente tratada apenas como uma questão de Justiça e não de Saúde Mental; f) reafirmar que Medida de Segurança é um tratamento, e que o tratamento é direito do cidadão ou cidadã; g) fim dos exames de cessação de periculosidade; h) fim da desinternação condicional; i) responsabilização dos serviços territoriais junto à equipe dos Manicômios Judiciários, para a inserção dos pacientes nos serviços de saúde mental de sua comunidade; j) antes, durante e após a desinternação, o paciente deverá ser assistido nos

serviços substitutivos de sua comunidade; l) elaboração de campanha publicitária, seminários, para sensibilizar a população na desconstrução do estigma da periculosidade e portador de sofrimento psíquico; m) desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários, buscando sua superação por meio da universalização do cumprimento da Medida de Segurança (como tratamento) em regime aberto, na rede de serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS); n) criação de um programa de desospitalização para a população interna dos Manicômios Judiciários, com a criação de *Serviços Residenciais Terapêuticos*, por meio do envolvimento e responsabilização dos gestores locais; e, o) elaboração de um programa de acompanhamento de egressos, conduzido pelo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e pela Secretaria de Saúde, que evite as reinternações e garanta o atendimento ambulatorial em serviços de Saúde Mental da rede SUS.

Além disso, o estudo pretende fornecer subsídios para: a) a compreensão da necessidade do aperfeiçoamento e/ou (re)conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, no Distrito Federal; b) tornar evidente a obrigatoriedade da ampliação da rede de saúde mental do DF, pois a saúde é um direito constitucionalmente “garantido” a qualquer cidadão ou cidadã, sem distinção de etnia, gênero, orientação sexual, idade, classe social, religião, *condição física ou mental* e, ainda, *situação jurídica*; c) a necessidade de ampliação dos recursos — físicos, humanos, materiais — destinados aos CAPS; bem como, d) de realização de capacitações profissionais às equipes técnicas dos CAPS e, por fim, e) a promoção de atendimento destinado ao cuidado da saúde mental dos trabalhadores em saúde mental.

Para finalizar, o trabalho não é estanque, visto que pretendemos analisar a temática de forma ampla, dialética, baseado no contexto histórico da realidade apresentada e na necessidade evidente de transformá-la. Nesse contexto, a vontade política e as alterações no modelo histórico-atual das políticas sociais públicas brasileiras são fundamentais para que as pessoas portadoras de sofrimento psíquico, independente de serem pacientes judiciárias ou não, possam ter garantido e executado, pelo Estado, o direito fundamental à saúde.

### Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela Vida**: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANTUNES, Ricardo L. C.. **Adeus ao trabalho?**: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social e Trabalho**: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres, UnB, 2006.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 06 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.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para o Programa “De Volta para Casa”**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários**: Relatório Final do Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001.** Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Coordenação Nacional de Saúde Mental, Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Tradução de Iraci Poleti. 5ª edição. Petrópolis - R.J.: Vozes, 1998.

CONSOLI, Gelson Luiz. **Saúde Mental nos Municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um Diagnóstico da Reforma Psiquiátrica.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2006.

DELMANTO, Celso et al. **Código Penal Comentado.** 7. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Estado Capitalista: as Funções da Previdência e da Assistência Sociais.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

FERNANDES, Luiz Fernando Viegas. **Os Mundos do Trabalho na Sociedade Brasileira.** 2003. 130 f.. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2003.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1972.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

\_\_\_\_\_; tradução de Eduardo Brandão. **Os Anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_; tradução de Raquel Ramallete. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 1987.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é loucura.** 10ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2002.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos (LCT), 1988.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 1999.

IAMAMOTO, Marilda & CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórica-metodológica. São Paulo: Cortez, 1986.

MARTINS, Valdete de Barros & PAIVA, Beatriz Augusto. **A implantação da lei orgânica da assistência social**: uma nova agenda para a cidadania no governo Lula. In Revista Serviço Social & Sociedade, n. 73, ano XXIV. São Paulo: Cortez, 2003.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e Questão Social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

OBIOLS, Juan (col.); tradução de José Antonio Giradles Guerreiro Barata. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. Rio de Janeiro: Salvat, 1979.

OTONI, Fernanda. **Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário**. Minas Gerais: [s.n.], 2001.

PEREIRA, Potyara A. P. **A política social no contexto da seguridade social e do Welfare State**: a particularidade da assistência social. In Revista Serviço Social & Sociedade, n. 56, ano XIX. São Paulo: Cortez, 1998.

SANTOS, Jamila Zgiet Rodrigues. **As Dificuldades de Implantação da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal** — Implicações para a Família (o Caso da Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base). 2007. 73 f.. Monografia do curso de Serviço Social – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2007b.

SANTOS, Wederson Rufino dos. **A análise do Benefício de Prestação Continuada feita por quem recebe e por quem concede**: duas perspectivas sobre a proteção social do benefício?. 2007. 57 f.. Monografia do curso de Serviço Social – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2007a.

SOUZA, Marcos Francisco de. **Condições, determinações e particularidades do processo de trabalho do assistente social nos órgãos do Poder Judiciário sediados em Brasília**. Brasília, 2004. 228 p. Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social.

SOARES, Laura Tavares. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

THOMPSON, Augusto. **A questão penitenciária**. Petrópolis: Vozes, 1976.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Seção Psicossocial da VEC. **Plano de Ação de 2004 a 2006**. Brasília, 2006.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Seção Psicossocial da VEC. **Relatório de Atividades**. Brasília, 2006.

### *Referências da Web:*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 4, ano II, nº 4**. Informativo eletrônico. Brasília: agosto de 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> ou <<http://www.ccs.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 de março de 2008.

COSTA, Maria Henriqueta Camarotti. **Manicômios: um caso de direitos humanos**. Brasília: Editora Thesaurus, 1994. Disponível em: <[http://209.85.215.104/search?q=cache:1H\\_2M\\_YgN04J:br.geocities.com/edterranova/raven028.htm+hist%C3%B3rico+da+pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde+mental+do+distrito+federal&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=32&gl=br](http://209.85.215.104/search?q=cache:1H_2M_YgN04J:br.geocities.com/edterranova/raven028.htm+hist%C3%B3rico+da+pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde+mental+do+distrito+federal&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=32&gl=br)>. Acesso em: 12 de maio de 2008.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Edição de Notícias. **Paranoá ganha Unidade de Ortopedia e o Caps II**. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://209.85.215.104/search?q=cache:0o4vnwjeRs8J:www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp%3FttCD\\_CHAVE%3D33790+CAPS+do+parano%C3%A1&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=2&gl=br](http://209.85.215.104/search?q=cache:0o4vnwjeRs8J:www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp%3FttCD_CHAVE%3D33790+CAPS+do+parano%C3%A1&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=2&gl=br)>. Acesso em: 12 de maio de 2008.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental, Coordenadoria de Saúde Mental do Distrito Federal**. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 13 de maio de 2008.

\_\_\_\_\_. **Taguatinga vai receber Centro de Atendimento Psicossocial**. Brasília, 2006b. Disponível em: <[http://209.85.215.104/search?q=cache:J2lPxvSzzjwJ:www.distritofederal.df.gov.br/003/00301009.asp%3FttCD\\_CHAVE%3D46422+CAPS+de+Taguatinga+DF&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br](http://209.85.215.104/search?q=cache:J2lPxvSzzjwJ:www.distritofederal.df.gov.br/003/00301009.asp%3FttCD_CHAVE%3D46422+CAPS+de+Taguatinga+DF&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br)>. Acesso em: 12 de maio de 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Informativo da Saúde Mental**. Brasília, MS/DAPES, ano VI, nº 26, 07 de agosto a 31 de dezembro de 2007. Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/Bo26.pdf>>. Acesso em: 13 de maio de 2008.

TEIXEIRA, Wagner A.; TEIXEIRA, Ricardo A.. Peculiaridades de tratamento no Distrito Federal. In: **Revista Com Ciência**, Brasília, 2002. Disponível em: <<http://209.85.215.104/search?q=cache:YBQYPNDJ3wUJ:www.comciencia.br/reportagens/epilepsia/ep13.htm+hist%C3%B3rico+da+pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde+mental+do+distrito+federal&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=29&gl=br>>. Acesso em: 12 de maio de 2008.

## **Apêndice**

- Roteiro semi-estruturado de entrevista (Público-alvo: Assistentes Sociais dos Centros de Atenção Psicossocial de Saúde Mental do Distrito Federal);
- Questionário semi-estruturado (Público-alvo: demais profissionais com atuação nos Centros de Atenção Psicossocial de Saúde Mental do Distrito Federal).

## **Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada**

***Público-alvo: Assistentes Sociais dos Centros de Atenção Psicossocial de Saúde Mental do Distrito Federal***

1. Como é realizado o trabalho dos profissionais do CAPS, desde o acolhimento, até os atendimentos?
2. Quais casos de sofrimento psíquico são acompanhados nessa instituição?
3. Como na cidade só existe um CAPS, você acredita que essa seletividade é o ideal?
4. Para onde são encaminhados os outros casos?
5. Qual a quantidade atual de pacientes atendidos por este Centro de Atenção Psicossocial - CAPS?
6. Quantos pacientes são atendidos por dia?
7. Qual o horário de funcionamento do CAPS? Durante quantos dias na semana?
8. Você acha a rede de atenção à saúde mental do Distrito Federal suficiente para a demanda? Por quê?
9. Você considera os recursos físicos, humanos e materiais da instituição suficientes para a realização do trabalho dos profissionais? Por quê? O que poderia ser melhorado? E de quem seria a essa responsabilidade?
10. Qual a quantidade de profissionais que atuam no CAPS? Você acha que esse número é adequado/suficiente? (entre: médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, técnicos educacionais, terapeutas ocupacionais e artesãos).

## **II - Questões Específicas**

1. Há quanto tempo você trabalha no CAPS?
2. Teve contato com a saúde mental antes de trabalhar nesta unidade?
3. Conhece a Reforma Psiquiátrica e concorda com seus princípios?
4. Os profissionais do CAPS compactuam com a Reforma Psiquiátrica?



5. Como você vê a implantação da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal na atualidade?
6. O governo do DF disponibiliza atendimento voltado para a saúde mental dos trabalhadores em saúde mental?
7. Há/houve incidência de demanda por internação? Como você avalia essa quantidade?
8. Pacientes que receberam alta, voltaram vulneráveis ao CAPS?
9. Há distinção no atendimento dos pacientes encaminhados pela justiça?
10. O número de pacientes judiciários é crescente?
11. A quantidade de pacientes judiciários supera a quantidade de pacientes por demanda espontânea?
12. Os profissionais realizam notificação da quantidade de pacientes encaminhados pela justiça? Quantos, por semestre?
13. Esses pacientes permanecem vinculados ao serviço de saúde após a extinção do processo judicial?
14. Você acredita que o CAPS tem contribuído para a reinserção dos pacientes judiciários ao contexto sócio-familiar?
15. O que você acha da internação compulsória dos sentenciados em medida de segurança?
16. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou seja, a Ala de Tratamento Psiquiátrico – ATP do Distrito Federal está articulada com o CAPS?
17. Os profissionais do CAPS lutam pela desinstitucionalização do manicômio judiciário do DF? E pela criação da primeira residência terapêutica do DF?
18. Vocês trabalham em rede (justiça, assistência social e saúde)? Como se dá esse trabalho?
19. Se não houver trabalho em rede: Você acredita que o trabalho em rede pode beneficiar a população usuária e o trabalho dos profissionais?
20. Você acha que as políticas públicas de atenção à saúde, educação e condições sociais básicas poderiam criar um contexto menos favorável à vulnerabilidade social, se fosse do interesse do Estado? Por quê?

## Questionário Semi-Estruturado

***Público-alvo: demais profissionais com atuação nos Centros de Atenção Psicossocial de Saúde Mental do Distrito Federal***

1. Qual a sua área de atuação profissional no CAPS?

( ) médico psiquiatra

( ) pedagogo

( ) enfermeiro

( ) Outra

( ) psicólogo

Qual? \_\_\_\_\_

( ) assistente social

2. Você trabalha todos os dias da semana? Se não, quais são eles?

\_\_\_\_\_

3. Quantos pacientes, aproximadamente, você atende diariamente?

\_\_\_\_\_

4. Assinale com um X nas atividades que você realiza no CAPS?

4.1.( ) atendimento individual

4.4.( ) visitas domiciliares

4.2.( ) atendimento em grupos

4.5.( ) atendimento à família

4.3.( ) atendimento em oficinas terapêuticas

4.6.( ) atividades comunitárias

a)Qual(is) dessas atividades ocorre com maior frequência? \_\_\_\_\_

b)E qual(is) ocorre em menor frequência? \_\_\_\_\_

5. Você acha que a quantidade de recursos físicos e materiais é suficiente para atender à demanda? Por quê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Você avalia as condições de trabalho do CAPS como adequadas? Por quê? O que poderia ser melhorado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Acredita que o governo tem cumprido o seu papel, garantindo o acesso a saúde para as pessoas com sofrimento psíquico? Acha que os recursos têm sido bem aplicados? Por quê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. O número de profissionais e instituições de saúde mental está adequado? Por quê?

---

---

9. Você acha que a Reforma Psiquiátrica está sendo efetivada no Distrito Federal? Mais ainda, no âmbito deste CAPS? E da sua atuação profissional? Por quê?

---

---

---

10. Já realizou/realiza, neste CAPS, atendimento à pacientes judiciários com sofrimento psíquico? Como se dão esses atendimentos? O atendimento voltado a esses pacientes é distinto dos demais?

---

---

---

11. Você acha que eles devem receber atenção à saúde como direito de qualquer cidadão?

---

---

12. No atendimento aos pacientes judiciários, você acredita que os profissionais do CAPS se empenham em fortalecer o trabalho em rede? Por quê? De que forma ele se constitui?

---

---

---

13. Você vê importância no trabalho em rede? Acredita que ajuda a fortalecer a Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal?

---

---

---

14. Você acha que a saúde é uma das formas de (re)inserir socialmente os pacientes judiciários? Por quê?

---

---

15. As políticas públicas de atenção à saúde, educação e condições sociais básicas poderiam criar um contexto menos favorável à vulnerabilidade social, se fosse do interesse do Estado? Por quê?

---

---

---

16. Os profissionais do CAPS promovem ou já promoveram capacitações?

(    ) Sim      (    ) Não

a) Quantas e para quem? \_\_\_\_\_

b) Quem formulou? \_\_\_\_\_

17. Os profissionais são submetidos a capacitações?

(    ) Sim      (    ) Não

a) Quantas por ano? \_\_\_\_\_

b) Quem promoveu? \_\_\_\_\_

18. O governo proporciona atenção à saúde mental aos profissionais do CAPS?

(    ) Sim      (    ) Não

19. Você sente necessidade e/ou vê importância nesse tipo de atendimento? Por quê?

---

---

---

20. Considerações e/ou observações:

---

---

---

---

---

---