



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA**

“Esta sentença é uma faca de dois gumes, é um corte de dois lados, porque pode cortar a seu favor e também pode lhe prejudicar”: Repensando a política de saúde mental e suas (in)adequações a partir do olhar da Saúde Coletiva

GABRIEL DOURADO DE OLIVEIRA

CEILÂNDIA

2017

Gabriel Dourado de Oliveira

“Esta sentença é uma faca de dois gumes, é um corte de dois lados, porque pode cortar a seu favor e também pode lhe prejudicar”: Repensando a política de saúde mental e suas (in)adequações a partir do olhar da Saúde Coletiva

Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva apresentado na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Érica Quinaglia Silva

CEILÂNDIA

2017

GABRIEL DOURADO DE OLIVEIRA

**“Esta sentença é uma faca de dois gumes, é um corte de dois lados,
porque pode cortar a seu favor e também pode lhe prejudicar”:
Repensando a política de saúde mental e suas (in)adequações a partir do
olhar da Saúde Coletiva**

Monografia, apresentada ao Curso de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília como requisito para a conclusão do Bacharelado, sob a orientação da Prof.^a Dra. Érica Quinaglia Silva.

Aprovado em 30 de junho de 2017

Prof.^a Dr.^a Érica Quinaglia Silva
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Orientadora

Ximena Pamela Bermúdez
Universidade de Brasília
Darcy Ribeiro
Avaliador

Jacqueline Reis Demes
Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
Avaliador

Ceilândia, DF
2017

AGRADECIMENTOS

Em algum lugar ouvi que, se você não aprende nada no dia, você teve um dia perdido. Orgulho-me em dizer que, durante esses quatro anos e meio, nunca perdi nenhum. Agradeço a Deus por me dar forças para continuar. Em maior agradecimento cito meus pais, Iolanda Dourado e Roberto Gilson, pelo imenso apoio ao longo desta jornada. Foi o suor do trabalho deles que me possibilitou continuar a graduação. Muito obrigado! Nada disso seria possível sem vocês.

Cito também meus amigos, que nos momentos mais difíceis estiveram ali para me apoiar. A todos sou muito grato, fui abençoado com tão bons amigos. Agradeço à Érica Nogueira Sousa a paciência em me aturar, escutar meus devaneios e me incentivar a continuar a escrever. Por seus conselhos e apoio, muito obrigado. Agradeço também ao Adones dos Santos, Évio Junior, Yuri Abner e Leonardo Lourenço a amizade, os conselhos e o apoio nas horas em que estive perdido.

Durante todos esses anos na universidade pude conhecer pessoas incríveis, talentosas e inteligentes, estudantes, professores, entre outras. Todas contribuíram de alguma forma para o meu crescimento. Agradeço à Chris, enfermeira da Estratégia Saúde da Família do centro de saúde no qual estagiei, a amizade e o conhecimento que me passou. Agradeço à professora Inez Montagner a crença em meu potencial e à professora Olga Ramalho o compartilhamento de conhecimento e o ensinamento de que coisas simples podem fazer bem.

Nenhuma das conquistas que alcancei durante a graduação seria possível sem o apoio de minha orientadora, Érica Quinaglia. Obrigado por acreditar em mim e tornar possível que eu vivesse todas as experiências para a construção deste trabalho, por me apoiar, por criticar, por ensinar, por me corrigir e por apontar os meus erros para que eu os superasse. Digo, sem nenhuma dúvida, que, sem seu apoio e compreensão, nada seria possível.

Para finalizar, cito um dos meus melhores amigos, Fernando Andrade. Agradeço-lhe a paciência para ler meus trabalhos, apontar meus erros e, ainda,

escutar meus problemas. Obrigado por compartilhar sua sabedoria e por estar sempre disponível quando precisei de ajuda. Seus conselhos me fizeram melhor e foram fundamentais para eu ser quem sou hoje. Coloco em minha epígrafe um dos muitos conselhos que me deu, conselhos estes que jamais esquecerei e que me ajudaram a decidir que caminho seguir. Obrigado, senhor.

“Melhor se arrepender do que faz do que do que poderia ter feito.”

Fernando Andrade Gomes

“Se for para desistir, desista de ser fraco.”

Will Detilli

RESUMO

Introdução. A medida de segurança é uma sentença aplicada àqueles que cometeram um crime e são considerados inimputáveis e/ou semi-imputáveis por não compreenderem a ilicitude do ato devido a um transtorno mental. Essas pessoas são, então, isentas de pena ou têm a pena reduzida. A elas é imposta a internação em hospitais de custódia ou alas de tratamento psiquiátrico ou o tratamento ambulatorial. **Justificativa.** O estigma que recai sobre as pessoas que têm transtornos mentais aumenta a partir do momento que cometem algum crime, sendo consideradas não somente como loucas, mas também como perigosas. Esse duplo estigma coloca as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei às margens da sociedade, tornando-as esquecidas. Entender o funcionamento da medida de segurança no Distrito Federal, do ponto de vista político, e observar a realidade vivenciada por aqueles que fazem parte dela é fundamental para que se possa traçar formas de alcançar o total cumprimento da Lei 10.216/2001 e garantir o direito à saúde dessas pessoas. **Objetivo.** Buscou-se, assim, repensar a política de saúde mental e suas (in)adequações a partir do olhar da Saúde Coletiva. **Metodologia.** Para tanto, foi realizado um estudo etnográfico na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) da Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF) em 2016. Foram realizadas observação participante e entrevistas semiestruturadas com 18 pessoas, sendo elas 6 homens que cumpriam medida de segurança, 4 mulheres que cumpriam igualmente essa sentença, a mãe de uma das internas que cumpriam medida de segurança, um juiz de direito do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), a chefe da Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais (VEP) do TJDFT, o responsável pela segurança na ATP, o coordenador do serviço de saúde na ATP, a diretora da PFDF, um defensor público e um procurador da República. **Resultados.** Várias inadequações a respeito do cumprimento da Lei 10.216/2001 no Distrito Federal foram verificadas. A principal delas diz respeito à estrutura na qual é cumprida a medida de segurança. A indagação a respeito da viabilidade de tratamento dentro de uma penitenciária mostrou-se presente tanto nas falas de alguns dos sentenciados, como de familiares e de profissionais envolvidos com essa sentença. Houve consenso de que aquele não era o ambiente mais propício para realizar um tratamento, conforme preconiza a mencionada legislação. A periculosidade como fator fundamental para a (des)internação foi questionada. Alguns dos entrevistados entendiam que esse conceito é ultrapassado e um dos motivos que levavam alguns dos internos a permanecerem indefinidamente enclausurados. **Conclusão.** Os fatores identificados pela pesquisa mostram a necessidade de se atentar para a saúde mental como pauta da agenda política. Exercer um diálogo entre as demandas dos sentenciados e aquilo que deve, no sentido legal, ser executado é fundamental para o aprimoramento da rede de saúde mental. O profissional sanitário possui as capacidades necessárias para auxiliar neste diálogo, alinhando o direito à saúde com a estruturação de uma rede substitutiva e o efetivo cumprimento da Lei 10.216/2001.

Palavras-chave: Medida de segurança; Loucura; Sociedade.

ABSTRACT

Introduction. The security measure is a sentence applied to those who have committed a crime and are considered imputable and/or semi-imputable for not understanding the illegality of the act due to a mental disorder. These people are then exempt from punishment or have reduced punishment. They are required to be placed in custody hospitals or wards for psychiatric treatment or outpatient treatment. **Justification.** The stigma attached to people who have mental disorders increases from the time they commit some crime, being considered not only as insane but also as dangerous. This double stigma places people with mental disorders in conflict with the law on the margins of society, making them forgetful. Understanding the functioning of the Distrito Federal security measure, from a political point of view, and observing the reality experienced by those who are part of it, is fundamental so that it is possible to trace ways of achieving full compliance with Law 10.216 / 2001 and guarantee the right Their health. **Goal.** Thus, it was sought to rethink the mental health policy and its (in)adequacies from the perspective of Collective Health. **Methodology.** For that, an ethnographic study was carried out in the Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) of the Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF) in 2016. Participant observation and semi structured interviews were carried out with 18 people, being them six man they complied with the security measure, four women who also complied with this sentence, the mother of one of the inmates who complied with the security measure, a judge of the law of the Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), the head of psychosocial Section of Vara de Execuções Penais (VEP) of TJDFT, responsible for security in the ATP, a public defender and a prosecutor of the Republic. **Results.** Several inadequacies regarding compliance with Law 10.216 / 2001 in the Distrito Federal were verified. The main one concerns the structure in which the security measure is complied with. The inquiry about the feasibility of treatment within a penitentiary was present both in the statements of some of the sentenced, relatives and professionals involved with this sentence. There was a consensus that this was not the most conducive environment to carry out a treatment, according to the aforementioned legislation. Hazardousness as a fundamental factor for (de)hospitalization was questioned. Some of the interviewees understood that this concept is outdated and one of the reasons that led some of the inmates to remain indefinitely cloistered. **Conclusion.** The factors identified by the research show the need to consider mental health as a political agenda item. Exercising a dialogue between the demands of the sentenced and what must, in the legal sense, be executed is fundamental for the improvement of the mental health network. The sanitariat professional has the necessary capabilities to assist in this dialogue, aligning the right to health with the structuring of a substitute network and the effective compliance with Law 10.216 / 2001.

Keywords: Safety measure; Madness; Society.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 A caracterização da loucura.....	15
3.2 A história da loucura	16
3.3 A loucura no Brasil	17
3.4 As reformas sanitária e psiquiátrica: a saúde como um direito	19
3.5 Loucura e criminalidade	21
3.6 A medida de segurança no Distrito Federal.....	24
4. OBJETIVOS	25
4.1 Objetivo Geral	25
4.2 Objetivos Específicos	25
5. METODOLOGIA	26
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
6.1 Caracterização da medida de segurança	28
6.2 Como se configura a Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal	32
6.3 Trajetórias das pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis ... Erro! Indicador não definido.	
6.5 Noção de periculosidade: a estigmatização da loucura e a impossibilidade de (re)inserção social	37
6.6 Modelos substitutivos à internação: a reconstrução da loucura.....	42
6.7 Saúde x Segurança.....	46
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
9. ANEXO.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
ATP	Ala de Tratamento Psiquiátrico
DF	Distrito Federal
RS	Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
ECTPs	Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
UNB	Universidade de Brasília
PFDF	Penitenciária Feminina do Distrito Federal
VEP	Vara de Execuções Penais
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios
FCE	Faculdade de Ceilândia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
PAIPJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

1 INTRODUÇÃO

A loucura vem associada a comportamentos que são traduzidos por padrões culturais como desvios. João Augusto Frayze-Pereira, em sua obra *O que é loucura*, afirma que “(...) dizer que há modelos sociais de loucura significa que o indivíduo não enlouquece segundo seus próprios desígnios, mas segundo um quadro previsto pela cultura da qual é membro” (FRAYZE-PEREIRA, 1994, p. 29). A perspectiva de que a loucura seria individual, e não resultado de uma elaboração social, traz uma noção reducionista e negativa desse conceito, abrindo margem para estigmas e preconceitos (FRAYZE-PEREIRA, 1994). É exatamente essa construção social da loucura que este estudo visa a destacar. Quando associada à criminalidade, a loucura passa a ser vista de maneira ainda mais negativa: o louco passa a ser estigmatizado duas vezes, uma por sua condição de louco e outra por se considerado perigoso.

A legislação brasileira entende que aquele que possui algum transtorno mental e comete algum crime não deve ser responsabilizado pelo ato, tomando, assim, o status de inimputável e/ou semi-imputável. De acordo com o Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940), em seu artigo 26, é considerado inimputável aquele que, “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”, ficando isento de pena (BRASIL, 1940). Semi-imputável é o agente que, “(...) em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”, podendo ter a pena reduzida de um a dois terços (BRASIL, 1940).

Quando verificada a inimputabilidade e/ou a semi-imputabilidade, o juiz pode aplicar duas modalidades de medida de segurança, a internação em hospitais de custódia ou alas de tratamento psiquiátrico ou o tratamento ambulatorial, como observado no Código Penal, artigo 96, incisos I e II. A sentença de internação ou o tratamento ambulatorial, ainda de acordo com o

Código Penal, artigo 97, parágrafo primeiro, ocorrerão por tempo indeterminado até que a periculosidade cesse e a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei possa voltar a conviver em sociedade (BRASIL, 1940).

Em 1989, foi proposto pelo deputado Paulo Delgado o Projeto de Lei nº 3.657. Esse projeto previa o desligamento dos manicômios judiciários e sua substituição por tratamentos alternativos e regulamentava as internações compulsórias. Somente em 2001, o projeto foi aprovado, constituindo-se na Lei nº 10.216. Essa lei preconiza que as pessoas com transtornos mentais têm o direito de receber o melhor tratamento ofertado pelo sistema de saúde. Ademais, fica proibida a internação em instituições com características asilares (MARTINS, 2013; BRASIL, 2001).

A despeito da superveniência dessa lei, as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei ficaram desassistidas. A medida de segurança, em tese, é uma forma de ofertar tratamento a essas pessoas e possibilitar uma reintegração à sociedade. No entanto, ela pode se converter numa sentença de prisão perpétua (FONTES, 2009).

Com o intuito de entender essa realidade, foi realizado um estudo no Distrito Federal (DF), onde essa medida de segurança, na modalidade de internação, é cumprida na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) da Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF).

Saúde não é apenas a ausência da doença. Sua definição é mais ampla e complexa, contemplando vários aspectos sociais e psicológicos. Por meio da reforma sanitária, ampliou-se a visão sobre o conceito de saúde. Essa visão foi refletida na Constituição de 1988, da qual consta que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (PAIM, 2001; BRASIL, 1988a).

Nesse sentido, o bacharel em Saúde Coletiva deve atentar para as demandas da população de forma a implementar e/ou aprimorar políticas públicas de saúde, especificamente aquelas voltadas para a saúde mental. Esse profissional possui suas capacidades voltadas para as áreas de epidemiologia, ciências sociais em saúde e planificação em gestão, entre outros núcleos temáticos (PAIM, 2006). Segundo Paim (2006), os conhecimentos adquiridos na área da Saúde Coletiva contribuem para a formulação, implementação e

avaliação de políticas de saúde, assim como promovem inovação e experimentação de formas alternativas de gestão.

A proposta deste trabalho é, portanto, dar voz às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei e outras envolvidas na aplicação da medida de segurança, como forma de revisitar a política de saúde mental e suas (in)adequações a partir da perspectiva da Saúde Coletiva.

2 JUSTIFICATIVA

A loucura carrega um estigma muito forte. Caracteriza aquelas pessoas que fogem a um padrão socialmente estipulado. Esse status excludente é ampliado quando associado ao cometimento de um crime. As pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei passam a receber um duplo estigma, o de louco e o de infrator. Receber a medida de segurança como sentença atesta ao indivíduo esse status, um status que o marcará pelo resto da vida.

Conhecer os mecanismos institucionais e políticos que envolvem a aplicação dessa sentença enseja uma maior compreensão sobre as possíveis lacunas que impossibilitam a oferta de tratamentos adequados e a plena execução da Lei nº 10.216/2001. Para isso, é fundamental adentrar essa realidade e conhecê-la tanto do ponto de vista institucional e burocrático, como social.

Dar visibilidade e voz ao louco infrator é de suma importância para traçar estratégias de saúde que contemplem suas reais necessidades. O profissional da Saúde Coletiva pode exercer o papel de mediador entre essas populações e o acesso ao seu direito à saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A caracterização da loucura

De acordo com Frayze-Pereira (1994), a definição de loucura sempre vem relacionada com a normalidade. Nesse sentido, só é possível entender o que é aquela a partir da definição desta, caracterizando-se a loucura como desvio ao padrão social. Segundo Foucault (2008), a loucura somente ganha existência se observada pelo campo da razão.

A caracterização do que é considerado anormal vem, portanto, associada ao significado do que é normal, sendo, assim, mutável de acordo com cada sociedade. Os termos que definem o que é considerado normal e anormal vão variar segundo cada grupo social, o que torna complexa a definição de loucura (FRAYZE-PEREIRA, 1994).

De uma perspectiva organicista, a loucura pode ser entendida como um distúrbio fisiológico, efeito de um processo orgânico (FRAYZE-PEREIRA, 1994). Alguns psiquiatras do século XIX associavam a loucura a manias, delírios, alucinações, etc. Essas associações reforçariam essa perspectiva organicista (LOPES, 2001).

Nesse sentido, a Psiquiatria conceitua a loucura como uma doença médica - somática ou orgânica - de origem genética. Outra perspectiva, psicofuncional, encara a loucura como desorganização da personalidade (FRAYZE-PEREIRA, 1994).

Essas perspectivas divergem dos conceitos adotados pela saúde mental. Por mais que a saúde mental não apresente conceitos homogêneos como a Psiquiatria, entende-se que as características da loucura vão além do biológico ou do psicológico, tendo também aspectos sociais e estigmatizantes que a caracterizam (JÚNIOR; MEDEIROS, 2007).

As divergentes opiniões sobre o que é loucura demonstram a complexidade envolvendo o tema. Não se tem um certo ou errado, mas sim vários pontos de vista sobre o fenômeno. Para compreender mais sobre a

loucura, é necessária, assim, uma análise histórica sobre os acontecimentos mais marcantes que a envolvem.

3.2 A história da loucura

Existem três grandes momentos que caracterizam a história da loucura. Segundo Frayze-Pereira (1994), o primeiro momento ocorre no final da Idade Média até o século XVI. O segundo momento, caracterizado como o período da grande internação, ocorre durante os séculos XVII e XVIII. O terceiro e último momento ocorre durante a Idade Contemporânea, após a Revolução Francesa.

Desde a Antiguidade, nos impérios grego e romano, veem-se relatos da loucura associada a práticas mitológicas e sobrenaturais. As ideologias religiosas da época julgavam a loucura como ato malicioso, uma forma de expressão sobrenatural demoníaca. Aqueles considerados hereges a certas crenças religiosas eram considerados loucos e sujeitos a perseguições (MILLANI; VALENTE, 2008).

No decorrer da Idade Média, a epidemia de lepra tornou-se cada vez mais forte, espalhando-se por toda a Europa. Como medida para combater o avanço do contágio, foram criados vários leprosários, que alojavam aqueles com indício de lepra a fim de separar os doentes dos saudáveis (FOUCAULT, 2008; MILLAN, VALENTE, 2008).

O isolamento dos doentes como forma de tratamento surgiu, portanto, juntamente com os leprosários (FOUCAULT, 2008). A expressão “instituição total” apresentada por Goffman (1999), bem caracteriza esses leprosários. Tratase de instituições fechadas, nas quais, ao perder contato com o mundo exterior, os internados passam por uma “mortificação”. O rígido controle de saídas, a imposição de atividades diárias, a obrigação do exercício dessas atividades em grupos são características predominantes dessas instituições.

Com o desaparecimento da lepra, houve a necessidade de novos atores para ocuparem o lugar da exclusão. No decorrer dos séculos XVII e XVIII, a loucura fixou-se, então, no hospital. Na França, por exemplo, a partir de 1676, em cada cidade havia um hospital geral, em substituição aos antigos leprosários

(FRAYZE-PEREIRA, 1994). Essas casas de internação passaram a ser ocupadas por pobres, devassos, libertinos, etc. O louco passou a ser visto como aquele que possuía qualquer desvio em relação à normalidade adotada pela sociedade da época, seja ela concernente a uma aptidão para o trabalho ou para a constituição de uma família. A moralidade era tomada como padrão e qualquer desvio era visto como ato de loucura sujeito à internação (SILVEIRA & SIMANKE, 2009). A loucura, vista como um perigo para a ordem pública, deveria ser contida e excluída da sociedade.

Percebe-se a mudança no paradigma da loucura, saindo da personificação do mal, atrelada à bruxaria e ideologias mitológicas, para recair sobre os pobres e os libertinos. A ideia de loucura passou a ser usada para se referir àqueles que se desviavam do padrão social desejável.

Somente após a Revolução Francesa, a loucura passa a ser considerada sinônimo de doença. A Medicina se apropria da loucura como objeto do conhecimento. Durante esse período, com a promulgação da “Declaração dos Direitos do Homem e dos Cidadãos”, em 1789, houve uma mudança no cenário envolvendo a loucura. É apresentado em seu sétimo artigo que ninguém será preso ou detido, exceto nos casos previstos em lei, fazendo necessário que a internação dos ditos loucos passasse a ser feita mediante laudo pericial. Dessa forma, a loucura passou a ser fortemente associada a doença mental, voltando a internação para terapêuticas de tratamento (SILVEIRA & SIMANKE, 2009).

3.3 A loucura no Brasil

No Brasil, as pessoas consideradas loucas, quando não se mostravam agitadas, eram mantidas em domicílios e, nos casos das famílias mais ricas, mandadas para a Europa juntamente com um laudo médico. Os mais pobres eram entregues à própria sorte, espalhados pelas cidades, sem receber tratamento ou auxílio. Os agitados e perigosos que possuíam algum familiar com o mínimo de recursos eram presos nos cômodos da casa. Já aqueles abandonados à própria sorte que vagavam pelas cidades, quando apresentavam perigo, eram presos e levados a cadeias. Essa realidade somente sofreu

alteração com a vinda da corte real de Portugal para o Brasil no início do século XIX (MOREIRA, 2011).

A vinda da família real trouxe um aumento considerável da população que residia na zona urbana do Rio de Janeiro. A intolerância perante o louco também aumentou e o número de presos por loucura cresceu. Quando não aprisionados em cadeias, essas pessoas eram mandadas para as enfermarias das Santas Casas da Misericórdia (MOREIRA, 2011).

Os primeiros indícios de mudança ocorreram em 1803, quando a Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro se reuniu para protestar contra o modo como eram tratados os loucos. Vários protestos se seguiram expondo a realidade do louco durante esse período. Foi, então, que o imperador Pedro II, em 1841, decretou a criação de um hospital que tratasse exclusivamente dessas pessoas. Em 1852, foi inaugurado o Hospício Pedro II (MOREIRA, 2011).

Em 1831, José Francisco Sigaud (1796-1856) publicou em sua obra “Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro” uma crítica à falta de medidas para a remoção da livre circulação daqueles que instigavam a “vergonha” e a “desordem pública” e em que, mesmo aparentando serem inofensivos, não se podia confiar, pois a qualquer momento poderiam cometer algum ato de violência (SIGAUD, 1835, p. 7-8 apud ODA, DALGALARRONDO, 2004). Outros relatos demonstram o interesse de criar meios para a higienização das cidades, promovendo a remoção dos loucos das ruas. E é com essa visão que passaram a ser inaugurados os hospícios da época, como um local em que pudessem ser depositados aqueles ditos loucos, e não um ambiente terapêutico (ODA, DALGALARRONDO, 2004).

Esse modelo de atenção ao louco perdurou por anos no Brasil. Em 1903, foi inaugurado em Barbacena o Hospital Colônia. Em vagões de trem, as pessoas tidas como desajustadas eram encaminhadas para esse hospital psiquiátrico. Ao adentrarem a instituição, seus cabelos eram raspados e suas roupas retiradas, perdiam sua individualidade. Somava-se a isso a deformidade física mediante tratamentos de choque, agressões e mutilações no corpo.

Estima-se, ainda, que, para além dessa “mortificação” simbólica, pelo menos 60 mil pessoas morreram efetivamente nessa instituição total (ARBEX, 2013).

As denúncias da situação degradante encontrada nesse local ensejaram a realização, já na década de 1980, da reforma psiquiátrica.

3.4 As reformas sanitária e psiquiátrica: a saúde como um direito

Em meados da década de 1950, os asilos começaram a perder força na maioria dos países desenvolvidos. Países como Inglaterra, França e Estados Unidos começaram a questionar o modelo psiquiátrico da época. Esse período pode ser datado como o início a Reforma Psiquiátrica (RP) (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

A Inglaterra passou a substituir os asilos por comunidades terapêuticas, partindo do princípio de que para um tratamento mais efetivo a participação da família se fazia necessária. A França passou a criticar os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como sendo locais de exclusão. Também foram criadas instituições intermediárias para breves internações com o intuito de amparar as necessidades dos doentes mentais. Os Estados Unidos, partindo de uma ideia de prevenção da doença mental, construíram centros comunitários de saúde mental para atendimentos de emergência (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

Em 1960, a Itália, a fim de desconstruir as instituições asilares, criou uma rede de serviços para atender o doente mental (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008). No início da década de 1970, ainda na Itália, Franco Basaglia juntamente de outros psiquiatras da época conseguiram promulgar, em 1978, a Lei nº 180, que proibia a construção de novos manicômios nesse país e previa a desativação daqueles já existentes (OLIVEIRA, 2012).

Segundo Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), as alterações no modelo psiquiátrico ocorridas a partir desse período com o objetivo de reorganizar a assistência à saúde mental demonstram uma mudança dos cuidados que eram antes voltados para o âmbito hospitalar e começam a ser pensados no âmbito comunitário.

Em 1964, o Brasil entrava em um período de ditadura militar e, em meio a este cenário, os movimentos sociais começaram a ganhar força e a lutar por direitos sociais. Neste mesmo período, fortaleceu-se o questionamento à opressão causada pelos manicômios sobre seus internos (OLIVEIRA, 2012). Por volta de 1970, outro movimento começou a ganhar forças, um movimento que buscava a garantia da saúde como um direito social, fundamentando-se nos princípios da equidade, integralidade e universalidade. Este movimento passou a ser conhecido como Reforma Sanitária (RS) (PINA, CARDOSO, 2013).

A RS teve como atores os profissionais da área da saúde, intelectuais e a própria sociedade civil, que juntamente organizaram um movimento que visava toda a reformulação do sistema de saúde do país em prol da garantia do direito universal à saúde e da obrigação do estado em provê-la. Este movimento resultou na realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (SANTOS, MERHY, 2006).

Diretamente ligada com a luta da RS, a RP realizou em 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), esta que seguiu os desdobramentos da VIII CNS (BRASIL, 1988b). De acordo com o relatório final realizado em 1988 pelo Ministério da Saúde (MS) sobre a I CNSM, esta teve como base três temas. São eles:

I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental;

II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;

III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental.

Esta conferência teve como resultado uma abertura para a discussão da saúde mental como uma questão de saúde pública, denunciando o descaso e a falta de atenção referentes às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 1988b). Segundo o mesmo relatório, baseando-se na VIII CNS, foram elegidos vários objetivos de ação em saúde mental e estratégias para sua execução. Vale destacar dentre esses objetivos:

- A universalização e equidade: Considerar a saúde mental, assim como a saúde, um direito inalienável de todo cidadão sendo dever do estado de providenciá-la.

- A modificação do modelo assistencial: Assim como ocorrera na Itália e outros países desenvolvidos é proposto uma valorização do atendimento ambulatorial e das atividades de reintegração social do doente mental.

- Política terapêutica: Reorientar as práticas terapêuticas visando a socioterapia e delimitar os limites terapêuticos (BRASIL, 1988b).

Fortalecido pelo movimento dos trabalhadores da saúde mental, pelas conferências de saúde mental e a RP, em 1989 houve o fechamento da casa de saúde Anchieta, em Santos, consolidando a primeira experiência em desospitalização no Brasil (JUNIOR, VENTURA, 2014). No entanto, somente em 2001 foi promulgada a primeira lei que versa sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil.

3.5 Loucura e criminalidade

Em 1921, sobre as diretrizes do Decreto nº 14.83/1921, foi inaugurado na cidade do Rio de Janeiro o primeiro manicômio judiciário brasileiro (JUNIOR, VENTURA, 2014). Os manicômios judiciários são locais para os quais são enviados, por meio de medida de segurança, os indivíduos que, por sofrerem algum distúrbio ou doença mental, são considerados penalmente irresponsáveis (CARRARA, 2010).

Essas instituições trazem ao indivíduo um duplo estigma, o de louco e o de perigoso. Segunda Carrara (2010):

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).

Em 1940, foi promulgado o Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940), que foi, posteriormente, alterado pela Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. A presente lei, após sua reforma, versa em seu Título III sobre a

imputabilidade penal, trazendo em seu artigo 26 as definições de inimputável e semi-imputável:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único - 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 (BRASIL, 1984).

Nota-se que é retirada do agente que é considerado inimputável e/ou semi-imputável a culpabilidade, sendo ele isento de pena ou tendo sua pena reduzida. A este indivíduo será imposto tratamento psiquiátrico por meio de medida de segurança (RIBEIRO, 2008).

Em seu Título VI, que versa sobre a medida de segurança, é definido no artigo 96 quais sentenças o juiz pode aplicar sobre o inimputável e/ou semi-imputável. São estas:

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 (BRASIL, 1984).

Ribeiro (2008) levanta como problema a falta de delimitação de um prazo máximo para uma medida de segurança, pois em seu texto é colocado como parâmetro para término da medida a cessação da periculosidade:

Art. 97, § 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos (BRASIL, 1984).

Ribeiro (2008) aponta que o uso da periculosidade como parâmetro para o término da internação traz a esta um caráter indeterminado, podendo ser mantida até o falecimento do agente. Dessa forma, a medida de segurança poderia se igualar a uma pena de prisão perpétua.

Com o avanço das manifestações populares juntamente com a RS, em 1988 uma nova constituição foi criada, trazendo em seu texto os desdobramentos da VIII CNS (SANTOS, MERHY, 2006). A saúde foi, então, colocada como sendo um direito social do cidadão e tendo o estado o dever de sua garantia.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988a).

Um ano após a promulgação da nova Constituição Federal, em 1989, foi proposto pelo então deputado Paulo Delgado o Projeto de Lei nº 3.657. Esse projeto previa o desligamento dos manicômios judiciários e sua substituição por tratamentos alternativos e regulamentava as internações compulsórias (MARTINS, 2013).

De imediato, a proposta de Delgado não foi aprovada, pois foi apontado que continha diversas inadequações técnicas. Somente após mais de 10 anos de revisão e adequações do projeto que este recebeu aprovação do Congresso Nacional, consolidando-se na Lei nº 10.216/ 2001 (CREMESP, 2013).

Nessa lei, consta que as pessoas com transtornos mentais têm o direito de receber o melhor tratamento ofertado pelo sistema de saúde, como pode ser visto a seguir:

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

I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades (BRASIL, 2001).

A lei também determina a não internação de pessoas com transtornos mentais em instituições com características asilares.

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

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001).

Essa lei passa a proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais, visando, portanto, à extinção dos manicômios e de instituições asilares e apoiando a oferta de tratamentos de base comunitária. Ela pode ser considerada como um marco da RP (MARTINS, 2013).

3.6 A medida de segurança no Distrito Federal

Em 2011, a população em medida de segurança no Brasil era composta por 3.989 pessoas, as quais estavam divididas em 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs). Desse total, 3.684 eram homens e 291, mulheres (em 14 casos não havia informação sobre o sexo) (DINIZ, 2013).

No DF àquele que é considerado como inimputável e/ou semi-imputável é aplicada a medida de segurança como sentença. Na modalidade de internação, essa medida de segurança é cumprida na ATP na PFDF.

O DF é um dos 3 estados a possuir uma ATP (DINIZ, 2013). Um censo realizado em 2011 pela antropóloga Debora Diniz acerca dos tratamentos psiquiátricos no Brasil revelou que, no ano de 2011, a ATP possuía uma população total de 94 pessoas, das quais 92 eram homens e 2, mulheres. Outro estudo realizado em 2013/2014 pela antropóloga Érica Quinaglia Silva mostrou uma diminuição no número da população da ATP do DF, passando para 76 pessoas na modalidade de internação, das quais 69 eram homens e 7, mulheres.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Repensar a política de saúde mental e suas (in)adequações a partir do olhar da Saúde Coletiva.

4.2 Objetivos Específicos

- Compreender as perspectivas dos internos da ATP, de seus familiares, de um juiz de direito do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), da chefe da Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais (VEP) do TJDFT, do responsável pela segurança na ATP, do coordenador do serviço de saúde na ATP, da diretora da PFDF, de um defensor público e de um procurador da República sobre a medida de segurança;
- Compreender os fatores sociais e políticos que envolvem essa sentença no DF;
- Estabelecer um paralelo desse universo com a Saúde Coletiva.

5. METODOLOGIA

Segundo Santos *et al.* (2012), o conhecimento biomédico não é suficiente para uma inteira compreensão do processo de adoecimento. É necessário um olhar mais profundo sobre o indivíduo e suas necessidades. A antropologia da saúde permite uma visão mais ampla sobre o fenômeno saúde/doença, possibilitando reflexões acerca da cultura e dos saberes populares de uma população. A partir dessa visão é possível planejar políticas públicas voltadas para as necessidades individuais, levando em consideração o contexto social em que os indivíduos se inserem.

De acordo com Geertz (1989), o método utilizado na antropologia é a etnografia. A etnografia compõe o estágio da pesquisa de ida a campo, sendo voltada para a observação participante para a compreensão, descrição e aprofundamento dos fenômenos sociais (LÉVI-STRAUSS, 1975 apud NAKAMURA, 2011). Através desse método é possível exercer uma reflexão crítica desses fenômenos (NAKAMURA, 2011).

Segundo Minayo (2010), o trabalho de campo possibilita uma maior aproximação e imersão no universo a ser pesquisado, gerando possibilidades e descobertas. Um dos procedimentos mais comuns utilizados no trabalho de campo são as entrevistas, estas que são fundamentais para a obtenção de informações e coleta de dados.

Este estudo é oriundo do projeto de pesquisa “Estudos em bioética, direitos humanos e gênero”, vinculado à Faculdade de Ceilândia (FCE) da UNB. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada em 2016 por meio de uma etnografia com realização de observação participante e entrevistas semiestruturadas com 18 pessoas, sendo elas 6 homens que cumpriam medida de segurança, 4 mulheres que cumpriam igualmente essa sentença, a mãe de uma das internas que cumpriam medida de segurança, um juiz de direito do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), a chefe da Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais (VEP) do TJDFT, o responsável pela segurança na ATP, o coordenador do serviço de saúde na ATP,

a diretora da PFDF, um defensor público e um procurador da República sobre a medida de segurança.

Embora todas as entrevistas tenham sido filmadas para compor um filme etnográfico, do qual todos autorizaram participar, justifica-se o uso de nomes fictícios das pessoas em conflito com a lei e de seus familiares, neste trabalho, para evitar uma estigmatização dessas pessoas. Os demais participantes desta pesquisa tiveram os seus nomes reais mantidos. Todos os direitos dos participantes da pesquisa foram assegurados, conforme preconizam as Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Para tanto, o projeto deste trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências Humanas da UNB (CAAE: 40056214.3.0000.5540).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização da medida de segurança

Este estudo buscou compreender a realidade da medida de segurança no DF e conhecer os mais variados aspectos que a cercam. Para tal, foram realizadas entrevistas com sentenciados, seus familiares e profissionais que representam o Estado.

Para compreender as trajetórias das pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis, buscou-se entender mais sobre a medida de segurança. Em entrevistas realizadas com profissionais que estão envolvidos com a medida de segurança, tentou-se questionar o que era essa sentença.

A analista judiciária, psicóloga e chefe da Seção Psicossocial da VEP do TJDF, Lílian Cherulli de Carvalho, afirma que a medida de segurança não é uma pena, mas sim uma sentença que deve assegurar um tratamento de saúde adequado:

A medida de segurança é uma intuição, um instituto da Lei da Execução Penal, que diz que as pessoas que são inimputáveis ou semi-imputáveis não devem receber o mesmo tratamento penal em comparação com aquelas que são plenamente saudáveis do ponto de vista da saúde mental. Então, diante de um delito, diante de um crime e de um julgamento, se condenada à medida de segurança, impõe-se que essa pessoa receba um tratamento de saúde. Então, é uma sanção, mas não necessariamente uma pena (Lílian Cherulli de Carvalho, 2016).

O defensor público e também coordenador do Núcleo de Execução Penal da Defensoria Pública do DF, Leonardo Melo Moreira, em uma linha de pensamento semelhante à de Lílian Cherulli de Carvalho, traz a ideia de a medida de segurança ser uma sanção que teria fins terapêuticos, buscando o tratamento daquelas pessoas consideradas inimputáveis em conflito com a lei. Moreira, ao explicar sobre a medida, ressalva a importância da Lei nº 10.216/2001 para a garantia da oferta de um tratamento a essas pessoas.

A medida de segurança hoje em dia, depois de muita evolução, na verdade é uma "sanção" [aspas dele] entre aspas, a todas aquelas pessoas que nos termos do artigo 26 do Código Penal não conseguem se auto-determinar de acordo com a racionalização. (...) É uma "sanção", mas na

verdade teria fins terapêuticos, segundo a legislação vigente no país, Código Penal, Código de Processo Penal, a própria Lei de Execução Penal. Todavia, a partir do movimento anti-manicomial, com a Lei nº 10.216/2001, verificou-se que o tratamento, e aí eu falo tratamento de fato, dispensado às pessoas que antigamente eram chamadas, na verdade clássica, de loucos, que hoje em dia poderiam ser chamadas de portadoras de transtornos mentais ou psicopatias, na nossa legislação era inadequado. Deveria haver de fato um tratamento visando à terapia, aos cuidados, e não somente retributivo, sancionatório (Leonardo Melo Moreira, 2016).

Nota-se que tanto Moreira quanto Carvalho chamam atenção para o tratamento garantido por lei que a medida de segurança deveria ofertar aos assegurados. Esse suposto tratamento atualmente está sendo realizado na ATP da PFDF, que é uma prisão.

O juiz de direito do TJDF, Bruno Aiello Macacari, enfatiza que a medida de segurança também tem uma finalidade retributiva com a sociedade, pois aponta que, por menos capaz que o indivíduo fosse de entender a ilicitude de seu ato, a conduta ainda assim foi executada, ainda houve um dano a alguém. Esse caráter de reparação à sociedade por um ato infracional cometido, presente na medida de segurança, também é apresentado por Carvalho.

Tem que ser analisada tanto a segurança da pessoa que foi recolhida, porque ela está sujeita à tutela do Estado e, portanto, tem que receber o tratamento adequado, quanto a segurança da coletividade como um todo, porque a gente não pode esquecer que, muito embora essa pessoa de fato não tenha capacidade de entender aquilo que fez, ela fez mal, e às vezes muito mal, a alguém. Então, também esse aspecto da segurança deve ser considerado. Ela não está lá à toa. Ela está lá porque ela entrou em um conflito com a lei, muito embora ela não tivesse capacidade de entender o que fazia, mas isso traz consequências extremamente gravosas para as vítimas também. Então, além dessa finalidade curativa, de analisar a questão sob a ótica da cura ou do tratamento, deve se compatibilizar também a questão da vítima, o sofrimento ou o dano que foi infligido à vítima (Bruno Aiello Macacari, 2016).

É uma sanção aplicada àquelas pessoas que não têm pleno domínio da sua vontade, do seu fazer, mas que é uma reparação ao mesmo tempo no campo penal por um delito ou um crime que cometeu (Lílian Cherulli de Carvalho, 2016).

Por mais que haja um anseio pela penalização do crime cometido, é importante destacar, no entanto, que, ao receberem uma medida de segurança, às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei é aplicada uma absolvição imprópria. Entende-se que o delito só ocorreu devido ao estado de sofrimento mental no qual elas se encontravam. Assim, o aspecto de compensação à sociedade pela prática do ato ilícito deve ser substituído pelo tratamento. O objetivo é que essas pessoas possam novamente conviver em sociedade. Como aponta Macacari,

A medida de segurança é prevista no próprio Código Penal e deve ser aplicada como alternativa à pena corporal. (...) As pessoas que têm algum tipo de transtorno, o que deve ser reconhecido por meio de perícia, recebem medida de segurança. (...) Ela é justamente a alternativa prevista em lei para aquele que não tem consciência do caráter ilícito da conduta que acabou praticando e que está prevista na lei como um crime. (...) Elas [essas pessoas] não podem receber pena, mas sim a medida de segurança, cuja principal finalidade é de fato o tratamento, é recuperar ou pelo menos minorar a condição psíquica dessa pessoa, desse indivíduo (Bruno Aiello Macacari, 2016).

Como anteposto, a Lei nº 10.216/2001 preconiza que a internação de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei não deva ser feita em instituições com caráter asilar (BRASIL, 2001). Todavia, persiste nas falas dos representantes do Estado entrevistados o conflito entre a segurança e a saúde. Carvalho aponta que esse ainda é um embate que envolve a medida de segurança.

Aqui em Brasília ela [a internação] acontece na Ala de Tratamento Psiquiátrico, que é uma ala dentro do presídio feminino, da Colmeia. E em outros estados, em hospitais de custódia ou em outros ambientes com características psiquiátricas, e a gente vem lutando para que não sejam asilares, mas ainda sim com essa característica bastante forte (Lílian Cherulli de Carvalho, 2016).

Moreira critica o cumprimento da medida de segurança dentro de uma penitenciária, alegando a incongruência de um tratamento dentro de um presídio, o que demonstra que o DF não está cumprindo de fato a Lei nº 10.216/2001.

(...) O que há aqui é uma Ala de Tratamento Psiquiátrico dentro de uma penitenciária. Só existem, salvo engano, três no país inteiro que assim são. Não é nem um hospital de custódia. É uma ATP de fato. Então, as condições são congêneres às de uma penitenciária. Por isso, eu digo que

é uma instituição total e o DF, como ente federativo, não está preparado e não está cumprindo de fato o que dispõe a Lei nº 10.216/2001 (Leonardo Melo Moreira, 2016).

Essa mesma crítica encontra-se presente no discurso da diretora da PFDF, Deuselita Pereira Martins. Em sua compreensão, a ATP não deveria estar inserida dentro de uma penitenciária.

Eu falo que o presídio feminino tem duas agravantes, que são a Ala de Tratamento Psiquiátrico e a ala berçário, que são duas situações que, dentro do universo de uma penitenciária, merecem um tratamento diferenciado, mas que estão inseridas dentro da penitenciária, quando não deveriam estar (Deuselita Pereira Martins, 2016).

Martins ainda enfatiza que nada difere a ATP de uma penitenciária. Enquanto alguns estados possuem HCTPs, que também já mostraram ser um modelo inadequado, o DF não chegou nem mesmo a possuir um mínimo de estrutura para a oferta de um tratamento, como preconiza a legislação. De acordo com ela, o maior diferencial entre a ATP e um presídio comum está na equipe de saúde que, a despeito da estrutura, tenta oferecer assistência à saúde.

Na verdade, eu acho que aqui não chega nem a ser um hospital. Enquanto vários estados chegaram a ter um hospital de custódia, e hoje já repensam a realidade do hospital de custódia porque também viram que não é um modelo que deu certo, nós não chegamos nem a isso. Então, a gente está bem estagnada. (...) A gente tenta dar um tratamento diferenciado. A verdade é que isso é uma prisão. O diferencial está no tratamento, na forma como se administra, porque, de resto, é uma prisão comum (Deuselita Pereira Martins, 2016).

Macacari aponta que, se é verificada a necessidade de internação, buscam-se locais alternativos à ATP, instituições parceiras, mas essa opção não é possível a todos os casos, especialmente devido aos custos com os quais a maior parte das pessoas em medida de segurança não podem arcar.

(...) Quando há uma alternativa à ATP, que é para onde nós primeiramente encaminhamos aquele que recebeu medida de internação, (...) a gente muda o local da internação (Bruno Aiello Macacari, 2016).

Continuando seu questionamento, ele explica que a falta de estrutura para o cumprimento da medida de segurança dificulta a efetivação da Lei nº 10.216/2001, pois, diante das alternativas, em muitos casos sobra somente a ATP como local para a realização de um tratamento.

Aqui a gente vive muito confrontado com aquilo que diz a lei e com aquilo que é possível fazer. A lei diz que a medida de internação deve ser cumprida em hospital psiquiátrico: hospital, veja bem o nome, hospital de custódia para tratamento psiquiátrico. O que a gente tem, infelizmente, está muito longe de ser um hospital, tanto que a ATP é uma ala do presídio feminino aqui do Distrito Federal e dos Territórios. Então, a gente acaba tendo que conviver com essas limitações. A alternativa que a gente tem, ou a saída que a gente tem, é recorrer a essas demais instituições parceiras que aceitam receber algum sentenciado para aplicar a medida de internação. Mas o modelo que a gente tem, aquele que nos é proporcionado para o cumprimento dessa medida, é a ATP no momento (Bruno Aiello Macacari, 2016).

6.2 Como se configura a Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal

O responsável pela segurança na ATP, Durval de Mattos Pinto Fernandes, descreveu a estrutura da ATP, como sendo dividida em 2 blocos.

Essa separação é para a ala masculina:

A estrutura, a ala, é dividida em 2 blocos, A e B. Atualmente, estamos com 90 internos na medida de segurança, sendo que destes uns 30% mais ou menos são da medida de segurança provisória, estão aguardando serem sentenciados. (...) O bloco A é composto por 8 celas e o bloco B é composto por 4 celas. Aí, nós temos aqui uma cela de triagem, quando o interno chega. Quando o interno chega na Ala de Tratamento Psiquiátrico, ele é posto nessa cela de transição. Ele fica ali até passar pela triagem, ser examinado. Se tiver a necessidade de ser medicado, ele vai ser medicado. E, se ele estiver bem e a [equipe de] saúde autorizar, a gente está ingressando ele no convívio com a massa carcerária. E nós temos, do outro lado, 3 celas de repouso, de enfermaria e repouso (Durval de Mattos Pinto Fernandes, 2016).

As mulheres que cumprem medida de segurança ficam junto com as presas do sistema prisional comum. Martins explica que já foram feitas tentativas de separação da ala feminina, mas os conflitos aumentavam quando isso era feito.

No caso das mulheres é bem complicado até porque elas ficam distribuídas nas celas junto com as mulheres do semiaberto. Nós já tentamos, até por insistência do Ministério Público, colocá-las em celas só elas, mas nós tivemos muita dificuldade de administrar, porque elas brigam muito entre si e ainda tem a questão de algumas

não terem cuidado com a higiene pessoal. Então, ficou muito difícil a convivência. O próprio pessoal do Ministério Público reconheceu essas dificuldades (Deusélita Pereira Martins, 2016).

A divisão da equipe de segurança dentro da ATP também é dividida entre uma equipe para a ala masculina e uma equipe para a ala feminina. Segundo Martins:

Na equipe masculina, (...) são 4 agentes durante o dia e à noite são 6 no total. Esses 6 se dividem entre a Ala de Tratamento Psiquiátrico, as rondas no perímetro e o portão e, ainda, excepcionalmente quando tem escolta fora, hospitalar, emergencial, é essa mesma equipe que vai (...). A equipe feminina é composta de 9 agentes mulheres. Então, no plantão, eu tenho em média 9 mulheres que cuidam da parte feminina e tenho 6 homens que cuidam da Ala de Tratamento [Psiquiátrico] (Deusélita Pereira Martins, 2016).

6.3 Trajetórias das pessoas consideradas inimputáveis e/ou semi-imputáveis

Havia na ATP, quando da realização desta pesquisa, 76 pessoas. Os diagnósticos recebidos pelas pessoas que participaram da pesquisa foram variados, com destaque para os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas. Quanto aos crimes, a maior parte foi cometida contra o patrimônio.

Um dos casos mais delicados observados foi o de Amy. Com um histórico de abusos sexuais cometidos por padrastos durante a infância e outros homens durante a adolescência, associado ao uso de drogas, Amy, em uma situação de extremo sofrimento mental, cometeu uma tentativa de homicídio da própria mãe. Por esse delito, foi-lhe imposta a medida de segurança.

Esse caso é emblemático porque, para além da violência reiterada sofrida ao longo da vida de Amy, sua mãe, que também participou desta pesquisa, relatou ter buscado, sem sucesso, diversos serviços na Rede de Atenção Psicossocial. Sem qualquer tratamento, Amy acabou por cometer o delito mencionado. Adele, sua mãe, revelou diversas tentativas de alcançar o Estado

para que ele provesse algum tratamento à Amy, mas, como anteposto, as tentativas não obtiveram resultados.

Fui até onde você pensar que eu fui eu fui. (...) Você vai na Secretaria de Segurança, você vai em tudo que é órgão que existe no governo, na Procuradoria-Geral da República. Eu fui pedir socorro. Eu fui. Fui lá no gabinete do procurador-geral da República. (...) Eu fui e não tive resposta de nada (Adele, 2016).

A Amy, nos momentos de crise, era internada no Hospital São Vicente de Paulo. Após passar o período de crise, recebia alta com a justificativa de ser um hospital para tratar doentes mentais e não dependência química, o que dificultou e realização de um tratamento efetivo, com acompanhamento e assistência contínuos.

Ao contar mais sobre a trajetória de sua filha, Adele relatou os abusos e as agressões sofridos por Amy.

(...) Ela foi internada lá várias vezes e, em uma dessas vezes, ela fugiu, fugiu de lá. Não me comunicaram. Eu fiquei sabendo que ela tinha fugido no dia seguinte porque a polícia me ligou às 3 horas da manhã porque ela tinha sido achada na estrada que vai para Goiânia por um caminhoneiro, nua no meio da estrada, pedindo socorro, porque ela ficou na rua, estupraram ela (Adele, 2016).

Adele aponta que a falta de assistência, de um tratamento efetivo, foi o que levou a sua filha a ingressar na ATP. O delito poderia ter sido evitado se Amy tivesse tido acesso a um serviço de saúde mental que oferecesse um tratamento adequado. No entanto, somente quando recebeu a medida de segurança passou a acessar profissionais da saúde, embora, também na Justiça, em uma prisão, o tratamento não fosse o que está legalmente previsto.

(...) Ela chegou a esse ponto porque, como eu falei, devido à doença, ela teve vários surtos e nesse surto ela teve três tentativas de assassinato comigo. Ela tentou me matar três vezes. Mas ela foi parar na Ala de Tratamento Psiquiátrico da Colmeia (...) devido à falta de tratamento, à falta de assistência, à falta de tudo que ela precisava para não chegar a esse ponto (Adele, 2016).

Este caso demonstrou despreparo e negligência por parte do Estado no atendimento às pessoas com transtornos mentais.

6.4 O acesso à saúde via Judiciário: a Ala de Tratamento Psiquiátrico

A ATP acaba por se tornar a única opção para grande parte das pessoas com transtornos mentais. Martins apresenta outro caso que para ela foi emblemático, de um homem que pegou a medida de segurança sem ter cometido nenhum crime.

(...) Eu tive um caso aqui uns 3 anos atrás, eu acredito, de uma mãe cujo filho era usuário de droga. (...) A mãe entrou com um pedido de interdição. Aí, o juiz deu a interdição e mandou recolher ele para cá. Aí, quando chegou aqui eu: “Mas ele não cometeu crime nenhum, não é o lugar dele” (Deuselita Pereira Martins, 2016).

Martins conta que entrou em contato com o juiz responsável pela decisão e questionou sobre a incongruência de alguém que não cometeu crime estar na ATP. Seu questionamento foi aceito e então decidido que o rapaz sairia da ATP desde que sua família o recebesse de volta. Mesmo com a decisão favorável do juiz à desinternação, a família não quis recebê-lo,

O juiz deu uma decisão. Ele seria desinternado desde que a família quisesse recebê-lo. Aí, “chama a mãe aqui”. Dei chazinho, cafezinho, biscoitinho, leitinho, tudo que eu podia tratar bem eu tratei. Olhei para ela ver se ela recebia, “assina aqui para receber o seu filho”. “Não. O meu filho está muito bem aqui. Olha como ele está gordinho! Olha lá! E ele até gosta de conversar com os agentes”. Eu achei até engraçado. Normalmente, todo mundo fala mal dos agentes. “Não, mas ele até gosta de conversar com os agentes. Ele também não quer sair, não. E eu não vou levar”. E aí, nós ficamos uns 15 dias tentando convencer essa mãe. Não conseguimos (Deuselita Pereira Martins, 2016).

Esse caso mostra que, desamparada, a família muitas vezes abandona as pessoas com transtornos mentais, especificamente aquelas em conflito com a lei. Nesses casos, a responsabilidade deve se deslocar da família para o Estado (QUINAGLIA SILVA; BRANDI, 2014). Não conseguindo que a família o recebesse, o juiz deu outra decisão, de que a desinternação só aconteceria se ele fosse internado em uma clínica para receber tratamento. Com muito custo, Deuselita Pereira Martins conseguiu que o hospital São Vicente de Paulo o recebesse.

(...) O juiz deu uma [decisão] dizendo que sairia daqui se fosse direto para uma clínica. Aí, eu tive que convencer a

duras penas o diretor do Hospital São Vicente de Paulo a receber (Deuselita Pereira Martins, 2016).

Carvalho questiona a fragilidade que há na rede de saúde do DF, em especial na rede de saúde mental, apontando uma falha estrutural na prestação desses serviços, como a falta de locais apropriados para uma rede substitutiva e a formação de profissionais voltada para os princípios da reforma psiquiátrica.

A rede de saúde como um todo é muito frágil e a gente está vivendo um momento muito peculiar de fragilidade. (...) A rede de saúde mental também é muito frágil por várias razões. A nossa formação como profissional da saúde ainda não é voltada para os princípios da reforma psiquiátrica. (...) A rede não dá conta da demanda. Então, houve, sim, uma procura maior pelos Centros de Atenção Psicossocial, que são os CAPS, pelos centros de referência em saúde mental. Houve um fechamento de leito e a não reposição desse serviço. Então, fecharam-se leitos psiquiátricos, mas não houve a contrapartida na mesma toada, na mesma medida. Os serviços substitutivos acontecem em parte. Não acontecem como um todo, como deveria. Então, faltam centros de convivência, faltam as cooperativas de geração de renda, cooperativas para o trabalho, de trabalho solidário, faltam as casas de passagem, faltam as residências terapêuticas, falta um número maior de CAPS, porque a demanda para cada profissional, para cada serviço, é muito superior ao que a gente dá conta de sustentar (Lílian Cherulli de Carvalho, 2016).

Essa dificuldade de acesso a uma rede estruturada de saúde mental leva o problema a desafogar dentro do sistema penitenciário, quando um delito então é cometido, situação que poderia ser amiúde evitada.

Esse transtorno ordinário, esse transtorno de todo dia, esse problema que afeta a gente todo dia, fica sem lugar e isso só cresce, só cresce, só cresce. E, quando estoura, vem na forma de um delito, vem na forma de um crime grave, vem na forma do que chama a atenção. E aí esse sujeito tem que ficar encarcerado. E é difícil romper essa lógica do encarceramento, tanto na saúde mental quanto no sistema convencional, no sistema jurídico (Lílian Cherulli de Carvalho, 2016).

Macacari sustenta que, por mais complicada que seja a situação da rede de saúde no DF, ainda há um esforço por parte do Judiciário, da administração pública, dos funcionários da ATP, de prestar um tratamento àqueles assegurados. Em sua visão, isso não é o suficiente para que se cumpra de fato

com o que é previsto em lei, mas tenta-se fazer todo o possível, dadas as condições existentes.

(...) Eu várias vezes já me perguntei a respeito disto: se é incurável a condição dele ou se ela é insuperável, de fato me falta o conhecimento específico para saber até que ponto as consequências podem ser minoradas porque, de fato, há um tratamento. Ainda que haja todas essas limitações, há, sim, uma preocupação tanto do Judiciário, quanto da administração pública, ainda que insuficiente, mas há essa preocupação. Há uma equipe de saúde específica que fica deslocada na ATP, só atende a ATP. Ainda que sejam vários assegurados e que haja apenas um psiquiatra, ele conta com apoio. Há um psiquiatra, um assistente social, um psicólogo, um pedagogo, salvo engano. Ou seja, há toda uma equipe de saúde que dá essa atenção. É o ideal? É o suficiente? De fato, não é, mas, ainda quando a gente se confronta com as condições a que a população em geral também acaba sendo submetida, por falta de recurso, por falta de meios, a gente vê que tudo aquilo que é possível de ser feito, há, sim, esse esforço para que seja feito (Bruno Aiello Macacari, 2016).

6.5 Noção de periculosidade: a estigmatização da loucura e a impossibilidade de (re)inserção social

Quando a oferta de tratamento só é encontrada dentro do sistema prisional, esse indivíduo ganha um novo estigma: além de louco, ele passa a ser considerado perigoso, como apontou Carvalho anteriormente.

Para que seja realizada a desinternação condicional deve-se antes verificar a cessação da periculosidade desse indivíduo, como é previsto pela Lei de Execução Penal. Neste sentido, Carvalho questiona a utilização da periculosidade como fator decisivo para a desinternação, tratando-a como um conceito ultrapassado para verificar a possibilidade de reinserção dos assegurados na sociedade.

A gente se ancora ainda em conceitos antigos e que não cabem mais. O mito da tal da periculosidade é um, mas ainda é usado, entendeu? (...) O problema para mim é um juiz se ancorar na cessação de periculosidade ou uma equipe de saúde se ancorar na cessação de periculosidade para dizer qualquer coisa. É um conceito já ultrapassado. (...) A gente já tem outros meios de fazer uma avaliação desse sujeito, dessas pessoas, dessa família (Lilian Cherulli de Carvalho, 2016).

Sobre a cessação da periculosidade ser um dos requisitos para a desinternação, Macacari também aponta que esse critério não é o mais adequado, mas é adotado por falta de conhecimento de outros critérios mais fidedignos que poderiam substituí-lo na hora de decidir sobre uma desinternação.

A própria lei utiliza esse critério da periculosidade para dizer quando é que a medida não é mais necessária. De fato, quando a gente para para pensar em transtornos mentais que são incuráveis, que são insuperáveis, isso fica realmente bastante fragilizado. E, de fato, eu não sei dizer qual seria um outro critério que poderia orientar o juiz no sentido de dar a medida como não mais necessária. (...) Então, a gente se pauta por isso. Agora, enquanto nós não recebermos, e sendo esse o critério que a lei utiliza, o balizamento que a lei prevê da periculosidade, enquanto isso não for mudado, ou enquanto não se apresentar, do ponto de vista dos profissionais da área, algum outro critério que seja mais fidedigno, que seja mais recomendável, a gente de fato fica preso a essa cessação de periculosidade (Bruno Aiello Macacari, 2016).

O procurador da República, Maurício Pessutto, trouxe em seu discurso a periculosidade como o fator que diferencia a pena comum da medida de segurança: enquanto aquela parte da noção de culpa, esta parte do pressuposto de periculosidade.

(...) Enquanto que a pena decorre do juízo de reprovabilidade, juízo de culpabilidade, a medida de segurança decorre do juízo de periculosidade. E essa é uma noção do Código Penal, de 1940. (...) É uma base principiológica, um conceito, uma concepção, que é revisitada com a Lei 10.216/2001 (Maurício Pessutto, 2016).

Pessutto critica esse pensamento, questionando até que ponto seria possível admitir a periculosidade de determinadas pessoas.

A partir de que ponto é possível de fato se construir esse juízo de periculosidade? Como é que isso se dá? Se dá, nessa perspectiva da medida de segurança, de uma maneira até um tanto presumida, por exemplo, o cometimento de um ato previsto como crime gera uma presunção de que a periculosidade vai existir para outras situações. Até que ponto juridicamente isso é possível de se aferir? Então, talvez uma maneira mais prática de se enxergar essa questão seja de que a gente não pode ter uma concepção preconcebida para todas as hipóteses da existência desse risco, até porque, se nós fossemos fazer isso, a periculosidade poderia envolver pessoas que não são concebidas hoje como pessoas com transtorno mental

em conflito com a lei. Poderia envolver a todos nós. Todos nós somos, até certo ponto, suscetíveis a cometimento de práticas infracionais (Maurício Pessutto, 2016).

Completando seu questionamento, Pessutto defende que uma das formas de resolver esse impasse seria o da análise minuciosa do caso concreto, se atendo ao máximo aos fatos. Ele ainda salienta que, mesmo assim, essa é uma discussão complexa e de difícil resolução, que as demais áreas do conhecimento devem dialogar entre si para encontrarem soluções mais adequadas para a substituição da noção de periculosidade.

Em uma perspectiva prática, a gente pode tentar conceber isso (...) a partir de circunstâncias concretas, e não presumidas abstratamente. E, então, (...) tentar enxergar uma lógica um pouco mais prática para o enfrentamento dessa discussão, que é uma discussão amplamente teórica e difícil, que envolve temas que ultrapassam o campo das ciências jurídicas e sociais do Direito, que alcançam uma questão das ciências médicas, da Psiquiatria, da Psicologia, da Antropologia, enfim, de outras ciências com que o Direito tem que dialogar para poder encontrar soluções (Maurício Pessutto, 2016).

Carvalho entende que o uso da noção de periculosidade como fator decisivo para uma desinternação é ultrapassado, não devendo ser a principal ferramenta para dizer se uma pessoa consegue ou não ser reinserida na sociedade.

Por que basear toda uma decisão em cima de um conceito? Como é que mede isso primeiro? O que é ser perigoso? Qual é a capacidade preditiva de um encontro com o psiquiatra, ou com o psicólogo, porque é feito assim em um encontro, (...) como é que isso vai dizer e predizer a sua capacidade de cometer um mal? O que é ser perigoso? (Lílian Cherulli de Carvalho, 2016).

Segundo Carvalho, são muitas as variáveis a se levar em consideração ao se tratar de pessoas, apontando existir métodos mais fidedignos e adequados para se avaliar se elas estão aptas ou não a viverem em sociedade.

Eu não tenho como garantir, médico nenhum vai ter como garantir, que esse sujeito não é mais perigoso. Eu posso garantir se você me disser onde ele vai morar, como, com quem, com remédio ou sem remédio, com dinheiro ou sem dinheiro, com trabalho ou sem trabalho, se ele nunca mais vai ter um desgosto na vida, se a namorada de que ele gosta vai aceitar ele, se ele vai casar e ter filhos lindos... Não tem como, endente? Eu só questiono esse conceito

como cerne de decisões que orientam a vida desse sujeito, da família, da minha, de todo mundo que está envolvido com ele. Essa é minha questão. Você tem formas de avaliar muito mais profundas, inclusive com testes, avaliações psicológicas pesadas, psiquiátricas pesadas, esse sujeito (Lílian Cherulli de Carvalho, 2016).

Além da cessação da periculosidade, a possibilidade da reinserção no núcleo familiar pesa para que seja realizada uma desinternação, como ocorreu na história contada por Martins. Macacari explica que essa visão de periculosidade sobre as pessoas que têm transtornos mentais, especificamente aquelas em conflito com a lei, muitas vezes é o fator que dificulta a relação entre elas e a família. Em muitos casos, o ato ilícito foi cometido dentro do núcleo familiar.

Muitas vezes, a vítima, como ele de fato não entende aquilo que fez, a vítima está ali dentro da própria casa (...) Então, é de fato um ponto muito delicado para gente (Bruno Aiello Macacari, 2016).

O coordenador do serviço de saúde na ATP, Alcindor Teodoro de Rezende Neto, ressalta que a falta desse apoio familiar também dificulta o tratamento, tanto durante a internação, quanto no acompanhamento após a desinternação. Citando, como exemplo, um caso atendido na ATP, afirma:

Ele precisava de um acompanhamento lá fora, precisava de uma família que se responsabilizasse por ele de forma mais presente. Não é que a família vai responder se ele cometeu alguma coisa, mas é a família que vai estar ali fiscalizando, que vai estar ali cobrando ele no dia a dia. E precisava de um serviço especializado para acompanhar a questão do transtorno dele lá fora. Ele não tem nem um e nem outro. A família, uma mãe que a gente conseguiu sensibilizar um pouco mais, que às vezes vem na visita e conversa mais com ele, mas o resto da família... O pessoal tem resistência mesmo e não quer receber (Alcindor Teodoro de Rezende Neto, 2016).

Essa situação não é incomum na ATP. Nota-se uma fala semelhante em uma entrevista com um dos assegurados da medida de segurança. Loureiro questiona a eficácia do tratamento quando não se tem juntamente um apoio familiar.

(...) Funciona o tratamento psiquiátrico aqui para aquele que quer recuperação, você me entendeu? Se tiver um apoio familiar, porque, se depender do sistema prisional, ele é falho, não funciona (Loureiro, 2016).

Em outro relato, Dave, interno da ATP há 17 anos, contou possuir uma relação difícil com sua família, a ponto de não receber visitas ou qualquer apoio por parte dela.

Hoje eu tenho uma indisposição total com a minha família a ponto de praticamente não vir ninguém, ser visto como um monstro, porque nesse meu problema existem graus, graus de agressividade, graus da própria doença (Dave, 2016).

Martins contou que, mesmo durante um período em que foi dada a Dave uma permissão de regressar para casa para tratamento médico, sua família não quis recebê-lo, fazendo com que a ATP adaptasse uma cela para que ele ali permanecesse.

(...) Ele teve um problema respiratório. Ele precisa fazer uso do balão de oxigênio. Nós não tínhamos espaço. Aí, intercedemos com o juiz. O juiz pegou e deu tipo uma liberdade condicional, foi uma desinternação condicional, para ele ficar em casa. Seria quase como uma prisão domiciliar, mas, para ele ir para casa, a família não quis receber. Aí, a família não quis receber. Nós tivemos que adaptar uma cela ali para ele e ele continua ali com o balão de oxigênio, ele continua lá (Deuselita Pereira Martins, 2016).

Em casos como o de Dave, embora a família não queira receber as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, elas não devem permanecer enclausuradas eternamente. Como anteposto, o Estado deve disponibilizar serviços substitutivos à internação, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são moradias destinadas a pessoas que perderam vínculos familiares e sociais. Atualmente, o DF não tem nenhum SRT.

Nesse contexto, Dave caracterizou, então, a medida de segurança como uma faca de dois gumes, como uma sentença que pode favorecer as pessoas que iriam para a prisão comum, por não haver superlotação, entre outras características, mas, ao mesmo tempo, pode prejudicar porque a noção de periculosidade imprime uma marca nessas pessoas capaz de impedi-las de serem reinseridas socialmente.

Quando cheguei (...), me transferiram, fizeram um exame de insanidade mental e viram a necessidade de eu permanecer aqui. Só que esta sentença é uma faca de dois gumes, um corte de dois lados, porque pode cortar a seu

favor, é uma sentença que pode lhe favorecer, e também pode lhe prejudicar, porque você pode ter uma condenação na cadeia normal muito alta e aqui ela ser diminuída com diagnósticos psiquiátricos, mas, às vezes, por ter problemas psiquiátricos, isso pode levar a uma eternidade (Dave, 2016).

6.6 Modelos substitutivos à internação: a reconstrução da loucura

Como anteriormente mencionado, o DF não possui uma rede de saúde mental devidamente estruturada, apresentando várias lacunas no que tange à oferta de tratamento a pessoas que padecem de sofrimento mental, ainda mais nos casos em que a dependência química está envolvida.

Questionando o atual modelo de assistência à saúde mental no DF, Moreira aponta exemplos que para ele são considerados de excelência, como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental – PAIPJ, em Minas Gerais, e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI, em Goiás. Segundo ele, o DF, por ser a capital, deveria ser exemplo, mas é um dos locais que possui a pior rede substitutiva no país.

Está muito incipiente se considerarmos o Brasil como um todo, está muito incipiente em alguns estados. Temos o exemplo do PAILI, em Goiás, o PAIPJ, em Minas. Todavia, na maior parte dos estados, e especificamente no DF, que deveria ser o exemplo a todo país por ser a capital, eu digo que aqui nós temos a pior rede substitutiva. Nós temos o menor índice de CAPS do país. Nós não temos sequer uma residência terapêutica, que, como sabemos, é o local destinado às pessoas que já poderiam estar desinternadas, no caso em que não têm familiares que poderiam abrigá-las (Leonardo Melo Moreira, 2016).

O PAILI e o PAIPJ também são citados por Carvalho como sendo modelos exemplares. Carvalho aponta que alguns dos estados brasileiros estão buscando criar alternativas semelhantes ao que ocorre no DF, com a Seção Psicossocial da VEP do TJDFT.

A gente tem poucas instituições como a [Seção] Psicossocial atuando no Brasil. Você tem outros lugares de vanguarda, o PAIPJ, em Minas Gerais, que é uma tentativa parceira com a saúde, o PAILI, em Goiás, e alguns Tribunais de Justiça dos estados vão criando alternativas semelhantes à nossa aqui, mas o TJDFT começou com isso de uma seção para acompanhar o juiz

da VEP, o juiz da execução penal com uma subequipe (Lílian Cherulli de Carvalho, 2016).

Pela característica terapêutica da medida de segurança, esta deveria estar mais próxima da área da saúde. Nesse sentido, Moreira acredita que o PAILI, por estar vinculado à Secretaria de Saúde, e não ao Poder Judiciário, talvez seja a melhor referência acerca de tratamento em saúde mental no Brasil.

Eu acho que a melhor situação, a melhor realidade que há, como a gente já conversou, é o que acontece no PAILI, em Goiás, porque tudo que se refere às medidas de segurança, e obviamente medida de segurança cujo fim é terapêutico, deve ser vigido por uma legislação sanitária. Então, imagino eu que [a medida de segurança] deva ficar circunscrita à questão de saúde, à Secretaria de Saúde, e não ao Poder Judiciário. O Poder Judiciário normalmente... Uma das razões da pena, das consequências, é retribuição, sanção, prevenção social. Na medida de segurança, o fim é terapêutico. Então, imagino eu que, como é para dar os cuidados, imagino eu que a questão seja atinente à Secretaria de Saúde (Leonardo Melo Moreira, 2016).

Moreira explica que o PAIPJ está inserido dentro do âmbito do Poder Judiciário e possui uma equipe intersetorial que auxilia o juiz nas tomadas de decisão acerca da medida de segurança.

O PAIPJ ocorre dentro do âmbito do Poder Judiciário, mas, muito embora seja dentro do âmbito do Poder Judiciário, há uma rede intersetorial que auxilia o juiz no acompanhamento da medida de segurança. De fato, há um estudo prévio para que o juiz seja munido de informações na hora de determinar se haverá uma saída especial, se haverá cessação de periculosidade. Então, há uma atuação mais próxima diante de uma rede substitutiva, uma rede intersetorial de profissionais que estão acompanhando diretamente os segurados, não em uma instituição total como há aqui, uma instituição asilar onde eles de fato estão segregados. Então, o que há lá é uma aproximação maior do juiz com as pessoas seguradas em razão dessa ponte que há com a rede intersetorial (Leonardo Melo Moreira, 2016).

Pessutto, também questionando sobre o atual modelo do DF, se pergunta sobre a possibilidade de haver algo próximo ao que se tem em Minas Gerais, pela característica semelhante com o DF, em que há atuação de profissionais da saúde vinculados ao Judiciário. Um fator que possibilitaria que essa proposta seguisse adiante seria incentivar e valorizar a atuação da Seção Psicossocial da VEP, já bastante ativa dentro do TJDF.

(...) É uma realidade na qual a gente deveria se espelhar e eu penso especialmente o DF. Brasília, que é a capital do país, ainda tem um modelo tão retrógrado. Enfim, aqui, ao contrário de Goiás, a meu ver, hoje não existe uma mobilização da área da saúde, mas a gente tem uma Seção Psicossocial muito ativa lá no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios que poderia fazer algo próximo ao que existe no PAIPJ (Maurício Pessutto, 2016).

A falta de uma rede substitutiva no DF dificulta que avanços sejam feitos em relação à medida de segurança. Como já mencionado, Carvalho aponta que a demanda por esses serviços no DF é superior à oferta, pois não há um número de profissionais para supri-la.

Então, faltam centros de convivências, faltam as cooperativas de geração de renda, cooperativas para trabalho, de trabalho solidário, faltam as casas de passagem, faltam as residências terapêuticas, falta um número maior de CAPS, porque a demanda para cada profissional, para cada serviço, é muito superior ao que a gente dá conta de sustentar (Lílian Cherulli de Carvalho, 2016).

O DF ainda carece de alternativas para a internação, possuindo uma rede substitutiva deficitária, faltando estrutura e profissionais. Esta falta de investimento na saúde mental corrobora para o aumento de assegurados na ATP, não possuindo locais que poderiam abrigar aqueles que têm condição de ser reinseridos na sociedade, mas não possuem família, entre outros casos.

Pessutto aponta que há dificuldades em avançar no sistema de saúde, ainda mais quando se trata da saúde mental. Ele coloca que a discussão não deve ser mais sobre a criação de hospitais de custódia, ou instituições asilares, mas que se deve focar no fortalecimento da atuação do sistema de saúde como provedor de serviço no que tange à saúde mental.

A gente sabe que todas as dificuldades que existem em relação ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde e sua implementação, seu avanço, existem ainda com mais gravidade para a saúde mental. Parece que a rede de atenção que mais sofre em avançar talvez seja a de saúde mental. E mais dificuldade ainda existe também no acesso a recursos para pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. O Ministério Público pensa que é muito importante, nessa perspectiva, que se possa avançar na implementação da Rede de Atenção Psicossocial, da RAPs. Acho que os mecanismos de atenção alternativos, a rede substitutiva, precisam estar instalados. Ela [essa

rede] precisa ir avançando. (...) A gente não trabalha na perspectiva de criação de novos hospitais de custódia. Muito pelo contrário, a ideia é que esses hospitais cada vez menos sejam utilizados e cada vez seja revisitada a sua compreensão, de como eles se postam no ordenamento jurídico e na sociedade. Então, a ideia não é criar novos hospitais de custódia, mas, para os que já existem, avançar na sua... cada vez menor utilização ou na sua recompreensão dentro do Sistema Único de Saúde para que isso possa ser assumindo de uma vez por todas pelo Sistema Único de Saúde, pela atenção à saúde pública (Maurício Pessutto, 2016).

Durante as entrevistas com os assegurados, notou-se que alguns questionavam um tratamento dentro de uma penitenciária, compreendendo que talvez lhes fosse melhor serem encaminhados para outras unidades terapêuticas. Como pode se notar na fala de Janis:

No tempo que tive uma recaída, eu não precisava de estar no sistema penitenciário, porque me pegaram em 3 mandados de prisão dos mesmos crimes. Eu precisava de uma clínica, não era grade que ia me ajudar. (...) Então, hoje me vejo assim: eu não preciso de estar detrás de umas grades, eu não preciso estar presa, eu preciso de um lugar igual ao CAPS, que tenha palestra, que fale, converse, que tenha terapia, psicólogo, médico, psiquiatra, que dê atenção e converse para a gente, converse conosco (Janis, 2016).

A mesma indagação aparece presente na fala de Maria, a qual elogia a atuação profissional dentro da ATP, porém questiona o fato de o tratamento ser realizado dentro da prisão.

Para aqueles que realmente precisam eu acho ótimo, eu acho o acompanhamento legal, psicólogos, psiquiatras, terapeutas, assistentes sociais, todos eles te ajudam muito, entendeu? Para as pessoas doentes, que é para fazer o tratamento, é bom, porém poderia ter um lugar melhor do que a cadeia, mas não tem (Maria, 2016).

A visão que a maioria dos internos apresentou sobre a ATP durante as entrevistas foi de ser uma penitenciária, não um local de tratamento. Da perspectiva dos internos, eles estão cumprindo pena. A ideia de tratamento está associada à prisão, ao cárcere. A fala de Raul aponta essa ideia que perpassou a maioria dos discursos.

(...) A gente tem uma vida aqui dentro. A gente vai ter as coisas boas e as coisas ruins. A gente não queria estar preso em um lugar porque, afinal de contas, aqui para nós é uma prisão, mas a gente está aqui para se recuperar. Beleza, vamos aceitar isso e vamos fazer como tem que ser feito para ressocializar e sair normal, aceitar o que a gente tem, que é um problema psiquiátrico (Raul, 2016).

6.7 Saúde x Segurança

A ideia de mudar a medida de segurança de um modelo atrelado ao Judiciário para um ligado à Secretaria de Saúde apareceu em diversos discursos.

Alguns dos questionamentos apontavam que a ótica sobre a medida de segurança estava voltada mais para o lado da segurança do que da saúde, esquecendo do teor terapêutico dela. Neto entende a importância do papel da segurança, mas afirma que há uma inversão de valores e que a aplicação da medida de segurança deveria ser feita pela Secretaria de Saúde, como já acontece no PAILI, por exemplo.

Não acho que deveria ser uma unidade do sistema prisional. Deveria ser uma unidade da Secretaria de Saúde, entendeu? Acho que a lógica seria inverter. Você precisa ter vigilância? Precisa ter segurança? Precisa. Todos os pacientes que estão aqui cometeram algum delito, alguns muito graves, outros menos graves. Então, você precisa ter uma certa vigilância, uma certa segurança, sim. Mas a lógica está invertida. Essa parte da questão da vigilância e da segurança se sobrepõe muito mais à questão da saúde na realidade atual (Alcindor Teodoro de Rezende Neto, 2016).

Martins aponta que a constante discussão entre a saúde e a segurança no tocante a quem deve assumir a responsabilidade pela medida de segurança é um dos fatores que dificultam a prestação dos serviços.

Das duas uma: ou passa tudo para a Secretaria de Saúde ou passa tudo para a Secretaria de Segurança e aí a Secretaria de Segurança faz concurso para médico, para enfermeiro, para auxiliar de enfermagem, para psiquiatra, para psicólogo, enfim. (...) Agora, (...) essa dicotomia aí é que é difícil (Deuselita Pereira Martins, 2016).

O conflito entre a segurança e a saúde impacta a atenção à saúde do assegurado. Para Carvalho, a segurança se sobrepõe à saúde, o que não

deveria ocorrer. Amíúde, um exame ou procedimento não é realizado pela falta do aparato de segurança.

Eu vejo um conflito intenso entre a necessidade de segurança e a necessidade de saúde. Os campos às vezes não conversam. Na prática, (...) às vezes a gente, em detrimento da segurança, da escolta, da algema, não faz um atendimento. Então, porque não tem a escolta, não tem a algema, não tem o policial, o aparato de segurança, o atendimento não é feito. É um campo de poder (...). A segurança se sobrepõe à necessidade de saúde muitas vezes (Lílian Cherulli de Carvalho, 2016).

Essa reflexão é pertinente sobretudo porque, legalmente, a medida de segurança é uma sentença que deve visar ao tratamento. Quando se prioriza a segurança, é a saúde dessa população que fica negligenciada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Imergir no universo da medida de segurança no DF permitiu observar o seu funcionamento e suas limitações. Dentre as possíveis causas que dificultam o cumprimento da Lei nº 10.216/2001, pode se verificar a falta de vontade política em investir no desenvolvimento de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental, como também o impasse entre saúde e segurança no que tange a essa sentença.

É necessário que haja um diálogo constante entre saúde e segurança, pois ambos os setores são fundamentais para a prestação de um serviço de excelência em assistir aqueles que padecem de sofrimento mental em conflito com a lei. Nesse sentido, o profissional sanitário possui as capacidades necessárias para auxiliar nesse dialogo, alinhando o direito à saúde com o cumprimento da referida lei.

Compreender os interesses dos familiares e dos assegurados e buscar soluções que os contemplem é fundamental para se alcançar os objetivos da reforma psiquiátrica. Planejar políticas públicas que unam essas necessidades com os interesses dos demais setores envolvidos propiciará uma melhoria na qualidade dos serviços prestados, aproximando-os de outros programas referenciais no Brasil.

Destarte, repensar o atual modelo empregado no DF, observando suas limitações, as necessidades dos envolvidos, desde os assegurados e familiares aos funcionários e profissionais do Estado, e buscando o conhecimento em experiências exitosas no país, possibilitará realizar mudanças que busquem melhorar a rede de saúde mental como um todo. Nesse cenário, o profissional da saúde coletiva torna-se um ator fundamental no planejamento da política de saúde mental, possuindo um olhar ampliado sobre essa situação, sem perder de vista as necessidades da população em pauta.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, 255 p.

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

BRASIL. Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940). 1940; 7 dez.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 1988. Diário Oficial da União.

BRASIL. I Conferência Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001; 6 abr.

CARRARA, Sérgio Luis. A História esquecida: Os manicômios judiciários no Brasil. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010; 20(1): 16-29

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Medida de Segurança Uma questão de Saúde e Ética. 2013.

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

FONTES, Malu. A casa dos mortos: Debora Diniz. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.97-99, jun., 2009

FOUCAULT, Michel. Doença Mental e Psicologia. São Paulo: Texto & Grafia, 2008

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

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. São Paulo: Graal, 2012.

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

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1989.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1999.

JÚNIOR, Francisco da Costa; MEDEIROS, Marcelo. ALGUNS CONCEITOS DE LOUCURA ENTRE A PSIQUIATRIA E A SAÚDE MENTAL: DIÁLOGOS ENTRE OS OPOSTOS? Psicologia USP, 2007, 18(1), 57-82.

JUNIOR, Rubens Correia; VENTURA, Carla Arena. O TRATAMENTO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL NO BRASIL – DA LEGALIZAÇÃO DA EXCLUSÃO À DIGNIDADE HUMANA. R. Dir. sanit., São Paulo v.15 n.1, p. 40-60, mar./jun. 2014.

LOPES, José Leme. A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. Revista Brasileira de Psiquiatria 2001;23(1):28-33.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia.

Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAYARA MOTA MARTINS. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE DEPENDENTES QUÍMICOS: A VISÃO DO DIREITO SANITÁRIO. 2013. 57 pgs. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. Ribeirão Preto – SP: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis - RJ: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF) E PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO (PFDC). Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001. Brasília, 2011.

MOREIRA, Juliano. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). Revista Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 14, n. 4, p. 728-768, dezembro 2011.

NAKAMURA, Eunice. O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: uma reflexão antropológica. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.95-103, 2011.

COSTA, Alexandre Bernardino et al. (organizadores). O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/ UnB, 2009.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., VII, 1, 128-141.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. REFORMA PSQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO HISTÓRICA, DESAFIOS E PERSPECTIVAS. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.4, n.9, p.52-71 ,2012.

PAIM, Jairnilson Silva. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. EDITORA DA UFBA. 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília, 28/3/2001.

PARANHOS, Fabiana. A Casa dos Mortos. [Filme-vídeo]. Produção Fabiana Paranhos, direção Fabiana Paranhos, 2009, 24min. Color. Som.

PELBART, Peter Pál. "Manicômio mental - a outra face da clausura". In: SaúdeLoucura 2. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

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

PINA, Andrecinda Rocha; CARDOSO, Antonio José Costa. Participação Popular em Saúde: Um Estudo Sobre o Conselho Regional de Saúde de Ceilândia, Distrito Federal. Revista Tempus Actas Saúde Col. 2013.

QUINAGLIA SILVA, Érica; BRANDI, Caroline Quinaglia Araújo Costa Silva. “Essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento? ”: Interloquções e desafios entre o Direito e a Psicologia no contexto judiciário. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 3947-3954, 2014.

RIBEIRO, Patrícia Colombo. A medida de segurança de internação no contexto do Estado Democrático de Direito. REVISTA DE DIREITO PÚBLICO, LONDRINA, V. 3, N. 3, P. 39-59, SET./DEZ. 2008.

SANTOS, Alessandra Carla Baia dos; SILVA, Andrey Ferreira da; SAMPAIO, Danielle Leal; SENA, Lidiane Xavier de; GOMES, Valquiria Rodrigues; LIMA, Vera Lúcia de Azevedo. ANTROPOLOGIA DA SAÚDE E DA DOENÇA: CONTRIBUIÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS EM SAÚDE. Rev. NUFEN [online]. v.4, n.2, julho-dezembro, 11-21, 2012.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006

SILVEIRA, Fernanda de Almeida; SIMANKE, Richard Theisen. A Psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. Revista de Psicologia, v. 21 – n. 1, p. 23-42, Jan/Abr. 2009.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. J Bras Psiquiatr. 2008;57(1):70-79.

9. ANEXO

9.1 Anexo 1: Parecer Consubstanciado CEP/IH

INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A medida de segurança no Distrito Federal: interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia

Pesquisador: Érica Quinaglia Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40056214.3.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas/UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.559.151

Apresentação do Projeto:

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

Recomendações:

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Inalterado em relação ao parecer do dia 26 de fevereiro de 2015 emitido pelo CEP/IH.

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisa intitulada "A medida de segurança no Distrito Federal: interlocuções e desafios entre o

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC e ALA NORTE e MEZANINO e SALA B1 e 606 (MINHOCÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Parecer: 1.559.151

Direito e a Psicologia”, coordenada pela Profa. Dra. Érica Quinaglia Silva, foi aprovada por este Comitê de Ética em Pesquisa no dia 26 de fevereiro de 2015. Esta pesquisa era uma continuidade de outra, intitulada “Saúde mental, Direito e Psicologia no âmbito da medida de segurança: interlocuções e desafios na Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios”, também aprovada por este Comitê de Ética em Pesquisa no dia 24 de junho de 2013. No dia 12 de maio de 2016, foi feita uma emenda às referidas pesquisas para pedir a prorrogação do prazo de realização das atividades previstas e a extensão delas a outros participantes envolvidos com a temática.

Entre outubro de 2013 e maio de 2014, foi realizada uma pesquisa quantitativa mediante a análise documental de todos os processos judiciais das pessoas que cumpriam medida de segurança no Distrito Federal, uma sentença aplicada a pessoas consideradas total ou parcialmente incapazes de entender a ilicitude do fato que cometeram.

Com o intuito de resgatar, para além dos dados quantitativos, dados qualitativos concernentes a essas pessoas, por meio de uma abordagem etnográfica, com observação participante e realização de entrevistas, a pesquisa estendeu-se à atenção às percepções dos sentenciados e de seus familiares sobre a vivência do encarceramento e do tratamento dispensado a eles.

O pedido ora analisado visa a alargar e aprofundar as pesquisas quantitativa e qualitativa já realizadas. Para além da análise dos processos judiciais e dos discursos dos sentenciados e de seus familiares, a pesquisadora propõe-se a investigar os posicionamentos tomados e os encaminhamentos dados pelo Estado, representado por juízes e profissionais da saúde que compõem a Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (VEP/TJDFT), no Poder Judiciário, pela diretora da Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDf), servidores da saúde e da segurança que atuam nessa instituição e defensores públicos, no Poder Executivo, e por procuradores da República e promotores de Justiça, no Ministério Público.

Ademais, a pesquisadora objetiva conhecer boas práticas concernentes à desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei e ao encaminhamento delas a serviços substitutivos à internação em instituições com ideologia carcerária. Um exemplo exitoso de atuação no âmbito da medida de segurança, em conformidade com a lei da reforma psiquiátrica, é o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili), de Goiás, que, ao receber as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, as encaminha, entre outros, aos serviços residenciais terapêuticos, locais de moradia que permitem que haja um (novo) acolhimento pela sociedade. Um dos objetivos desta nova etapa da pesquisa é apresentar a importância da implantação do Serviço

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC 2 ALA NORTE 2 MEZANINO 2 SALA B1 2 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS**



Continuação do Parecer: 1.559.151

Residencial Terapêutico no Distrito Federal.

Toda a documentação exigida por este Comitê de Ética em Pesquisa foi encaminhada e, posteriormente, avaliada e aprovada. Assim, como forma de resguardar a pesquisadora, bem como os participantes, este Comitê de Ética em Pesquisa emite novo parecer de aprovação da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_725794 E2.pdf	24/05/2016 17:37:38		Aceito
Outros	Parecer_2.pdf	12/05/2016 17:10:19	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Parecer_1.pdf	12/05/2016 17:09:40	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Entrevista_profissionais_novo.doc	12/05/2016 17:07:36	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Entrevista_usuarios_novo.doc	12/05/2016 17:06:51	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Imagem_usuarios_novo.doc	12/05/2016 17:05:52	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Imagem_profissionais_novo.doc	12/05/2016 17:04:34	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	TCLE_usuarios_novo.doc	12/05/2016 17:03:38	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	TCLE_profissionais_novo.doc	12/05/2016 17:02:25	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Aceite_SMS_novo.pdf	12/05/2016 17:00:53	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma_novo.doc	12/05/2016 16:57:19	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Emenda_CEP_CHS.pdf	12/05/2016 16:45:50	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	Parecer CEP.pdf	16/12/2014 17:32:33		Aceito
Outros	Carta de revisão ética.doc	16/12/2014 17:31:06		Aceito
Outros	Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz - familiares.doc	16/12/2014 17:29:55		Aceito
Outros	Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz - inimputáveis e semi-imputáveis.doc	16/12/2014 17:28:29		Aceito
Outros	Orçamento Financeiro.doc	16/12/2014 17:27:33		Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC 2 ALA NORTE 2 MEZANINO 2 SALA B1 2 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Parecer: 1.559.151

Outros	Instrumento da Pesquisa Qualitativa.doc	16/12/2014 17:26:48		Aceito
Outros	Carta de Encaminhamento.doc	16/12/2014 17:26:01		Aceito
Outros	Cronograma.doc	16/12/2014 17:25:25		Aceito
Outros	Aceite institucional - Ofício TJDFT.pdf	16/12/2014 17:24:59		Aceito
Outros	Aceite institucional - Decisão TJDFT.pdf	16/12/2014 17:24:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - familiares.doc	16/12/2014 17:20:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - inimputáveis e semi-imputáveis.doc	16/12/2014 17:19:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	A medida de segurança no Distrito Federal - interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia.doc	16/12/2014 17:19:08		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	16/12/2014 17:18:13		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 24 de Maio de 2016

Assinado por:
Livia Barbosa
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC à ALA NORTE à MEZANINO à SALA B1 à 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br