

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

UMA PORTA, VÁRIAS SAÍDAS: análise do processo de reorientação da atenção à saúde mental de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei através do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)

LUCIO COSTA

Sorocaba, SP
2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

UMA PORTA, VÁRIAS SAÍDAS: análise do processo de reorientação da atenção à saúde mental de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei através do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)

LUCIO COSTA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Ciências Humanas e Biológicas da Universidade Federal de São Carlos

Orientadora: Prof. Dra .Kelen Christina Leite

Sorocaba, SP
agosto, 2014

LÚCIO COSTA

UMA PORTA E VÁRIAS SAÍDAS: uma análise sobre o processo de reorientação da atenção à saúde mental das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei através do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)

apresentado à banca examinadora do Centro de Educação e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Educação, válido como requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof. Dra. Kelen Christina Leite

Data da aprovação: /_/_/_____

Comissão Examinadora:

Prof. Dr.
UFSCAR

Prof. Dr.
UFSCAR

Prof. Dr.
UFSCAR

Costa, Lucio.
C837p Uma porta, várias saídas: análise do processo de reorientação da atenção à saúde mental de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei através do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). / Lucio Costa. -- 2014.
126 f. : 28 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos,
Campus Sorocaba, Sorocaba, 2014
Orientador: Kelen Christina Leite
Banca examinadora: Marcos Roberto Vieira Garcia, Roberto de Campos Andrade, Viviane Melo de Mendonça
Bibliografia

1. Saúde mental - Legislação. 2. Criminosos doentes mentais. I.
Título. II. Sorocaba-Universidade Federal de São Carlos.

CDD 344.044

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca *campus* Sorocaba.

Dedico este trabalho a todas as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei – em particular, as esquecidas pela sociedade e mantidas em depositários humanos por capitães do mato contemporâneos, por vezes, travestidos de togas e jalecos brancos.

AGRADECIMENTOS

A motivação, como também o resultado deste trabalho, esteve atravessada por aquilo que julgo existir de mais importante em nossas vidas: as lutas e resistências contra a opressão e a segregação. Assim, o resultado deste trabalho também é perpassado pela coletividade, por sonhos, inquietudes e por pessoas que compartilham de um existir em movimento.

Como reconhecimento à indispensável colaboração, gostaria de agradecer à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida no processo do desenvolvimento desta pesquisa.

Agradeço profundamente a minha orientadora, Kelen Christina Leite, por toda paciência, dedicação e por acreditar que esse projeto fosse possível.

Agradecimentos ao meu co-orientador, Marcos Roberto Vieira Garcia, que, para além do apoio intelectual fundamental à produção desta pesquisa, também compartilha desse existir em movimento, cujo resultado se expressa na luta e resistência diária contra as opressões e segregações promovidas pelo poderio psiquiátrico positivista.

Estendo meus profundos agradecimentos ao coordenador do Programa de Mestrado em Educação da UFSCar (campus Sorocaba), professor Marcos Francisco Martins, que, movido pela vontade de construir um curso crítico e diferente de tudo aquilo que já existia na cidade de Sorocaba, através da sua dedicação, possibilitou a mim e a várias outras pessoas, a oportunidade de fazer uma reflexão crítica sobre si e acerca do mundo.

Aos professores Viviane Melo de Mendonça, Roberto de Campos Andrade, Soraya Rosa Diniz e Maria Carla Corrochano, por me concederem a honra de integrar minha banca de defesa.

Agradeço a minha mãe, Helena Maria de Oliveira, não somente pela vida – embora isso já o fosse suficiente – mas por me provocar e contribuir para que eu fizesse dessa uma vida em pleno movimento.

Ao meu pai (não mais nessa dimensão) que me deixou várias referências e lembranças – várias delas incorporadas em minhas trincheiras.

Deixo aqui os meus agradecimentos a algumas instituições, como o Ministério da Saúde, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, o Ministério da Justiça e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal, por me permitirem ampliar o olhar sobre a população foco deste trabalho.

Aos amigos, conhecidos, militantes e movimentos sociais que influenciaram e influenciam o meu fazer reflexivo quero deixar os meus agradecimentos: Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (FLAMAS), Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), Movimento Pró-Saúde Mental do DF, Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), toda a equipe do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), Leandro de Campos Fonseca, Márcia Caldas, Aldo Zaiden, Marden Soares Filho, Railander Quintão Figueiredo, Alex Reinecke de Alverga, Laíssa da Costa Ferreira, Francisco Job, Tânia Kolker, Haroldo Caetano da Silva, Maria Aparecida Diniz, Jeferson Aparecido Dias, Fernanda Nicácio, Adriana Eiko, Moacyr Miniussi Bertolino Neto, Elisa Zanerato, Daniela Skromov, Rosana Ragazzoni, Hamilton Pereira, Izídio de Brito Correia, Luciano Losekan, Douglas de Melo Martins, Dário Frederico Pashe, Roberto Tykanori Kinoshita, Rosemeire Aparecida da Silva, João Vinicius Marques, Érika Kokay e Fábio Belloni.

Por fim, meu obrigado a uma pessoa cujo sentimento é impossível ser dimensionado ou traduzido neste pequeno texto. Alguém a quem admiro e que me traduz, da maneira mais compreensível possível, os significados das palavras respeito e companheirismo. Com ela ressignifiquei o que entendia por amar alguém. Sua participação neste trabalho foi fundamental: desde as reflexões até o auxílio em fazer com que as palavras colocadas no papel alcançassem minhas ideias nem sempre tão fluidas. Marília Mundim da Costa, obrigado pela oportunidade de compartilhar os dias da minha vida ao seu lado. Obrigado por dividir comigo a sua existência e permitir que as nossas vidas sejam repletas de movimentos. Obrigado por acreditar em mim e nas lutas. Este trabalho é nosso.

LISTA DE SIGLAS

ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNMP – Conselho Nacional do Ministério Público

CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CP – Código Penal

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

ECTP – Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

GO – Goiás

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HRW – Human Rights Watch

LEP – Lei de Execução Penal

MG – Minas Gerais

MJ – Manicômios Judiciários

MJHC – Manicômio Judiciário e Hospital de Custódia

MPEG – Ministério Público do Estado de Goiás

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

ONG – Organização Não Governamental

PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAIPJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PT – Partido dos Trabalhadores

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TJ – Tribunal de Justiça

UNB – Universidade de Brasília

RESUMO

A presente dissertação tem como foco central os aspectos da proteção e dos direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Marcada pelo binômio crime/loucura, esta população vem sendo mantida apartada do novo regramento legal que dispõe sobre as garantias e o modelo de atenção psicossocial no País: a Lei Nº 10.216/2001, mais conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa legislação orienta em suas diretrizes uma terapêutica contrária à lógica de asilamento e de segregação, apontando o processo de desinstitucionalização como o mecanismo que deve pautar as políticas públicas na área. Entretanto, milhares de brasileiros marcados pelo estigma da loucura e da criminalidade permanecem esquecidos em espaços de confinamento penal e internação psiquiátrica. Uma experiência inovadora conduzida pelo estado de Goiás vem mudando esse paradigma: o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI). Pautado pelas diretrizes estabelecidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, o projeto tem alcançado índices de reincidência que o distingue sobremaneira dos demais modelos operados na área, constituindo uma possibilidade real de transformação na perspectiva do lidar com o binômio loucura/crime. A partir de um trabalho de campo orientado por entrevistas, além de pesquisa histórica e diálogo com algumas das principais linhas teóricas na área, procuramos situar o PAILI no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica e dos desafios ainda presentes à plena efetivação dos direitos dessa população.

Palavras-chave: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização, Medida de Segurança, Louco Infrator, Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, PAILI.

ABSTRACT

This dissertation has as its central focus the aspects of protection and rights of people with mental disorder in conflict with the law. Marked by the binomial crime / madness, this population has been kept apart from the new legal rules which provides guarantees and the model of psychosocial care in Brazil: Law nº 10.216/2001, better known as the Brazilian Psychiatric Reform Law. This legislation directs in its guidelines the opposite to the logic of institutionalization and segregation therapy, pointing the deinstitutionalization process as the mechanism that should guide public policy in the area. However, thousands of Brazilians marked by the stigma of madness and crime remain forgotten in spaces of criminal confinement and psychiatric hospitalization. An innovative experiment conducted by the state of Goiás is changing this paradigm: o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI). Oriented by the guidelines established by the Brazilian Psychiatric Reform, the project has achieved recidivism rates that greatly differs from other models operated in the area, providing a real possibility for transformation in the perspective of dealing with the madness / crime ratio. From fieldwork oriented interviews, historical research and dialogue with some of the main theoretical lines in the area, we sought to place the PAILI in the context of psychiatric deinstitutionalization and in the still present challenges to the full achievement of this population's rights.

Keywords: Mental Health, Psychiatric Reform, Deinstitutionalization, Safety Measure, Crazy Offenders, People with Mental Disorder in Conflict with the Law, PAILI.

Digo não quando dizem sim em coro uníssono. Quero descobrir e revelar a face obscura, aquela que foi varrida dos compêndios de História por infame e degradante; quero descer ao renegado começo, sentir a consistência do barro amassado com lama e sangue, capaz de enfrentar e superar a violência, a ambição, a mesquinhez, as leis do homem civilizado. Quero contar do amor impuro, quando ainda não se erguera um altar para a virtude. Digo não quando dizem sim, não tenho outro compromisso.

Jorge Amado

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 A LOUCURA E A HUMANIDADE	22
1.1 RAZÃO E DESRAZÃO: A LOUCURA SOB A PERSPECTIVA DESUMANIZADORA... ..	22
1.2 TRANSFORMANDO A DIFERENÇA HUMANA EM PATOLOGIA: O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA	26
1.3 CRIME E LOUCURA	28
1.3.1 Periculosidade	31
1.3.2 Medida de segurança	36
1.3.3 Tratamento ou prisão?	40
1.3.4 Saúde ou justiça?	42
1.4 PRIMÓRDIOS DA RUPTURA COM O MODELO MANICOMIAL	44
1.5 BASAGLIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA ITÁLIA	45
2 O CENÁRIO BRASILEIRO	48
2.1 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DA ASSISTÊNCIA LEIGA À PSIQUIATRIA	48
2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	51
2.3 DO PROJETO DE LEI PAULO DELGADO À LEI 10.216/2001: O REDIRECIONAMENTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	56
2.3.1 Dos serviços substitutivos	58
2.3.2 A devolução da cidadania à pessoa com transtorno mental	60
2.4 DESAFIOS DA APLICAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI	61
2.4.1 Sistema prisional brasileiro e a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei	63
2.4.2 Censo psicossocial nos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil	66
2.4.3 Políticas e diretrizes de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei	69
2.4.4 Principais normativas internacionais na área	74

2.5 REDIRECIONANDO A ATENÇÃO.....	77
2.5.1 Panorama geral acerca do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI).....	78
2.5.1.1 Um pouco mais de história.....	81
2.5.2 Mecanismos de inserção no Programa e atendimento.....	82
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	85
3.1 ETAPAS E PROCEDIMENTOS.....	88
3.2. PESQUISA EM CAMPO.....	89
3.2.1 Acolhimento e acompanhamento	91
3.2.1.1 O projeto terapêutico.....	95
3.2.1.2 A relação justiça e saúde	100
3.2.1.3 Movimentando a abertura de portas.....	102
3.2.1.4 Algumas portas a serem abertas: ou desafios a serem superados.....	110
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	120

INTRODUÇÃO

O Dicionário Aurélio atribui à palavra porta significados como “uma abertura da qual as pessoas entram e saem de um lugar”, “peça de madeira ou metal, que gira sobre gonzos, destinadas a fechar essa abertura” ou, ainda, “prancha móvel usada em uma abertura”.

Se a função concreta desse objeto consegue ser definida com clareza por um dicionário, o termo traz consigo simbolismos que vão para além da descrição objetiva de seu conteúdo.

Pode-se perguntar: quem são as pessoas que “entram” ou “saem” por essa abertura? Como e onde se constroem as condições para que portas possam ser atravessadas? O que abre e fecha essas entradas?

Problematizar uma simples palavra – cujo sentido concreto pode ser facilmente encontrado em uma definição de dicionário – ajuda a refletir para além dos desafios mais palpáveis de uma questão.

O propósito do presente trabalho é este: discutir a abertura concreta de uma porta às pessoas com transtorno mental, por meio da desinstitucionalização proposta pela Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, mais especificamente, refletir sobre possibilidades de saída e os elementos históricos e simbólicos que mantêm apartados aqueles que carregam consigo algo mais que a já estigmatizante loucura – são as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Mesmo amparadas por uma legislação segundo a qual o tratamento deve-se dar por meio da reinserção social e do resgate da cidadania, a pessoa com transtorno mental que comete crime constitui uma das mais violadas populações em nosso País. Preconceito, exclusão, abandono e invisibilidade marcam a trajetória desses milhares de brasileiros, muitas vezes eternamente esquecidos em locais que reúnem características de duas das mais degradantes instituições: o hospício e a prisão.

Mais do que retratar os vários desafios que se apresentam na execução das premissas legais propostas com a Lei da Reforma Psiquiátrica, esta pesquisa busca lançar um olhar sobre uma experiência inovadora de reorientação na atenção e reinserção social dessa população. Resgatando a alusão feita no início

deste texto, um projeto que tem possibilitado fazer girar os tais “gonzos” que caracterizam uma porta: o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI), implementado pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

Atuando a partir da mediação entre as políticas públicas de saúde e de assistência social e instâncias judiciárias, o PAILI utiliza-se de instrumentos que visam afastar a lógica vigente de asilamento e exclusão, oportunizando a reinserção social a partir do tratamento em meio aberto e, mais importante, com a busca de reconstrução da cidadania.

A experiência do PAILI parece se constituir como um marco representativo no enfrentamento ao modelo violador que ainda se vê operar na atenção àqueles marcados pelo binômio de exclusão crime/loucura.

Para melhor explicitar o que esta pesquisa busca analisar, vale resgatar um pouco acerca daquilo que Michael Foucault intitula como “campos fechados da loucura”. Historicamente marcados pela apartação social e pela sujeição a uma condição desumanizadora, os loucos e considerados desajustados sociais sempre estiveram relegados a uma condição de exclusão e negação de cidadania.

Ao longo dos séculos, o olhar sobre a loucura vai se transformando e hoje é possível afirmar que os horrores descritos na história da relação da humanidade com a loucura já não fazem parte, ao menos no ordenamento legal, de diversos países do mundo e, também, do Brasil.

Em 2001, o País institui um novo modelo de atenção a essa população com a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, mais conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, adotando como perspectiva a garantia de direitos e da cidadania à pessoa com transtorno mental.

Esse novo modelo redireciona a atenção e o cuidado a essa população, condenando a segregação como forma de tratamento e propondo a reorientação do modelo de tratamento asilar para o comunitário. Mais do que negar o caráter terapêutico do internamento, essa nova perspectiva coloca no centro do debate as opressões vivenciadas no corpo social, sendo estas uma das causalidades do sofrimento mental. O cuidado com a saúde torna-se, portanto, um dos elementos a serem garantidos, mas não o único, uma vez que emancipar as

peças dos manicômios requer emancipá-las das condições sociais que as oprimem – sendo este o início de um processo que convoca a sociedade para pensar sua própria estrutura e relação com as desigualdades nela construídas. Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica vem afirmar que nenhuma doença pode ser maior do que a pessoa.

Portanto [trata-se de], um processo de desinstitucionalização do social, do nosso apego às formas de vida institucionalizadas, onde é preciso produzir um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão, abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão, e considerar outras rotas possíveis que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação. Assim, distintamente de uma reinserção social – que implica, quase sempre, a culpabilização do indivíduo colocado à margem, bem como uma avaliação da falta de adequação social e necessária adaptação ao que lhe marginalizou –, sabe-se que a reforma deve buscar a emancipação, não meramente política, mas, antes de tudo, uma emancipação pessoal, social e cultural, que permita, dentre outras coisas, o não-enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social; que passe a encampar todas as esferas e espaços sociais; que permita um olhar mais complexo que o generalizante olhar do igualitarismo; e busque a convivência tolerante com a diferença.” (ALVERGA, 2006, p. 303)

Entretanto, nem todos os loucos foram incluídos, sequer na primeira etapa desse processo reformista que é a desinstitucionalização dos manicômios. Passada mais de uma década da promulgação da Lei 10.216/2001, que não excepciona de seu texto as pessoas com transtorno mental que tenham cometido crime, a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei ainda permanece, via de regra, fora dessa agenda.

É o que constata o único levantamento nacional sobre o tema realizado até o momento. Produzido em 2011 pela pesquisadora Débora Diniz, da Universidade de Brasília, o estudo faz um censo dessa população, considerada inimputável no momento em que cometeu um delito, mas condenada a um regime por vezes mais severo do que qualquer outra pena prevista na legislação brasileira.

A invisibilidade do louco infrator não foi rompida com as conquistas da Reforma Psiquiátrica dos anos 2000. Os manicômios abriram suas portas, e o tratamento em regime asilar passou a ser descrito como inumano. [...] Mas nem todos os loucos foram incluídos nesse amplo regime de revisão da legislação. [...] Ainda há pessoas internadas em regime de abandono perpétuo: trinta anos é o limite da pena a ser imposta pelo Estado aos indivíduos imputáveis, segundo decisão do Supremo Tribunal Federal. Entretanto, o censo encontrou dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos. Jovens, eles atravessaram os muros de um dos regimes mais cruéis de apartação social.

Idosos, eles agora esperam que o Estado os corporifique para além dos números aqui apresentados e reconheça-os como indivíduos singulares com necessidades existenciais ignoradas em vários domínios da vida. (DINIZ, 2013, p. 13)

É nesse sentido que o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI), do estado de Goiás, visa romper com a lógica dominante de apartação social e abandono, deslocando a atenção do regime hospitalar para o comunitário e contribuindo na sustentação e articulação de uma rede de cuidados fora da perspectiva de reclusão.

Desenvolvido pela Secretaria de Saúde, o PAILI busca promover atenção integral das pessoas com transtorno mental submetidas a medida de segurança pela lógica do sistema público de saúde, afastando-os, portanto, de um olhar isolado da justiça. Desde que começou a funcionar, em 2006, o Programa registra índices de reincidência que se aproximam do zero, chamando a atenção para um processo de desinstitucionalização que pode-se constituir como um novo e efetivo modelo para lidar com a pessoa com transtorno mental que praticou ato tipificado como crime.

Nesse sentido, dialoga com o que Amarante anuncia como a necessidade de se ampliar direitos sociais, jurídicos e políticos desses sujeitos, em um processo de resgate de cidadania:

Trata-se de ampliar ou diversificar, em um prático trabalho de desinstitucionalização, o próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade de sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade. Trata-se, ainda, não de deixar o louco viver a sua loucura, porém de, em um novo contexto de cidadania, dar-lhe o real direito ao cuidado. Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito. (AMARANTE, 1996, p.115)

É disso que trata o presente trabalho. Investigar e refletir sobre desafios e possibilidades concretas de reorientação do modelo de (re)inserção social de uma população extremamente vulnerabilizada.

No primeiro capítulo resgata-se as origens e concepções ideológicas que marcaram a relação da humanidade com a loucura ao longo dos tempos e que constituíram o atual substrato pelo qual é vista nos dias de hoje, especialmente no que se refere ao binômio loucura e crime.

Tendo como fundamento reflexões de pensadores clássicos – como os franceses Michael Foucault e Robert Castel, além de obras de Joel Birman, Paulo Jacobina e Pedro Delgado –, busca-se resgatar os elementos que ajudaram a estruturar e decodificar a loucura, especialmente na Era Clássica.

Invocam-se as perspectivas que contribuíram para a instituição da ordem como razão e da desordem como desrazão e de como esse entendimento fundamentou a instituição de espaços de asilamento, para onde eram enviados todos aqueles considerados transgressores: criminosos, blasfemadores, esposas infiéis, prostitutas e, também, os loucos.

A transformação da loucura em algo estritamente médico e seu tratamento em um assunto do campo moral também são abordados, refazendo a trajetória que institui a psiquiatria como o saber científico próprio para lidar com a loucura, além dos desdobramentos desse processo: medicalização da loucura, a internação como principal recurso de atenção a essa população e o asilo como espaço privilegiado de tratamento.

O resgate histórico passa ainda pela estreita colaboração, ainda no início da Modernidade, entre psiquiatria e criminologia e de como esse novo campo do saber foi convocado a atuar no bom funcionamento da máquina judiciária.

Nesse sentido, discorre-se sobre a criação de rótulos conceituais como o da periculosidade, destacando como, ainda hoje, ajuda a sustentar a justificativa da necessidade de segregar do convívio social a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, na chamada tese da “defesa social”.

Ainda no que se refere à relação entre loucura e crime, destaca-se a história da criação dos manicômios judiciários no Brasil e no mundo, revelando como esses espaços acabaram por articular duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas: o asilo e a prisão.

A fim de ajudar a compreender a relação da psiquiatria com o crime, aborda-se ainda o instituto das chamadas medidas de segurança – oriundo do surgimento das noções de inimputabilidade e de semi-imputabilidade no campo do ordenamento jurídico brasileiro, ainda no início do século XIX.

As polêmicas que cercam esse instrumento legal e as contradições lógicas do manicômio judiciário e da medida de segurança também integram

esse panorama de discussão – com especial atenção à questão do caráter de tais medidas (seriam um tipo de sanção penal ou um tratamento terapêutico?) e, fundamentalmente, sobre onde devem estar as pessoas com transtorno mental que cometem crimes.

O panorama histórico encerra-se com as principais experiências de ruptura com esse modelo manicomial, dando especial atenção à reforma psiquiátrica italiana proposta por Franco Basaglia, que acabou por contribuir, inclusive no Brasil, com um novo entendimento sobre não apenas o local onde essa população deveria ser acolhida, mas, fundamentalmente, sobre o modo como a sociedade passaria a lidar com a loucura.

No segundo capítulo coloca-se em foco o cenário brasileiro de atenção em saúde mental. Tendo como base um breve histórico acerca da transformação da assistência leiga à psiquiatria, aborda-se a reforma psiquiátrica proposta pela Lei 10.216/2001, resgatando a trajetória de sua construção, as principais conquistas e desafios ainda presentes à plena efetivação desse marco legal.

As novas diretrizes trazidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira propõem um novo arranjo dos serviços e dos investimentos públicos nos equipamentos para cuidado em saúde mental, substituindo os espaços de asilamento como ponto de cuidado e iniciando-se, assim, um projeto de Estado com foco na desinstitucionalização das pessoas mantidas em longa permanência nesses espaços.

A fim de melhor contextualizar a questão, aborda-se onde estão localizadas, no âmbito legal, as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. No bojo da imensa população de encarcerados no Brasil encontram-se aqueles considerados pela Lei de Execução Penal (LEP) como inimputáveis ou semi-imputáveis em razão de transtorno ou doença mental. Para essas pessoas, não há uma penalidade em caso de delito ou crime, mas sim a submissão a tratamento obrigatório, a chamada Medida de Segurança.

O estudo “A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil – Censo 2011”, realizado pela Universidade de Brasília (UnB), faz um retrato, em nível nacional, do cenário de penúria e desassistência que marca os espaços asilares onde é mantida essa população.

O levantamento mostra o perfil e as condições em que vive esse grupo vulnerável e fragilizado – duplamente estigmatizado pela loucura e criminalidade, mantida em espaços que, no mais das vezes, cumprem o papel de prisões perpétuas. Além das condições que, não raras vezes, se assemelham a verdadeiros campos nazistas de tortura.

É diante desse cenário de abandono e de graves violações que surgem iniciativas propondo um redirecionamento do olhar e, efetivamente, do modelo de atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Conforme já destacado, o presente estudo investiga mais especificamente a experiência que vem sendo conduzida há pouco mais de sete anos pelo estado de Goiás e que inova ao se pautar pelas diretrizes da luta antimanicomial e pelas políticas públicas da área da saúde mental.

Priorizou-se o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) por ser este o único projeto no País que promove a reinserção das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei a partir de uma atuação no campo da saúde pública.

Nesse sentido, o ponto conector entre a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e as premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira ganha contorno de política de Estado, na qual a saúde passa a convocar para si parte da responsabilidade do cuidado a essa população, antes esquecida no que se pode chamar de verdadeiros depositários de corpos.

O terceiro e último capítulo apresenta e analisa o PAILI tendo como referência a Análise Institucional. Surgida na França nos anos 1940, o método reúne um conjunto de disciplinas que visam analisar as relações que as múltiplas partes presentes no jogo social mantêm com o sistema manifesto e oculto das instituições.

Tendo como conceitos-chave elementos como: instituinte, instituído, autoanálise e autogestão, a Análise Institucional propõe a observação não apenas de um indivíduo ou grupo, mas de um conjunto de processos sociais que compõem uma instituição, forma como o PAILI foi entendido por este trabalho.

Nesse sentido, busca a investigação de processos autoanalíticos e autogestivos em uma instituição, de modo a observar a aquisição ou retomada

do pensamento e da ação coletiva, permitindo ao sujeito ter ciência de seus desejos, interesses e necessidades.

A proposta é identificar se, e de que modo, estão presentes no Programa de Atenção ao Louco Infrator capacidades de que tais comunidades possam atuar como protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas (BAREMBLIT, 2002).

Para isso, foi realizada uma pesquisa de campo que incluiu entrevistas semiestruturadas com os profissionais que trabalham na condução do PAILI: psicólogos, enfermeiros, advogados, assistentes administrativos e um psiquiatra.

Entre os marcadores de análise estão aspectos como o processo de acolhimento e acompanhamento desses sujeitos, dificuldades apresentadas no processo de reinserção social, assim como os desafios a serem superados.

Antecipadamente, sabe-se dos limites desta pesquisa. Destacam-se dois, dos vários que a atravessam:

- 1) poucos são os estudos acadêmicos que contribuíram na reflexão do processo de reorientação do modelo de atenção à saúde mental das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, assim como do processo de reinserção dessas pessoas. Nesse sentido, esteve restrito o campo de referências teóricas que pudessem subsidiar uma reflexão mais ampla e dialogar com aquelas alcançadas.
- 2) Embora o PAILI atue como um mediador entre a saúde pública e a justiça, o Programa não presta assistência aos assistidos, fato que impossibilitou o contato direto com as pessoas atendidas.

Mesmo com tais limitações, acredita-se que o presente trabalho surge como uma pesquisa exploratória, que cumpre o objetivo não apenas de lançar luz sobre uma população que, enclausurada pelas portas dos manicômios, encontra-se no escuro do esquecimento, mas, principalmente, de dar visibilidade a esse inovador e desviante dispositivo social, que se volta para um caminho distinto do que tradicionalmente é ofertado a esses sujeitos de direitos.

1 A LOUCURA E A HUMANIDADE

Ainda que seja verdadeiramente rica a história da relação da humanidade com a loucura, não se pretende aqui fazer um extenso resgate temporal da questão. Inúmeros artigos, obras e pesquisas já refizeram a trajetória do tema ao longo dos tempos, construindo um panorama analítico bem mais aprofundado do que esta pesquisa objetiva fazer.

Entretanto, a fim de subsidiar a compreensão de alguns conceitos e entendimentos recorrentemente abordados ao longo do texto, apresentam-se algumas reflexões referenciais que pautaram o tema nos últimos tempos.

A proposta é conhecer, fundamentalmente, as origens e concepções ideológicas que constituíram o atual substrato pelo qual a loucura é vista nos dias de hoje, assim como formas de seu controle. As reflexões estão embasadas em pensadores clássicos, como os franceses Michael Foucault e Robert Castel, revisitadas nas obras de Joel Birman, Paulo Jacobina e Pedro Delgado, entre outros.

1.1 RAZÃO E DESRAZÃO: A LOUCURA SOB A PERSPECTIVA DESUMANIZADORA

A relação da humanidade com a loucura não se deu de maneira uniforme através dos tempos. Em algumas sociedades tribais a loucura se apresentava sob uma aura de divindade, sendo o louco considerado um ser sagrado e/ou de poderes sobrenaturais (FUHRER, 2000). Ao longo da história, ela também esteve identificada como uma experiência essencialmente humana, recebendo uma dimensão existencial que a relaciona ao próprio vazio da vida e, portanto, imbricada à própria condição humana (JACOBINA, 2003).

É a partir da Idade Clássica, no entanto, que a loucura ganha contornos que a relacionam a uma condição desumanizadora, que se manifesta no indesejado e insensato – perspectiva que se mantém nos dias atuais, especialmente no binômio loucura e crime.

O tema compõe o escopo da obra de Michael Foucault, que faz uma ampla investigação histórico-filosófica da questão. Em “A História da Loucura na

Idade Clássica”, de 1978, Foucault observa que a civilidade ocidental do início do século XVII se constituiu, fundamentalmente, a partir da oposição entre ordem (razão) e desordem (desrazão). Delineando essa dicotomia, Foucault apresenta os fundamentos que buscaram estruturar e decodificar a loucura naquele período, contribuindo para classificar a forma como se articula o pensamento e o comportamento do homem. Acerca dessa nova construção da loucura, assim aponta:

Ignorada há séculos, ou pelo menos mal conhecida, a era clássica teria começado a apreendê-la de modo obscuro como desorganização da família, desordem social, perigo para o Estado. E aos poucos esta primeira percepção se teria organizado, e finalmente aperfeiçoado, numa consciência médica que teria formulado como doença da natureza aquilo que até então era reconhecido apenas como mal-estar da sociedade. (FOUCAULT, 1978, p. 91)

Para Foucault (1978), quando os séculos XVII e XVIII internam a loucura pela mesma razão que a devassidão ou a libertinagem, o essencial não é que ela seja desconhecida como doença, mas que seja percebida sob outra perspectiva.

Birman (1999) chama a atenção para o fato de que é sob essa perspectiva de ordem como razão e de desordem como desrazão que foram construídos os chamados hospitais gerais, para onde eram levados todos aqueles considerados transgressores: criminosos, blasfemadores, esposas infiéis, prostitutas e, também, os loucos.

Ainda, para Foucault:

Estranha superfície, a que comporta as medidas de internamento. Doentes venéreos, devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas, libertinos: toda uma população matizada se vê repentinamente, na segunda metade do século XVII, rejeitada para além de uma linha de divisão, e reclusa em asilos que se tornarão, em um ou dois séculos, os campos fechados da loucura. Bruscamente, um espaço social se abre e se delimita: não é exatamente o da miséria, embora tenha nascido da grande inquietação com a pobreza. Nem exatamente o da doença, e no entanto será um dia por ela confiscado. Remete-nos, antes, a uma singular sensibilidade, própria da era clássica. Não se trata de um gesto negativo de "pôr de lado", mas de todo um conjunto de operações que elaboram em surdina, durante um século e meio, o domínio da experiência onde a loucura irá reconhecer-se, antes de apossar-se dele. (FOUCAULT, 1978, p. 116)

Nesse sentido, é possível afirmar que os loucos tiveram a mesma sorte de todos os considerados “imorais”. Ou seja, uma legião de pessoas condenadas ao isolamento, no qual a prisão tinha uma função pedagógica social. A prisão em

questão, mais que a condenação do corpo, segregava do convívio social a singularidade da existência humana.

É esse modo de percepção que cabe interrogar a fim de saber qual foi a forma de sensibilidade à loucura de uma época que se costuma definir através dos privilégios da Razão. O gesto que, ao traçar o espaço de internamento, conferiu-lhe um poder de segregação e atribuiu à loucura uma nova pátria, por mais coerente e ordenado que seja esse gesto, não é simples. Ele organiza numa unidade complexa uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação. Obscuremente, esses temas estão presentes na construção das cidades de internamento e em sua organização. São eles que dão sentido a esse ritual e explicam em parte o modo pelo qual a loucura é percebida e vivida pela era Clássica. (FOUCAULT, 1978, p. 63)

Para Foucault (1978), o internamento, em suas formas primitivas, funcionou como um mecanismo social, que atuou sobre uma área bem ampla, dado que se estendeu dos regulamentos mercantis elementares ao grande sonho burguês de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude. “Daí a supor que o sentido do internamento se esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos” (p. 90).

É nesse substrato social de aplicação da moral e da suspensão da desordem que se aplica a visão de mundo da então nascente burguesia na Europa, e que acaba por se desenhar toda uma percepção de loucura, de desordem e de exclusão, incluindo a que se dá pela incapacidade da busca de sustento única e exclusivamente pela via do trabalho.

Isso porque os que estavam fora da lógica do trabalho estavam fora da ética, da moral, da ordem, e para ela deviam ser chamados, à força, se necessário. Mattos (2006) destaca que os valores da revolução industrial também contribuíram na necessidade de regular a loucura, segregar e utilizar a mão de obra barata resultante da precariedade das relações de trabalho, além de conter a mendicância e a vagabundagem e também canalizar os pobres de todo o gênero para a produção.

Assim, escandalosos, loucos, pobres, doentes e desvalidos em geral são segregados em um mesmo local. O controle total começa a ganhar corpo, a tomar forma. O pobre útil de qualquer forma para a produção deve ser moído nas fábricas. O pobre improdutivo deve ser descartado. O local pode

muito bem ser o hospital, o asilo, o orfanato, a rua, não necessariamente nessa ordem. (MATTOS, 2006, pp. 56-57)

Segundo Birman, não obstante suas diferenças, que foram se fazendo progressivamente presentes na experiência institucional, a loucura como desrazão foi se delineando como sendo exemplar no campo do hospital geral. Isso porque “é nela que a desrazão se condensava com todos os seus atributos negativos, possibilitando explicitar o que se encontrava presente na demais figuras constituintes do campo do mal”. (BIRMAN, 1999, p. 284)

Foucault (1978, p. 63) intitula a experiência europeia ocorrida no período como “o grande internamento” de massa humana, mencionando que, em 1662, o único Hospital Geral de Paris agrupava seis mil pessoas, ou seja, cerca de 1% da população.

Sob essa perspectiva, argumenta Foucault (1978), o recolhimento indiscriminado de todas essas categorias de transgressores e excluídos, ainda nos séculos XVII e XVIII, contribuiu para a formulação da cultura de asilamento que se mantém na contemporaneidade:

O internamento seria assim a eliminação espontânea dos "a-sociais"; a era clássica teria neutralizado, com segura eficácia — tanto mais segura quanto cega — aqueles que, não sem hesitação, nem perigo, distribuimos entre as prisões, casas de correção, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas. (FOUCAULT, 1978, p. 90)

Esses espaços da loucura como alienação mental e do asilamento como disciplinador e normalizador da desrazão não se propunham a nenhuma prática de recuperação e de tratamento, mas à pura e simples exclusão social – permitindo identificar preceitos das chamadas instituições totais. Goffman (2001) recorda que a história mundial dos estabelecimentos que apartam o indivíduo da sociedade, como é o exemplo dos hospitais-presídios, constitui o embrião do que se convencionou chamar de instituições totais. Por hora, é importante recuperar uma reflexão de Jacobina sobre esses espaços:

Esses hospitais gerais, casas de correção, casas de trabalho, ou qualquer que seja o nome que tenham tido nos séculos XVII e XVIII, não eram, repita-se, instituições médicas; não no sentido que conhecemos atualmente. E, se sentimos a tentação de acreditar no que acreditamos ter hoje em dia – baseado na finalidade de tratar e curar, ou seja, de cuidar –, seria melhor e mais preciso acreditar que elas são, na verdade, o germe daquilo que hodiernamente se classifica como instituição total. (JACOBINA, 2003, p. 24)

Se, até então, esses espaços reuniam aos loucos toda sorte de desajustados sociais, prostitutas, doentes e outras categorias de excluídos, na passagem do século XVIII para o XIX a loucura passa a ser foco de um saber científico (a psiquiatria) e a ter um lugar social próprio.

1.2 TRANSFORMANDO A DIFERENÇA HUMANA EM PATOLOGIA: O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA

Embora as primeiras experiências de reformulação do cuidado asilar tenham também como referência os trabalhos de Cabanis e Thouret, o médico francês Philippe Pinel (1745-1827) é considerado como o pai da psiquiatria enquanto especialidade médica. Isso porque, no final do século XVIII, no período que logo se seguiu à Revolução Francesa, Philippe Pinel foi incumbido pela Assembleia daquele país de realizar um ordenamento em dois locais onde se misturavam excluídos de toda ordem. Pinel determinou o desacorrentando dos internos, identificando os casos eminentemente sociais daqueles que julgava como anomalias. (COSTA, 2003)

Acerca do tema, assim relata Birman:

Em 1793, sendo nomeado médico no Bicêtre, Pinel rompe as correntes dos loucos, desalojando-os dos seus calabouços. Pouco depois, o mesmo gesto é realizado na Sapêtrière. Este acontecimento é registrado na História da Psiquiatria como sendo a instauração da primeira revolução psiquiátrica, seguida da ruptura freudiana criadora do conceito de Inconsciente, instituidora da prática da Psicanálise no final do século XIX e, mais modernamente, a partir da década de 60 do século atual, a Psiquiatria Comunitária é assinalada como a terceira revolução psiquiátrica. Pinel teria libertado os insensatos de séculos de incompreensão e de maus tratos, rompendo com a tradição demonológica da loucura e configurando-a como doença mental. (BIRMAN, 1978, *apud* JACOBINA, 2008, p. 1)

Ao soltar as correntes dos loucos, Pinel inaugura um novo local social de manutenção dessas pessoas, que não mais ficariam acorrentadas, mas internadas. É a transformação da loucura em algo estritamente médico e seu tratamento em um assunto do campo moral. Sobre o tema, assim nos fala Jacobina (2003): “Há, portanto, uma certa relação entre loucura e moral – uma vez que o tratamento moral preconizado consistia exatamente em usar do rigor científico e da insuspeição moral do médico para ‘convencer’ o louco a voltar à sanidade mental” (p. 26).

Em “A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo”, Robert Castel redesenha a trajetória de Pinel na formatação desse novo local social do louco e da conseqüente medicalização da loucura. Para ele, a experiência de Pinel, assim como de outros alienistas, transforma a internação no principal recurso para a atenção à loucura e o asilo como espaço privilegiado de tratamento. É nesse sentido que Castel reflete que o famoso gesto de Pinel não resultou na cessação das violências na atenção ao louco, mas sim na adoção de uma justificativa médica para seu asilamento.

O asilo é o lugar existencial do exercício da psiquiatria porque é o mais apto a opor, ao meio natural (isto é, familiar e social), patogênico porque anômico, um meio construído, terapêutico porque sistematicamente controlado. No asilo, uma pedagogia da ordem pode se desenrolar em todo o seu rigor. Nele o exercício da autoridade pode ser mais enérgico, a vigilância mais constante, a rede de coerções mais estreita. (CASTEL, 1978, p. 116)

Segundo Queiroz (2001), a cura proposta por Pinel se valia de procedimentos controversos, como a religião, o medo, o trabalho, a infantilização, o julgamento, e, finalmente, o médico, detentor da autoridade: “se as amarras que atavam fisicamente os doentes mentais foram efetivamente rompidas, outras surgiram, tanto mais perigosas porque sutis, consentidas e sofisticadas” (p. 2).

Assim, ao alocar o discurso médico como substituição ao tratamento baseado na repressão, a psiquiatria fundada por Pinel se apropria da loucura e dá início à medicalização dessas instituições, nas quais o louco passa a ser um doente e a loucura uma doença a ser curada. Sobre o assunto, nos diz Amarante:

A loucura, até então objeto da filosofia [...], passa a ser objeto também da medicina. Pinel é, a um só tempo, um construtor teórico e prático. Reúne e dá corpo aos saberes médicos e filosóficos que vinham sendo produzidos sobre a loucura, ao mesmo tempo em que opera transformações práticas no lidar social e institucional com a mesma. Com ele, a loucura passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental, o que imprimirá profundas alterações no modo como a sociedade passará a pensar e a lidar com a loucura daí por diante. (AMARANTE, 1996, p. 42)

A progressiva biologização do discurso psiquiátrico retirou da loucura qualquer inscrição no universo da produção de saber e de verdade. Tudo isso se deveu aos impasses do tratamento moral e à assunção pela psiquiatria da causalidade biológica proveniente da medicina. Ainda sobre esse aspecto, Birman destaca:

Foi por esse viés que o discurso da degeneração acabou por se impor na segunda metade do século XIX na psiquiatria, lançando a recuperação da alienação mental num projeto mais amplo de restauração civilizatória. Fomos aqui lançados ao campo do biopoder, no qual psiquiatria e criminologia vão trabalhar em conjunto. (BIRMAN, 1999, p. 287)

Para Birman (1999), a constituição da psiquiatria foi, portanto, o triunfo da tradição crítica, que se identificou com o humanismo moderno, centrado na ideia e no valor do progresso. A aposta estava na terapêutica possível da alienação mental, que transformava o alienado mental em um sujeito das normas sociais.

Para sustentar esse projeto terapêutico, necessária foi a constituição de uma outra concepção de razão, de forma que a razão cartesiana foi transformada na razão dialética. Nesse contexto, a oposição entre os registros da razão e da desrazão não foi abolida, mas nuançada e relativizada. (BIRMAN, 1999, p. 286)

Segundo Pedro Delgado, a consolidação da ordem psiquiátrica impunha também um esforço de natureza política e jurídica, pois visava estabelecer claramente a natureza e os limites do poder do psiquiatra e submeter a rede de estabelecimento de cuidado a uma gestão estatal bem definida. “No interior de tal esforço impunha-se também balizar regras de cooperação da jovem ciência da alienação com práticas judiciárias, definindo a natureza da contribuição médica ao entendimento do delito, do criminoso, e da pena” (DELGADO, 1992, p. 4)

É sob esse discurso de ordem, portanto, que a psiquiatria e a criminologia dão início a uma estreita colaboração, cujos os resultados ficariam evidentes com o passar dos tempos. Birman (1999) designa esse processo como a colonização da ordem pela psiquiatria, na qual a criminologia é constituída como um campo específico de saber. Para isso, foi necessário o deslocamento da categoria de lei para a norma, assim como a constituição das instituições disciplinares.

1.3 CRIME E LOUCURA

Se a humanização do asilo psiquiátrico iniciada por Pinel é resultante de outra leitura de razão, isso implicou a colonização da ordem pela psiquiatria, sendo a constituição da criminologia como um campo específico de saber “um dos monumentos dessa transformação” (BIRMAN, 1999, p.288). É nesse sentido que se dá o deslocamento da categoria de lei para a norma, assim como a constituição das instituições disciplinares, uma marca da modernidade.

A matéria-prima fundamental para o asilo psiquiátrico e a prisão eram os anormais, que deveriam ser normalizados pelas práticas asilares e prisionais. Foi por esse viés que a criminalidade e a punição foram encaradas numa perspectiva de normalização psiquiátrica, que passou a colonizar a instituição prisional. (BIRMAN, 1999, p. 288)

A convocação da psiquiatria para atuar no bom funcionamento da máquina judiciária também é tratada por Mattos (1999), segundo o qual, é no início do século XIX que a psiquiatria passa a estar presente na resolução de ações criminosas cometidas por indivíduos que aparentemente não eram loucos, dando início à chamada psiquiatrização do crime.

Com a relativização e a colonização do discurso da lei – de início, pela psiquiatria e, depois, pelo discurso das ciências humanas – a psiquiatria assumiu, portanto, uma posição destacada não apenas no campo do direito penal, mas também no do direito civil. “Crime psiquiatrizado e loucura criminalizada são os eixos temáticos que estarão subjacentes à formulação jurídica e às práticas institucionais da “moderna ciência penal” (DELGADO, 1992, p. 81).

Birman (1999) ressalta que foi no campo do direito penal que essa penetração da psiquiatria no crime se deu de modo mais ostensivo, em função da importância assumida pela criminalidade e a delinquência com o advento da modernidade. Segundo ele, ao voltar-se para o projeto de promover a qualidade de vida da população, caberia agora ao direito penal orientar as condições prisionais para a recuperação do criminoso, para que este pudesse ser reinserido no espaço social.

Não se pretendia mais agora a simples eliminação exemplar do criminoso, como nos grandes sacrifícios públicos, nem a sua exclusão social ilimitada. O que se propunha agora era a recuperação dos criminosos para a existência social. A criminologia, enquanto saber específico sobre o crime, constitui-se então nesse contexto, tendo aqui suas condições concretas de possibilidade. (BIRMAN, 1999, p. 287)

É nos primórdios da Modernidade, portanto, que se inicia a estreita colaboração entre psiquiatria e criminologia. Os efeitos dessa colaboração se fizeram perceber pouco a pouco nas décadas subsequentes, tanto no século XIX quanto no XX, com o discurso do biopoder.

Não se pode perder de vista, contudo, que a constituição do asilo psiquiátrico e da prisão foram as resultantes da transformação da leitura da razão[...]. Isso porque loucura e crime passaram a ser considerados no registro das individualidades e não mais como entidades, como na Idade Clássica. Desalienar o louco e recuperar o criminoso para a existência

social se transformaram nas palavras de ordem das instituições psiquiátrica e prisional, respectivamente. (BIRMAN, 1999, p. 287)

Antes do instituto da psiquiatria, entretanto, a relação entre crime e loucura também foi tratada por uma ampla genealogia de estudiosos ao longo da história: de Esquirol (com suas “monomanias”), passando por Morel (com seus “degenerados”), por Charcot (com suas pacientes histéricas) e até as chamadas “personalidades psicopáticas”, tudo aquilo que, grosso modo, transitaria entre o imoral, o sádico e o cruel na personalidade humana e que não pode ser explicado pelos padrões do tal homem médio, “ajustado” aos padrões sociais. (JACOBINA, 2008, p.59)

É o italiano Cesare Lombroso (1835–1909), entretanto, que funda o método antropológico da psiquiatria para encontrar, catalogar e descrever as semelhanças e diferenças entre crime e loucura. Partindo da ideia da completa desigualdade fundamental dos homens honestos e criminosos, Lombroso desenvolve o que se convencionou chamar de “criminoso nato”.

Tal concepção se explicaria pelo fenômeno do atavismo, caracterizado pela noção de formas humanas inferiores. Delineado a partir de indicadores da animalidade original, o atavismo era marcado por estigmas presentes tanto no corpo como na alma do criminoso – supostas características anatômicas, fisiológicas, psicológicas e fisionômicas.

O “louco” e “delinqüente” ao mesmo tempo, identificado e identificável por sinais fisionômicos exteriores, não é um terceiro gênero, mas a construção que tornou famoso o professor de Torino. Era possível perceber, segundo ele mesmo cria, que “sinais exteriores” identificassem o louco criminoso, que já nascia assim. (MATTOS, 2006, p. 64)

A fim de melhor compreender a definição biodeterminista estabelecida por Lombroso para o que chamou de “criminoso nato”, vale aqui resgatar algumas das descrições da escola positiva, apresentadas por Sodré:

Anatomicamente: crânio assimétrico, fosseta occipital média, maior desenvolvimento da região occipital em relação à frontal, fronte fugidia, assimetria facial, proeminência dos seios frontais e das arcadas superciliares, desenvolvimento exagerado dos zigomas, agudeza do ângulo facial, prognatismo (o alongamento, a proeminência ou a obliquidade dos maxilares), mandíbulas largas e salientes, malformação das orelhas (orelhas em asas, tubérculo de Darwin, aderência do lóbulo, hélice incompleto etc.), falta de barba, predomínio da grande envergadura (extensão dos braços abertos em cruz sobre a altura) e maior

desenvolvimento do rosto com relação à face (cara de cavalo). Em suma, um sujeito “feio de doer”.

Fisiologicamente: mancinismo (uso da mão esquerda) e ambidestrismo (uso indiferente de ambas as mãos). Analgesia (alta resistência à dor) e desvulnerabilidade (capacidade de recuperação rápida de lesões).

Psicologicamente: insensibilidade moral e imprevidência. Imprudência, covardia, ausência de remorso, preguiça, vaidade, vingança, uso da mentira, egoísmo, luxúria, cinismo, insolência, instabilidade, ausência ou fraqueza de sentimentos de família, amor pelo jogo, pela bebida, pela orgia, inteligência obtusa, falta de sentimento estético, imaginação pouco fértil, exagero de inclinação à ironia e à farsa, levando-o a ridicularizar as coisas mais santas e caras.

Culturalmente: uso de tatuagens e gírias. (SODRÉ, 1955, p.145)

Apesar de sua precariedade conceitual, o entendimento lombrosiano muito serviu para fundamentar o discurso da repressão penal, especialmente em ambientes de concepções conservadoras da sociedade e da justiça. Para Jacobina (2008), nele está as bases de um outro conceito bastante usual na discussão sobre loucura e crime: a questão da periculosidade.

Adotados os pressupostos do determinismo [...], não se poderia mais falar em direito de punir, mas em direito de prevenir. O direito penal transformar-se-ia em um grande direito sanitário e seu fundamento lastrear-se-ia na periculosidade e não na culpabilidade, ou seja, ao julgar alguém, o crime que ele cometeu (ou que nem sequer cometeu ainda, já que, no limite, isso é irrelevante) passa a servir apenas como baliza, como referencial para um diagnóstico de personalidade criminosa, vale dizer, um prognóstico da periculosidade do cidadão perante seus concidadãos. Julga-se a personalidade do indivíduo, integrando-o, a partir de sua história (da qual o crime eventualmente cometido é apenas um dos indicadores), em uma das inúmeras categorias que o positivismo penal inventou para prever sua conduta futura. (JACOBINA, 2008, p. 86)

1.3.1 Periculosidade

Mattos (2006) fala que é no saber da psiquiatria, aliado ao do direito penal, que se cria o vago rótulo de “periculosidade”, que vige até os dias de hoje, depois de dois séculos. Segundo nos conta, perigosos seriam aqueles que pudessem colocar em xeque a segurança dos demais ou sua própria segurança, que atentassem contra os bons costumes.

“Cumpriria duplo papel a rotulação da periculosidade, sempre indelével: imantaria a necessidade de ‘tratamento’, via imposição de diagnóstico de ‘doença mental’ e também contemplaria a necessidade de neutralização penal, via exclusão”. (MATTOS, 2006, p. 57)

A periculosidade se tornaria, então, o principal atributo do louco, justificando a necessidade de segregação em nome da “defesa social”. O conceito de periculosidade, entretanto, suscita muitas discussões, tendo em vista a inexistência de evidências científicas que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental. E nesse sentido, há quem a considere um dispositivo de poder e mesmo de controle de indivíduos.

A Organização Mundial da Saúde (2001) assim se manifesta sobre a associação feita entre transtorno mental e perigo:

A grande quantidade de pessoas com transtornos mentais encarceradas em prisões são um subproduto, entre outras coisas, da inexistência ou disponibilidade reduzida de estabelecimentos públicos de saúde mental, implementação de leis que criminalizam o comportamento inconveniente, o falso conceito difundido de que todas as pessoas com transtornos mentais são perigosas e uma intolerância da sociedade com o comportamento indócil ou perturbador. Além disso, alguns países não dispõem de tradições jurídicas que promovam o tratamento (ao invés de castigo) para infratores com transtorno mental. Prisões são o lugar errado para pessoas com necessidade de tratamento de saúde mental, já que o sistema de justiça criminal enfatiza mais a repressão e a punição do que o tratamento e a atenção. Onde os estabelecimentos correcionais enfatizam a reabilitação, os programas costumam ser inadequadamente equipados para ajudar as pessoas com transtornos mentais. (OMS, 2001, p. 129)

São expressas as inconsistências do conceito, especialmente no que diz respeito à imputabilidade, ao controle e à necessidade de exclusão e defesa social. Queiroz (2001) elenca uma série de observações que ajuda a compreender algumas dessas incongruências:

Em primeiro lugar [...] uma rígida separação entre inimputáveis e imputáveis constitui uma ficção desacreditada pela psiquiatria mais recente e pela própria realidade; segundo, porque alienação mental e inimputabilidade não são equivalentes, havendo diversos graus de inimputabilidade conforme a respectiva causa; terceiro, porque a loucura e, pois, a inimputabilidade, são socialmente construídas, variando no tempo e no espaço os comportamentos assim etiquetados, tanto que os laudos psiquiátricos não raro se contradizem, razão pela qual se poderia dizer, à maneira de Nietzsche, que a rigor não existem fenômenos psiquiátricos, mas apenas uma interpretação psiquiátrica dos fenômenos; quarto, porque, ainda que assim não fosse, o inimputável poderia alegar excludentes de culpabilidade sempre que se achasse numa situação em que o imputável pudesse fazê-lo, por força do princípio da isonomia inclusive; quinto, porque tal entendimento implicaria tratar o inimputável não como sujeito de direito (como é comum, aliás), mas como objeto de intervenção jurídico-penal. (QUEIROZ, 2001, *apud* MUSSE, 2011, pp. 438-439)

É com base nessa suposta periculosidade que, ao longo da História, indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei eram enviados para custódia em estabelecimentos de caráter manicomial e asilar. A prática tinha como objetivo afastar o louco infrator do convívio em sociedade.

Nesse sentido, há quem defenda a revogação do conceito genérico de periculosidade, argumentando que sua aplicação deve ser necessariamente singularizada, tanto para pessoas com transtorno mental quanto para os demais delinquentes. Segundo tal argumento, a “periculosidade genérica” constitui a calção legal para o preconceito contra o louco e sua segregação nos manicômios judiciários. (MORAES, 1990, *apud* DELGADO, 1992, p. 92)

Acerca dos manicômios judiciários, vale ressaltar que o nascimento dessas instituições se deu na Inglaterra na segunda metade do século XIX, na chamada prisão de Broadmor. O objetivo era disponibilizar um local específico para a reclusão de pessoas com transtorno mental que cometessem crimes – pois já não se concebia a ideia de encaminhá-los a prisões ou aos hospitais psiquiátricos comuns. Acerca do assunto, assim aponta Jacobina:

Quanto ao louco criminoso, foi longa a luta para que ele fosse retirado dos hospícios regulares e colocado em manicômios judiciais. A própria noção de irreversibilidade – estivesse ela lastreada numa concepção moreliana de degeneração, ou numa concepção lombrosiana de atavismo – levava o louco criminoso a ser um cão sem dono, uma terra de ninguém, seres que, segundo Juliano Moreira – à época diretor do Hospício Nacional, “não deveriam estar alojados aqui no Hospício mas numa prisão de caráter especial, prisão e manicômio ao mesmo tempo” (JACOBINA, 2003, pp. 40-41)

Musse (2011) explica que, no Brasil, a criação oficial dos manicômios judiciários (MJ) ocorreu em 22 de dezembro de 1903, pelo Decreto 1.132/1903. O art. 10 do referido decreto passou a proibir o encarceramento conjunto de alienados e criminosos, determinando, ainda, a separação entre loucos e criminosos, dispondo que na falta de manicômios deveriam ser asilados em instituição pública, em espaço a eles reservado. (MUSSE, 2011, *apud* MAMEDE, 2006).

Os MJs nascem com a função de reorganizar o atendimento psiquiátrico dos doentes mentais, constituindo a primeira reforma psiquiátrica brasileira, no campo jurídico-legislativo, trazendo para o texto da lei transformações propostas na esfera médico científica. (MUSSE, 2011, p. 67)

De acordo com Musse (2011), o primeiro manicômio judiciário brasileiro foi construído em 1919, no Rio de Janeiro. O segundo foi fundado em Porto Alegre, em outubro de 1925, e o terceiro, no estado de São Paulo, em 1933, o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha.

Atualmente denominados como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), os manicômios judiciários constituem, portanto, os espaços em que são mantidos os indivíduos que, por sofrerem algum tipo de doença ou distúrbio psíquico, são considerados penalmente irresponsáveis por algum crime ou delito. É para lá que também são enviados os presos que enlouquecem nas prisões. Carrara resume bem o caráter da instituição:

Os manicômios judiciários são instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão – e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que "perseguem" a todos: o criminoso e o louco. (CARRARA, 2010, p. 17)

Até fins do século XVIII, pessoas com transtorno mental que cometiam crimes eram encaminhados indistintamente para essas instituições de asilamento e custódia. É como o surgimento das noções de inimputabilidade e de semi-imputabilidade no campo do ordenamento jurídico brasileiro, já no início do século XIX, que a aplicação da lei da mesma maneira a todos passaria a ser questionada, sendo abolida com o instituto da medida de segurança.

Delgado (1992) explica que a medida de segurança substituiu a sanção penal que até então era aplicada a essa categoria de infratores. Ou seja, para aquelas pessoas que cometem crimes e, em razão de transtorno ou deficiência mental, são consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis, não há mais uma penalidade a ser cumprida, mas sim a submissão a tratamento psiquiátrico obrigatório.

Essa nova perspectiva é fruto do paradigma proposto pela Escola da Psiquiatria Positivista, elaborada a partir do século XIX e que permanece na legislação penal brasileira até os dias de hoje.

Resumidamente, pode-se entender que imputável é aquele que, embora com doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, tem capacidade de entender a ilicitude de seu comportamento e de se autodeterminar. Inexistente, porém, a base biológica da inimputabilidade –

transtorno mental etc. – não importa que o agente, no momento do crime, se encontre privado da capacidade de entendimento e autodeterminação; a pessoa moralmente pervertida e que, no momento do crime, não pode controlar seus impulsos deve ser tido por imputável. (MIRABETE, 1989, *apud* DELGADO, 1992, p. 88)

O regramento sobre o tema está no Código Penal brasileiro de 1940, inspirado no código italiano da época e modificado pela Lei 7.209, de 11 de julho de 1984, segundo o qual são três as causas de inimputabilidade do sujeito: I- doença mental, desenvolvimento mental incompleto e desenvolvimento mental retardado (art. 26); II – menoridade: presume-se legalmente o desenvolvimento mental incompleto no menor de 18 anos (art. 27); e embriaguez fortuita completa (art. 28).

O artigo 26 do referido Código Penal informa que 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.

Em seu parágrafo único, o artigo 26 dispõe ainda que:

A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Trata-se da “semi-imputabilidade”, expressão tecnicamente imperfeita, uma vez que o agente é imputável, e a doença mental figura como atenuante (DELGADO, 1992). O dispositivo aplica-se aos psicopatas, os quais, na legislação anterior, eram obrigados a submeterem-se tanto à pena como à medida de segurança – o denominado sistema duplo binário¹.

¹ No então sistema do duplo binário, as sanções poderiam ser duplas, pois o indivíduo poderia recebê-las da seguinte maneira: se imputável, lhe seria aplicada a pena correspondente; se inimputável, lhe seria aplicada Medida de Segurança; e, finalmente, se semi-imputável, poderia receber uma pena que legalmente poderia ser diminuída e, ao mesmo tempo, receber uma Medida de Segurança. Com a revisão feita pela Lei 7.210/1984, o Código Penal brasileiro abandona o chamado sistema vicariante, passando a aplicar a medida de segurança somente para os inimputáveis e semi-imputáveis considerados perigosos. (CREMESP, 2014)

1.3.2 Medida de segurança

Acerca do instituto da medida de segurança vale apontar que o primeiro ato jurídico comparável à medida de segurança na História surgiu com os juristas romanos. Para o direito romano, eram inimputáveis os **infans** – infante, menor de sete anos – e os **amens** ou **furiosus** – loucos, os quais deveriam ser submetidos a medidas de prevenção, para a segurança do próximo. É durante o Iluminismo, entretanto, que avança a ideia da prevenção do crime, com a conhecida fórmula de Beccaria: “É melhor prevenir os delitos do que reprimi-los”. (CREMESP, 2014)

Embora apareçam medidas de segurança na lei portuguesa de 1896, no Código Penal norueguês de 1902, e no Código Argentino de 1921, é com o Código Penal italiano de 1930 que se instala um sistema completo de medidas de segurança, difundindo-se amplamente nos códigos promulgados a partir daquele momento. (CREMESP, 2014)

Inspirado no código italiano, o Código Penal brasileiro de 1940 também passa a abordar o instituto da medida de segurança. Para Delgado essa é a inovação capital trazida pelo Código: “fruto direto da escola positiva, distinguia-se radicalmente da pena, em sua formulação, uma vez que se destinava à cura e readaptação do doente mental infrator” (DELGADO, 1992, p. 89).

O Código de 1940 entende que, entre as pessoas que cometem crimes, há aquelas que são inimputáveis ou semi-imputáveis em razão de transtorno ou deficiência mental. Para essas pessoas, não há uma penalidade em caso de ato infracional, mas sim a submissão a tratamento psiquiátrico obrigatório.

De acordo com esse regramento, apenas serão submetidos à medida de segurança os considerados inimputáveis e os semi-imputáveis. Ou seja, é aplicada àquele que, no momento da ação ou omissão, é incapaz de compreender a ilicitude do seu ato ou de se comportar de outra forma em virtude de transtorno mental, compreendido em sentido amplo, o que engloba o “desenvolvimento mental retardado”. Do mesmo modo, também pode ser imposta à pessoa considerada semi-imputável – àquela cuja compreensão acerca do seu ato é parcial e/ou relativa. Por fim, a medida de segurança também pode ser aplicada ao indivíduo

capaz que é condenado pela prática de um crime e, no decorrer do cumprimento de sua pena, apresenta um transtorno mental. (MUSSE, 2011)

As medidas de segurança constituem, portanto, sanções penais destinadas aos autores de um injusto penal punível, embora não culpável em razão da inimputabilidade de seu agente. Segundo Ferrari (2001), a medida de segurança constitui uma providência do poder político a fim de impedir que determinada pessoa, ao cometer um ilícito-típico e se revelar perigosa, “venha a reiterar na infração, necessitando de tratamento adequado para sua reintegração social” (p. 15).

É, portanto, o dispositivo administrativo e penal – posto deva distinguir-se da pena – que dá consequência à constatação da periculosidade. No caso do agente inimputável, sua periculosidade é necessariamente presumida (DELGADO, 1992).

A legislação brasileira define duas modalidades de medidas de segurança às pessoas com transtornos mentais que praticam um ato criminoso: a detentiva e a restritiva.

A detentiva implica a internação por tempo indeterminado em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)² ou, ainda, em Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATP), localizadas em presídios ou penitenciárias. Já a restritiva é o tratamento sanitário obrigatório em ambulatório psiquiátrico, aplicada para os casos em que não há a necessidade de internação – nesses casos, o tratamento é ambulatorial, na qual a pessoa terá assistência médica, devendo comparecer durante o dia em local próprio ao atendimento.

Acerca dessas duas modalidades, assim detalha Musse:

Se o agente é absolutamente incapaz, em virtude de apresentar um transtorno mental e tenha praticado um crime apenado com reclusão, cumpre a medida de segurança em HCTP.

O condenado cujo transtorno mental manifesta-se no curso da execução da pena privativa de liberdade também é internado no HCTP, seja em razão da conversão da pena em medida de segurança (art. 183 da LEP), seja porque

² A revisão de 1984 eliminou a distinção entre Manicômio Judiciário e Casa de Custódia e Tratamento, adotando “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou à falta, outro estabelecimento adequado” (Artigo 96 do Código Penal). A mudança significa a desistência quanto ao tratamento especial a ser dado aos “psicopatas”, os antigos incorrigíveis anômalos morais perigosos de Heitor Carrilho, ou os “pepezões” dos Manicômios Judiciais, que faziam sua “carreira” na indisciplina. De fato, foi mais que uma mudança de nome, mas a demissão de um projeto disciplinar para os loucos morais. (DELGADO, 1992, p. 90).

o juiz assim o tenha determinado (art. 108 da LEP) (MIRABETE, 2000, p.261). É a denominada medida de segurança detentiva.

Entretanto, se o crime praticado for apenado com detenção, a medida de segurança adotada pode ser o tratamento ambulatorial, a ser realizado no HCTP, conforme dispõe o art. 97 do CP, devendo o agente comparecer em dias pré-estabelecidos para receber o devido tratamento (art. 101 da LEP). Trata-se de medida de segurança restritiva. (MUSSE, 2011, p. 46)

O prazo mínimo para realizar o tratamento na forma de medida de segurança, seja ela detentiva ou restritiva, varia entre um e três anos. Após esse período, se ainda persistir a periculosidade do agente, a medida de segurança passa a ser por prazo indeterminado, conforme orienta o Código Penal de 1940, com a redação alterada pela Lei 7.210/1984. Acerca desse regramento, vale conhecer o que diz os arts. 96 a 99 sobre a aplicação da medida de segurança:

Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (Art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do Art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º

Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.

A legislação brasileira também prevê a liberação do tratamento ambulatorial, a desinternação e a reinternação, nos casos em que a verificação da cura ou a persistência da periculosidade as aconselhem, conforme perícia médica realizada ao final do prazo fixado para a medida de segurança ou por determinação do juiz de execuções penais (MUSSE, 2011). Sobre o tema, detalha a Lei de Execução Penal (LEP), em seus arts. 171 a 179:

Art. 171 - Transitada em julgado a sentença que aplicar medida de segurança, será ordenada a expedição de guia para a execução.

Art. 172 - Ninguém será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou submetido a tratamento ambulatorial, para cumprimento de medida de segurança, sem a guia expedida pela autoridade judiciária.

Art. 173 - A guia de internamento ou de tratamento ambulatorial, extraída pelo escrivão, que a rubricará em todas as folhas e a subscreverá com o juiz, será remetida à autoridade administrativa incumbida da execução e conterà:

I - a qualificação do agente e o número do registro geral do órgão oficial de identificação;

II - o inteiro teor da denúncia e da sentença que tiver aplicado a medida de segurança, bem como a certidão do trânsito em julgado;

III - a data em que terminará o prazo mínimo de internação, ou do tratamento ambulatorial;

IV - outras peças do processo reputadas indispensáveis ao adequado tratamento ou internamento.

Art. 174 - Aplicar-se-á, na execução da medida de segurança, naquilo que couber, o disposto nos arts. 8º e 9º desta Lei.

Art. 175 - A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:

I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;

II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;

III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um;

IV - o juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver;

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

VII - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias.

Art. 176 - Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.

Art. 177 - Nos exames sucessivos para verificar-se a cessação da periculosidade, observar-se-á, no que lhes for aplicável, o disposto no artigo anterior.

Art. 178 - Nas hipóteses de desinternação ou de liberação (Art. 97, § 3º, do Código Penal), aplicar-se-á o disposto nos arts. 132 e 133 desta Lei.

Art. 179 - Transitada em julgado a sentença, o juiz expedirá ordem para a desinformação ou a liberação.

Delgado (1992) destaca que, embora a Lei de Execuções Penais obrigue a realização de exames psiquiátrico, criminológico e de “personalidade” regularmente, eles são absolutamente assistemáticos, quase excepcionais, no cotidiano dos manicômios judiciários. Predomina o caráter indeterminado da medida de segurança, tanto em seu prazo como na natureza da intervenção (terapêutica? punitiva? ambas?) a que são submetidos os detentos/pacientes (p. 90).

Nos casos em que esta averiguação é feita e, comprovada a cessão de periculosidade, segue-se uma ordem de desinternação emitida pelo juiz, equivalente ao alvará de soltura. Segundo Delgado (1992), para que cesse a medida de segurança, deve ficar “comprovado de forma indubitável que desapareceu o perigo de que, uma vez livre, o agente produza danos a si ou aos demais” (NUÑEZ, 1946, *apud* DELGADO, 1992, p. 94). É o paradoxo do já mencionado conceito jurídico do Direito Positivo, que deu origem às medidas de segurança e aos manicômios judiciários: a questão da periculosidade.

1.3.3 Tratamento ou prisão?

No estudo “O Direito Penal da Loucura” (2008), o jurista Paulo Jacobina se dedica a refletir sobre os conflitos em termos de definição doutrinária das medidas de segurança: seriam elas uma sanção penal ou um tratamento terapêutico?

Para Jacobina, embora não haja uma resposta clara a esse questionamento – nem no plano filosófico, nem no doutrinário e, tampouco, no plano legal – é fundamental que pensadores e profissionais das duas áreas envolvidas, quais sejam, o Direito e a Saúde, assumam a responsabilidade de refletir sobre esta indagação.

Tendo como ponto de partida o resgate sobre as chamadas “escolas criminológicas”, a discussão constitucional sobre princípios do direito sanitarista e ainda a legislação que institui a reforma psiquiátrica e sua controversa relação com o sistema de medida de segurança, Jacobina (2008) nos mostra como o arcabouço jurídico brasileiro, e até mesmo cultural, se mantém impregnado de toda uma concepção sobre como lidar com a loucura e com o louco: “historicamente condicionada, culturalmente construída e nem sempre coerente com os próprios fundamentos filosóficos e constitucionais do processo penal” (p.122).

Assim como Jacobina, outros estudiosos – como Paulo Amarante (2004), Tânia Marchewka (2009), Sérgio Carrara (2010) e Pedro Gabriel Delgado (1992) – trazem reflexões quanto ao caráter mais de “defesa social” da medida de segurança do que de tratamento terapêutico.

A fim de realizar um estudo antropológico sobre esses espaços no Brasil, Sérgio Carrara realizou uma série de visitas a manicômios judiciais, destacando em seu trabalho a superposição complexa de dois modelos de intervenção social como marca desses estabelecimentos: o jurídico-punitivo e o psiquiátrico-terapêutico.

No MJHC, lidava com a existência de duas definições diferentes e, em certo nível, contraditórias, a respeito de um mesmo espaço social, o hospício-prisão. A existência dessas duas definições e de sua articulação problemática se revelava ao menos em dois planos: no plano legal e no institucional. É importante ressaltar ainda que essa "fronteira" que perpassava todo o MJHC era em si mesma inglória. Não distinguia o "sagrado" do "profano", o "positivo" do "negativo", o que seria melhor do que seria pior. Os internos se viam então colocados frente a uma estranha encruzilhada: inocentes, mas tutelados e sem direitos de um lado; culpados, mas sujeitos de certos direitos e deveres de outro. Um período de interdição menor, mas que podia se estender por toda a vida, de um lado, um período de interdição legal maior mas com saída certa, de outro. (CARRARA, 2010, p. 18)

É nesse sentido que juristas como Damásio de Jesus, apontam a medida de segurança como uma espécie de sanção penal. Para ele, enquanto a pena é retributivo-preventiva, tendendo atualmente a readaptar socialmente o delinquente, a medida de segurança possui natureza essencialmente preventiva, no sentido de evitar que um sujeito que praticou um crime e se mostra perigoso venha a cometer novas infrações penais. Acerca do tema, avança o autor:

As medidas de segurança diferem das penas nos seguintes pontos: a) as penas têm natureza retributivo-preventiva. As medidas de segurança são preventivas; b) as penas são proporcionais à gravidade da infração; a proporcionalidade das medidas de segurança fundamenta-se na periculosidade do sujeito; c) as penas ligam-se ao sujeito pelo juízo de culpabilidade (reprovação social); as medidas de segurança, pelo juízo de periculosidade; d) as penas são fixas; as medidas de segurança são indeterminadas, cessando com o desaparecimento da periculosidade do sujeito; e) as penas são aplicáveis aos imputáveis e semi-responsáveis; as medidas de segurança não podem ser aplicadas aos absolutamente imputáveis. (JESUS, 1986, p. 473)

Essa percepção também está presente em Delgado (1992), que aponta a noção de prevenção como chave para se compreender a história interna da periculosidade.

A "tese repressiva" marcaria a escola penal clássica, e o preventivismo seria o atributo característico da escola positivista. Em todas as suas manifestações, a teoria da periculosidade assumiu um claro sentido preventivista, aponta Aftalión (op. cit, pg. 22), tendo nascido e se desenvolvido no interior do positivismo. Desde o início fundado em categorias psicológicas, o conceito parece ter retirado da imprevisibilidade

da loucura suas condições para prosperar. E influenciar, em retorno, a própria ciência da alienação. (DELGADO, 1992, p. 94)

Embora estejam localizados no campo da justiça, os manicômios judiciários, ou os hoje chamados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, não são considerados prisões, tampouco hospitais. Entretanto, é possível observar que esse híbrido de manicômio e prisão, na prática, guarda de maneira fiel as características dos grandes e ultrapassados hospitais psiquiátricos, aliada às características das atuais unidades prisionais brasileiras.

Para Carrara (2010), por fazer parte do sistema penitenciário, não é de surpreender que manicômios judiciários sejam um dos espaços mais impermeáveis às transformações pautadas na defesa dos direitos humanos dos pacientes e na sua desospitalização. Nesse sentido, traz a seguinte reflexão:

[...] foi justamente o caráter ambíguo e contraditório dos manicômios judiciários que assegurou que as engrenagens da Justiça continuassem operando, mesmo sob a condição de terem, como no caso dos loucos-criminosos, de produzir graves e irreversíveis injustiças. Talvez possamos mesmo considerá-lo um dos principais dispositivos práticos que nos permitem continuar vivendo em sociedades nas quais, como bem percebeu o antropólogo inglês E. E. Evans-Pritchard, os homens são vistos simultaneamente como livres e escravos, sujeitos e objetos, inocentes e pecadores; e onde confusão, contradição ou irracionalidade são sempre vistos como atributos de povos que habitam terras longínquas, onde vivem imersos em estranhos rituais. (CARRARA, 2010, p. 27).

1.3.4 Saúde ou justiça?

Outra ambiguidade apontada na instituição do manicômio judiciário diz respeito à ineficácia e à impossibilidade, até então, de um consenso e de um diálogo profundo entre o direito, a medicina, a psicologia e outros saberes que se debruçam sobre as pessoas para lá encaminhadas. Afinal, trata-se de prisão ou hospital?

Sobre esse aspecto, Mamede(2006) questiona: “onde devem estar os doentes que cometeram crimes? Se são doentes, por que permanecem em um hospital que prioriza a ideologia carcerária e tem um funcionamento muito mais próximo de uma penitenciária do que de um hospital?” (pp. 28-29).

Manifesta-se nesse mesmo sentido Carrara, quando afirma que:

A instituição apresentava a ambivalência como marca distintiva e a ambigüidade como espécie (se os psiquiatras me permitem o uso da expressão) de "defeito constitucional". Através da legislação e do tratamento dispensado aos loucos-criminosos, foi possível ainda perceber que essa

ambivalência poderia ser detectada em vários níveis. Uma linha, a um só tempo lógica e sociológica, parecia atravessar toda a instituição, marcando desde a legislação que a suportava até a identidade auto-atribuída dos internos e das equipes de profissionais encarregadas do estabelecimento. Os internos referiam-se a si mesmos como "presos" e não como "pacientes" e o tempo mínimo de internação ainda era medido em relação à pena que o indivíduo receberia caso tivesse sido considerado são e responsável. (CARRARA, 2010, p.18)

Para Musse (2011), as contradições lógicas do manicômio judiciário e da medida de segurança apresentam-se, primeiramente, na posição do perito psiquiatra em relação ao juiz que atua no feito e do perito psiquiatra em relação aos demais membros da equipe psicossocial. O juiz não tem a obrigação de acolher o laudo, no todo ou em parte, emitido pelo perito, quando o caso envolve alguma dúvida sobre a "sanidade mental" do acusado ou do condenado ou, ainda, sobre a cessação da periculosidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

O problema que se afigura é, em última instância, se o tratamento a ser adotado em relação à saúde mental da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e sua ressocialização/reintegração psicossocial é uma questão de prudência ou de ciência.

Em outros termos, a quem compete dar a última palavra acerca do tratamento concedido à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei: ao juiz, ouvido o perito médico? Exclusivamente ao médico ou à equipe interdisciplinar, composta pelo médico e por outros profissionais da área psi e social, responsáveis pela atenção integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei? (MUSSE, 2011, p. 36)

Enquanto prisão/hospital ou hospital/prisão, esse estabelecimento *sui generis* conta com duas equipes de profissionais. De um lado, os representantes da lei, os guardas, os agentes penitenciários ou carcerários e de outro, os profissionais da saúde e, em especial, psiquiatras e psicólogos. Para Musse (2011), como um desdobramento dessa tensão surge a seguinte questão: "A quem deve caber a direção do HCTP e a condução do processo de cumprimento da medida de segurança: profissionais da saúde, profissionais psi ou guardas?" (p. 36).

Se a medida de segurança constitui a resposta encontrada pelo Direito Positivista para a dupla finalidade de proteger a sociedade dos inimputáveis perigosos e, supostamente, tratá-los até que cesse sua periculosidade, é possível, diante de tudo o que foi apresentado, identificar que esse instituto ainda se mantém

bastante vinculado ao entendimento de controle asilar historicamente presente na relação com a loucura.

Isso porque, conforme aqui apresentado, a medida de segurança opera desconsiderando aspectos técnicos fundamentais de saúde mental, aplicando, a partir de uma determinada ideologia sobre a loucura, uma medida de natureza mais grave dentre as previstas no Código Penal e amplamente dissociada dos princípios da legislação sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, a aplicação das medidas de segurança de caráter asilar ainda constitui resquício da antiga tradição de aparação autoritária como atenção à loucura. Iniciado por Pinel na constituição da psiquiatria como saber científico, o modelo vem sendo contestado ao longo da história – e já tendo alcançado importantes avanços, no mundo e no Brasil, conforme detalhará o próximo capítulo.

1.4 PRIMÓRDIOS DA RUPTURA COM O MODELO MANICOMIAL

O caráter fechado e autoritário da instituição psiquiátrica pineliana, além dos controversos métodos utilizados, como já apresentado, passou a ser alvo de pesadas críticas por parte de defensores de formas não-violentas no trato com o louco e sua cidadania.

Essas contestações impulsionaram a consolidação, já no fim do século XIX, de um primeiro modelo de reforma na atenção à loucura: o das colônias de alienados. Segundo Costa (2001), as colônias se caracterizavam por serem espaços fora das grandes cidades onde, em grandes fazendas nas zonas rurais, os loucos, “anomistas sociais”, continuando ocultos e excluídos, pudessem circular com mais “liberdade” podendo ser “tratados e recuperados mediante o artesanato e o trabalho agro-pastoril” (COSTA, 2003, p. 5).

Apesar de seu princípio de maior liberdade, na prática, as colônias de alienados reproduziam em muito os asilos de Pinel. Segundo Queiroz (2001), o objetivo das colônias agrícolas estava em reproduzir a vida de uma comunidade rural, e o armamento terapêutico mais utilizado era a praxiterapia, isto é, o trabalho como fator de cura. Esse modelo estava concatenado aos novos valores da sociedade, no qual à normalidade estava inserido o caráter produtivo.

O estímulo e a glorificação do trabalho incorporaram-se à ideologia da nascente sociedade burguesa europeia, e os ociosos recalcitrantes, os inadaptados à nova ordem, foram jogados na categoria de anti-sociais e duramente reprimidos; trabalho e não-trabalho seria a partir de então mais um ponto de clivagem a estabelecer os limites do normal e do anormal. Como a prática psiquiátrica assimila aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico os mesmos valores da sociedade onde se insere, era de se esperar que se empenhasse em devolver à comunidade indivíduos tratados e curados, aptos para o trabalho. O trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento. (QUEIROZ, 2001, p. 3)

Já no período após a Segunda Guerra Mundial, novas questões são colocadas no cenário histórico mundial. Isso porque a violadora condição dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos passaria a ser comparada aos campos de concentração, intolerável para a Europa democrática.

É nesse período que têm início as chamadas Comunidades Terapêuticas. Queiroz (2001) conta que o termo é consagrado por Maxwell Jones, na Inglaterra, em 1959, passando a caracterizar um processo de reforma do hospital psiquiátrico, marcado pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas.

Para tanto, propõe a “terapêutica ativa” ou terapia ocupacional, e novamente temos o mito de que o trabalho seria a forma básica para a transformação dos doentes mentais, pois mediante o trabalho se estabeleceria um sujeito marcado pela sociabilidade da produção. Outra ordem de propostas baseava-se na integração dos pacientes em sistemas grupais, onde seus problemas poderiam ser compartilhados e debatidos, facilitando com isso sua ressocialização. Enfim, por meio da concepção de comunidade, procurava-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora. (QUEIROZ, 2001, p. 3)

1.5 BASAGLIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA ITÁLIA

É, no entanto, com a reforma psiquiátrica proposta pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, no século XX, que, de fato, se efetiva a ruptura com o hospital pineliano.

Em 1970, quando assume a direção do Hospital de Trieste no norte da Itália, Basaglia adota uma postura contrária à institucionalização, iniciando o processo de fechamento daquela instituição, o que finalmente ocorre em 1976. A atuação de Basaglia consegue operar uma ruptura ao exercer um aprofundado questionamento sobre o saber médico e as instituições psiquiátricas, superando o modelo asilar/carcerário herdado dos séculos anteriores e substituindo-o por uma

rede diversificada de Serviços de Atenção Diária em Saúde Mental de Base Territorial e Comunitária. (COSTA, 2003)

Segundo Amarante (1996), a ruptura proposta pela reforma psiquiátrica italiana não está somente no local onde as pessoas com transtornos mentais estariam acolhidas. A transformação estava no modo como a sociedade passaria a lidar com a loucura:

[...] com efeito, não cabe apenas pensar a relação com a loucura em termos de cura, pois isso seria continuar no mesmo campo ideológico tradicional que a identificou com a doença mental, mas procurar transformar a relação da sociedade ocidental com a loucura, que está cristalizada no asilo e na exclusão social, já que constituem elementos fundamentais de controle da marginalidade social e de suas implicações políticas. (AMARANTE, 1996, p.101)

Sobre esse período na Itália, Rotelli esclarece em “A Instituição Inventada”:

Por que queremos esta desinstitucionalização? Porque, a nosso ver, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício - a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade. Sobre essa separação artificial se constituíram os conjuntos institucionais todos referidos à “doença”. Era necessário desmontar este conjunto (negar aquelas instituições) para retomar contato com a existência dos pacientes enquanto “existência doente”. Portanto, as “antigas instituições eram superadas por serem cultural e epistemologicamente incongruentes (e o mesmo acontecerá às instituições previstas por diversos projetos de lei da contra-reforma). A ruptura do paradigma fundante dessas instituições, o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização: e a ruptura do paradigma se fundamentava também na ruptura da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura. Negação da instituição, bem mais que o desmantelamento do manicômio, foi e é, a desmontagem desta causalidade linear e a reconstrução de uma concatenação de possibilidade-probabilidade: como toda ciência moderna nos ensina diante de objetos complexos. (ROTELLI, 1983, p. 1)

A partir desse novo contexto propiciado por Basaglia, em 1978 a Itália altera sua legislação acerca dos manicômios. A Lei 180, mais conhecida como “Lei Basaglia” ou “Lei da reforma psiquiátrica italiana”, estabelece a voluntariedade da pessoa com transtorno mental para o internamento, determinando, portanto, o impedimento da internação compulsória. Além disso, aponta a importância da convivência do louco na sociedade, condenando os confinamentos por longos períodos em hospitais psiquiátricos.

É uma lei que toca no poder da medicina e nos dogmas de cura, recolocando o doente em seu lugar de sujeito, não mais de paciente. O papel dos profissionais de saúde muda drasticamente, passando do exercício do poder baseado no saber, para o desafio de usar principalmente o saber na recuperação e potencialização dos sujeitos. (RODRIGUES, 2005, p. 58)

O novo olhar proposto por Basaglia inspirou movimentos de reforma psiquiátrica em diversas localidades do mundo ocidental – muito embora nem todas assumissem a radicalidade da defesa da extinção dos manicômios. No capítulo que segue diante, apresentam-se as contribuições da reforma psiquiátrica italiana no contexto da psiquiatria no Brasil.

2 O CENÁRIO BRASILEIRO

2.1 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DA ASSISTÊNCIA LEIGA À PSIQUIATRIA

Até a segunda metade do século XIX, a assistência às pessoas com transtorno mental no Brasil era exercida de forma leiga, por instituições asilares vinculadas à igreja. Segundo Resende (1987, p. 34) “o doente mental que ainda podia desfrutar de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade” era tratado em Santas Casas de Misericórdia. Na sociedade de então, a loucura era vista como uma ameaça à segurança pública, sendo a reclusão dos “alienados inoportunos” o tratamento dispensado.

A partir de 1830, médicos da Academia Imperial de Medicina passaram a criticar as precárias condições das instituições asilares das Santas Casas. Na verdade, a categoria reivindicava para si a competência para lidar com a loucura. (Costa, 1981)

Segundo nos conta Jacobina (2001), o médico João Carlos Teixeira Brandão assumiu, em 1881, a cadeira recém-criada de Clínica Psiquiátrica e Moléstias Nervosas como primeiro professor concursado. Ele publicou violentos manifestos que denunciavam os maus-tratos às pessoas com transtorno mental nos espaços asilares, em especial no Hospício Dom Pedro II ou Hospício Nacional.

Há relatos de que os loucos por leitos tinham tábuas, sem colchões nem travesseiros, nem ao menos cobertura para lhes ocultarem a nudez e os resguardarem dos rigores do inverno. Os loucos agitados eram metidos em caixões de madeira, onde permaneciam nus e expostos às intempéries (JACOBINA, 2008, p. 63)

Os questionamentos feitos pela categoria médica, aliado à pressão social para o asilamento dos considerados indesejáveis em um local mais apropriado, fez com que o Estado Imperial determinasse a construção de um lugar específico para essa população. Assim, em 1852, é inaugurado o Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro, considerado o marco histórico do início da assistência psiquiátrica pública no Brasil.

Respaldado na proposta de tratamento moral formulada por Pinel e Esquirol, o Hospício Pedro II foi o lugar de exercício da ação terapêutica da ciência

psiquiátrica pautada pelo modelo asilar, marcado pela vigilância e pela repressão. (BARROS, 1996)

Essa nova ordem na condução dos espaços asilares, calcada em uma pretensa conotação científica, acaba por reproduzir no Brasil o modelo de hospital psiquiátrico europeu, ou seja, o locus social possível para a loucura.

Em função da busca de mão-de-obra, a recuperação dos excluídos era necessária. Da mesma forma e paradoxalmente, um corpo de conhecimentos que legitimasse o 'trancafiamento terapêutico' de trabalhadores também era imperativo. Dessa forma, também em nosso país, legitimada pelo Estado, pela Universidade e pelo hospital de alienados, a Psiquiatria consolidou-se como o único saber frente à loucura, agora já 'doença mental'. (COSTA, 2003, p. 7)

É nesse sentido que Machado (1978) destaca o nascimento da psiquiatria brasileira com a incorporação, pela medicina, do papel de controle social dos indivíduos e das populações. Os hospitais psiquiátricos se encarregam, portanto, da função de sanear a cidade a partir do recolhimento dos loucos aos chamados hospitais-colônia, descritos por Costa (2003), como espaços que, além do ocultamento dos indesejáveis: "atendia a necessidade do incipiente capitalismo brasileiro pós-escravidão e da nova moral social burguesa, que enaltecia a dedicação de todos ao trabalho e pregava que o trabalho dignifica o homem" (p. 7).

Segundo Devera e Costa-Rosa (2007), o modelo de hospitais-colônia passou a ser adotado em várias capitais do País. Por todo o Brasil, proliferaram hospitais psiquiátricos e colônias agrícolas para pessoas com transtornos mentais, com a ideia de tratar e reeducar pelo trabalho, fornecendo um ambiente calmo e regrado. Porém, os serviços criados, a princípio para tratamento daqueles reconhecidos como doentes mentais, incharam com o recolhimento de toda gama de excluídos, para os quais não havia quaisquer outras estruturas.

Para Canova:

Eram esses os elementos mais visados pela dura realidade de resistirem a um cotidiano marcado pelos interventores do espaço, do sistema policial, médico, intelectual e judicial. A eugenia aos poucos ganharia espaço, promovendo justificativas para as práticas de intervenção social e de cura, ação política capaz de gerar novos modelos de sociedade e de organização urbana. (CANOVA, 2011, p. 155)

Canova (2011) aponta que, no Brasil de então, muitos psiquiatras acreditavam que o povo brasileiro degradara-se moralmente e que a eugenia

consistiria em uma forma de resolver a questão, auxiliando na prevenção da transgressão moral e social. Nesse contexto, destaca a pesquisadora, a institucionalização da loucura recebe grande impulso, visto que o discurso eugênico vinha atender às necessidades teóricas e conceituais de segregar a loucura e tratá-la por meio de conhecimentos técnico-científicos.

As transgressões do povo, da população das ruas, das favelas, dos mais pobres, dos negros, dos mestiços e dos imigrantes foram marcadas a ferro e fogo pelos sujeitos disciplinares. Agentes policiais, médicos, sanitaristas e higienistas foram os mais contundentes militantes da vigilância dos códigos morais e sociais expressamente ordenados pela teoria eugenista. Foram capazes de disciplinar os corpos e, no caso, as mentes, com um arsenal de medicamentos e metodologias suficientemente eficazes no controle do cotidiano dos doentes em manicômios. (CANOVA, 2011, p. 153)

Costa (2003) identifica que tal formulação contava com nítidos ingredientes racistas, pois fazia crer que, por meio do trabalho, reverter-se-ia a índole dessa população mal miscigenada que eram os brasileiros – frutos de uma mistura étnica que levava à indolência e à deterioração moral –, de modo que pudessem ser brancalizados, tratados e normalizados.

Nesse sentido, é possível identificar que o Brasil acaba por incorporar as ideias e ideais eugênicos da Europa, condenando a mestiçagem e atribuindo aos indivíduos não brancos um caráter patológico. É nesse período que surgem os macroasilos e, em São Paulo, começavam os estudos sobre criação das instituições filantrópicas.

É nesse contexto que, em 1923, surge a Liga Brasileira de Higiene Mental, ainda no período da chamada República Velha. A Liga nasce com o objetivo de melhorar a assistência às pessoas com transtorno mental, por meio da melhoria das instituições e da formação dos psiquiatras. Entretanto, por volta de 1926, seus psiquiatras passaram a defender projetos que extrapolavam essa orientação, focados na prevenção eugênica e na educação dos indivíduos. (DEVERA & COSTA-ROSA, 2007)

Acerca do período, Costa esclarece:

A Liga Brasileira de Higiene Mental [...] propôs ações de higiene mental (humanização) no interior dos hospitais psiquiátricos. Contudo, essa mesma Liga, baseada na Biologia e apoiada no pensamento eugenista da psiquiatria organicista alemã, passou, em seguida, a recomendar medidas de purificação da raça brasileira no sentido de poder criar um indivíduo “mentalmente sadio”. (COSTA, 2003, p. 7)

De acordo com Costa (2003), a política higienista fez com que a psiquiatria se omitisse ante as diferenças étnicas, culturais e sociais, e responsabilizasse o campo biológico pela exclusão dos inadaptados à produção. Nesse sentido, pode ser identificada como o “primeiro projeto de administração social da loucura em nosso país” (p. 8).

Ao final da década de 1950, o panorama geral da psiquiatria no Brasil era sombrio: tinha como características a “superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, condições de hotelaria tão más ou piores quanto às dos piores presídios, a mesma situação que Teixeira Brandão denunciava quase 100 anos antes” (RESENDE, 1987, p. 60).

Esse período destacado, marca a orientação política sobre o tratamento da loucura até o final do século XX, em que pese os resquícios desse período ainda sobrevivam até os dias atuais.

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Assim como ocorrido na Europa, também no Brasil esse cenário de precárias e graves condições a que eram submetidas as pessoas com transtorno mental resultou em questionamentos ao modelo asilar e à função terapêutica desses espaços.

Nesse sentido, embora não tenha assumido a radicalidade do novo olhar proposto por Basaglia na Itália, a reforma psiquiátrica brasileira é resultado de uma crítica conjuntural às práticas dos hospitais psiquiátricos, impulsionadas por diversos atores, em diferentes épocas. Em virtude da amplitude do histórico acerca do tema e dado o delimitado alcance do objeto desta pesquisa, busca-se aqui breves apontamentos acerca dos principais acontecimentos que compuseram o cenário e ajudaram a delinear a reforma psiquiátrica no Brasil.

A partir da revisão da literatura sobre o tema, abordam-se rapidamente iniciativas reformadoras do paradigma da psiquiatria que se deram ao longo dos séculos XIX e XX no Brasil – do amplo movimento da redemocratização e do sanitarismo, presentes nas décadas de 1980 e 1990, até o histórico político e social que fundamentou a promulgação da Lei 10.216/2001, que constitui um marco no avanço da atenção à loucura no Brasil, conforme destacado a seguir.

No início dos anos 1980, o Brasil vivia o processo de abertura política e de recuperação das instituições democráticas abolidas pelo regime de exceção e de censura da ditadura militar de 1964.

À época, movimentos de diferentes áreas se articulavam em busca da garantia de direitos e de um novo olhar do Estado para o cidadão. É nesse contexto que eclode o chamado movimento sanitário, que propunha um novo modelo de atenção e gestão nas práticas de saúde no Brasil e que resultaria na construção do avançado Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

É sob a redemocratização do País e a mobilização político-social que têm início os primeiros passos da reforma psiquiátrica brasileira. Segundo Tenório (2002), a crítica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram o chamado movimento da reforma sanitária, que lutava pela reformulação do sistema nacional de saúde.

Para Amarante (1995) a reforma psiquiátrica deve ser compreendida como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tinha como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Segundo Delgado (1992), à época não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios: o abandono, a violência, os maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos hospícios do País, além de fraudes no sistema de financiamento dos serviços. Sobre o tema, assim pontua Musse:

A loucura deixava de ser uma questão exclusivamente técnica, para se tornar uma questão que diz respeito a toda a sociedade, assim o próprio objeto da psiquiatria deixava de ser a doença para se tornar o sujeito de experiência mental diferenciada, a pessoa, o cidadão em sofrimento. (MUSSE, 2011, pp. 20-21)

É nesse contexto que, em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que reunia trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

É, portanto, a partir da reunião de reivindicações trabalhistas e de uma posição humanitária de atenção à pessoa com transtorno mental, pautada na reforma psiquiátrica italiana, que o MTSM passa a encabeçar o surgimento das primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência psicossocial no Brasil.

Diferenças internas, teóricas, técnicas e ideológicas, convergiram para uma agenda comum, buscando resgatar casos e histórias de pessoas em sofrimento psíquico, de modo a debater e superar o próprio fundamento da instituição psiquiátrica tradicional, em seus pressupostos conceituais e na prática desenvolvida; onde antes se via apenas doença, defeito, desrazão e periculosidade na figura do louco, propunha-se uma nova atitude voltada ao debate sobre a cidadania, os direitos humanos e o dever maior de prestar um serviço digno afinal. (MUSSE, 2011, p. 20)

Ao elaborar o histórico da construção da reforma psiquiátrica no Brasil, assim o Ministério da Saúde (MS) define o MTSM:

sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (MS, 2002)

Essa proposta de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria tem como marca incontestável o reclame da cidadania do louco. Para Tenório (2002), embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas e teóricas bastante novas, “a reforma insiste num argumento originário: os 'direitos' do doente mental, sua 'cidadania'" (p. 3).

É nesse contexto que, ainda no ano de 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental promove, no Rio de Janeiro, o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que tinha como proposta a fundação de uma nova sociedade psicanalítica, o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI).

No ano seguinte, 1979, a Câmara dos Deputados realizou o I Simpósio de Saúde daquela Casa. Durante esse evento, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) teve uma expressiva participação ao apresentar dois documentos históricos para o campo da saúde brasileira, que tratavam da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica.

O primeiro foi o texto “A questão democrática na área da saúde” (CEBES, 1980a), no qual a proposta de um Sistema Único de Saúde foi pela primeira vez apresentada e debatida com os setores políticos nacionais. O segundo foi o texto “A assistência psiquiátrica no Brasil: setores público e privado” (CEBES, 1980b), elaborado pela Comissão de Saúde Mental do CEBES do Rio de Janeiro, que apresentou a primeira denúncia relacionada ao modelo psiquiátrico em um espaço de tão grande repercussão política. (AMARANTE e OLIVEIRA, 2004, p. 12)

Foi também em 1979 que o movimento promoveu o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado no Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo.

Embora as propostas renovadoras das reformas sanitária e psiquiátrica fossem paulatinamente incorporadas pelo Estado no início dos anos 1980, trazendo certa desaceleração às atividades, com a reconstrução nacional advinda da Nova República, o movimento torna a recompor o vigor, sendo que, em 1987, convoca a Oitava Conferência Nacional de Saúde, que reuniu mais de quatro mil pessoas.

Uma nova concepção de saúde nasceu no Brasil a partir dessa bem sucedida 8ª Conferência - a saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão – e permitiu a formalização de alguns princípios básicos, tais como universalização do acesso à saúde, integralidade, equidade, descentralização e democratização, que implicaram numa nova visão do Estado no Brasil - como promotor de políticas de bem-estar social - e uma nova visão de saúde no país: como sinônimo de qualidade de vida. (AMARANTE e OLIVEIRA, 2004, p. 14)

É sob essas bases organizacionais que surgem as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência no Brasil. Em 1987, é realizada no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que traz como característica fundamental o fim da trajetória sanitarista – que buscava a transformação do sistema de saúde – e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura, a chamada desinstitucionalização.

Ainda no ano de 1987, tendo como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, é realizado o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru, São Paulo. O evento estabelece um novo horizonte de ação, colocando em perspectiva a cidadania do louco. Novos atores incorporam-se ao projeto, entre eles, os usuários e seus familiares, que assumem o papel de agentes críticos e impulsionadores do processo. É nessa ocasião, em que se estabelece 18 de maio como Dia Nacional de Luta Antimanicomial. Nessa data, o

movimento antimanicomial de várias cidades do país promovem atividades que buscam mobilizar a sociedade a refletir sobre a violência do modelo asilar e a debater propostas de transformação.

Nas palavras de Tenório (2002), a participação dos agora chamados “usuários” dos serviços de saúde mental e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo: “trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura” (p. 35).

Nesse período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, São Paulo, em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes (MS, 2005). É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível. (MS, 2005, p. 7).

A participação social passa a ocupar um lugar estratégico no agora denominado Movimento da Luta Antimanicomial, que tira do eixo central dos debates a perspectiva meramente assistencial da loucura, expressa tanto na estrutura manicomial quanto no saber médico.

É nesse contexto que as estruturas do cuidado à pessoa com transtorno mental são também questionadas: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais— ambulatório e hospital de internação —, mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. (TENÓRIO, 2002)

2.3 DO PROJETO DE LEI PAULO DELGADO À LEI 10.216/2001: O REDIRECIONAMENTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Embalado pelos debates e reflexões acerca da reorientação do modelo de assistência na perspectiva da substituição asilar, em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresenta o Projeto de Lei 3.657/1989, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica (VASCONCELOS, 2008). A proposta marca o início das lutas do movimento da reforma psiquiátrica no âmbito legislativo e normativo, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no País.

A proposição de uma reforma legislativa teve o efeito de produzir "uma intensificação sem precedentes da discussão sobre o tema em todo o País", que não ficou restrita aos meios especializados e fez avançar o movimento da reforma. (BEZERRA JÚNIOR, 1994, p. 183)

A proposição legislativa é assim descrita por Tenório:

O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de "recursos não-manicomial de atendimento"; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação. (TENÓRIO, 2002, p. 12)

Ainda tendo como base o resgate histórico feito por Tenório (2002), depois de aprovado na Câmara dos Deputados, o Partido Liberal enfrentou muitas dificuldades no Senado que, mais de dez anos depois, aprovou em seu lugar um substitutivo bem mais tímido no que se refere à substituição da perspectiva asilar.

De autoria do senador Sebastião Rocha, o substitutivo era ambíguo quanto ao papel e à regulamentação da internação e chegava a autorizar explicitamente a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos "nas regiões onde não exista estrutura assistencial" (um contra-senso, à medida que obrigaria que as novas estruturas fossem construídas justamente segundo o modelo que, à custa de muito trabalho, está sendo substituído onde ele existe). (TENÓRIO, 2002, p. 12)

O artigo referente à construção ou contratação de novos leitos acabou por ser suprimido quando o texto retornou à Câmara dos Deputados, quando, finalmente, foi aprovada a Lei n. 10.216/2001.

Também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a legislação instituiu um novo modelo de tratamento e a construção explícita de direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil, colocando a noção de cidadania no foco central da abordagem às pessoas com transtorno mental, inclusive aquelas em conflito com a lei.

Para Jacobina (2008), a lei apresenta várias disposições interessantes, “cuja interpretação será necessária inclusive para fins penais e processuais”. Segundo ele, o parágrafo único do artigo 2º traz uma verdadeira declaração de princípios e direitos da pessoa com transtornos mentais, que não exclui os demais direitos atribuídos ao conjunto dos cidadãos. “No entanto, o art. 4º ainda admite a internação, condicionando-a, outrossim, à insuficiência de recursos extra-hospitalares”, ressalva. (p. 194)

Sinteticamente, Jacobina (2008) elenca alguns dos parâmetros que fundamentam a reforma psiquiátrica proposta por essa legislação:

- a) abordagem interdisciplinar da saúde mental, sem prevalência de um profissional sobre o outro.
- b) Negativa do caráter terapêutico do internamento.
- c) Respeito pleno da especificidade do paciente, e da natureza plenamente humana da sua psicose.
- d) Discussão do conceito de “cura”, não mais como “devolução” ao paciente de uma “sanidade perdida”, mas como trabalho permanente de construção de um “sujeito” (eu) ali onde parece existir apenas um “objeto” de intervenção terapêutica (isso).
- e) A denúncia das estruturas tradicionais como estruturas de repressão e exclusão.
- f) A não-neutralidade da ciência.
- g) O reconhecimento da inter-relação estreita entre as estruturas psiquiátricas tradicionais e o aparato jurídico-policial. (JACOBINA, 2009, p. 91)

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), é no contexto da promulgação da Lei 10.216/2001 que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, “ganhando maior sustentação e visibilidade” (p. 9).

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. (MS, 2005, p. 9)

2.3.1 Dos serviços substitutivos

As novas diretrizes trazidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira propõem um novo rearranjo dos serviços e dos investimentos públicos nos equipamentos para cuidado em saúde mental, substituindo os hospitais psiquiátricos como ponto de cuidado e iniciando-se, assim, um projeto de Estado com foco na desinstitucionalização das pessoas mantidas em longa permanência nesses espaços.

Dados do Ministério da Saúde apontam que em 1996, por exemplo, o Brasil contava com 72.514 leitos em hospitais psiquiátricos. Já os serviços extra-hospitalares contavam com poucos equipamentos substitutivos. Em 1998, o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no País era de apenas 148. (MS, 2012)

Dos gastos públicos com saúde mental, o dispêndio com hospitais psiquiátricos representavam – em 1996 - 93,14% do montante total, enquanto apenas 6,86% desses recursos eram destinados aos serviços extra-hospitalares. (MS, 2005)

É a partir da década de 2000 – por meio de normativas instituídas pelo Ministério da Saúde e cujo conceito está na ruptura com o assustador passado em que viviam as pessoas com transtorno mental – que tem, de maneira mais acentuada, o processo de fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e o então redirecionamento de recurso público para a abertura dos equipamentos substitutivos ao asilamento.

Entre as diversas normatizações sobre o tema publicadas pelo Ministério da Saúde desde então, se destaca a Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011, que cria e organiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no País. Essa normativa sistematiza a rede responsável por cuidar, articular e promover a atenção e o acesso a políticas públicas para a pessoa com transtorno mental. Por meio dessas diretrizes, a RAPS passa a assim se orientar:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

- III - Combate a estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.
- VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Através desses princípios, os serviços se organizam em sete pontos, sendo estes:

- I - Atenção Básica em Saúde;
- II - Atenção Psicossocial Especializada;
- III - Atenção de Urgência e Emergência;
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V - Atenção Hospitalar;
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e
- VI - Reabilitação Psicossocial.

É na junção das diretrizes e dos componentes da RAPS³ que o redirecionamento dos serviços em saúde mental se apresenta, rompendo com o passado de exclusão.

Paulatinamente, o cenário apresentado na década de 1990 vem sendo substituído por uma rede ampla, no qual o cuidado se localiza nas relações sociofamiliares e onde os serviços e seus trabalhadores transformam o olhar à pessoa com transtorno mental – antes vista como uma patologia que fala e se

³ Para melhor compreensão sobre cada um desses componentes, acessar a Portaria 3088/2011 - Ministério da Saúde.

movimenta. O enfoque passa a ser a pessoa e suas necessidades, de maneira ampla e dialética.

Ao momento dessa pesquisa, o Brasil conta com 2.128 CAPS, o que representa uma cobertura de cerca de 82% da população brasileira. Embora os hospitais psiquiátricos estejam em um processo de extinção progressiva no País, ainda se convive com aproximadamente 27.500 leitos em hospitais psiquiátricos.⁴

Os investimentos públicos na área também se transformaram. Se antes eram massivamente destinados aos hospitais psiquiátricos, verdadeiros depositários de corpos, hoje estão concentrados nos serviços da RAPS: 71,09% frente a 28% investidos nos leitos psiquiátricos que ainda não foram fechados. (MS, 2012)

2.3.2 A devolução da cidadania à pessoa com transtorno mental

Sob a luz da Lei 10.216/2001, a Reforma Psiquiátrica Brasileira redirecionou o modelo de atenção e cuidado às pessoas com transtorno mental no País. Se antes o espaço de atenção à saúde mental era, majoritariamente, localizado na figura dos hospitais psiquiátricos, orientados por uma concepção de doença na perspectiva do modelo biomédico, com a segregação como forma de tratamento, é possível afirmar que a promoção de saúde mental no Brasil se consolidou como uma nova perspectiva. Esse novo olhar condena, via de regra, a segregação como forma de tratamento, potencializando o protagonismo do sujeito no processo do seu cuidado.

Embora ainda existam importantes desafios para sua efetiva implementação, essa legislação abre caminho para a importante e necessária construção de um diálogo multilateral, interdisciplinar e democrático na atenção às pessoas em sofrimento psíquico.

Isso porque essa nova perspectiva se torna inconciliável com a forma de “tratar” adotada pelos depositários de corpos, expressa nos hospitais psiquiátricos. Resquícios desse período obscuro, no qual o tratamento é centrado numa perspectiva manicomial, ainda são etapas a serem superadas, sobretudo para

⁴ Informação obtida junto à Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, referente ao ano de 2014, uma vez que a última publicação oficial de dados referentes à cobertura da RAPS é do ano de 2012

as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, ou seja, as pessoas que cometeram algum tipo de crime e tiveram, por meio de decisão judicial, uma medida de segurança decretada pelo juízo.

Parafraseando o que Jacobina (2008) diz a respeito, a lei da reforma psiquiátrica abre caminho para a construção de uma cidadania que se ajuste ao peculiar modo de existir da pessoa com transtorno mental, “tanto no que concerne aos direitos que lhe caberão, quanto aos deveres que assumirão, dentro dos limites da sua individualidade e da sua inserção social específica” (p.138). Sobre o assunto, argumenta:

A devolução da voz e da cidadania ao sujeito com transtornos mentais vai implicar a restituição de responsabilidade. Para construir essa responsabilização, será necessária uma boa dose de pluralismo e de abertura a outros saberes, mas, acima de tudo, de um profundo questionamento dos conceitos jurídicos de responsabilidade civil e penal e de um repensar de estruturas arcaicas, como a medida de segurança. (JACOBINA, 2008, p. 137)

A Reforma Psiquiátrica passa, portanto, a considerar o regime asilar como algo inumano, propondo a reorientação do modelo asilar para o comunitário. Essa concepção não alcançou, entretanto, os hospitais para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Mais de uma década após a promulgação da Lei 10.216/2001, é possível verificar que nem todos os loucos foram incluídos nesse amplo regime de revisão da legislação.

Conforme nos fala Paulo Delgado (1992), em que pese o contexto de maior atenção à assistência na área de saúde mental trazido pela Reforma Psiquiátrica, a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei parece permanecer fora dessa agenda.

2.4 DESAFIOS DA APLICAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

Embora a Lei 10.216/2001 seja muito clara em suas diretrizes de uma terapêutica contrária à lógica de asilamento e de segregação, e mesmo que não excepcione de seu texto as pessoas com transtorno mental que tenham cometido crime, é possível identificar que um grupo permanece apartado dessa nova

relação com a loucura: são aqueles que vivem nas híbridas estruturas de confinamento penal e internação psiquiátrica, os loucos infratores.

Conforme já destacado no capítulo anterior, a legislação brasileira entende que, entre as pessoas que cometem crimes, há aquelas que são inimputáveis ou semi-imputáveis em razão de transtorno ou deficiência mental. Para essas pessoas, não há uma penalidade em caso de delito ou crime, mas sim a submissão a tratamento psiquiátrico obrigatório, a chamada Medida de Segurança. O cumprimento dessa medida se dá nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou ainda nas Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATP), que funcionam em presídios.

Apesar de a Lei 10.216/2001 ter redirecionado o modelo assistencial em saúde mental, orientando a atenção para uma perspectiva de desmanicomialização da loucura e de reforço da cidadania da pessoa com transtorno mental, os espaços de cumprimento das chamadas medidas de segurança ainda constituem cenário de amplas e graves violações de direitos.

A lei não excepciona do seu texto os portadores de transtornos que tenham cometido crime, de modo que também esses são atingidos por ela. Não há motivo para excluí-los da aplicação desse diploma, sem promover uma discriminação que não tem o menor suporte na Constituição Federal. Ao contrário, o seu art. 1º determina que os direitos ali assegurados aos portadores de transtornos mentais devem ser garantidos sem qualquer forma de discriminação, incluída a discriminação pelo fato da passagem ao ato, vale dizer, do cometimento de fato previsto na lei como crime. (JACOBINA, 2008, p. 104).

O estudo “A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil – Censo 2011”, realizado pela Universidade de Brasília (UnB), faz um retrato, em nível nacional, do cenário de penúria e desassistência que marca esses espaços asilares. O levantamento mostra o perfil e as condições em que vive essa população vulnerável e fragilizada – duplamente estigmatizada pela loucura e criminalidade, mantida em espaços que, no mais das vezes, cumprem o papel de prisões perpétuas.

Além das condições que, não raras vezes, se assemelham a verdadeiros campos nazistas de tortura, o Censo 2011 traz outro dado alarmante: a continuidade na política de criação e instalação de unidades destinadas ao louco infrator – ação diametralmente oposta às diretrizes da Lei 10.216/2001.

Em entrevista à Revista UnB Ciência, assim a pesquisadora Débora Diniz retrata o tema:

Estamos diante de um grupo de indivíduos cuja precariedade da vida é acentuada pela loucura e pela pobreza, mas também diante de vidas precarizadas pela desatenção das políticas públicas às necessidades individuais e aos direitos fundamentais (UnB, 2012).

Entre os 19 estados da federação visitados pelo Censo, além do Distrito Federal, em pelo menos cinco foram identificadas unidades destinadas ao louco infrator inauguradas após a reorientação trazida pela Lei da Reforma Psiquiátrica. Embora em seu estudo a pesquisadora não avance nessa interpretação, há que se destacar a representatividade dessa ocorrência: ou seja, pelo menos 26% dos estados visitados descumpriram a regulação da reforma psiquiátrica, demonstrando que a implementação dessa nova perspectiva de cuidado extrapola a definição de diretrizes legais.

Adiante amplia-se a discussão sobre o cenário dos hospitais psiquiátricos no Brasil, momento em que retomaremos os dados apresentados pelo referido estudo. Antes, contudo, é importante apresentar um panorama acerca do sistema carcerário no Brasil e de como a população com transtorno mental insere-se nesse contexto.

2.4.1 Sistema prisional brasileiro e a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei

Embora a investigação acerca da loucura associada à prática de crime não constitua o objeto central desta pesquisa, algumas reflexões sobre o cenário carcerário brasileiro e, por consequência, sobre os manicômios judiciais, ajudam a vislumbrar com maior precisão o fenômeno do encarceramento e da atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil.

Sobre o sistema penitenciário e a população de presos no Brasil é preciso apontar que se vive um processo de amplo encarceramento, sobretudo da população negra e, em especial, de jovens. Dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), órgão ligado ao Ministério da Justiça, apontam que, nos últimos 22 anos, enquanto o número de habitantes no País teve um crescimento de

aproximadamente 30%, a quantidade de pessoas presas subiu 511% entre 1990 e 2012.

De acordo com dados divulgados em junho de 2014 pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Brasil atingiu o total de 715,6 mil presos, número que faz do País o dono da terceira maior população carcerária do mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e China. Segundo o CNJ, o déficit atual de vagas no sistema alcança 354 mil vagas e, se contabilizados o número de mandados de prisão em aberto, o número de presos no País alcançaria 1,089 milhão de pessoas (CNJ, 2014).

Acerca da realidade vivida nessas instituições, em 2013, o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) apresentou o estudo “A Visão do Ministério Público sobre o Sistema Prisional Brasileiro”, no qual aponta um grave retrato de violações de direitos humanos. O estudo revela que quase metade desses estabelecimentos não possui cama para todos os presos e que em 25% não há colchão para todos. A água para banho não é aquecida em 66% dos estabelecimentos. Não é fornecido material de higiene pessoal em 40% dos locais e não há fornecimento de toalha de banho também em 66% dessas unidades.

O estudo revela ainda que a população carcerária brasileira compõe-se de 93,4% de homens e 6,6% de mulheres. Em geral, são jovens com idade entre 18 e 29 anos, afrodescendentes, com baixa escolaridade, sem profissão definida, baixa renda, muitos filhos, e mãe solteira, no caso das mulheres. Em geral, praticam mais crimes contra o patrimônio (70%) e tráfico de entorpecentes (22%).

De acordo com Relatório Mundial 2014, sobre violações dos direitos humanos no mundo, da ONG Human Rights Watch (HRW), as prisões no Brasil estão em condições desumanas, são locais de tortura física e psicológica, violência e superlotação.

A superlotação e a falta de saneamento facilitam a propagação de doenças; o acesso dos presos à assistência médica continua inadequado. A tortura é um problema crônico em delegacias de polícia e centros de detenção. A Subcomissão das Nações Unidas para a Prevenção de Tortura e Outros Tratamentos Cruéis, Desumanos e Degradantes informou que recebeu relatos “repetidos e consistentes” de presos sobre espancamentos e outros maus-tratos durante a custódia policial. Agentes da segurança pública do Estado do Paraná foram denunciados criminalmente pelo espancamento, sufocamento e aplicação de choques elétricos a quatro homens para forçá-los a confessar o estupro e assassinato de uma menina de 14 anos em julho de 2013. Em agosto de 2013, a imprensa divulgou imagens das

câmeras de segurança do complexo prisional de Vila Maria, no Estado de São Paulo, mostrando agentes da Fundação CASA (Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente) espancando seis adolescentes. (HRW, 2014)

O crescimento do número de pessoas presas nas últimas décadas no Brasil não significa a eficiência da justiça ou a garantia dela. Oposto a isso, nos revela um verdadeiro fracasso, sobretudo no modo de organização do Estado. Além disso, o aumento das prisões e o encarceramento de jovens pobres flagram um Estado frágil no campo das políticas sociais e que responde a suas ausências usando a punição como forma de manter a ordem.

Para Graziano, especialista em Direito Penal, no Brasil as penitenciárias têm um efeito de contenção das massas.

A prisão está sendo utilizada muito mais para referencial político ideológico, de contenção de massas e, inclusive, para aderir a propósitos mais fáceis. Tento explicar: é mais fácil criminalizar condutas, como é o caso das drogas ou das manifestações sociais, do que estudar e produzir políticas públicas que tentem resolver os problemas sociais. É mais fácil aumentar as penas e prender pequenos traficantes do que debater a questão das drogas com seriedade. É mais fácil criminalizar os movimentos sociais do que estudar mecanismos de reforma agrária. (MONTEIRO, 2014)

Os números apontam que há um problema no caminho adotado de fortalecimento do Estado penal e penitenciário, em detrimento do Estado social. No livro “As Prisões da Miséria”, Loic Wacquant (2001) afirma ser uma marca da sociedade brasileira as disparidades sociais e a pobreza de massa que, ao se combinarem, “alimentam o crescimento inexorável da violência criminal, transformada em principal flagelo das grandes cidades” (p. 4). Wacquant defende que:

as elites do Estado, tendo se convertido à ideologia do mercado total vinda dos Estados Unidos, diminuem suas prerrogativas na frente econômica e social que é preciso aumentar e reforçar suas missões em matéria de “segurança”, subitamente relegada à mera dimensão criminal. No entanto, e, sobretudo, a penalidade neoliberal ainda é mais sedutora e mais funesta quando aplicada em países ao mesmo tempo atingidos por fortes desigualdades de condições e de oportunidades de vida e desprovidos de tradição democrática e de instituições capazes de amortecer os choques causados pela mutação do trabalho e do indivíduo no limiar do novo século. (WACQUANT, 2001, p. 4)

No bojo dessa imensa população de encarcerados no Brasil encontram-se os remanescentes dos manicômios judiciários. São eles, os popularmente conhecidos como loucos infratores.

Marginalizados pelo estigma do transtorno mental e pela situação de delinquência, as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil sequer configuravam um número. Quase um século após o início do funcionamento dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil e mais de 70 anos da implementação das medidas de segurança a pessoas consideradas inimputáveis, pouco ou quase nada se conhecia dessa população. É com a já mencionada pesquisa “A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico – Censo 2011”, idealizada e coordenada pela professora Débora Diniz, do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB), que se traça o primeiro perfil nacional dessa população esquecida.

O estudo faz um levantamento inédito acerca da condição socioeconômica, as infrações, os diagnósticos, as trajetórias penais e os itinerários jurídicos das pessoas em medida de segurança no Brasil, constituindo um marco histórico na área.

De acordo com Diniz (2013), o censo lança um fecho de luz sobre uma população invisível, cotidianamente silenciada e entorpecida pela tradicional coerção medicamentosa, e ainda, abandonada por um descaso histórico, além de recorrentes desmandos de ordem legal e penal. Para a pesquisadora, tanto a reforma psiquiátrica do País não contemplou os hospitais de custódia como a loucura prossegue sob encarceramento para a chamada proteção social.

2.4.2 Censo psicossocial nos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil

A pesquisa de Diniz identifica 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e três Alas de Tratamento Psiquiátrico no Brasil, os chamados Espaços de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP). Nesses estabelecimentos, estavam internados 3.989 indivíduos, dos quais 2.839 cumpriam medidas de segurança – 117 em medida de segurança por conversão de pena e outros 1.033 em situação de internação temporária⁵.

⁵ O número de pessoas alcançadas pelo Censo 2011 não representa o universo total de pessoas com transtorno mental que receberam medida de segurança decretada pela Justiça. Isso porque há pessoas cumprindo essa determinação legal em penitenciárias, além das que adoeceram mentalmente enquanto cumpriam pena no sistema carcerário “comum” – as quais a pesquisa não conseguiu visualizar.

O estudo também identifica que ao menos seis estados não contam com esses Espaços de Custódia e Tratamento: Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins. Já os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo são os únicos que possuem mais de um ECTP. (DINIZ, 2013)

Os dados coletados revelam uma grave e sistemática condição de violação dos direitos e da dignidade dessa população. Além de identificar que, mesmo após a reorientação na atenção à pessoa com transtorno mental, trazida em 2001 pela Lei 10.216, muitos estados brasileiros continuam a inaugurar manicômios judiciários. Além disso, a marca dessas instituições está no abandono e, muitas vezes, na condenação a uma pena de caráter perpétuo:

30 anos é o limite da pena a ser imposta pelo Estado aos indivíduos imputáveis, segundo decisão do Supremo Tribunal Federal. Entretanto, o censo encontrou dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos. Jovens, eles atravessaram os muros de um dos regimes mais cruéis de apartação social. Idosos, eles agora esperam que o Estado os corporifique para além dos números aqui apresentados e reconheça-os como indivíduos singulares com necessidades existenciais ignoradas em vários domínios da vida. (DINIZ, 2013, p. 13)

Há, ainda, outro grupo que desafia essa tese: são os 606 indivíduos internados a mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida. Eles são 21% da população em medida de segurança no País. Segundo Diniz (2013), não há como prever quantas dessas pessoas, atualmente em pior situação do que a que estariam caso fossem apenadas, se converterão em indivíduos abandonados e velhos em um hospital psiquiátrico de custódia.

Quanto ao perfil dessa população, o censo revelou marcadores de grande vulnerabilidade social e o perfil da população internada em medida de segurança: ela é majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com inserção periférica no mundo do trabalho. Em geral, são pessoas que cometeram alguma infração contra alguém da rede familiar ou doméstica.

Mais da metade são negros, pobres e com baixa escolaridade, homens e mulheres com epilepsia, esquizofrenia, retardo mental, transtornos afetivos, de personalidade, da preferência sexual ou devido ao uso de álcool e outras drogas, segundo a classificação psiquiátrica que fundamenta os atos infracionais. (UnB, 2012)

Para quase metade das pessoas vivendo em ECTP, a internação não se fundamenta por critérios legais e psiquiátricos

Um em cada quatro indivíduos não deveria estar internado; 47% estão encarcerados sem fundamentação legal e psiquiátrica; 21% cumprem pena além da estipulada em sentença; sem contar o contingente internado há mais de 30 anos, contrariando a pena máxima admitida pelo regime jurídico brasileiro – os pesquisadores encontraram 18 indivíduos nessa situação. (DINIZ, 2013, p. 1)

A população que não deveria estar internada soma pelo menos 741 indivíduos dos 3.989 identificados. São homens e mulheres que dispõem de laudo médico atestando que seu comportamento não representa mais perigo ou de sentença judicial determinando a saída da internação. Sem contar aqueles internados sem que haja processo judicial.

Não há avaliação da qualidade dos laudos médicos-periciais ou dos argumentos apresentados nas sentenças judiciais. E, se considerados os indivíduos internados com laudos psiquiátricos ou exames de cessação de periculosidade em atraso, são 1.194 pessoas que não se sabe se deveriam estar internadas.

Os dados são reveladores do que classifico como “estrutura inercial” do modelo psiquiátrico-penal no Brasil: 41% dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso, o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico é de dez meses (o artigo 150, § 1o do Código de Processo Penal determina 45 dias) e o de espera para o exame de cessação de periculosidade é de 32 meses, 7% dos indivíduos possuem sentença de desinternação e se mantêm em regime de internação [...]. Estamos diante de um grupo de indivíduos cuja precariedade da vida é acentuada pela loucura e pela pobreza, mas também diante de vidas precarizadas pela desatenção das políticas públicas às necessidades individuais e aos direitos fundamentais. (DINIZ, 2013, p. 1)

Outra conclusão está associada a graves irregularidades no campo legal, já que a medida de segurança vem sendo aplicada por tempo indeterminado. Dos 3.989 internados identificados, 2.838 já haviam recebido sentença judicial acompanhada de laudo psiquiátrico atestando o transtorno mental, mas 1.033 aguardavam sentença, o correspondente a 26% da população mantida em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

No texto, Diniz destaca a inexistência de evidências científicas na literatura internacional que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental. Nesse sentido, defende que o resultado mais importante da pesquisa foi dissociar periculosidade da doença mental: “O diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco. O que existe são pessoas

em sofrimento mental que, em algum momento da vida, cometeram infrações penais", expõe. (UnB, 2012)

O levantamento constitui um valioso instrumento para contribuir na visibilidade de um enorme contingente de pessoas esquecidas e abandonadas pelo poder público e a sociedade. Considerados inimputáveis no momento em que cometeram um delito, permanecem condenados a um regime totalmente contrário ao que determina nossa legislação.

Esse grave cenário vivenciado pelas unidades de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e pelas Alas de Tratamento Psiquiátrico encontra como contraponto poucas – porém concretas – iniciativas regionais que possibilitam a reorientação da atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Duas iniciativas nesse sentido estão sendo desenvolvidas, conforme será apresentado adiante: o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAIPJ), em Minas Gerais, e o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI), em Goiás.

Antes, contudo, é importante conhecermos as diretrizes e políticas que pautam a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil e as principais normativas internacionais na área.

2.4.3 Políticas e diretrizes de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei

Para além da Lei 10.216/01, do ponto de vista normativo legal muitas são as deliberações que versam acerca da atenção à saúde da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

O marco legal sobre a garantia do acesso a assistência em saúde para as pessoas privadas de liberdade está na Lei de Execuções Penais (LEP), de 1984, que em seu artigo 14 define:

Art. 14. A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

§ 1º (Vetado).

§ 2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

Em consonância com a previsão legal apontada pela LEP a Resolução Nº14/1994 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) traz diretrizes sobre os direitos das pessoas privadas de liberdade e, entre as várias garantias elencadas, coloca a saúde como um dos direitos fundamentais para as resoluções futuras desse Conselho. Acerca do tema, cabe destacar a integra dos artigos de 15 a 20:

Art. 15. A assistência à saúde do preso, de caráter preventivo curativo, compreenderá atendimento médico, psicológico, farmacêutico e odontológico.

Art. 16. Para assistência à saúde do preso, os estabelecimentos prisionais serão dotados de:

I – enfermaria com cama, material clínico, instrumental adequado a produtos farmacêuticos indispensáveis para internação médica ou odontológica de urgência;

II – dependência para observação psiquiátrica e cuidados toxicômanos; III – unidade de isolamento para doenças infectocontagiosas.

Parágrafo Único - Caso o estabelecimento prisional não esteja suficientemente aparelhado para prover assistência médica necessária ao doente, poderá ele ser transferido para unidade hospitalar apropriada.

Art. 17. O estabelecimento prisional destinado a mulheres disporá de dependência dotada de material obstétrico. Para atender à grávida, à parturiente e à convalescente, sem condições de ser transferida a unidade hospitalar para tratamento apropriado, em caso de emergência.

Art 18. O médico, obrigatoriamente, examinará o preso, quando do seu ingresso no estabelecimento e, posteriormente, se necessário, para :

I – determinar a existência de enfermidade física ou mental, para isso, as medidas necessárias;

II – assegurar o isolamento de presos suspeitos de sofrerem doença infectocontagiosa;

III – determinar a capacidade física de cada preso para o trabalho;

IV – assinalar as deficiências físicas e mentais que possam constituir um obstáculo para sua reinserção social.

Art. 19. Ao médico cumpre velar pela saúde física e mental do preso, devendo realizar visitas diárias àqueles que necessitem.

Art. 20. O médico informará ao diretor do estabelecimento se a saúde física ou mental do preso foi ou poderá vir a ser afetada pelas condições do regime prisional.

Parágrafo Único – Deve-se garantir a liberdade de contratar médico de confiança pessoal do preso ou de seus familiares, a fim de orientar e acompanhar seu tratamento.

Seja no âmbito do executivo federal ou no âmbito da justiça, muitas são as diretrizes normativas que corroboram no sentido de redirecionar o atendimento à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por exemplo, expediu em 2010 a Resolução nº 113, que dispõe sobre o procedimento à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, dentre outras coisas:

Art. 14. A sentença penal absolutória que aplicar medida de segurança será executada nos termos da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, da Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001, da lei de organização judiciária local e da presente resolução, devendo compor o processo de execução, além da guia de internação ou de tratamento ambulatorial, as peças indicadas no artigo 1º dessa resolução, no que couber.

Art. 17. O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. (CNJ, 2010).

Entre outras importantes diretrizes, vale ainda mencionar a Resolução nº 5/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. O texto propõe a ruptura com o modelo manicomial como única alternativa de tratamento, apresentando diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança a partir da previsão contida na Lei nº 10.216/2001. Entre seus dispositivos, o texto aponta que:

1. O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar. (CNPCP, 2004)

É importante ressaltar que desde a década de 1990 uma série de debates públicos tem movimentado a pauta de discussão acerca do redirecionamento da atenção à saúde das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Reunindo gestores públicos, trabalhadores da área da saúde, membros do Judiciário e de organizações da sociedade civil, essas discussões impulsionam a construção de diretrizes na área. A título de exemplo, vale destacar oportunidades de diálogo, tais como, o evento realizado pela equipe da Superintendência de Saúde da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária Projeto de Apoio à Reinserção Social dos Pacientes Internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, e o Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Demandas colocadas no âmbito desses espaços de diálogo estão contempladas em normativas como as destacadas a seguir:

- Resolução CNPCP nº. 5, de 04/05/2004, que dispõe sobre diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança;
- Resolução CNPCP nº 4, de 30/07/2010, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001;
- Resolução CNPCP nº 10, de 10/02/2014, que altera a Resolução CNPCP nº 9, de 18/11/2011, excluindo o “Serviço de Atenção ao Paciente Judiciário” (alusão ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico) como dispositivo aceitável nas diretrizes para arquitetura penal.

Além dessas diretrizes mais pontuais, vale lembrar que, em 2003, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Justiça, publicou a Portaria Interministerial 1777/2003, que cria o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), cuja finalidade é fazer com que a saúde pública chegue até as unidades prisionais do País. Até então, o SUS não contava com nenhuma Portaria ou diretriz normativa que abarcasse uma estratégia de cuidados à saúde da população privada de liberdade.

Atuando por meio de adesão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o PNSSP tem como proposta ofertar serviços da atenção básica em presídios e outras unidades detentivas – incluindo os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) –, sob as diretrizes do Plano Nacional de Atenção Básica. Para isso, dispõe de equipes interdisciplinares, compostas por profissionais como enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Ao estado que adere ao PNSSP, é repassado incentivo financeiro⁶ para subsidiar a formação dessas equipes de assistência.

Entretanto, dificuldades na execução do Plano, incluindo o baixo incentivo financeiro para adesão ao programa, impactaram nas expectativas inicialmente colocadas. Assim, dez anos após a criação do PNSSP, o Governo Federal lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas

⁶ Para entender o valor do incentivo financeiro repassado pela União aos Estados e Municípios, ver a Portaria Interministerial n.º 3.343, de 28 de dezembro de 2006.

Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Enquanto o Plano tinha como foco presos do sistema penitenciário, com a Política Nacional as medidas passaram a atingir toda a população carcerária.

A nova política amplia o atendimento e o repasse de recursos da União aos estados, Distrito Federal e municípios e traz uma série de compromissos do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça; das Secretarias de Saúde, de Administração Penitenciária/Prisional e de Segurança Pública dos estados e do Distrito Federal, além das secretarias municipais de Saúde.

Os entes federados podem aderir à política por meio da assinatura de um termo de adesão, sendo garantida uma complementação de repasse de recursos da União a título de incentivo.

Entre as diretrizes trazidas pela Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional

Art. 4º Constituem-se diretrizes da PNAISP:

I - promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança;

II - atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

V - intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde.

O artigo 7º trata especificamente das pessoas em cumprimento de medida de segurança:

Art. 7º Os beneficiários da PNAISP são as pessoas que se encontram sob custódia do Estado inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança.

§ 1º As pessoas custodiadas nos regimes semiaberto e aberto serão preferencialmente assistidas nos serviços da rede de atenção à saúde.

§ 2º As pessoas submetidas à medida de segurança, na modalidade tratamento ambulatorial, serão assistidas nos serviços da rede de atenção à saúde.

É importante ainda mencionar que em janeiro deste ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 94/2014, que institui o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esses novos serviços serão coordenados por uma Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP). Com a nova regulação, a EAP atuará como dispositivo conector entre os órgãos de justiça, as equipes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania.

Podemos notar que, a partir da Portaria 94/2012, o Ministério da Saúde inaugura um outro conceito para designar as medidas de segurança, substituindo-a por Medidas Terapêuticas. Não se trata apenas de uma mudança retórico-semântica, mas de empregar um conceito que substitui os estereótipos carregados na palavra legalista.

2.4.4 Principais normativas internacionais na área

A seguir estão listados alguns dos principais instrumentos jurídicos internacionais voltados à proteção das pessoas com transtorno mental. Importante destacar que tais regramentos foram incorporados pela legislação brasileira, constituindo, portanto, um desafio a efetiva implementação dessas garantias legais.

Declaração de Caracas (1990): documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde, foi adotada por todos os países da Região das Américas. Conclamando os Ministérios de Saúde e Justiça, os Parlamentos, a Seguridade Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação social para apoiar a reestruturação da Atenção Psiquiátrica, assim declara:

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidado e tratamento devem: salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário.

4. Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que: assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais; Promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação;

6. Que as Organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais.

Declaração da ONU para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (1991): embora não tenham força jurídica, constituem parâmetro para a proteção de pessoas com transtorno mental. A Declaração aponta que:

- Todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana (Princípio 1.2);

- Todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual, ou de qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza, e tratamento degradante (Princípio 1.3);

- Toda pessoa acometida de transtorno mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, pelo Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, pelo Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, e por outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer forma de Detenção (Princípio 1.5);

- Toda pessoa acometida de transtorno mental deverá ter o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade (Princípio 3);

- Todo usuário terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive (Princípio 7.1). Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo a sua residência ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível (Princípio 7.2);

- Todo usuário será protegido de danos, inclusive de medicação não justificada, de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico (Princípio 8.2);

- Todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros (Princípio 9.1);
- O tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal (Princípio 9.4);
- Todo estabelecimento de saúde mental deverá ser inspecionado pelas autoridades competentes, com frequência suficiente para garantir as condições, o tratamento e o cuidado aos pacientes, de acordo com estes Princípios (Princípio 14.2);
- Nos casos em que uma pessoa necessitar de tratamento em um estabelecimento de saúde mental, todo esforço será feito para se evitar uma admissão involuntária (Princípio 15.1);
- [...] A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. A admissão e seus motivos deverão ser comunicados prontamente e em detalhes ao corpo de revisão; os motivos de admissão também deverão ser comunicados prontamente ao paciente, à sua família (Princípio 16.1b).
- Todo usuário ou ex usuário terá o direito de apresentar queixas, conforme os procedimentos especificados pela legislação nacional (Princípio 21);
- Os estados devem assegurar a vigência de mecanismos adequados à promoção e aceitação desses Princípios, à inspeção dos estabelecimentos de saúde mental, à apreciação, investigação e resolução de queixas e, para estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados nos casos de má conduta profissional ou violação dos direitos do usuário (Princípio 22).

Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência⁷ (2007): incorporada à legislação brasileira em 2008, em seu Protocolo Facultativo, após ter sido ratificada com equivalência de Emenda Constitucional, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência constitui um marco histórico na garantia e promoção dos direitos humanos de todos os cidadãos e, em particular, das pessoas com deficiência – aqui incluídas as pessoas com transtorno mental. A adoção de uma Convenção sobre o tema foi resultado de consenso acerca da necessidade de garantir o respeito a integridade, dignidade e liberdade individual das pessoas com deficiência e de reforçar a proibição da discriminação a estes cidadãos por meio de leis, políticas e programas que atendam especificamente suas características e promovam sua participação na sociedade.

⁷ A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência é um dos principais marcos no campo dos direitos humanos sendo uma legislação de extrema importância para a mudança da realidade de asilamento das pessoas com transtorno mental. Não conseguiremos neste trabalho aprofundar as origens e as reflexões pertinentes acerca da agenda de direitos que a Convenção traz, contudo, é de fundamental importância registrar sua fundamental importância na discussão dos direitos dessa população, de modo que militantes da luta antimanicomial, pesquisadores, acadêmicos, defensores de direitos humanos, familiares e usuários dos serviços de saúde mental se apropriem e conheçam mais profundamente a agenda proposta por esse conjunto de diretrizes.

O conceito de deficiência empregado a partir da Convenção, por meio do seu Art. 1º, é de que pessoas com deficiência são aquelas que “têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência reafirma os princípios universais (dignidade, integralidade, igualdade e não discriminação) e define as obrigações gerais dos governos relativas à integração das várias dimensões da deficiência nas suas políticas, bem como as obrigações específicas relativas à sensibilização da sociedade para a deficiência, ao combate aos estereótipos e à valorização das pessoas com deficiência. Em seus objetivos gerais o texto aponta que: “Os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência”.

2.5 REDIRECIONANDO A ATENÇÃO

É sob essa perspectiva de cuidado e pautado na garantia de direitos que surgem iniciativas propondo um redirecionamento do olhar e, efetivamente, do modelo de atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, tirando essa população do circuito das prisões e do asilamento.

No Brasil, a iniciativa pioneira nesse sentido é a realizada pelo Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAIPJ). Ligado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), o PAIPJ nasce com o propósito de redirecionar o atendimento das pessoas em medida de segurança para a rede pública de saúde. Com mais de dez anos de existência, o PAIPJ já atendeu mais de mil pessoas e registra um índice de reincidência quase inexistente (BARROS, 2010). Fundamentalmente, o programa busca romper com o, até então, único percurso possível às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei – os manicômios ou a prisão -, possibilitando o cumprimento da medida de segurança por meio de um acompanhamento que prioriza o laço social do indivíduo.

A experiência do PAIPJ inspirou a construção do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), realizado pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Os projetos atuam na perspectiva de que, antes do ato criminoso, existe uma longa trajetória de sofrimento mental, sendo o crime uma consequência dessa história. A aposta está em que, mesmo diante de um episódio trágico, ainda é possível que essa pessoa seja capaz de outras respostas em sua convivência social.

O presente estudo investiga mais especificamente a experiência que vem sendo conduzida há pouco mais de sete anos pelo estado de Goiás e que inova ao se pautar pelas diretrizes da luta antimanicomial e pelas políticas públicas da área da saúde mental.

Priorizou-se o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) por ser este o único projeto no País que promove a reinserção das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei a partir de um órgão do campo da saúde e não da justiça, qual seja, a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

A proposta e o funcionamento do Programa serão apresentados em maior profundidade no capítulo que se segue.

2.5.1 Panorama geral acerca do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)

Instituído em 26 de outubro de 2006, pela Portaria 019/2006-GAB/SES, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, mais conhecido como PAILI, é o responsável pela execução das medidas de segurança no estado de Goiás.

Fruto de uma iniciativa inédita no Brasil no campo da saúde pública, o PAILI busca oferecer assistência e tratamento comunitário e humanizado as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. O Programa foi criado a partir de uma parceria que envolve a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Secretaria Estadual de Justiça do Estado de Goiás, Ministério Público Estadual, o Tribunal de Justiça do Estado e a secretarias municipais daquelas cidades que já aderiram a proposta do Programa.

Tendo como princípio as diretrizes de humanização propostas pela Lei 10.216/2001, o PAILI atua no resgate da dignidade e dos direitos humanos dos

pacientes submetidos à medida de segurança, registrando entre seus atendidos índices de reincidência que se aproximam a zero.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado, o Programa foi criado para acolher a demanda judicial dos casos da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, procedendo avaliação jurídica, clínica e psicossocial, acompanhando o caso, realizando a mediação entre o ato jurídico, a saúde e a sociedade até a cessação de sua relação com a justiça, visando a não reincidência do ato infracional e sua inserção social.

Fundamentalmente, o PAILI busca promover atenção integral das pessoas com transtorno mental submetidas à medida de segurança pela perspectiva do sistema público de saúde, afastando-as, portanto, de um olhar isolado da justiça.

Acerca do Programa, assim esclarece a Secretaria de Saúde de Goiás:

Visa ainda buscar a adesão do círculo sócio familiar do paciente judiciário, trabalhando junto à família para estabelecimento de vínculos para retorno ao lar, prestando apoio e esclarecimento. Também são objetivos do Programa realizar discussões de casos com a equipe das unidades de saúde responsáveis pelo atendimento; realizar atividades públicas de sensibilização; estabelecer parceria com instituições afins e promover discussões com peritos oficiais com o objetivo de fornecer informações que possam contribuir para o exame de cessação de periculosidade. (SES/GO, 2006)

De acordo com Silva (2010), o PAILI coloca a pessoa em cumprimento de medida de segurança no ambiente universal e democrático do Sistema Único de Saúde, sem distinção de outros pacientes, contribuindo para a inclusão à família e à sociedade.

O Ministério Público de Goiás (MPEG) destaca a opção feita pelo PAILI de privilegiar a aplicação da medida de segurança às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei sob a perspectiva da saúde:

O Programa contempla uma mudança de paradigma na execução das medidas de segurança, fazendo com que o assunto deixe de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança pública para ser acolhido de vez pelos serviços de saúde pública. (MPEG, 2009, p.1)

Conforme afirma Musse (2011), no PAILI os médicos e as equipes psicossociais têm autonomia para definir e colocar em prática a melhor terapêutica para a pessoa em cumprimento de medida de segurança. Essa atuação se dá a partir do contato permanente com a família, envolvendo todo o sistema de atenção

psicossocial, especialmente os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas.

Segundo Musse (2011), o processo de execução da medida de segurança se mantém jurisdicionalizado, mas não será o juiz o responsável por definir o tratamento a ser dispensado ao paciente, pois, conforme aponta a Lei 10.216/2001, o médico é o profissional habilitado a estabelecer a necessidade desta ou daquela terapia.

A proteção jurisdicional é garantia constitucional do cidadão na esfera da execução penal e, na presidência do processo executivo, o juiz acompanhará o tratamento dispensado ao paciente e decidirá sobre eventuais excessos ou desvios, até final extinção da medida de segurança. (MUSSE, 2011, p. 80)

Outro aspecto que diferencia o PAILI das práticas tradicionalmente exercidas em relação às pessoas em medida de segurança está no fato de possibilitar a convocação da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei a responder publicamente pelo seu ato, na medida em que possibilita a reordenação de sua trajetória por meio da ressignificação do ato cometido, aliado ao acompanhamento de saúde e de outras redes públicas, a exemplo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Em material de divulgação do Programa, o Ministério Público de Goiás destaca que o PAILI atua de forma auxiliar aos juízos da execução penal, “com a relevante tarefa de acompanhar os pacientes julgados e absolvidos pela Justiça Criminal, mas que, em razão de doença ou perturbação da saúde mental, são submetidos à internação psiquiátrica ou ao tratamento ambulatorial” (MPEG, 2009).

Para isso, o programa reúne diferentes órgãos e instâncias das duas áreas, por meio de convênio firmado entre o Ministério Público do Estado de Goiás, as Secretarias de Estado da Justiça e da Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia e o Tribunal de Justiça do estado.

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - PAILI, para implementação de suas ações, buscará firmar parcerias com instituições das áreas de saúde, assistência social, segurança pública, justiça e outras instituições afins, bem como estabelecer acordos, convênios ou outros mecanismos similares com organizações não governamentais, regularmente constituídos. (SES/GO, 2006)

Segundo o Ministério Público de Goiás, a nova realidade normativa trazida pela Lei da Reforma Psiquiátrica – assim como as demais diretrizes impulsionadas por esta legislação – dá um novo contorno à necessidade do resgate da dignidade e dos direitos humanos fundamentais das pessoas com transtorno mental, incluindo pacientes submetidos à medida de segurança. “A Lei Nº 10.216/2001 abriu espaço para o redesenho da execução das medidas de segurança, agora não mais pautada exclusivamente pela legislação penal”. (MPEG, 2009)

2.5.1.1 Um pouco mais de história

Embora oficialmente instituído em 2006, desde 2003 o PAILI já desenvolvia iniciativas com vistas a reorientar o atendimento à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. De acordo com Musse (2011), esse trabalho iniciou-se como resultado da forte pressão feita tanto pelo Ministério Público do Estado como por entidades ligadas à luta antimanicomial para o entendimento acerca do impedimento legal de recolhimento de pacientes psiquiátricos em prisões.

Assim que foi criado, o PAILI teve inicialmente o propósito de realizar levantamento das medidas de segurança que estavam em execução no estado de Goiás. Embora ainda sem uma conformação jurídica nem estrutura capaz de atender às necessidades da execução das medidas de segurança, aquele formato já representava um importante passo na construção do que viria a ser o PAILI. Sobre o período, assim fala o Ministério Público do Estado:

Naquele primeiro momento, o PAILI surge com o propósito de fazer um levantamento das medidas de segurança em execução no Estado de Goiás. Embora tímida a proposta inicial, não deixou de ser um bom começo, pois, realizado o levantamento dos dados e elaborados os relatórios correspondentes, o Programa não poderia simplesmente ser dissolvido. (MPEG, 2009)

O processo de redimensionamento do PAILI precisava ser articulado de modo que pudesse assumir a responsabilidade pela execução das medidas de segurança no estado de Goiás. O ponto central estava em abandonar o foco do atendimento unicamente sob o prisma da segurança, trazendo definitivamente os serviços de saúde pública.

Não será a cadeia, tampouco o manicômio, o destino desses homens e dessas mulheres submetidos à internação psiquiátrica compulsória. A imagem do sofrimento e da exclusão dos imundos depósitos de loucos – ainda recente na memória dos goianos e presente em outros cantos do país – não mais tem espaço nesta época de proteção aos direitos fundamentais dos que padecem de transtornos psiquiátricos. (MPEG, 2009, p.11)

Tem início, então, o trabalho articulado pela Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, com o apoio do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Cidadania. O diálogo envolveu diversas instituições de diferentes esferas de atuação: Secretarias de Estado da Justiça e da Saúde, a Secretaria da Saúde de Goiânia, a Procuradoria Geral de Justiça, o Tribunal de Justiça, além do Conselho Regional de Psicologia, do Fórum Goiano da Luta Antimanicomial e da rede de clínicas psiquiátricas, entre outras.

Crescia o entendimento de que a medida de segurança não tem caráter punitivo e que, portanto, deve prevalecer uma abordagem terapêutica do paciente judiciário. Assim, em 26 de outubro de 2006, o PAILI finalmente assume a função idealizada pelo Ministério Público, passando a ser o agente responsável pela execução das medidas de segurança no estado de Goiás.

A assinatura, naquele dia, do convênio de implementação do PAILI, em solenidade realizada no auditório do Fórum de Goiânia, registrou o marco inicial do resgate de uma grande dívida para com a dignidade dos pacientes psiquiátricos, mediante a construção não de um novo manicômio, agora dispensável, mas sim mediante a construção coletiva de um processo visando à implementação da reforma psiquiátrica nesse campo historicamente caracterizado pela violação de direitos humanos fundamentais. (MPEG, 2009, p. 11)

2.5.2 Mecanismos de inserção no Programa e atendimento

Segundo a Coordenação do PAILI, entre outubro de 2006 a março de 2014, o Programa atendeu um total de 400 pessoas – sendo 378 homens e 22 mulheres. Inicialmente, a adesão dos municípios ao PAILI era realizada por intermédio de um termo de convenio, firmado pela Secretaria de Estado da Saúde. Nessa modalidade, 83 municípios aderiram ao Programa.

Atualmente, esse termo de adesão não é mais usado como critério para que o município seja incorporado ao PAILI e todos os municípios de Goiás, quando necessário, têm o Programa como referência para tratar das questões voltadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Atualmente, 255 pessoas estão sendo acompanhadas pelo Programa. Dessas, 220 estão em tratamento ambulatorial, 35 encontram-se internadas em clínicas psiquiátricas conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS) e 26 ainda são mantidas em presídios do estado de Goiás.

Todos os pacientes são atendidos no SUS, tanto no tratamento ambulatorial quanto nas internações. Quando necessárias, as internações são feitas em clínicas psiquiátricas particulares conveniadas ao SUS, pois o estado de Goiás não possui Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Tecnicamente, por se tratar de paciente em medida de segurança, a internação se dá na modalidade "compulsória", não obstante a possibilidade de alta sem a necessidade de ordem judicial.

Das 400 pessoas já atendidas pelo PAILI, 80 tiveram a medida de segurança extinta pelo juízo, dez não foram localizadas e 30 faleceram. Alguns dos não localizados são foragidos. Outros, simplesmente nunca tiveram o início de execução da medida de segurança.

Em relação aos pacientes que tiveram sua medida extinta, cabe ressaltar que, no PAILI, não se fala mais em periculosidade ou cessação dela. A pessoa tem a medida extinta quando o Laudo de Avaliação Psicossocial, substituto do Exame de Cessação de Periculosidade, elaborado pela própria equipe, indica o progresso do tratamento e da reativação dos laços sociais e a possibilidade do desligamento do Programa – caso em que o paciente pode continuar a fazer uso dos serviços de saúde mental e desenvolver a sua vida sem o monitoramento do PAILI.

No que se refere à reincidência das pessoas atendidas pelo Programa, segundo o último levantamento realizado pelo PAILI, no final de 2012, dos 313 atendidos até aquele ano, apenas 17 reincidiram, o que representa um índice de 5%.

Há que se destacar que, segundo informações colhidas junto à Coordenação do Programa, a razão prevalente dos casos de reincidência é, em sua esmagadora maioria, decorrente do rompimento com o tratamento, associado ao uso de drogas. Ainda segundo a Coordenação, os crimes que geram a reincidência são considerados de baixo potencial ofensivo, a exemplo de pequenos furtos.

De acordo com a coordenação do PAILI, os presos são, em sua maioria, aqueles acusados da prática de novo crime, caso em que são mantidos encarcerados à disposição do juiz do novo processo. Há, segundo informações colhidas com a Coordenação, casos de pessoas que continuam presas embora não tenham cometido outros crimes, pois perderam os vínculos familiares e sociais e os municípios de origem não dispõem de equipamentos públicos, a exemplo dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), para acolhimento e incorporação à sociedade. Nesses casos, o PAILI tem identificado quantas e quem são essas pessoas, a fim de trabalhar para o processo de sua reinserção, buscando, inicialmente, retaguarda em possíveis benefícios assistenciais, a exemplo do Benefício de Prestação Continuada (BPC), de modo que possam cobrir gastos essenciais de sobrevivência e dar início a tratamento na rede pública de saúde.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O processo de reorientação do modelo de atenção e assistência à saúde mental das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, como também a reinserção social dessas pessoas sob a luz da Reforma Psiquiátrica, questiona a segregação como possibilidade de cuidado, propondo um modelo de atenção comunitário em substituição ao biomédico de isolamento.

Fundamentalmente, questiona e rompe com a centralidade hierárquica dos saberes profissionais, na qual, sob essa concepção biomédica, a equipe técnica é o centro da promoção em saúde e o sujeito, o receptor. Essa concepção foi fundante para que, ao longo dos tempos, os manicômios exercessem sua função disciplinar do cuidado, excluindo os saberes e a promoção do autocuidado daqueles considerados como inferiores aos saberes técnicos.

Como até aqui pode-se perceber, as instituições – sejam elas totais (a exemplo dos manicômios) ou comunitárias (a exemplo dos serviços extra-hospitalares) desenvolvem um papel central nas respostas aos contextos sociais. Ora cumprindo a função de segregar as pessoas – atendendo aos interesses hegemônicos da sociedade – ora possibilitando a ruptura dos aprisionamentos simbólicos e concretos dessa população historicamente rejeitada à periferia da preocupação social e do Estado.

Nesse sentido, levando em consideração tal complexidade e as problematizações que atravessam o processo de reorientação, assistência e reinserção das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, optou-se, metodologicamente, pela Análise Institucional (AI) como ferramenta para a interpretação das atividades desenvolvidas no âmbito do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI).

Constituída a partir de um conjunto de disciplinas, como a filosofia do direito, o marxismo, a sociologia, a psicanálise, correntes da antipsiquiatria e a psicossociologia⁸, a Análise Institucional é um movimento teórico e prático que

⁸ Não caberá neste trabalho aprofundar-se o entendimento sobre essas correntes, uma vez que o aprofundamento dessa análise seria campo para um novo projeto de pesquisa. Para melhor compreensão sobre o processo de formulação teórica e histórica do Movimento Institucionalista e

nasce na França nos anos 1940. De acordo com Baremlitt (2007), constitui uma das escolas do Movimento Institucionalista ou Instituinte, tendo como alguns de seus precursores René Lourau e Georges Lapassade.

A compreensão dessa referência metodológica requer esmiuçarem-se alguns conceitos fundamentais e o primeiro deles é o de Instituição. Hess (2007, p.1) aponta que as instituições são a expressão e a garantia da ordem social. De acordo com esse ponto de vista, as instituições “englobam as normas e as obrigações de comportamento (as normas jurídicas), bem como os grupos organizados no seio dos quais se efetuam os processos de aprendizagem e de socialização”.

Avançando nessa observação, defende como definição de instituição o produto de uma confrontação permanente entre o instituído (o já dado, o que procura se manter) e o instituinte (forças de subversão, de mudança). (HESS, 2007, p. 2)

Nesse sentido, a Análise Institucional desenvolve um amplo conjunto de conceitos e de instrumentos tanto para a análise e, portanto, a investigação das instituições, bem como instrumentos de intervenção. Tal referencial vem sendo muito utilizado na Saúde Coletiva. Conforme aponta Santos (2011), esse direcionamento de análise não é somente de um indivíduo ou grupo, mas também de um conjunto de processos sociais. Isso porque a Análise Institucional entende o grupo e o estabelecimento como instâncias essenciais a serem trabalhadas na reconstrução de uma transversalidade, aliada ao conjunto dos pertencimentos institucionais de um sujeito ou de uma instituição.

A análise institucional seria uma nova maneira de ver, entender e atuar na dinâmica dos grupos; além de atuar no âmbito escolar, estaria agindo em qualquer coletividade que tivesse uma “brecha” para a entrada do questionamento, “quebra” de ideias e demandas cristalizadas. Assim, a análise institucional pode ser utilizada não só por psicólogos, mas por qualquer um que possa gerar ou promover - dentro de um grupo - um espaço para discussão, para o “exercício” da transversalidade e reflexão da sociedade. (SANTOS *et al*, 2011, p. 6)

No Brasil, essa corrente surge na década de 1970, por meio de grupos de pesquisa em universidades e outras organizações sociais (L’ABBATE, 2001),

da Análise Institucional, sugerem-se autores como: René Lourau, Georges Lapassade, Cecília Coimbra, Gregório Baremlitt, Solange L’Abbate, Nair Iracema Silveira do Santos, Remi Hess e Felix Guattari.

inscrevendo-se como uma nova possibilidade de reflexão acerca desses espaços e relações (HESS, 2006, p. 21).

Para isso, utiliza-se de conceitos como a dialética do instituinte/instituído. Segundo Lourau (2004), por instituinte entende-se, a um só tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como significativa da prática social. Baremlitt (2002) apresenta a seguinte definição do termo:

É o processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias que tende a fundar instituições ou a transformá-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais. No transcurso do funcionamento do processo de institucionalização, o instituinte inventa instituídos e logo os metamorfoseia ou cancela, de acordo com as exigências do devir social. Para operar concretamente, o processo de institucionalização deve ser acompanhado de outros organizantes que se materializam em organizações. (BAREMBLITT, 2002, p. 208)

Já no instituído, destaca Lourau (2004), coloca-se não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão, seja ela econômica, social ou política. Acerca do conceito, assim aponta Baremlitt:

Ao resultado da ação instituinte denomina-se instituído. Quando esse efeito foi produzido pela primeira vez, diz-se que se fundou uma instituição. O instituído cumpre um papel histórico importante porque vigora para ordenar as atividades sociais essenciais para a vida coletiva. Para que os instituídos sejam eficientes, devem permanecer abertos às transformações com que o instituinte* acompanha o devir social. Contudo, o instituído tem uma tendência a permanecer estático e imutável, conservando de júri estados já transformados de facto e tornando-se assim resistente e conservador. (BAREMBLITT, 2002, p. 208)

Entretanto, a Instituição, como resultado de um movimento instituinte social, pode falsear – por meio do processo de institucionalização – os objetivos que viabilizaram seu nascimento. Em outras palavras: as motivações pelas quais se justificou a necessidade de criação de determinada instituição – inquietude, vontade de transformação da realidade etc. – podem sucumbir e, com isso, a energia de mudança volta a estagnar-se em práticas inertes e burocráticas. É quando o instituinte abre espaço para o instituído.

A investigação que se seguiu nesse trabalho teve, portanto, como referência a Análise Institucional, ou seja, analisando a Instituição PAILI sob esta perspectiva. Para isso, utilizou-se de conceitos melhor detalhados ao longo do

próprio processo de análise, assim como de autores de algumas das correntes e escolas que atravessam essa ampla caixa de ferramentas.

É importante destacar que no caso deste trabalho a abordagem da Análise Institucional inscreve-se em uma perspectiva qualitativa. Em outras palavras:

Os estudos qualitativos com o olhar da perspectiva sócio-histórica, ao valorizarem os aspectos descritivos e as percepções pessoais, devem focalizar o particular como instância da totalidade social, procurando compreender os sujeitos envolvidos e, por seu intermédio, compreender também o contexto. Adota-se, assim, uma perspectiva de totalidade(...) assim, as questões formuladas para a pesquisa não são estabelecidas a partir da operacionalização de variáveis, mas se orientam para a compreensão dos fenômenos em toda a sua complexidade e em seu acontecer histórico. Isto é, não se cria artificialmente uma situação para ser pesquisada, mas se vai ao encontro da situação no seu acontecer, no seu processo de desenvolvimento. (FREITAS, 2002, p. 26)

3.1 ETAPAS E PROCEDIMENTOS

Para a realização das entrevistas com os profissionais que trabalham na condução do Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI) e no acompanhamento das pessoas em medida de segurança por ele acompanhadas foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, com nove profissionais do Programa, conforme apresentado adiante.

Esse trabalho desenvolveu-se em dois momentos. Primeiramente, foi realizada pesquisa exploratória por meio de endereços eletrônicos na Internet – a exemplo do sítio do Tribunal de Justiça de Goiás e de artigos e estudos que abordavam não somente o Programa, mas também a temática de saúde mental e justiça criminal.

Posteriormente, foi realizado contato telefônico com a coordenação do PAILI, oportunidade em que foram apresentados os objetivos deste trabalho e o interesse de uma investigação in loco.

As visitas ocorreram conforme a disponibilidade da equipe, sendo previamente agendadas com a coordenação do Programa e demais trabalhadores. A atividade foi realizada em duas etapas, ocorrendo nos meses de outubro e novembro de 2013; e em fevereiro e março de 2014, totalizando cinco encontros.

Os profissionais escolhidos para a realização das entrevistas foram oito, fundamentalmente aqueles que trabalham no recebimento das pessoas encaminhadas ao Programa e que fazem o acompanhamento dos projetos terapêuticos singulares das pessoas em medida de segurança atendidas pelo projeto.

Não foi pré-estabelecido um número de entrevistas, elas foram realizadas até o momento em que as informações colhidas foram consideradas suficientes para o alcance do objetivo do projeto.

A sequência de entrevistas também não teve uma predefinição. Foram realizadas à medida que os profissionais apresentavam disponibilidade e voluntariedade para a coleta de informações.

Todos os profissionais entrevistados foram esclarecidos acerca do objetivo geral da pesquisa, bem como sobre as motivações pessoais do pesquisador – oportunidade em que o pesquisador comprometeu-se com o sigilo sobre a identificação dos entrevistados. Nenhum dos profissionais apresentou objeção e, por meio de um termo, documentaram o consentimento para sua realização.

Os resultados da pesquisa in loco foram divididos em três etapas de produção: descrição, já com a perspectiva e informações obtidas em campo; transcrições integrais de algumas entrevistas que subsidiam a reflexão proposta pelos objetivos traçados; considerações sobre o Programa.

3.2. PESQUISA EM CAMPO

O elenco de profissionais entrevistados é composto de diversas áreas: três psicólogas, sendo uma delas a coordenadora do Programa; um enfermeiro; dois advogados; dois assistentes administrativos, sendo uma das assistentes também advogada; e uma psiquiatra.

A pesquisa em campo buscou responder, ou ao menos elucidar, de que maneira o PAILI constrói a ponte de desinstitucionalização das pessoas em medida de segurança que estavam e/ou estão presas nas penitenciárias do estado de Goiás.

Para isso, algumas questões serviram de guia na condução das entrevistas, tais como:

- 1) Como o PAILI trabalha para promover o processo de inclusão da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei?
- 2) De que maneira as pessoas atendidas passam a ser responsabilizadas pelo processo da construção de outros caminhos?
- 3) Quais são os maiores entraves enfrentados pelo Programa na execução do projeto terapêutico singular dessas pessoas?
- 4) A rede SUS é suficiente para promover a reinserção dessas pessoas?
- 5) De que maneira essas pessoas, quando desprovidas de recursos financeiros mínimos para a sua sobrevivência, constroem um vida ativa financeiramente?
- 6) Qual o trabalho desenvolvido para que os laços sociais e familiares sejam reconstruídos?

A partir dessas questões, que serviram como fio condutor no processo da pesquisa em campo, ficaram evidentes alguns pontos, os quais serviram como marcadores de análise para pensar a reinserção das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, sendo eles: acolhimento e acompanhamento; dificuldades apresentadas pelo Programa nesse processo de reinserção e; desafios a serem superados.

As entrevistas realizadas não seguiram uma ordem ou sequencia fechada de perguntas. A partir do contato com os profissionais, as entrevistas se desenvolveram com o enfoque na atuação rotineira do profissional, deixando aos entrevistados a abertura para que pudessem tratar dos pontos que julgassem como prioritários. Escolheu-se esse caminho por entender que, pelo fato de ser o primeiro contato dos entrevistados com o entrevistador, os profissionais ficariam mais à vontade para desenvolver suas reflexões.

Nesse sentido, tomando a precaução e assumindo o contrato da garantia de sigilo das informações colhidas em campo com os trabalhadores, optou-se por não revelar a identidade das pessoas nos trechos transcritos a seguir.

3.2.1 Acolhimento e acompanhamento

Como parte do processo de descrição das características e funcionamento do PAILI, apresentam-se as etapas mais importantes do acolhimento dos pacientes e seu acompanhamento. A descrição do passo a passo dos procedimentos administrativos que envolvem essa tarefa extrapola o simples registro processual, pois visa demonstrar que aquela vida ali acolhida necessita ter traçada a sua história – antes abandonada não somente fisicamente nos depositários de corpos, mas nos registros da instituição.

O estado de Goiás não conta com Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e, tampouco, Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs). Nesse sentido, as pessoas que têm instaurado o laudo de incidente de insanidade mental e são submetidas à medida de segurança, em substituição ao cumprimento de pena, encontram-se nos presídios do estado.

Para essas pessoas, o juízo oficia o PAILI e encaminha o caso para que o trabalho comece a ser desenvolvido. O ofício em questão é recebido por uma assistente administrativa que tem formação em direito. Essa funcionária é responsável por receber todos os novos casos que chegam ao PAILI.

É nesse procedimento, no qual o juiz notifica o PAILI sobre a situação de um caso, que o destino da vida daquela pessoa começa a seguir outro rumo e a lógica da execução judicial/medida de segurança ganha um caminho distinto do tradicional HCTP ou presídio.

Após análise das informações, o primeiro encaminhamento realizado é para uma advogada do Programa, que analisa, entre outras questões, a situação jurídica daquela pessoa. Esse ofício retorna à assistente administrativa, ocasião em que é feito registro em um prontuário eletrônico e em um fichário de papel, a fim de se precaver de qualquer intercorrência que possa colocar aquelas informações em

risco. Em seguida, as informações do novo atendimento são encaminhadas para o Referente⁹ do PAILI que acompanhará o caso.

Cada referente é responsável por acompanhar uma quantidade de casos. Em média, cada técnico acompanha 40 pessoas atendidas pelo Programa. Segundo informações colhidas durante as entrevistas, a quantidade de pessoas acompanhadas por cada técnico não faz, por enquanto, com que o trabalho seja prejudicado, embora um dos trabalhadores entrevistados registre que, se fosse ampliada a quantidade de técnicos, haveria um adicional na qualidade para o desenvolvimento do trabalho, como se pode observar na transcrição de sua fala quando questionado a respeito: “Eu acho que é lógico que, se tivesse mais técnicos, seria melhor ainda. Mas acho que o acompanhamento, hoje, é bem feito ainda”. (Referente 1¹⁰)

A partir dessa distribuição dos casos, o referente começa a busca por mais informações sobre a vida daquela pessoa. Por meio do último endereço de sua residência, procura por familiares, amigos ou antigos vizinhos para, a partir desse momento, restabelecer os laços da pessoa em medida de segurança com a sociedade.

Nota-se que nesse primeiro processo de acolhimento, iniciam-se os primeiros movimentos de localizar no corpo social alternativas para outro mundo, outra realidade que processualmente se tece, antes, resumida pelos espaços limitados e limitantes da instituição total.

É interessante observar que o referente do caso inicia com a pessoa acolhida uma reconstrução de vida, muitas vezes partindo do zero, pois, por vezes, não há sequer referências de documentação básica: “Elas não tinham documento: carteira de identidade, não tinham um registro de nascimento. Por que? Porque eram loucos, sem direito a nada. Elas não existiam, não eram cidadãos” (Referente 1).

Em alguns casos, os nomes eram dados de maneira aleatória, sem que o indivíduo pudesse decidir como gostaria de se chamar: “Uma vez

⁹ Referentes são os trabalhadores técnicos do PAILI que têm a função de acompanhar a pessoa desde que o projeto terapêutico singular é elaborado até o momento em que o paciente deixa de ser acompanhado pelo Programa, quando o juízo determina a extinção da medida de segurança.

¹⁰ Com o objetivo de resguardarmos a identidade dos entrevistados – compromisso firmado com eles - trataremos dos entrevistados como Referentes.

chegou um rapaz chamado José Lopes, mas esse nome não tinha relação nenhuma com ele. Simplesmente deram um nome a ele, sem que tivesse o direito de escolher” (Referente 3).

De acordo com os relatos colhidos, em muitos casos é insatisfatório o resultado dessa busca por familiares ou alguma referência afetiva das pessoas atendidas, visto que, não raras vezes, no último endereço constante do ofício encaminhado pelo juízo, as pessoas que lá viviam já não se encontram mais.

Durante a entrevista, foi informado que já houve casos em que a pessoa em medida de segurança foi liberada sem que tivesse sido acionada a família, o PAILI ou alguma referência na área. É como relatado: “Tem um paciente que é lá do Mato Grosso do Sul, segundo o endereço que tem lá. Eu já revirei Mato Grosso do Sul, não consegui localizar” (Referente 6).

De acordo com os relatos, esse é um tipo de ocorrência que ficou no passado, não havendo mais registros de liberação de pessoas sem contato prévio com o PAILI ou membro da família. Nos casos em que tal situação ocorreu, dois dos pacientes não haviam sido localizados até o dia em que as entrevistas ocorreram.

Segundo os trabalhadores, poucos são os casos em que as famílias não são localizadas. Uma das estratégias mais utilizadas pelo PAILI na busca por essas famílias se dá por meio da Rede Básica de Saúde, principalmente pelo programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme relato: “A gente busca apoio no Estratégia de Saúde da Família (ESF), para que essa equipe possa estar fazendo a busca”.

Outras estratégias que não se limitam à ESF são construídas para localização da família ou referência indicada pela pessoa acolhida no Programa, por exemplo: “Rádio, né? Eu já consegui encontrar familiares através da rádio da cidade” (Referente 5).

A busca pela história, por indícios que evidenciem a memória de vida das pessoas reinseridas socialmente são motivações impicantes na dinâmica dos trabalhadores do PAILI. A desconstrução do manicômio no processo de reinserção das pessoas com transtorno mental implica no resgate da história da vida daquela pessoa, como nos aponta Saraceno:

Aqueles de nós que trabalharam nos hospitais psiquiátricos para fechá-los, sabemos muito bem que o processo chave é o da reconstrução histórica dos internados, a reapropriação de seu passado e presente, a reapropriação do sentido que cada um deles produziu em sua vida, apesar do notável esforço que a instituição faz em matar cada sentido individual, em aniquilar cada diferença, em construir uma falsa identidade coletiva: aquela do doente mental crônico. (SARACENO, 2011, p. 97)

Existe uma questão delicada nesse processo de busca pela família ou de alguma referência afetiva do autor do ilícito quando o crime cometido se deu no interior da própria família ou na comunidade em que essa pessoa morava. Nesses casos, foi possível observar que o manejo e o cuidado para a reaproximação da pessoa acolhida no Programa é mais delicado, mas com grande possibilidade de sucesso, conforme nos aponta um dos trabalhadores:

O que o PAILI vai fazer? Vai colocar todo mundo para conversar, providenciar tratamento para a família quando necessário e todo mundo vai trabalhar junto para uma outra realidade. Nós temos caso de famílias que rejeitaram o paciente e com o passar do tempo, acolheram e fazem o acompanhamento do tratamento certinho. Tem um caso de uma mãe que não fica longe do filho e onde ele vai, ela faz questão de ir junto. Se ele vai duas vezes ao CAPS, ela vai e acompanha. Ela diz: não quero ficar mais longe do meu filho. E é interessante, porque agora essa família não está mais sozinha. A gente – PAILI – está com ela para o que precisar. A gente vê que essa família está tão gratificada (Referente 3).

A reinserção e o resgate dos laços afetivos familiares decorrem de um processo lento, delicado e processual. Nesse processo reside a ressignificação de novos entendimentos, a construção de novas perspectivas que possam abrir portas para uma nova leitura daquela vida reinserida.

O entendimento por parte da família de que existe uma patologia a ser tratada é a fonte que produz uma relação, muitas vezes antes inexistente, entre a pessoa reinserida e sua família. É importante destacar, conforme nos aponta um dos trabalhadores, que é na patologia que se expressa o sofrimento intenso apresentado antes do ato criminoso, mas, por falta de conhecimento ou desatenção, esse sofrimento era negligenciado.

É com a definição biomédica, nomeando esse sofrimento, qual seja, definindo como patologia, que a aceitação daquela pessoa passa a ser considerada. Ou seja, aquela pessoa que, ao cometer o ato criminoso, passa a ser condenada pela família como má e de instinto cruel, depois do emprego de uma patologia dada por um médico, passa a ter na família – em grande parte dos casos – o crédito de que pode ser diferente, pois, agora, deixa a condição de

perigoso para ocupar a de doente e, a partir daí, passa-se a entender que a resposta para o caso não é mais a prisão, mas, sim, o tratamento. Nas palavras dos profissionais:

Eu, por exemplo, tenho um paciente que cometeu homicídio [...] matou a mãe. E aí foi abandonado na cadeia por um tempo, os familiares não queriam; e a gente sensibilizou pela questão da doença. Porque a família já percebia que ele não era certo, já sabia que ele tinha um problema, mas se eximiu de qualquer responsabilidade de levar, de cuidar, achou que a pessoa estava com fingimento e tal. Agora, a partir do momento em que a gente mostra para ela que ele tem uma patologia, que ele tem um transtorno mental e que se ele estiver monitorado e medicado não vai passar por problema nenhum mais. (Referente 5)

3.2.1.1 O projeto terapêutico

O componente que desenha o processo de tratamento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), construído com a pessoa que adere ao Programa.

De caráter multi e interdisciplinar, o PTS leva em consideração diversos aspectos da vida daquele indivíduo. Em outras palavras, o PAILI não se limita em pensar o tratamento de maneira isolada da construção de um bem-estar social que cerca essa pessoa. A partir das referências do SUS, o Programa busca construir toda uma articulação com outras redes, a exemplo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e com uma rede que não está normatizada pelo poder público, mas que sem ela não se faz possível o PTS, qual seja, a rede comunitária social.

Desse modo, não existe um roteiro único para a construção do PTS. É por meio da articulação com essas redes locais de saúde, da assistência social e da rede familiar e comunitária que, a partir dos equipamentos públicos existentes naquele município – tais como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS) e os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) – torna-se possível à pessoa construir o seu cuidado e, dessa maneira, a retomada da vida social.

Nesse sentido, o PTS se apresenta valorizando e potencializando a rede comunitária, que passa pelas políticas públicas, mas que tem no fortalecimento dos laços sociofamiliares a grande potência para a reinserção.

Nesse sentido, é possível afirmar que o PTS, construído com a perspectiva mencionada acima, desloca o profissional do centro e da hierarquia do processo terapêutico, substituindo-o pela pessoa atendida e invertendo a lógica da perspectiva biomédica, comumente verificada nas instituições totais. Como isso, podemos dizer que o processo terapêutico, nessas circunstâncias, atua em um conceito da não-diretividade¹¹ da interpretação: valorizando os saberes da pessoa atendida, no qual o papel do trabalhador soma-se ao trabalho da pessoa atendida para a restauração da sua personalidade. (LAPASSADE, 1983)

Muitas das pessoas que são encaminhadas ao PAILI são de municípios muito distantes da capital do estado, Goiânia. Vários desses municípios são pequenos e contam com uma RAPS muito fragilizada. Sobre a questão, assim conta a coordenadora do programa:

Os municípios goianos são muito pequenos e nem sempre oferecem as condições para se ter os serviços de saúde mental. O que acontece: nós buscamos os recursos nos lugares mais próximos. Então, nós fazemos uma interlocução muito positiva com as Secretarias Municipais de Saúde. Elas vão através das equipes da Estratégia de Saúde da Família, através das equipes do Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF). Eles fazem encaminhamentos ao centro maior que é Goiânia para as consultas especializadas, nós cotamos com o apoio da Secretarias Municipais de Saúde.

As equipes do ESF apresentam-se para o Programa como um dos principais equipamentos públicos nas regiões com a RAPS fragilizada e os serviços do SUAS estruturados. Segundo a coordenadora do PAILI, todos os municípios contam com, no mínimo, uma equipe da ESF¹².

De acordo com o Ministério da Saúde, o programa Estratégia Saúde da Família (ESF) visa expandir, qualificar e consolidar a atenção básica, orientados pelas premissas do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³.

Atuando a partir de visitas domiciliares, a ESF é composta por uma equipe multiprofissional, sendo estes: 1) médico generalista, ou especialista em

¹¹ O conceito de não-diretividade é assim apontado por Georges Lapassade: “A base teórica, princípio da não- diretividade terapêutica, é certamente uma concepção do crescimento, do desenvolvimento (growth) do indivíduo humano, que foi perturbado pela ‘ameaça’ e pelo ambiente. A terapia não-diretiva consiste em criar as condições de uma restauração da personalidade, permitindo ao cliente encontrar novamente as vias originais do crescimento”. (LAPASSADE, 1983, p. 295)

¹² No próximo Capítulo, apresenta-se qual é a cobertura da rede pública de saúde no estado de Goiás.

¹³ Para aprofundar a reflexão sobre as diretrizes e premissas do SUS, consultar a Lei 8.080/1990.

Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; 2) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; 3) auxiliar ou técnico de enfermagem; e 4) agentes comunitários de saúde – que atuam in loco, nas residências das pessoas, proporcionando uma relação horizontal no cuidado à saúde e na qual a realidade social em que a pessoa vive é traduzida como elementos indissociáveis da promoção e cuidado à saúde.¹⁴

O processo de educação permanente das Equipes de Atenção Básica, incluindo a ESF, se estrutura para uma melhor compreensão e leitura da realidade das pessoas na comunidade. Segundo aponta o Ministério da Saúde:

A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde. (MS, 2012)

Ou seja, ao envolver a Atenção Básica de Saúde na construção do referencial terapêutico da pessoa inserida, o PAILI contribui para a mudança da lógica que associava o cuidado da pessoa com transtorno mental somente aos equipamentos de saúde mental.

Se antes os manicômios eram o local de cuidado destinado a tratar a loucura, com as garantias de direitos estabelecidas a partir da Lei 10216/2001 e a reorientação no modelo assistencial proposta pelas normativas elaboradas pelo Ministério da Saúde, pensar a produção de saúde mental significa cessar a exclusão e, nesse sentido, envolver de maneira ampla outros dispositivos¹⁵. Significa, também, ampliar o olhar sobre as necessidades da pessoa atendida.

¹⁴ Para o aprofundamento sobre o trabalho desenvolvido pela Estratégia de Saúde da Família, como as especificidades da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, ler o Plano Nacional de Atenção Básica (MS, 2012).

¹⁵ Para traduzir o conceito de dispositivo aqui usado, busca-se na AI, por meio de Maria Livia do Nascimento, essa definição. Segundo Nascimento, dispositivos são: “Portanto, todas as linhas do dispositivo são linhas de variação, visto trabalharem com forças singulares, contendo uma

Eis a apresentação dos motivos pelos quais o programa Estratégia Saúde da Família se coloca como um dispositivo facilitador do trabalho desenvolvido pelo PAILI. Sobre o tema, assim nos diz um dos profissionais ouvidos: “Por isso valorizo muito o ESF no nosso trabalho, porque eles são os olhos dessa família. Eles estão indo às casas”.

Para além das estratégias e serviços da saúde, o PAILI busca atuar como facilitador em outros campos da vida dessa pessoa. É a partir do retrato dessa situação que o Programa busca junto ao Estado estratégias que permitam acessar outras formas de auxílio – a exemplo do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Acerca dessas necessidades financeiras, assim relata o Referente 9:

As pessoas têm mais consumo. Elas necessitam de alguma coisa a mais. A renda familiar da maioria dessas famílias que a gente atende é, no máximo, de dois salários mínimos. E para cuidar de uma pessoa assim não é muito fácil. Você tem que ter algumas alternativas. Eles têm que mudar a questão alimentar. A gente orienta muito a saírem daquela rotina, passear. Muitos deles gostam de ficar quietinhos, escondidos. A gente estimula para que possam fazer essa atividade extra, fora de casa. Então, precisa de recurso financeiro. Esses pacientes ainda não têm garantia do passe livre, então, também têm gastos com transporte público.

Restrições financeiras por vezes se tornam impeditivas de autonomia e de convívio social dessas pessoas. Nesse sentido, o BPC apresenta-se como um recurso importante no processo de reinserção social do indivíduo, principalmente nos casos em que há a ausência do suporte familiar, assegurando garantias básicas como moradia, alimentação, aquisição de produtos para higiene pessoal, além da mobilidade para frequentar o tratamento e o acompanhamento nas redes das políticas públicas.

Um dos referentes ouvidos destaca alguns casos que revelam a importância da aquisição do benefício. Políticas públicas, a exemplo das de moradia, como “Minha Casa, Minha Vida”, também são programas que o PAILI busca acessar como apoio para o processo de reinserção, como nos relata:

Nós tivemos um caso agora, recentemente, que recebeu um apartamento maravilhoso do Programa Minha Casa Minha Vida, com o dinheiro do Benefício da Prestação Continuada que ele recebe. A prestação é baixíssima, cabe no orçamento dele. Ele não está morando com a família, mas está acolhido. Isso são possibilidades que a gente cria. Em outro caso, conseguimos o Benefício para ele. Conseguimos uma irmã, que há vários anos estava afastada dele. Ela é parente só de um lado dos pais. Com isso,

nós a localizamos e ela falou: olha, tenho aqui um lote grande do lado da minha casa. Eu não posso acolher ele dentro da minha casa, porque tenho criança pequena e não cabe muita gente. Nós pegamos o dinheiro da Prestação Continuada, nossa assistente social foi até o município – que é longe – conseguiu financiar o material de construção desta pessoa. Ele está pagando em muitas prestações, mas está pagando a casa dele. A casa dele ficou melhor que a da irmã. Imagina, quem vivia na rua, sem um lugar para morar, hoje tem a casa dele. Então, isso é uma coisa que a gente fica muito satisfeito, né?! (Referente 3)

Embora construa uma interlocução e articulação com serviços públicos e comunitários, trabalhando como uma espécie de agenciador de cuidados das pessoas atendidas, o PAILI não presta essa assistência direta, apenas atua na mediação com as redes públicas e sociocomunitárias.

Duas vezes ao ano, a Comissão Estadual Intersetorial de Acompanhamento das Pessoas em Medida de Segurança reúne-se para discutir os casos atendidos pelo PAILI e também para debater estratégias de sensibilização e mobilização de uma rede plural, capaz de contribuir, cada qual no âmbito de sua atuação, com políticas públicas que alcancem essas pessoas. A comissão é composta pelo Tribunal de Justiça de Goiás, Ministério Público Estadual de Goiás, Corpo de Bombeiros, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Polícia Militar, Secretaria de Assistência Social e Secretaria de Saúde.

Ou seja, o PAILI apresenta um processo de reflexão permanente sobre sua prática. Podemos nomear esse processo como sendo de auto-análise, na medida em que, ao acionar outros dispositivos, há uma relação horizontal no processo de atenção e assistência àquela pessoa acolhida. O processo de autoanálise e da autogestão acontece de maneira articulada:

É óbvio que autogestão e autoanálise são dois processos simultâneos e articulados. Por quê? Porque autoanálise, para as comunidades, significa a produção de um saber, do conhecimento acerca de seus problemas, de suas condições de vida, suas necessidades, demandas etc., e também de seus recursos. Mas até para que a autoanálise seja praticada pelas comunidades, elas têm que construir um dispositivo no seio do qual essa produção seja realizável. Elas têm que organizar-se em grupos de discussão, em assembleias; elas têm que chamar experts aliados para colaborarem; elas têm que se dar condições para produzir esse saber e para desmistificar o saber dominante. Ao mesmo tempo, tudo o que elas descobrirem neste processo de autoconhecimento só terá uma finalidade: a de auto-organizar-se para que possam operar as forças destinadas a transformar suas condições de existência, a resolver seus problemas. Mas não pode haver uma organização sem um saber; não pode haver um saber sem uma organização. São dois processos diferenciados, mas eles são concomitantes, simultâneos, articulados. (BAREMBLITT, 2002, p. 5)

O Programa encaminha à Vara de Execuções Penais relatório trimestral sobre o acompanhamento de cada pessoa atendida, dando ciência ao juiz sobre o dia-dia da pessoa acompanhada. Por exemplo, comunica em quais pontos das redes públicas a pessoa está inserida, a regularidade ou não da frequência nos atendimentos feitos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o estágio do processo de resgate dos laços sociais com a família e/ou com a comunidade local, entre outras informações.

Embora haja comunicação rotineira do Programa com a rede pública, seja de saúde ou de assistência social, os referentes de cada caso realizam, duas vezes ao ano, reuniões presenciais com os interlocutores que prestam a assistência. O objetivo é refletir sobre os processos em andamento ou, até mesmo, realizar atividades de formação com os trabalhadores.

3.2.1.2 A relação justiça e saúde

Há de se destacar que o PAILI conseguiu transformar significativamente a relação de justiça e saúde, a começar por quem decide qual e como será o tratamento ofertado à pessoa reinserida. Diferentemente do que ocorre nos demais processos sobre medida de segurança, no PAILI a equipe de saúde produz uma avaliação psicossocial que substitui o laudo de cessação de periculosidade.

O PAILI conseguiu produzir junto ao judiciário local o entendimento de que há a necessidade de substituir o laudo de cessação de periculosidade por um de avaliação psicossocial. Isso porque, a cessação de periculosidade parte da avaliação tradicional destinada às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, em que, na prática, o perito, geralmente o psiquiatra, emite um laudo atestando que aquela pessoa não apresenta mais perigo à sociedade. Quando esse laudo é negativo, ou seja, não atesta que o indivíduo não representa mais risco ou perigo social, o juiz tende a manter a medida de segurança, transformando a contenção dessa pessoa, em muitos casos, em uma prisão perpétua.

Da mesma maneira, não deve ser a Justiça quem decide sobre o tratamento, pois, face a tudo o que foi mencionado, cabe aos profissionais da

área da saúde, em articulação com outras redes públicas e sociocomunitárias, essa função.

A superação, no que se refere ao laudo de cessação de periculosidade, significa superar não apenas um procedimento, mas uma ideia dominante que em seu exercício prático não encontra respaldo científico algum. Como seria capaz um médico, seja ele de que especialidade for, atestar que alguém não mais cometerá um outro crime? Sobre a periculosidade, diz Mattos:

A periculosidade é um conceito indefinível, de caráter quase oracular e impregnado de condições a priori, sem qualquer possibilidade de mensuração. Produz as respostas padronizadas a comportamentos padronizados de crise, violência, fato definido como crime e reclusão para sempre num espaço manicomial/prisional. (MATTOS, 2006, p. 181)

Acerca do laudo psicossocial, assim nos fala um dos referentes:

Não fazemos mais o exame de cessação de periculosidade. Fazemos agora uma avaliação psicossocial. Isso é um avanço. Essa avaliação psicossocial vem mostrar todo o desenvolvimento desse acompanhamento do tratamento do usuário. Ela oferece muito mais subsídios ao juiz para a extinção da medida. Quem mais tem aceito essa avaliação psicossocial são os juízes da execução penal de Goiás. Mas a gente tem feito esse trabalho junto aos juízes do interior também, propondo que ele aceite essa avaliação em substituição ao exame de cessação de periculosidade. (Referente 3)

Sobre o tratamento, ainda contrapondo a possibilidade de ser o juiz quem assim o determina ou define a maneira, diz outro Referente:

Eles – os juízes – não têm que determinar que se tem que fazer isso ou aquilo. Quem fala com propriedade sobre a terapêutica é a saúde. Com o PAILI, nós tivemos essa oportunidade. (Referente 2)

Por meio do acompanhamento e da evolução¹⁶ do que é apresentado em cada caso, o PAILI encaminha, em substituição ao laudo de cessação de periculosidade, a avaliação psicossocial¹⁷, pedindo ao juiz de execução penal a extinção da medida de segurança.

Depois de analisar a avaliação psicossocial, o juiz responsável pelo caso convoca uma audiência admoratória¹⁸ para ouvir a pessoa em medida de

¹⁶ O PAILI entende que uma pessoa tem sua evolução garantida nos casos em que são resgatados os laços sociais ou familiares; não há abandono do tratamento; desenvolvimento da autonomia do seu cuidado e não reincidência na prática de qualquer ilícito.

¹⁷ A avaliação psicossocial é realizada por uma equipe, de maneira multi e interdisciplinar e analisa a trajetória e a evolução do indivíduo no PAILI.

¹⁸ A audiência admoratória, é o momento em que se poderá estabelecer a liberdade condicional da pessoa, impondo a ela recomendações de conduta no prazo estipulado pelo juízo. Nos casos das

segurança. Geralmente, o juiz opta por conceder a liberdade condicional. Quando isso ocorre, o PAILI continua acompanhando o caso por mais um ano e, se a evolução for mantida – ou seja, se dentro desse período não houver nenhum registro de reincidência – a medida de segurança é extinta. Após isso, ele é integrado ao desenvolvimento social sem nenhuma forma de controle ou monitoramento, assim como era antes da prática do ilícito.

3.2.1.3 Movimentando a abertura de portas

Os signos atribuídos à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei exigem do PAILI um trabalho de ressignificação junto à sociedade, principalmente, naqueles equipamentos públicos acionados para promover a reinserção dessas pessoas. O binômio loucura e crime traz consigo elementos que constroem a periculosidade e, com isso, também o medo, o afastamento e a ideia de que segregar constitui a melhor medida.

Acerca dessa questão, assim fala um dos referentes:

Muitas vezes eles perguntam: é perigoso? Eu não gosto dessa palavra perigo. Porque perigo é do ser humano, todo ser humano é perigoso. Provoque uma pessoa para ver se é perigosa ou não? Então, essa noção de periculosidade, ela cai por terra. Por quê? Porque a gente não está preso ao ato em si, ao que ele cometeu. Estamos, sim, buscando resgatar esse ser humano. (Referente1)

Como já mencionado, nos procedimentos administrativos, o PAILI tem ciência sobre o ato delituoso que a pessoa cometeu, mas, no que se refere às tratativas sociais para sua reinserção na sociedade, o crime praticado é apenas mais um dos detalhes circunstanciais observados pelos trabalhadores, conforme um deles explica:

Muita vezes, se você perguntar: que tipo de crime o fulano cometeu, eu não vou saber te responder. Porque o foco não está no ato em si, o foco está na pessoa. Então, qual é o nosso objetivo: resgatar, reinserir essa pessoa. Tanto na saúde, quanto na família, quanto na sociedade, quanto no trabalho. Isso é para nós o importante. (Referente 3)

pessoas em medida de segurança, a liberdade condicional é de um ano. Após esse período, ele não será mais acompanhado pelo juiz, podendo estabelecer sua vivência comunitária de acordo com os seus próprios critérios

Deixar o crime em segundo plano significa colocar a pessoa em primeiro e, nesse sentido, a inversão dos valores abre caminhos para que as tratativas com a rede que o acolherá desconstrua todo o imaginário já preconcebido, facilitando, portanto, olhar para essa pessoa por um outro ângulo, antes impossível.

Ainda sobre o perigo, diz um referente:

Então, essa coisa do perigo, eu acho importante você falar no seu trabalho, porque ela tem que ser desmistificada. Eu te pergunto: quem é mais perigoso, um louco que anuncia que não está bem ou uma pessoa que, camufladamente, sai e rouba um velhinho, que tira o dinheiro da aposentadoria dele? Esse é mais perigoso. Essa noção de perigo aqui foi transformada. A gente não tem isso como foco. (Referente 1)

Superar o rótulo atribuído à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei é um processo pedagógico permanente. Na medida em que a reflexão do PAILI junto à rede se tece, as resistências em receber essa pessoa diminuem, como afirma um dos trabalhadores:

No começo, o PAILI teve muita dificuldade de aceitação dos próprios serviços, porque os nossos pacientes traziam um estigma de que eram perigosos e que mataram. E a gente foi desconstruindo isso. Hoje, não temos nenhum problema com os serviços de saúde mental com os pacientes do PAILI. Não existe paciente do PAILI, existe paciente da área de saúde mental que utiliza a rede de saúde mental. Uma pessoa com transtorno mental que necessita dessa rede para ser assistida. (Referente 7)

O rótulo de perigoso é construído por preconceitos de um lado, mas por objetividade positivista de outro. Ou seja: preconceito que advém de um pensamento hegemônico burguês (Estado e leis), cuja a segregação dos desajustados e improdutivos – estes, potencialmente perturbadores da ordem dominante – é justificada a partir do emprego do perigo.

Tal como ocorria com os processos anteriores de estigmatização e com a legislação de discriminação neles baseada — por exemplo, a que autorizava a perseguição de feiticeiras e judeus — a leis que discriminam contra as minorias psiquiátricas não são impostas a um público independente por alguns tiranos intrigantes.

Ao contrário, o povo e seus líderes se sentem igualmente “levados” por uma exigência histórica e social “irresistível” quanto a alguns tipos de leis “protetoras”. Em todas essas situações, os principais cruzados e as massas que, sucessivamente, acalmam, enganam e dominam, têm a mesma explicação dupla para suas ações. Em primeiro lugar, negam que a minoria atingida seja seriamente maltratada, e defendem a repressão “leve” que reconhecem ao acentuar a necessidade de defesa social contra os malfeitores. Em segundo lugar, orgulhosamente afirmam seu objetivo, que é destruir a minoria acusada, e justificam isso a partir da defesa contra um

adversário diabolicamente perigoso e imensamente poderoso, disposto a destruir a estrutura da sociedade atual. Essas imagens animaram aqueles que no passado lançaram guerras contra a heresia, e animam os que hoje lançam guerras contra a doença mental. Como a heresia só poderia ser destruída com a destruição dos heréticos, e como a doença mental só pode ser controlada através do controle das pessoas que supostamente são doentes mentais, os dois movimentos exigem a redução das liberdades ou a destruição das vidas dos membros estigmatizados do grupo.” (SZASZ, 1978, pp. 193-194)

Segundo as informações colhidas junto a um dos Referentes, embora o foco da reinserção social não esteja no crime cometido, mas nas necessidades das pessoas, o PAILI não esconde a situação e os motivos pelos quais aquele indivíduo está sendo atendido. Acerca do assunto, diz o trabalhador:

Nós tratamos as coisas como elas são. Veja bem: nós quando procuramos ajuda, não focamos no crime que ele cometeu, mas falamos para as pessoas que ele é um paciente judiciário e que tem pendência com a justiça. Dissemos que essa pendência nos obriga a determinadas questões, como encaminhar relatório para o juiz dos tratamentos que eles estão fazendo; que é uma pessoa monitorada; que o não tratamento pode levar a reincidência do ato infracional . A gente não fica ali: olha cuidado que ele é criminoso. A gente fala que ele é uma pessoa com transtorno mental qualquer. Agora, ela precisa ser monitorada e assistida. A verdade é colocada, não é escondida. Agora, nós não ficamos assim: ó, cuidado que ele é assassino, ele matou. Não. Ele é uma pessoa que cometeu um delito grave e que por isso precisa de tratamento. (Referente 6)

Uma vez que não esconde o contexto atual e a história de vida daquela pessoa, a transparência apresentada pelo PAILI ao tratar de um caso com outros dispositivos da Rede acaba por funcionar como oportunidade de esclarecer e, ao mesmo tempo, dissolver estigmas e ideias preconcebidas junto a esses dispositivos – constituindo um processo educativo cuja finalidade é o de transformar a realidade que cerram os olhos e as portas de entrada da sociedade para essa população.

Levando em consideração a necessidade demandada pela pessoa que será inserida socialmente, o processo de reconstrução dos pontos de conexão desse indivíduo com a sociedade, como observado acima, passam, necessariamente, pela rede das políticas públicas.

Os Referentes apontam que a RAPS é a rede estratégica para esse processo de articulação e implementação do PTS, muito embora a fragilidade da cobertura da RAPS seja um dos pontos que dificultam o desenvolvimento do trabalho no âmbito do PAILI. Assim relata um dos trabalhadores:

Nós temos a nossa dificuldade, porque o projeto terapêutico é individual, ele é singular, é único para cada pessoa. O projeto terapêutico tem que ser reformulado, ser alterado de acordo com a necessidade. Mas, a gente nunca desiste. Para isso a gente conta com essa rede de articulação. (Referente 6)

Embora considerada pelo Ministério da Saúde como boa, a cobertura de CAPS em Goiás é de 0,55 CAPS por 100.000 habitantes. Há insuficiência, sobretudo, nos municípios do interior do estado, como conta um dos trabalhadores:

É uma rede fragilizada. Faltam equipamentos para acolher essas pessoas. E mais próximos. Às vezes, o indivíduo é lá do fim do mundo e a rede mais próxima fica longe. Ela tem que ser mais próxima dessas pessoas. Nossos pacientes ainda são pulverizados no estado. Não concentra somente em um lugar, as pessoas vêm de várias outras localidades. Essa rede ainda é insuficiente. A gente tem trabalhado com os gestores para ter esse serviço mais próximo. Temos que incentivar o crescimento dessa rede, pois é o lugar responsável, é o lugar preparado para acolher e tratar essas pessoas. (Referente 7)

Ao todo, são 246 municípios no estado de Goiás, totalizando, aproximadamente, uma população de 6.434.052 habitantes. Segundo a Sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS (SAGES), 38 desses municípios contam com os serviços de CAPS, o que representa, portanto, uma cobertura de, aproximadamente, 59,84% da população. Ainda segundo a SAGES, o estado de Goiás não conta com nenhum CAPS III, o que dificulta ainda mais a atenção à saúde das pessoas em momento de crise.

Levando em consideração a insuficiência de serviços em Saúde Mental, a Rede de Atenção Básica em Saúde apresenta-se como um suporte imprescindível para o processo de reinserção das pessoas acolhidas pelo PAILI.

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, o estado de Goiás conta com 1.263 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), divididas nos 246 municípios do estado e atingindo uma cobertura de 64.61% da população.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é recomendado que cada equipe acompanhe, no máximo, 4.000 pessoas, sendo que a média recomendada seria de 3.000. Levando em consideração a população do estado de Goiás e a quantidade de equipes do ESF, atualmente cada equipe é

responsável por, em média, 5.094 pessoas no território, revelando a insuficiência da cobertura.

A somatória das insuficiências das duas principais redes que dão suporte ao trabalho do PAILI dificulta o processo de atenção, contudo, é em articulação com elas que o trabalho viabiliza o seu sustento operacional, como aponta um dos trabalhadores:

Isso facilita, porque você integra, você fica a par de tudo o que está acontecendo com ele. Então, nas dificuldades, vamos trabalhar juntos. Quantas vezes a gente sai para fazer visita domiciliar e convida os técnicos do CAPS para irem junto. Porque o trabalho é integral. Nós buscamos essa parceria porque sabemos da dificuldade de uma família em aceitar próximo de si alguém que cometeu um homicídio. [...] Uma pessoa que está em surto psicótico ela não tem tempo pra perguntar: onde é que eu vou? Esses serviços eles têm que estar amarrados, ter acesso rápido a eles. (Referente 7)

Essa rede, como aponta um dos trabalhadores, não está pronta ou formatada a ponto de que todos os atendidos sejam inseridos no mesmo roteiro de assistência. Mas ela é construída de acordo com a necessidade de cada indivíduo:

A demanda é que vai dizer o que é que aquela pessoa precisa. Eu não tenho nada pronto. Eu não tenho caixinha pronta, nem igual. Cada uma é singular. Cada um tem a sua necessidade, aí eu vou em busca. Agora, como é que a gente busca? O que a gente faz? Como é que a gente promove isso? Dentro da Gerência de Saúde Mental, o que é que a gente tem? Capacitações envolvendo todos esses setores e o PAILI pede espaço. Onde o PAILI vai mostrar qual o papel dele e qual é a necessidade do apoio de cada um desses setores. Eu costumo dizer que rede é igual a rede de pescador: é um coisa ligada à outra, é um serviço ligado ao outro, é articulado. Não é serviço solto, que eu não sei como acessar e nem de que forma vou utilizar. Então, é essa rede articulada. Por exemplo: eu tenho o ESF e verifico alguma coisa grave, eu tenho articulado e, um exemplo, daqui ele vai para um CAPS. No CAPS, ele tem articulado um CAPS 3, ele tem articulado os leitos do hospital geral. Então, essa coisa tem que ser ágil e rápida. Ninguém pode esperar. Uma pessoa que está em surto psicótico não tem tempo pra perguntar: onde é que eu vou? Esses serviços têm que estar amarrados, ter acesso rápido a eles. Essa rede é intersetorial: ela é ligada à educação, à assistência social. Por exemplo, quando a gente precisa de um serviço: por exemplo, um paciente nosso não foi localizado, eu articulo a rede de assistência social e eles têm mecanismos de verificar a localização dessa pessoa. Outra articulação é com o terceiro setor. As pessoas atendidas utilizam os serviços gratuitos, tais como dentistas e mesmo educação para a inserção na escola. (Referente 1)

Essa construção só é possível quando a instituição se implica nesse processo – ato que permite ao PAILI educar e educar-se para a construção dessa ponte entre a pessoa e o serviço acionado, principalmente quando estes não são serviços da saúde.

Esclarece um dos referentes:

Quando precisamos dessas outras redes, nos corremos e vamos atrás. Somos meio corajosos, vamos atrás e vamos quebrar paradigma. Muitas vezes eles falam: ah, mas vocês trabalham com esse tipo de paciente? Eu falo: nós trabalhamos sim e nós queremos seu apoio para isso. O que eu acho que é importante é a gente discutir, a gente falar, a gente mostrar. Não é uma coisa que eu chego lá e falo: ó, vocês têm que atender. Não. É algo como: olha, nós somos da Secretaria de Saúde e nós queremos buscar parceria com vocês. Nós queremos contar com a ajuda de vocês. Nesse buscar um outro setor é que a gente vai quebrar barreira, onde a gente vai buscar adesão. A rede ela não está pronta, ela é construída. Essa intersetorialidade é construída de acordo com a necessidade. (Referente 4)

A reincidência é uma das preocupações – tanto dos dispositivos quanto da comunidade – produzidas pelos estigmas resultantes do preconceito e do medo, conforme relata um dos referentes:

Sempre tem algumas perguntas: mas que garantia você me dá que ele não vai cometer outros crimes? Eu respondo: nenhuma. A gente não pode dar garantia nem se eu vou sair daqui e cometer um ato grave. Não posso dar. Mas a gente acredita, pela nossa história, pelo número de pacientes que a gente assiste, que a pessoa tratada, a pessoa medicada, a pessoa assistida integralmente, tem muito menos chance de cometer um crime. (Referente 7)

Pode-se perceber que o estigma construído socialmente corresponde ao que nós, culturalmente, enquanto sociedade, fazemos com essas pessoas: promover a exclusão, inviabilizando uma discussão sobre os verdadeiros problemas que atravessam não apenas a vida daquela pessoa acolhida, mas a sociedade como um todo.

Em que pese à preocupação, forjada no preconceito, acerca da probabilidade de reincidência de qualquer pessoa que tenha passado pelo sistema prisional, é especialmente na pessoa que carrega o binômio loucura e crime que o medo se coloca. Sobre essa constatação, Mattos levanta uma questão:

Uma das questões mais antigas e recorrentes é: por que todos requerem um “atestado” do saber psicológico, médico, psiquiátrico, judicial, de que o portador de sofrimento mental infrator não vai mais romper o limite e incidir naquelas condutas que a lei diz que é crime? Por que tal prognóstico só é exigido e admitido em relação ao portador de sofrimento mental infrator? (MATTOS, 2006, p. 183)

Se, por um lado, a rede e a comunidade necessitam reformular e ressignificar o entendimento sobre o louco, a loucura e sobre a maneira como se produz saúde mental, a pessoa que esta sendo (re) inserida socialmente também terá como desafio o processo de reeducação – por vezes, (re)construindo os mais

basilares significados da existência e da relação com o outro, como relata um dos trabalhadores:

Teve um paciente nosso que saiu do presídio e foi para uma clínica psiquiátrica e lá ficou por sete anos. Quando a gente foi até lá para tirá-lo, ele chorava, porque devia pensar 'mas porque vão me tirar daqui?'. Acho que ele pensava: 'não sei nem que jeito que é esse mundo mais'. Daí, uma assistente social falou: me dê um abraço. Ele parou e ficou olhando. Sabe por quê? Porque ele não sabia mais o que era abraço. Ele perdeu todos os laços afetivos que tinha. O que é abraço? Ele não sabia o que era aquilo. Que tristeza. Eu quase morri de chorar, porque, uma pessoa não dar conta de dar um abraço. Quer dizer, ele não recebia nada. Que ser humano eu quero que ela seja? Um robô? Que come aquilo que lhe dão, porque é louco? (Referente 7)

Os desafios apresentados ao PAILI são sistematicamente superados na junção dos esforços com os recursos que estão disponíveis. Aqueles recursos que não estão apresentados passam a ser construídos à medida que a demanda assim os requisita.

Alguns dos casos atendidos e relatados pelos Referentes do PAILI são emblemáticos do processo de alijamento social vivido pelas pessoas com transtorno mental. Um deles, cabe destacar, remonta esse processo desde a infância até a (re)inserção social por meio do PAILI, como relata um dos trabalhadores:

Tem um paciente aqui que, com nove anos de idade, foi para a rua. Imagina: o que é um menino com nove anos de idade dormindo na rua, comendo na rua, vestindo o que lhe davam? Quando começou a ficar mais velho, passou a usar tinner. Um dia, a polícia o parou, pegou o tinner e jogou todo na cara dele. O que aconteceu? Ele perdeu quase toda a visão. Ele tem a retina queimada. Tentei tratamento para ele, mas não tem tratamento, ele continua enxergando muito pouco. Quando iniciamos a tentativa de localizar a família, falaram que ela estava em Itumbiara, trabalhando no corte de cana. Entrei em contato com uma rádio do local e coloquei um anúncio: fulana de tal, que tem um filho que se chama L.A. E nada. Com muitos anos de luta para tentar localizar, entrei em contato com essa mãe um dia. Falei para ela para a gente resgatar esse vínculo. Ela disse assim: se você quiser me matar, ele entra numa porta e eu saio pela outra. Sabe o que eu fiz? Eu falei para ele: você viu, eles não querem você. Você vai ter que viver sozinho e vai dar a volta por cima e mostrar do que é capaz. O que nós fizemos? Conseguimos o Benefício de Prestação Continuada para ele. Essa mãe que o abandonou havia sido criada por uma senhorinha que teve onze filhos adotivos. Nós fomos atrás dessa senhorinha, ele e eu, para ver o que a gente poderia fazer por ele. Ela colocou ele dentro de casa, mas ele a abandonou, voltou a usar droga. Eu disse: eu não vou desistir. Voltei lá e falei: dona D., a senhora tem dois cômodos vazios aí na casa da senhora, nos dê um para construir uma casinha aí no fundo pra ele? Ela deu o cômodo. Eu morria de medo de ele ficar na rua e alguém matá-lo. O que eu fiz? fui na minha superintendente, que me deu cinco sacos de cimento; a nossa advogada deu uma pia e um vaso sanitário, mais um resto de reforma que ela havia feito; a minha menina deu uma televisão, eu peguei a televisão e vendi por cem reais, aí quem comprou me devolveu a televisão (risos) para eu poder vender para

outro. Com isso eu paguei um materialzinho, paguei uma mão de obra; fiz lá um banheiro, pois não tinha banheiro, eram dois cômodos. Depois disso eu consegui cama, colchão, guarda roupa, fogão, geladeira. É impressionante, pois todo o mês ele compra alguma coisinha pra casa. Hoje, ele pega o dinheirinho dele e cuida direitinho. Ele que administra o dinheiro dele, mas eu sempre que falo com ele chamo a atenção para ele não gastar muito, para ele separar o dinheirinho dele para cuidar da casa. Ele ajuda a vizinha, dá duzentos reais todo o mês para ela. Ele sabe se está faltando cano na casa e compra. Já fez todo o tratamento de dente com o dinheiro dele. O que eu penso? Falo que estou igual àquele cara de A Lista de Schindler (filme), quando estou com aquele anel igual a do judeu e ele fala: se eu salvo uma vida, posso salvar o mundo. Eu penso assim: se eu salvar o L.A., eu posso ser uma pessoa feliz. Então, se eu pensar dessa forma, vou conseguir fazer muito. (Referente 4)

E é na loucura como algo desconhecido, e nos significados negativos a ela atribuídos, que repousa o preconceito. Alia-se a isso, um apelo por “justiça”, na qual a punição se empodera como mecanismo para a solução da questão. Nesse sentido, a ausência de um processo educativo social, que rompe com as amarras da cultura manicomial tal como foi inventada, apresenta-se como um dos fatores que dificulta a (re)inserção social dessas pessoas.

Eu acho que muito da sociedade é falta de conhecimento. As pessoas estão muito mais preocupadas em punir do que em tratar. Quando um indivíduo com transtorno mental comete um crime, o primeiro movimento é: tem que pagar pelo que fez. Isso está muito mais evidenciado nas pessoas. Por que não pergunta o por quê dele ter feito isso? Algum motivo tem. Eu acho que o automático das pessoas é a punição. É muito mais visto na perspectiva de um castigo do que em quais condições isso ocorreu. Será que se um de nós estivéssemos nessa mesma circunstância, não faríamos a mesma coisa? As pessoas agem muito mais contaminadas pelo ódio, pela discriminação e dizem: segrega mesmo, resolve logo o nosso problema, dá um jeito pra gente (Referente 7).

É na junção da falta de cobertura das redes, associada aos estigmas construídos em torno das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, que é possível visualizar a amplitude das dificuldades apresentadas pelo Programa em apoiar os processos de reinserção social dessas pessoas.

Em que pese esses sejam os problemas evidenciados com a pesquisa, temos a ciência de que esse trabalho pode ter deixado várias outras dificuldades ainda invisíveis. A seguir, observaremos alguns pontos narrados pelos referentes acerca de entendimentos teóricos/práticos que, a nosso ver, necessitam ser repensados pelo Programa.

3.2.1.4 Algumas portas a serem abertas: ou desafios a serem superados

Na seção anterior, observamos os movimentos realizados pelo Programa de Atenção ao Louco Infrator no sentido de movimentar os “gonzos” para que as portas da reinserção social às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei possam ser abertas. Nesta seção, observaremos outras possibilidades de portas, que ainda se mantêm fechadas.

Acerca das dificuldades ou limitações que o PAILI apresenta, vale frisar que algumas não dizem respeito somente às articulações com a sociedade para o processo de reinserção. Há, também, desafios acerca do próprio entendimento sobre a visão de loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil, como pode ser observado a seguir.

Eu falo que 2001 (ano de instituição da Lei da Reforma Psiquiátrica) foi uma mudança, onde a sociedade passou a olhar e enxergar que o indivíduo com transtorno mental tem direitos. Ela (a Lei) veio transformar, veio quebrar paradigmas. Quando digo a uma pessoa com transtorno mental que ela não precisa ficar internada para se tratar e que ela tem que ficar em meios menos invisíveis possíveis, estou dando a ela direitos que antes não tinha. (Referente 3)

O reconhecimento de que a Reforma Psiquiátrica brasileira conseguiu transpor barreiras antes distantes de serem superadas é o que direciona o trabalho do PAILI:

O grande boom da reforma foi essa Lei (10.216/2001) – que veio mostrar para a sociedade, até para nossos juristas, que essas pessoas tinham que ser olhadas diferentemente. Essa lei ela vem trazer o resgate dessas pessoas, que passaram a ter documento, a receber herança, a se casar e a ter filhos, a registrar esses filhos. Isso não existia porque era louco, né? Eram todas interditadas, porque não tinham condições de se organizar e usar o seu próprio dinheiro, o seu próprio recurso ou a sua própria herança. Antigamente, havia aquela idéia de que, até para conseguir um benefício previdenciário, ela tinha que ser interditada. Hoje não existe isso. Ele é louco, mas tem condições de viver a sua própria vida. Então, acredito que essa lei veio trazer oportunidade dessas pessoas serem tratadas como seres humanos. Mesmo pra quem cometeu crime. (Referente 3)

No entanto, é com a definição sobre a loucura que é possível observar que os resquícios da lógica biomédica – manicomial – se apresentam como pontos a serem trabalhados, conforme indicam os relatos de um dos referentes.

Ela cometeu crime porque não tinha consciência do ilícito do fato. Se conversar com uma pessoa que cometeu um crime, ela fala que cometeu porque foi Deus quem mandou. Ela foi guiada por uma voz diferente que, talvez, qualquer um de nos não escute. Agora, diante desse fato, elas não

estão condenadas pelo resto da vida. Elas estão doentes – como um hipertenso, um diabético. Elas precisam ser tratadas pelo resto da vida. É nisso em que a gente apóia. A gente tem consciência que a doença mental vai fazer parte pro resto da vida daquela pessoa. Mas a gente conscientiza tanto a nós mesmos quanto os serviços de saúde mental de que ele vai precisar de assistência para o resto da vida. Que doença mental não tem cura, mas tem controle. É esse o nosso papel: garantir que não falte assistência para ele. (Referente 4)

Na frase “A gente tem consciência que a doença mental vai fazer parte para o resto da vida [...] doença mental não tem cura, mas tem controle”, fica nítido que a perspectiva do trabalhador observa a ausência da saúde mental como uma doença, algo embutido no paciente, personificando, dessa forma, tal como uma pessoa que porta algo.

Caracterizar a produção ou ausência da saúde mental a partir de uma perspectiva do “bio” é ocultar a produção ou ausência da saúde mental como sendo algo produzido a partir do corpo social. Em outras palavras, significa empoderar a lógica médica ou as especialidades técnicas como fonte de produção da saúde, enfraquecendo, em contrapartida, o entendimento de que a construção e a produção de saúde mental é resultado da pessoa com o meio.

Em “A Instituição Inventada” (1983), Rotelli diz:

Por que queremos esta desinstitucionalização? Porque, a nosso ver, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. (ROTELLI, 1983, p. 2)

Para Rotelli, superar o hospital psiquiátrico não significa somente superar os muros – espaço físico onde as pessoas eram segregadas – mas, sobremaneira, superar toda uma lógica clínica que separa o corpo (doença) dos problemas sociais. Para isso, abortar a lógica de que o doente seria o corpo, significa dizer que a doença se projeta na experiência de viver no corpo social.

Devemos superar uma concepção de corpo, pautado como uma máquina de produção, ou um objeto de intervenção clínica. Nosso corpo é um arranjo social, fato que subverte a lógica de um corpo individual, tornando-o, portanto, uma expressão política, atravessado por todas as contradições produzidas em nossa sociedade:

A necessidade de desmistificar certos modelos de corpo, propostos ideologicamente em nossa sociedade, precisa ser acompanhada de uma outra que avance em direção a uma visão mais revolucionária do corpo. Ele não pode continuar sendo visto, como faz a lógica capitalista, como um simples objeto de produção. Não pode também ser apenas uma máquina, como entende o nosso modelo biomédico, cujo o mau funcionamento é visto exclusivamente como uma avaria em um mecanismo específico que tem que ser reparado por meios físicos ou químicos. (MEDINA, 1987, p. 23)

Nesse sentido, embora a reforma psiquiátrica brasileira seja tratada pelo PAILI como sendo a diretriz e o horizonte da ruptura com a exclusão social da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, ainda há um caminho conceitual a ser amadurecido pelo Programa. Isso porque, ao alcançar esse amadurecimento, novas formas de reivindicações aos dispositivos do Estado e à comunidade podem ser formuladas, abrindo novas portas para o resgate da cidadania.

Esse olhar para o corpo, como bem traduzido por Medina, apresenta no PAILI, em alguns momentos, uma leitura que reproduz as repostas encontradas antes da Lei 10216/01 e da superação da lógica biomédica – qual seja, a internação em clínicas psiquiátricas, cujo modelo de atenção tem no técnico, e não nos laços comunitários, o grande responsável pela recuperação momentânea da saúde mental.

Um dos referentes faz uma comparação entre o CAPS 3 e as clínicas psiquiátricas, abordando, também, os motivos que levam ao pedido de internação em algumas dessas clínicas – manicômios – conveniadas ao SUS:

Muitos dos nossos CAPS 3 não estão totalmente habilitados com todas as condições previstas. E o espaço de internação não restringe muito a liberdade. Me parece que fica ainda uma possibilidade de voltar a circular. Eu entendo que os casos graves de psicose realmente requerem um cuidado maior em termos de restrição mesmo, em termos de não deixar fugir, em termos de garantir uma segurança para ele mesmo quanto para terceiros. Falar de francas crises de agressão de psicose, com delírios persecutórios, com probabilidade de agressões a terceiros ou autoagressão e, o CAPS 3, até onde eu já vi, não tem essa condição. Não é garantia porque nem mesmo a clínica segura tem cerca elétrica. Se quiser pular o muro, vai pular. Mas ela oferece um tratamento mais fechado do que um CAPS 3 ofereceria. O CAPS 3 também tem uma restrição de tempo – 15 dias, se não me engano, em quadros mais agudos. 15 dias não segura. Medicamentos anti-psicóticos melhoram a partir de 15 dias. Eu acho 15 dias muito pouco para, dizer assim, estabilizei suficiente para ir pra casa e ficar aos cuidados da família. E no CAPS 3 a proposta é para esse tempo. (Referente 8)

Tendo como base a entrevista com a Referente 8, há dois principais motivos que podemos observar acerca das razões que motivam a decisão da internação nesses espaços asilares – embora, quando esse recurso é acionado, essas pessoas não fiquem asiladas por muito tempo, ao contrário do que era feito antigamente nos manicômios, conforme justificaremos a seguir.

O primeiro é pela falta de pontos da rede SUS, a exemplo de leitos em hospitais gerais, que permitem a internação de curto prazo, quando necessária. O segundo decorre de uma perspectiva biomédica que vê no indivíduo um corpo a ser modificado.

De acordo com os dados coletados junto ao PAILI, a utilização desse recurso de internação em clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS é baixa. Dos 255 casos atendidos atualmente pelo Programa, somente 35 pessoas encontram-se internadas e 220 estão em tratamento ambulatorial.

Quando internadas nessas clínicas, o tempo de permanência dessas é, geralmente, de 30 dias.

Ainda que a reorientação da atenção à saúde e a assistência promovida pelo PAILI seja majoritariamente na e com a comunidade, perspectivas como essas precisam ser refletidas – uma vez que tornam-se conflitivas com as premissas da reforma psiquiátrica, atuando, portanto, na lógica do instituído.

Outra questão que anuncia a necessidade do PAILI abrir novas portas, assim como nos aponta um Referente, está em uma articulação por parte do Programa com a Defensoria Pública de Goiás. Segundo um dos referentes, o PAILI não dialoga com a Defensoria Pública – fazendo com que, por vezes, direitos deixem de ser pleiteados.

Entre os exemplos que caracterizam essa lacuna, está o relatado por um dos trabalhadores:

A defensoria não defende um indivíduo, defende um coletivo, então se tem pessoas que tiveram prejuízo em razão de uma área de um loteamento urbano, o promotor está ali para fazer essa defesa. Vejo que a defensoria poderia fazer mais, então o link – PAILI e Defensoria – poderia ser uma coisa mais política, sair um pouco da saúde pra ver a pessoa como um todo. Eu vejo a pessoa na sua integralidade. (Referente 8)

Outra questão apontada é a necessidade de alguns Referentes serem melhor preparados para o exercício da atividade. Entre as reclamações feitas pelos próprios trabalhadores está, por exemplo, a falta de implicação com as pessoas por eles referenciadas:

O funcionário tem que ter uma capacitação melhor, ele tem que ser mais humanizado. Eu não concordo em ver o paciente uma vez por mês. Tem técnico aqui que nunca viu a cara do paciente. Para mim, isso não é humanizado. Eu sei que eu não sou Atenção Básica, mas o mínimo eu faria. (Referente 8)

Alguns dos trabalhadores não conhecem *in loco* os serviços com os quais o Programa se relaciona, o que na prática limita as percepções e, em muitos casos, o sentido efetivo do trabalho.

Eu nunca entrei em um CAPS. O que faço aqui são cursos que a secretaria oferece”. (Referente 8)

A participação dos profissionais que atuam no campo da saúde mental necessita ser implicada, participativa, com um desejo vivo de mudança, para além de um fazer técnico cartorial. A esse respeito, nos aponta Pitta:

No limite, todos, de todas as profissões, querem condições ideais de atendimento aos enfermos, e melhores condições de trabalho para si. Entretanto, atualmente, muitos desses profissionais que poderiam fazer a diferença em termos de implicação ética e técnica com a “boa prática”, para sustentar a interdisciplinaridade por consequência a potência das equipes nos territórios, parecem desconhecer, ou não se sentem convocados, ao apelo ético-político desses primeiros momentos. Existe uma paradoxal estratégia defensiva de fuga da responsabilidade na construção de “uma clínica em movimento” (PITTA, 2011, p. 4).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há sentido para a educação na sociedade burguesa senão o resultante da crítica e da resistência à sociedade vigente responsável pela desumanização. [...] É preciso romper com a educação enquanto mera apropriação de instrumental técnico e receituário para a eficiência, insistindo no aprendizado aberto e elaborado da história e ao contato com o outro não-idêntico, o diferenciado. (ADORNO,1995 , pg12)

Esta pesquisa nos traz elementos para melhor compreender os mecanismos em que se dá a atenção a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, lançando desafios de transformação para o futuro. Ao mesmo tempo em que lançamos luz a uma realidade de miséria, de exclusão e de produção sistemática de estigmas a que estão submetidas algumas pessoas do corpo social, apresentamos um Programa que, ao passo que questiona essa sociedade desumanizadora, cria uma fissura nas estruturas desse sistema de opressão.

O Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI) nasce a partir de uma força instituinte, questionando e resistindo a essa sociedade (instituída) vigente, responsável pela desumanização – como nos aponta Adorno (1995). Nesse sentido, embora esteja ligado a uma Secretaria de Saúde, o Programa não se resume a um conjunto de técnicas no campo da saúde, mas trata-se, mais além, de um instrumento educativo com finalidades subversivas – na medida em que destrói a tradicional maneira de “cuidado” ofertado por essa sociedade desumanizadora.

A partir dessa pesquisa, podemos ainda vislumbrar que a saúde pública – marcada e sustentada em uma concepção de saúde que não se resume a ausência de doença, mas a um bem estar físico, psíquico e social – também pode constituir-se um instrumento educativo e emancipatório, pois, ao perceber o ser humano em sua amplitude, acaba por contribuir e incidir sobre o cuidado de si e, sobretudo, da comunidade que o cerca.

O PAILI constitui o primeiro programa brasileiro estruturado no âmbito da saúde pública que aceitou o desafio de trilhar novos caminhos junto às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Ao contrário das múltiplas experiências de consolidação de novos serviços extra-hospitalares desenvolvidas desde a instituição da Lei 10216/01 – a exemplo dos CAPS que hoje totalizam mais de 2.000 no Brasil –, o PAILI é o único Programa na área ligado à estrutura de uma

Secretaria Estadual de Saúde, não contando com outras atuações nas quais possa se mirar e perceber eventuais contradições ou equívocos.

Essa realidade, evidentemente, não exige o Programa de uma reflexão permanente de suas práticas. Ao contrário. Foi possível perceber que, embora sem referência similar no campo da saúde pública, as práticas são reavaliadas e criticamente (re) construídas, ainda que, em determinados momentos, os próprios referentes entrevistados nos apontem desafios, questões e problemas a serem superados no campo da ação e reflexão de seu fazer teórico/prático.

Percebemos que a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei – outrora objeto de manejo clínico, mantido nos manicômios/prisões – deixa a condição de anulado e passa a ter voz, incidindo sobre as reflexões e decisões acerca de seu próprio futuro. Em que pese haja limites na construção dessa relação horizontal valorizada pelo Programa, o PAILI proporciona ao temível binômio crime e loucura um local qualificado de escuta e, principalmente, de fala.

Esta estratégia, que se mostra ousada para o contexto nacional, carrega uma responsabilidade em especial. Por ser o primeiro Programa na área que assume para si o desafio de falar em nome da saúde pública brasileira, o PAILI anuncia não só a capacidade, mas o dever do Sistema Único de Saúde (SUS) de, articulado com tantas outras redes de políticas públicas, assumir o papel e o protagonismo no processo de reinserção das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Conforme apontam os dados sobre o Programa, o índice de reincidência das pessoas atendidas é muito baixo se comparado ao das que cumprem pena no País. Esses resultados, traduzidos em dados, facilitam a quebra de resistência – não somente para conseguir apoio dos setores governamentais que desenvolvem as políticas públicas, mas também dos familiares das pessoas atendidas e da sociedade em geral, fazendo com que – mesmo sem conhecer, ou conhecendo de maneira estereotipada as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, o conjunto do corpo social conceda ao Programa uma confiança, ainda que comedida inicialmente.

Nesse sentido, caso o Programa não alcançasse os objetivos propostos – apresentando números de reincidência altos, não conseguindo firmar parcerias para o apoio no processo de (re) inserção social dessas pessoas – o que estaria em risco não seria somente um trabalho experimental, mas um projeto político/emancipatório – talvez o único – que hoje representa a liberdade na vida de pessoas historicamente excluídas do convívio social.

O PAILI coloca em cheque o conceito de periculosidade, contrariando elementos colocados pelo senso comum de que somente a contenção e um aparato de vigilância são capazes de cessar o risco que determinada pessoa representa à sociedade.

Se temos uma rede de saúde ainda insuficiente, conforme apontado pela pesquisa, e ainda assim o índice de reincidência alcança números próximos a zero, podemos, portanto, antecipar uma avaliação no sentido de que essas pessoas não são acentuadas em sua periculosidade – como se faz crer pelo pensamento preconcebido sobre o binômio loucura e crime.

O sucesso, como também as dificuldades apresentadas para o processo de reinserção dessas pessoas, não depende da condição de sua patologia – como crê o pensamento comum –, mas reside na construção do fortalecimento de suas relações sociais e comunitárias e na garantia de direitos.

Como retratado pelos referentes do Programa, todos os casos que conseguiram efetivar a sua (re) inserção social não o fizeram exclusivamente pela via do tratamento – pelo menos não aquele que se reduz à assistência médica –, mas pelo alargamento de sua contratualidade social, à medida em que obtinham apoio em programas de auxílio de renda, moradia, assim como a integração à família e à comunidade.

Fundamentalmente, o que se busca é lançar à pessoa com transtorno mental em conflito com lei um olhar não apenas focado na patologia, mas voltado à absorção no corpo social: ou seja, a falta de saúde mental daquele indivíduo poderá ser constada não somente pela falta do remédio ou da intervenção clínica, mas pela ausência dos apoios sociais que o permitam desenvolver um contrato de afeto, de relação interpessoal, de condições harmônicas para sobrevivência. Sob essa perspectiva, um insucesso no processo de reinserção proposto não constitui

mais um atributo da patologia, mas sim um fracasso da sociedade em lidar com os problemas apresentados no contexto das relações.

É sobre essa reinscrição do corpo individual no corpo social, que Basaglia nos aponta:

Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana. Aceitar este desafio da complexidade dos múltiplos planos de existência, não reduzindo o sujeito à doença ou à comunicação "perturbada" ou e apenas a pobre, ou autonomizando o corpo ou o psíquico, mas reinscrevendo-o no corpo social. (BASAGLIA, 1983, pp. 3-5)

O PAILI, portanto, não propõe uma única saída – muito antes pelo contrário, afinal, o modelo de uma só saída como solução para todas as contradições sociais levantadas por essa pesquisa sempre foi o do manicômio, com a oferta de um tratamento homogêneo. Em realidade, o Programa abre possibilidades de várias saídas, de maneira heterogênea e em um exercício que implica convocar a sociedade a repensar suas soluções enlatadas.

A Reforma Psiquiátrica brasileira segue consolidada em seu caminho, com um horizonte muito claro: a impossibilidade de conjugarmos manicômios com produção de saúde. Avançamos no processo de desinstitucionalização, substituindo manicômios por vida em sociedade. Contudo, a Reforma Psiquiátrica brasileira ainda tem uma dívida a ser paga com as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei: temos uma massa de esquecidos e abandonados nos manicômios, presídios e alas de tratamento psiquiátrico país afora. Para além disso, ainda, e não raras as vezes, reproduzimos práticas manicomiais dentro de contextos comunitários. Isso significa dizer que o manicômio não se vence somente com a queda dos muros: vencer os manicômios significa vencer uma lógica de opressão presente independentemente do contexto. Nesse sentido, é importante que militantes da luta antimanicomial, trabalhadores, gestores, familiares e usuários dos serviços de saúde mental – principalmente aqueles que atuam de maneira ativa no debate do tema – possam reavaliar permanentemente suas práticas. Em outras palavras, nos cabe desinstitucionalizar o próprio processo de desinstitucionalização ao qual, por vezes, estamos inseridos.

Desinstitucionalizar a desinstitucionalização significa não apenas ampliar o campo de desmanicomialização de pessoas segregadas historicamente, mas, também, a não reprodução de práticas manicomializantes.

Que as lacunas, incertezas e outros eventuais limites deste trabalho não constituam fragilidades que se encerrem em si só. Que sirvam, antes de mais nada, como estímulo a outros pesquisadores no desafio de ampliar a reflexão acerca das saídas e das aberturas de portas para uma efetiva emancipação desse conjunto de pessoas.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T.W. **Educação e emancipação**. Tradução de Wolfgang Leo. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. Psychiatric reform and the challenge sposed by the institutionalization. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.20, p. 299-316, jul./dez. 2006.

AMARANTE, P. D. de C. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama/Ensp, 1995.

_____. **Ohomem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. OLIVEIRA, W. F. de. A saúde integral e a inclusão da atenção psicossocial no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. **Dynamis**, Blumenau, v. 12, n.47, Edição Especial Atenção psicossocial na Atenção Básica 2, p. 6-21, abr./jun. 2004.

BAREMBLIT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BARROS-BRISSET, F. O. de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub-judice**. 1996. 196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BEZERRA JÚNIOR, B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 171-191.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BRASIL. **Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a assistência aos alienados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

_____. **Decreto 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: 8 jun. 2014.

_____. **Lei 7.209, de 11 de julho de 1984**. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940- Código Penal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/l7209.htm>. Acesso em: 8 jun. 2014.

_____. **Lei 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em: 8 jun. 2014.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 8 jun. 2014.

_____. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 8 jun. 2014.

_____. **Portaria Interministerial nº 1777. 2003**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=882>. Acesso em: 8 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Sistema Único de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília, 2002, 213 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%203088%202011%202702.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

_____. **Portaria 94, de 14 de janeiro de 2014**. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html>. Acesso em: 10 jun. 2014.

CANOVA, L. A questão da loucura na historiografia ocidental e nos jornais da cidade de Cuiabá na primeira República. **Revista Territórios & Fronteiras**, Cuiabá, v. 5, n. 1, jul./dez. 2011.

CARRARA, S. L. A História esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2014.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Anais...** [S.l.: s.n.], 1986. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista06.html>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil**. Disponível em:
<http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **A visão do Ministério Público sobre o sistema prisional brasileiro**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.cnmp.mp.br/portal/images/stories/Destaques/Publicacoes/Sistema%20Prisional_web_final.PDF>. Acesso em: 13 nov. 2013.

CORDEIRO, Q.; LIMA, M. G. A. de. (Org.). **Hospital de custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo / Organização de e. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014.**

COSTA, A. C. de F. **Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica: Médico-Psiquiatra, Psicoterapeuta, Coordenador do Programa de Saúde Mental – NESP/CEAM/UnB. 2003. Disponível em:**
<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UINzb23vpYJ:www.mp.pi.gov.br/internet/phocadownload/saude/documentos/direito%2520sade%2520mental%2520e%2520reforma%2520psiquitrica-%2520texto%2520mdico%2520psiquiatra-unb.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

DELGADO, P. G. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania.** Rio de Janeiro: TéCorá, 1992.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, 2007. Disponível em:
<<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/8>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

DINIZ, D. (Coord.). **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011.** Brasília: Letras Livres/Editora UnB, 2013. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiquiatrico_no_brasil_censo2011.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2014.

FERRARI, E. R. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito.** São Paulo: Revista dos Tribunais de Justiça, 2001.

FREITAS, M. T. de A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 116, jul. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2014.

FOUCAULT, M. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **Vigiar e punir.** Petrópolis: Ed. Vozes, 1972.

FÜHRER, M. R. E. **Tratado da inimputabilidade no direito penal**. São Paulo: Malheiros, 2000.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7.ed. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GOIÁS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria n.019/2006-GAB/SES. 31 de janeiro de 2006**. Cria o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_221_port0192006paili.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2014.

_____. Ministério Público do Estado de Goiás. Centro de Apoio Operacional de Defesa do Cidadão. **Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança (Cartilha do PAILI)**. 2009. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/14595047/PAILI-Programa-de-Atencao-Integral-ao-Louco-Infrator>>. Acesso em: 4 jan. 2014.

HESS, R. Momento do diário e diário dos momentos. In: SOUZA, E.

C., ABRAHÃO; M. H. M. B., JOSSO, M. C. (Org.) **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 89-103.

HUMAN RIGHTS WATCH. Primary links. **Relatório Mundial 2014**. Disponível em: <<http://www.hrw.org/pt/world-report/2014/country-chapters/121500>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

JACOBINA, P. V. **Saúde mental e direito: um diálogo entre a reforma psiquiátrica e o sistema penal**. Brasília: Universidade de Brasília, 2003.

_____. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESMPU, 2008.

JESUS, D. E. de. **Direito penal: parte geral**. 11.ed. rev. São Paulo: Saraiva, 1986.

L'ABBATE, S. **A análise institucional e a saúde coletiva**. [S.l.]: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2001.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LOURAU, R. Implicação e sobre implicação. In: ALTOÉ, S. (Org). René Lourau: **Analista institucional em tempo integral**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 246-258.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

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

MATTOS, V. de. **Crime e psiquiatria**: uma saída – Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MIRABETE, J. F. **Execução Penal**: comentários à lei n. 7.210, 11-7-1984. 9.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MONTEIRO, P. C. P. **Prisões existem para controlar massas e demandas sociais, diz especialista**. 2014. Disponível em: <<http://ultimainstancia.uol.com.br/conteudo/noticias/68360/Prisoas+existem+para+controlar+massas+e+demandas+sociais+diz+especialista.shtml>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

MUSSE, L. **Parecer sobre medidas de segurança e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/2001**. Brasília: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2011. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2014.

NASCIMENTO, M. L. do; COIMBRA, C. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: GEISLER, A. R. R.; ABRAHÃO, A. L. E COIMBRA, C. (Org.). **Subjetividade, violência e direitos humanos**: produzindo novos dispositivos na formação em saúde. Niterói: EDUFF, 2008. p. 1-8. Disponível em: <<http://www.infancia-juventude.uerj.br/pdf/livia/analise.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa, 2001.

QUEIROZ, I. S. de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia**: ciência e profissão, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jun. 2014.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2014.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. p.15-74.

RODRIGUES, M. B. Quais são as nossas diferenças? Reflexões sobre a convivência com o diverso em escolas italianas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 57-61, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326341007>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

ROTELLI, F. **A instituição inventada**. 1983. (Publicado na Revista "Per las alutementale/ For mental health" 1/88– do "Centro Studie Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia". Tradução de Maria Fernanda de Silvio Nicácio. Revisão da tradução: Cláudia Chaves Martins. Casa de Saúde Anchieta, Santos). Disponível em: <http://oriundi.net/files/istituz.invent_po.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2014.

SANTOS, P. A. C dos. et al. **O conceito de implicação em práticas da análise institucional contemporânea**, 2011.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

SZASZ, T. S. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Zahar. 1978.

SILVA, H. C. Reforma Psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência de Goiânia do PAILI. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 111-114, 2010.

SODRÉ, M. **As três escolas penais**: clássica, antropológica e crítica. 4. ed. São Paulo: Freitas Bastos, 1955.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, abr. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jun. 2014.

WACQUANT, L. **As prisões da miséria**. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Censo inédito aponta violações aos direitos humanos nos manicômios judiciários do país**. 14 de dezembro de 2012.

Disponível em:

<http://www.unbciencia.unb.br/index.php?option=com_content&view=article&id=558:censo-inedito-compoe-perfil-dos-loucos-infratores-no-brasil&catid=35:servico-social>. Acesso em: 8 jun. 2014.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Abordagens psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec, 2008.