

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NA PARAÍBA:
ENTRE CONTROLES E ABANDONOS**

OLÍVIA MARIA DE ALMEIDA

Orientador: Prof. Dr. Gustavo B. de Mesquita Batista

Linha de Pesquisa 1 - Direitos humanos e democracia: teoria, história e política

JOÃO PESSOA – PB

AGOSTO – 2018

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NA PARAÍBA:
ENTRE CONTROLES E ABANDONOS**

OLÍVIA MARIA DE ALMEIDA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestra em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, Área de Concentração em Políticas Públicas em Direitos Humanos.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo B. de Mesquita Batista.

Linha de Pesquisa 1 - Direitos humanos e democracia: teoria, história e política.

JOÃO PESSOA – PB

2018

**Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

A447d Almeida, Olívia Maria de.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NA
PARAÍBA: ENTRE CONTROLES E ABANDONOS / Olívia Maria de
Almeida. - João Pessoa, 2018.
218 f. : il.

Orientação: Gustavo Barbosa de Mesquita Batista.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Desinstitucionalização. 2. Medidas de Segurança. 3.
Manicômio Judiciário. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Luta
antimanicomial. I. Batista, Gustavo Barbosa de
Mesquita. II. Título.

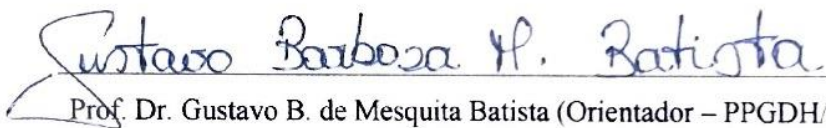
UFPB/CCJ

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NA PARAÍBA:
ENTRE CONTROLES E ABANDONOS**

OLÍVIA MARIA DE ALMEIDA

Trabalho aprovado em: 27 / 08 / 2018.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Gustavo B. de Mesquita Batista (Orientador – PPGDH/UFPB)

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Nazaré Tavares Zenaide (Examinadora Interna – PPGDH/UFPB)


Prof^ª. Dr^ª Ludmila Cerqueira Correia (Examinadora Externa – UFPB)

JOÃO PESSOA – PB
AGOSTO – 2018

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de muitas parcerias e trocas de afeto.

Inicialmente, agradeço à equipe que constrói o Programa de Pós Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas (UFPB), em especial ao professor e orientador Gustavo Batista por acolher esta pesquisa. Agradeço também às colegas da turma de 2016, nas pessoas de Martha e Kecya, amigas que tanto me ensinam e que tenho muita admiração.

Ao Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania (UFPB), à professora Ludmila e a todas as gerações que pude encontrar na assessoria jurídica popular universitária. Já são seis anos de aprendizados e muito trabalho juntas. Este Grupo foi casa e cuidado, e foi através dele que aprendi muito do que trago nesta dissertação.

Às professoras que contribuíram com o desenvolvimento desta pesquisa: Alyne e Luziana, pelas sugestões na ocasião da banca de qualificação; e Fátima Brito, pelas partilhas e por ter disponibilizado sua tese.

Às pessoas que colaboraram com esta pesquisa a partir de seus trabalhos e de suas experiências e que concederam entrevistas.

À Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba; à Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça da Paraíba; à Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba; à Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba; e à Rede de Atenção Psicossocial da Paraíba, em especial ao Serviço Residencial Terapêutico e ao Centro de Atenção Psicossocial cenários da pesquisa.

Ao grupo que compôs o Projeto de Pesquisa “Socioeducação em análise” no âmbito do Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos (UFPB), em especial à nossa coordenadora professora Nazaré Zenaide, pelas inquietações compartilhadas e orientações prestadas, por ser presença e amorosidade.

À professora Anna Luiza e ao Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Direitos Humanos (UFPB), pelas trocas e contribuições quanto ao processo de submissão desta pesquisa junto ao Comitê de Ética.

Às mulheres da Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas que tive a oportunidade de conhecer e aprender com elas, nas pessoas de Anne e Juma, e ao Núcleo Paraíba da RENFA: Adelle, Vanessa, Mairana, Mônica e Polly.

Às amigas desentocadíssimas, que resistindo às distâncias que os caminhos diversos nos colocaram, me alegraram com suas cantorias: Luana, Jana, Murilo e Talles.

Às amigas e amigos que estiveram presentes e que de alguma forma cuidaram de mim: Amanara, Cynthia, Carol, Suca, Gabi Espínola, Nymeria, Bia, Drica, Dani flor, às Marias e às crias, Gênesis, Eddie, Di, Rodrigo.

À família do Castelo pelas tardes de estudo coletivo, pelas risadas, lanches, praias e tantos outros passeios: Gabi, Ceci, Denilson, Luiz e Dani.

Às mulheres de minha família: Olívia mãe, Carla, Maria, Luiza e Vó Tonha. A elas também dedico tudo que faço e vem delas minhas inquietações e insistência em seguir trilhando caminhos antimanicomiais. Ao meu pai e a meus irmãos, pela possibilidade de sermos mudança e compreensão.

À Beatriz por ter me acolhido em sua casa em algumas etapas da pesquisa empírica.

A PF, por acreditar na gente. Pelo calor e carinho de todos os dias.

Aos programas de incentivo à pesquisa resistentes. À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de pesquisa.

RESUMO

Após 17 anos de aprovação da Lei nº 10.216/2001 e mesmo com a vinculação do Brasil à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a posterior publicação da Lei Brasileira de Inclusão, a capacidade das pessoas em sofrimento mental autoras de crime continua desconsiderada, sendo-lhes destinada como tratamento, em regra, a internação em manicômios judiciais. Outro agravante é que não há previsão de limitação temporal máxima e sua liberação é condicional, dando margem para a perpetuação do enclausuramento, com o rompimento dos vínculos familiares e a institucionalização, e para a vinculação da pessoa que porventura seja desinternada a este sistema. Frente à invisibilidade e ao abandono desta população, busca-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica e na trajetória do movimento da luta antimanicomial elementos para analisar o processo de desinstitucionalização das medidas de segurança, com foco nos casos de pessoas que permanecem na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba (PPF/PB) com sentença de desinternação prolatada. Como métodos de coleta de dados, parte-se da pesquisa documental, da observação participante na PPF/PB e da realização de entrevistas semiestruturadas. Já para a interpretação do material coletado, recorre-se à análise qualitativa e à análise de conteúdo, com a definição das seguintes categorias analíticas: processos de institucionalização na PPF/PB, Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização das medidas de segurança. Com a pesquisa empírica, constata-se que este sistema dissemina-se sobre a vida das pessoas submetidas à medida de segurança, de modo que compromete o processo de desinstitucionalização e produz uma relação de dependência institucional. Ao investigar as percepções das/os profissionais, restam nítidas as distintas noções acerca da categoria desinstitucionalização e a manutenção de uma relação de tutela e preconceito com as pessoas submetidas a medidas de segurança. Conclui-se que este sistema funciona na contramão da Reforma Psiquiátrica em sua perspectiva antimanicomial, tendo em vista estar ancorado nas noções de periculosidade e inimizabilidade, que dificultam a garantia de direitos como a liberdade, o acesso ao direito e à justiça. Assim, urge considerar a capacidade destas pessoas e transformar a forma como o Estado, as/os profissionais e a sociedade relacionam-se com a loucura.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Medidas de Segurança. Manicômio Judiciário. Reforma Psiquiátrica. Luta antimanicomial.

ABSTRACT

After 17 years of approval of Law nº 10.216/2001, and even with Brazil's binding to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the subsequent publication of the Brazilian Inclusion Law, the capacity of people in mental suffering for crimes continues to be disregarded, and the treatment of them, as a rule, is intended for hospitalization in judicial asylums. Another aggravating factor: there is no forecast of maximum temporal limitation and its release is conditional, giving room for the perpetuation of the enclosure, with the breaking of family ties and institutionalization, and for the attachment of the person who may be disinternered in this system. In view of the invisibility and the abandonment of this population, the elements of the Psychiatric Reform and the trajectory of the anti-asylum movement are persecuted in order to analyze the process of deinstitutionalization of the security measures, focusing on the cases of people who remain in the Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba (PPF/PB) with a desinternered verdict pronouncement. As methods of data collection, we initiate with documentary research, participant observation in PPF/PB, and then semi-structured interviews. For the interpretation of the material collected, qualitative analysis and content analysis are used, with the definition of the following analytical categories: institutionalization processes in the PPF/PB, Psychiatric Reform and deinstitutionalization of security measures. With the empirical research, it is verified that this system diffuses over the life of the people submitted to the security measure, which compromises the process of deinstitutionalization and produces a relation of institutional dependence. When investigating the professionals' perceptions, remains clear the distinct notions about the category of deinstitutionalization and the maintenance of a relationship of guardianship and prejudice with those subject to security measures. It is concluded that this system works against the Psychiatric Reform in its antimanicomial perspective, in view of being anchored in the notions of dangerousness and incomputability, which turns difficult to guarantee rights such as freedom, access to law and justice. Thus, it is urgent to consider the capacity of these people and transform the way the state, professionals and society relate to madness.

Keywords: Deinstitutionalization. Security measures. Judicial Asylum. Psychiatric Reform. Anti-asylum fight.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AMEA - Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Serviço de Saúde Mental do Estado da Bahia

AMPASA - Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde

ANIS - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

Art. - Artigo

ATP - Ala de Tratamento Psiquiátrico

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CDPD - Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEP/UFPA - Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba

CEPCT/PB - Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura na Paraíba

CF/88 – Constituição da República Federativa do Brasil

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CGMAD/MS - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CIDH - Comissão Interamericana de Direitos Humanos

CIT/MS - Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde

CNDH - Conselho Nacional de Direitos Humanos

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNCP/MJ - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CPJM – Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira

CT – Comunidade Terapêutica

DEPEN/MJ - Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça

DPE/PB – Defensoria Pública do Estado da Paraíba

EAP - Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei

ECTP - Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

GMF/PB - Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário do Estado da Paraíba

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INFOPEN - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

IPP - Instituto de Psiquiatria da Paraíba

LEP - Lei de Execução Penal

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social

MJ - Ministério da Justiça

MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MPE/PB – Ministério Público do Estado da Paraíba

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OEA - Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

PFDC/MPF - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal

PPF/PB - Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba

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

PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PRAÇAÍ - Programa de Atenção Integral às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Pará

PSP - Programa de Saúde Penitenciária

PVC - Programa de Volta pra Casa

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAPS/PB - Rede de Atenção Psicossocial do Estado da Paraíba

RENILA - Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SEAP/PB - Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba

SES/PB – Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ - Supremo Tribunal de Justiça

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TJ/PB - Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba

VEP/PB - Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba

LISTA DE PESSOAS ENTREVISTADAS

E1 a E5 – Pessoas submetidas à medida de segurança de internação na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba, ou que foram desinternadas desta instituição e são moradoras de um Serviço Residencial Terapêutico

E6 a E12 – Profissionais entrevistadas/os

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURA 1 - Foto da frente do Manicômio Judiciário da Paraíba	108
FIGURA 2 - Vista de cima do Manicômio Judiciário da Paraíba	111
GRÁFICO 1 – Tempo de internação da população total em sofrimento mental em conflito com o Sistema de Justiça na Paraíba	119
GRÁFICO 2 – Tempo de internação da população temporária em sofrimento mental em conflito com o Sistema de Justiça na Paraíba no mês de junho de 2018 (homens e mulheres)	120
GRÁFICO 3 – Tempo de internação dos homens submetidos à medida de segurança na PPF/PB no mês de junho de 2018	121
GRÁFICO 4 - Tempo da internação temporária dos homens na PPF/PB	121
GRÁFICO 5 - Tempo da internação temporária das mulheres no CPJM	122

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Comparativo entre tempo de internação, as penas em abstrato para os crimes cometidos e as datas das sentenças de desinternação	130
Quadro 2 – Desafios para a desinstitucionalização das medidas de segurança na Paraíba ...	168
Tabela 1 - População da Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba no mês de junho de 2018	119

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1. APROXIMAÇÕES ENTRE DIREITOS HUMANOS E REFORMA PSQUIÁTRICA.....	25
1.1 “Liberdade ainda que tam tam” : Reforma Psiquiátrica no Brasil e trajetórias da luta por uma sociedade sem manicômios	25
1.2 Instrumentos normativos no âmbito dos direitos humanos e da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	37
1.2.1 Direitos Humanos e Reforma Psiquiátrica na legislação brasileira	39
1.2.2 Direitos Humanos e Reforma Psiquiátrica no cenário internacional	45
1.3 No território, o cuidado em liberdade: panorama da assistência à saúde mental e da atenção psicossocial no Brasil	49
CAPÍTULO 2. MEDIDAS DE SEGURANÇA E MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS	59
2.1 Destrinchando a relação entre loucura e periculosidade.....	59
2.2 O Sistema de determinação das medidas de segurança no Brasil.....	72
2.2.1 Pressupostos de um sistema de exceção.....	72
2.2.2 Determinação e execução das medidas de segurança: tramas de um sistema violador de direitos	75
2.2.3 Desinstitucionalização das medidas de segurança	84
CAPÍTULO 3. ENTRANDO NA PENITENCIÁRIA DE PSIQUIATRIA FORENSE DO ESTADO DA PARAÍBA.....	95
3.1 Procedimentos metodológicos da pesquisa.....	95
3.2 Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba: “Um ponto fora da curva da Reforma Psiquiátrica”	105
3.2.1 Criação do Manicômio Judiciário da Paraíba	105
3.2.2 A Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba: estrutura, equipe e dinâmica de funcionamento	110
3.2.3 População da Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba	116
CAPÍTULO 4. TECNOLOGIAS DE CONTROLE E ABANDONO NO SISTEMA DE DETERMINAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA DO ESTADO DA PARAÍBA	126
4.1 Desafios da pesquisa: a realização das entrevistas semiestruturadas.....	126
4.2 Sem lugar, sem voz e sem direitos: estudo dos casos de cinco homens submetidos à medida de segurança na Paraíba	128
4.2.1 “Aqui é só comer, dormir e fumar”: processos de institucionalização na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba.....	131
4.2.2 A garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental autoras de crimes.....	135
4.3 “A efetivação da lei antimanicomial é a vida em sociedade”: Reforma Psiquiátrica e medidas de segurança na Paraíba.....	138
4.3.1 Impasses para a consolidação da Reforma Psiquiátrica na Paraíba	143
4.3.2 Reforma Psiquiátrica no contexto das medidas de segurança na Paraíba	150
4.3.3 Desafios para a desinstitucionalização das medidas de segurança na Paraíba.....	163

CONSIDERAÇÕES FINAIS: “A GENTE AINDA É UM POUCO MUITO HIGIENISTA, NÉ?”	173
REFERÊNCIAS.....	177
APÊNDICES	194
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	195
APÊNCIDE B - Roteiro de entrevista destinado a pessoas submetidas à medida de segurança.....	198
APÊNCIDE C - Roteiro de entrevista destinado a profissionais	199
ANEXOS.....	200
ANEXO 1 – Autorização da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba.....	201
ANEXO 2 – Autorizações da Secretaria de Estado da Cidadania e Administração Penitenciária da Paraíba.....	203
ANEXO 3 - Matéria do Jornal A União: “Renascimento: uma história de muito amor”, de 19 de agosto de 2016, ano CXXIII, número 173	205
ANEXO 4 - Matéria do Jornal da Paraíba, Caderno Cidades: “Invisíveis para sociedade e esquecidos pelas famílias”, de 05 de julho de 2015.....	206
ANEXO 5 - Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	209
ANEXO 6 - Portaria nº 001, de 19 de dezembro de 2012, da Vara Privativa das Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba.....	213
ANEXO 7 - Serviços de saúde mental da Paraíba – 2018.....	215

“Zé cometeu falha humana
ou foi raça humana que falhou com Zé?
Zé cometeu falha humana
ou foi desumana essa raça com o Zé?

Pino era de aço e no meio rachou.
o andaime despenca, Zé também desmontou.
O doutor leu o laudo
mais tarde na televisão
E lá, foi constatado, José
o culpado da situação.

Explosivo plantado de repente estourou.
tudo foi aterrado, Zé também se enterrou.
Assessor lamentava
todo o fato na televisão,
mas com cara de dó, destacava
a falha do Zé na explosão.

Caminhão carregado, suspensão arriou.
tudo vira na curva, Zé também capotou.
Coronel explicava
aos berros na televisão
que buraco na pista, não faz
motorista tombar caminhão.

Produzia no braço de repente mudou.
O José vira vaga: pra dez Zé, um robô.
Consultor se gabava
pra todos na televisão:
“Mundo otimizado não permite falha
em sua produção.”

(Douglas Germano)

INTRODUÇÃO

As pessoas em sofrimento mental historicamente foram privadas do exercício da liberdade e da cidadania e colocadas à margem dos Sistemas de Saúde e de Justiça. A reprodução de ideias centradas no hospital psiquiátrico oriundas do pensamento médico do século XIX corroborou a formulação de uma cultura de tutela e a naturalização da violência contra este público, repercutindo em sua submissão a anos de apartação social e a condições desumanas de internação.

Na análise da complexidade das relações de poder no âmbito da atenção à saúde mental, a derrubada de alguns manicômios, o fechamento expressivo de leitos e a implantação de estratégias diversas para o avanço da Reforma Psiquiátrica não significaram que as formas de controle tenham sido eliminadas ou que as lutas por direitos tenham perdido seu objeto¹. Hoje, a lógica manicomial se reinventa para justificar o desrespeito da humanidade destas pessoas por meio das noções de inimizabilidade e periculosidade. Por isso, a luta por uma sociedade sem manicômios trata da transformação desta lógica entranhada nas relações sociais, sustentadora de um sistema de moer gente, de aniquilar corpos e subjetividades.

Enquanto campo de conhecimento e atuação que está em frequente relação com outros saberes, a saúde mental mostra-se ainda mais polissêmica, intersetorial e plural, constantemente acompanhada pelo risco de ser cooptada pela lógica manicomial e capitalista ou de fazer-se reducionista, na medida em que propõe categorizações sobre as formas de vida das pessoas (AMARANTE, 2007; COE, DUARTE, 2017). Os discursos centrados no paradigma psiquiátrico e hospitalocêntrico ainda compõem os espaços de atenção à saúde mental e produzem novas institucionalidades por múltiplos fatores, dentre eles por serem rentáveis para a indústria farmacêutica e para determinados segmentos sociais influentes, como médicas/os² psiquiatras.

¹ De acordo com o relatório Saúde Mental em Dados (BRASIL, 2015b), houve uma redução de 51.393 leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) em hospitais psiquiátricos no ano de 2002, para o quantitativo de 25.988 em 2014. Neste último ano, das 167 unidades deste caráter existentes, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) indicou 10 para descredenciamento. Quanto às referidas estratégias, elas serão tratadas no primeiro capítulo desta dissertação. Como exemplo, têm-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), o Programa de Volta pra Casa (PVC) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

² Este trabalho adota o uso da barra e das duas terminações em ordem alfabética (a/o; as/os; as/es) como forma de propor uma linguagem crítica, que seja inclusiva do gênero feminino e que corrobore para a desconstrução do sexismo e da compreensão do masculino como universal. Também busca-se questionar a invisibilidade sobre as mulheres, principalmente diante de sua presença em instituições manicomiais carcerárias, bem como sobre seus sofrimentos, e ressaltar as produções de pesquisadoras e trabalhadoras na área da saúde mental (NASCIMENTO, ZANELLO, 2014; OLIVEIRA, DUQUE, WEYL, 2011).

Ao tempo em que se vê a redução de espaços de participação popular e controle social na área da saúde mental, a legitimidade e o poder da psiquiatria são constatados quando suas principais organizações retomam a chefia da administração pública e passam a ditar as políticas estatais numa perspectiva manicomial. As recentes intervenções da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD/MS) para desmontar a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, sob os argumentos do fracasso dos pressupostos antimanicomiais e da desassistência produzida com a substituição de hospitais psiquiátricos por serviços abertos, de base comunitária, caminham no ritmo em que a guinada conservadora instaura-se em diversos setores da administração pública, como consequência do golpe parlamentar, midiático e jurídico instaurado no Brasil.

Utilizando como estratégia de governamentalidade o medo, como mais uma faceta do modelo neoliberal, o Estado institucionaliza políticas manicomiais e proibicionistas³ (SILVA, 2015). E a mídia, ao difundir tal lógica, alimenta o clamor punitivo sobre os corpos considerados anormais, desviantes e desordenados, e com isso, corrobora a sensação de insegurança. Num ciclo no qual a sociedade demanda do Estado ações no âmbito penal para solucionar conflitos consequentes das desigualdades, figuras grotescas dominam a imprensa hegemônica, o Poder Judiciário, a política e a máquina administrativa, proferindo discursos violentos que lhes conferem cada vez mais poder.

Neste cenário, os Poderes Executivo e Judiciário em diversos estados brasileiros, como Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Bahia, têm avançado com a implantação de políticas e decisões racistas, higienistas, proibicionistas e violadoras de direitos. De propostas como distribuir ração humana para a população vulnerabilizada, a partir de doações de sobras de alimentos já descartados pela indústria e pelo comércio da área por estarem vencidos⁴, passando pela retirada compulsória de filhas/os de mulheres que fazem uso de drogas e que estão em situação de rua⁵, à intervenção militar⁶ e ao recrudescimento da repressão policial

³ Entende-se como política proibicionista aquela orientada por um modelo de controle de drogas consoante as convenções internacionais, determinado por uma perspectiva de criminalização, com previsão de penas privativas de liberdade para as condutas de portar, ainda que para consumo pessoal, adquirir, transportar, e outras ações referentes à produção e ao comércio de drogas consideradas ilícitas (BOITEUX, 2006). Historicamente, as políticas sobre drogas orientadas nesta perspectiva estruturam-se a partir do racismo e da seletividade da justiça penal, criminalizando categorias sociais específicas, afetando com mais intensidade a juventude negra e pobre, e em especial as mulheres negras.

⁴ Esta política foi rebatida por diversas entidades do município onde foi proposta, como o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de São Paulo (COMUSAN). Disponível em: <<http://justificando.cartacapital.com.br/2017/10/19/conselho-de-seguranca-alimentar-e-contra-racao-humana-de-doria/>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

⁵ Estas ações foram determinadas através de Portarias do Poder Judiciário, que estabeleceram a retirada imediata e compulsória das crianças filhas de mulheres que fazem uso de drogas e/ou que têm trajetória de vivência na rua, e seu encaminhamento para acolhimento institucional ou para outras famílias. Elas ainda preveem punição

contra a população que faz uso de crack, por meio de operações truculentas com invasões de casas, prisões arbitrárias e internações compulsórias⁷, são algumas das ações que ganharam mais espaço nos últimos anos no Brasil. Destaque-se também o aumento significativo do assassinato de defensoras/es de direitos humanos⁸, estando o Brasil no topo desta lista, conforme relatório publicado pela Anistia Internacional em 2018.⁹

A conjuntura brasileira atual é de retrocessos na garantia de direitos sociais, e no âmbito da atenção à saúde mental este quadro intensificou-se com a publicação da Portaria nº 3.588 em 21 de dezembro de 2017 pelo Ministério da Saúde (MS), de modo autoritário e sem o amplo debate com as pessoas mais interessadas, profissionais e usuárias/os dos serviços de atenção psicossocial, e suas/seus familiares. As modificações em curso na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) já sinalizam suas consequências: a manutenção da lógica manicomial, através do congelamento da habilitação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁰ e do investimento em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas (CTs)¹¹, para citar alguns exemplos.

para profissionais que não as cumprirem. Disponível em: <<https://www.cmbh.mg.gov.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/not%C3%ADcias/2017/03/m%C3%A3es-denunciam-recolhimento-compuls%C3%B3rio-de-beb%C3%AAs-pela-justi%C3%A7a>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

⁶ Em 16 de fevereiro de 2018, o Governo Federal ilegítimo decretou intervenção militar no Rio de Janeiro até o fim deste ano, direcionando a responsabilidade da segurança pública neste estado para um general do exército. Disponível em: <<https://theintercept.com/2018/02/17/intervencao-militar-rio-de-janeiro/>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

⁷ Estas ações também foram repudiadas por diversas organizações, instituições, Redes, movimentos sociais e profissionais, que assinaram a seguinte carta: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/carta-em-repudio-as-acoas-de-violencia-na-cracolandia-em-sao-paulo/29025/>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

⁸ O assassinato da vereadora e militante Marielle Franco no Rio de Janeiro segue sem respostas, assim como de tantas/os outras/os defensoras/es de direitos humanos caladas/os nos últimos anos no Brasil. Disponível em: <<https://theintercept.com/2018/06/13/marielle-franco-veradores-mortos/>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

⁹ Disponível em: <<https://anistia.org.br/wp-content/uploads/2018/02/informe2017-18-online1.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

¹⁰ No Brasil, os serviços de referência adotados para substituir gradativamente os manicômios foram os CAPS, dispositivos fundados num modelo distinto daquele anterior manicomial, que guardam em sua gênese a disponibilidade e a abertura para as comunidades nas quais estão inseridos. Como componentes da RAPS, eles serão analisados mais detalhadamente no primeiro capítulo deste trabalho.

¹¹ As CTs são instituições privadas de caráter religioso e manicomial, que atuam numa perspectiva fundamentalista sobre o uso de drogas e estão articuladas com setores políticos influentes, como as bancadas compostas por evangélicos e católicos. Muitas delas recebem financiamento público para ofertar o enclausuramento como modalidade de tratamento, “reeditando o conceito de “tratamento moral” do século XIX” e retomando o modelo asilar (COE, DUARTE, 2017, p. 90). Elas foram incluídas como componentes da rede substitutiva através da Portaria nº 3.088/2011, representando, assim, o primeiro passo para a crise na direção da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PASSOS, 2017). No mês de outubro de 2017, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), junto ao Conselho Federal de Psicologia (CFP) e à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) organizaram inspeções em 28 estabelecimentos nas cinco regiões do país, e averiguaram pessoas em condições de extrema vulnerabilização, adolescentes e adultos num mesmo ambiente, além de situações degradantes como trabalhos forçados e castigos, que podem ser configurados como crimes de tortura. Relatório disponível em: <<https://site.cfp.org.br/lancamento-do-relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

A intensificação dos discursos que clamam por equilíbrio emocional também repercute na prestação da assistência à saúde mental e corrobora com a expansão da indústria farmacêutica. Esta “obsessão moderna” tem alimentado os investimentos para a medicamentação excessiva com a banalização do sofrimento mental (PERRUSI, 2017, P. 29), a patologização e o julgamento moral dos comportamentos humanos, fundados em concepções racistas, misóginas e preconceituosas. Desse modo, o desempenho pessoal torna-se o critério de avaliação da adaptação e inserção social, e a saúde, como um bem que deve ser buscado incessantemente, passa a representar um fator de distinção frente a julgamentos em diversas searas (PERRUSI, 2017).

Há que se destacar ainda o agravamento de processos de sofrimento gerados pela precariedade dos ambientes e das relações de trabalho e pelo desemprego, e a exacerbação deste quadro com as Reformas Trabalhista e Previdenciária instauradas pelo atual governo ilegítimo¹². As dificuldades de inserção neste mercado afetam diretamente o contexto da assistência à saúde mental e da atenção psicossocial, principalmente quando se tratam de segmentos sociais vulnerabilizados. Os espaços de socialização veem-se cada vez mais fragilizados e censurados, e a perspectiva de futuro para as pessoas que compõem tais grupos mostra-se desarticulada. Ainda, a precariedade da vida das famílias impossibilita o cuidado de seus membros com dignidade e, assim, a demanda por serviços institucionalizados é intensificada.

Neste quadro, o contingente de pessoas que passaram por longas internações e períodos de privação de liberdade nos manicômios judiciais¹³ representa um desafio para os programas públicos e para o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira. A ação das estratégias jurídico penal e psiquiátrica sobre esta população prioriza a “doença” e o crime em detrimento da garantia de seus direitos. A submissão ao instituto da medida de segurança¹⁴ e o sequestro nas unidades manicomiais carcerárias lhes atrela ao poder de um sistema que, ao ultrapassar os limites estruturais destas instituições, se dissemina sobre toda a vida destas pessoas.

¹² Além destas Reformas, é importante mencionar a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, no dia 13 de dezembro de 2016, que congela os gastos públicos pelos próximos 20 anos. Estas reformulações são representativas do avanço do projeto neoliberal e da retomada de seus atores em espaços estratégicos de disputa política. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

¹³ Com a Reforma Penal de 1984, estas instituições passaram a ser nomeadas por Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Entretanto, o nome manicômio judicial foi adotado neste trabalho por ser o termo mais difundido na sociedade e também como estratégia para reafirmar seu caráter de exceção, que não foi modificado mesmo com a nova nomenclatura.

¹⁴ Trata-se da sanção penal destinada a este público considerado inimputável. Ela será analisada detalhadamente no segundo capítulo deste trabalho.

O fato da medida de segurança ser prevista com pressuposto na inimputabilidade e fundamento na noção de periculosidade implica na segregação das pessoas em sofrimento mental autoras de crime por tempo indeterminado, visando o controle e a defesa social. Na medida em que este sistema é atrelado à racionalidade psiquiátrica tradicional, são impostas limitações para sua reorientação na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Assim, pensar a desinstitucionalização neste contexto demanda debruçar-se sobre uma complexidade de fatores, num sistema que, ao transitar entre instituições judiciárias prisionais e psiquiátricas manicomiais, produz um terceiro discurso ainda mais violento e estigmatizante (CARVALHO, WEIGERT, 2013; FOUCAULT, 2010a).

Como categoria central deste trabalho e orientadora do processo da Reforma Psiquiátrica, entende-se por desinstitucionalização o desmontar da lógica manicomial e da diversidade de saberes (médico psiquiátrico, jurídico etc), legislações, instrumentos legais, práticas profissionais, instituições, arquiteturas, culturas e preconceitos que a compõem (SILVA, 2015). Diferente das experiências de desospitalização que representaram mudanças superficiais no âmbito da atenção à saúde mental e que ampliaram a incidência do controle da psiquiatria¹⁵, a desinstitucionalização cobra o permanente questionamento do modelo manicomial, sua negação e desconstrução, para que outras formas de lidar com a loucura sejam construídas, a partir do convívio com as contradições e das experiências de cada sujeito, com vistas ao reconhecimento e à garantia dos seus direitos (VENTURINI, 2016).

Desde a década de 1970, os segmentos do movimento social da luta antimanicomial no Brasil têm utilizado estratégias diversas para enfrentar o modelo ultrapassado centrado no manicômio. Como exemplo, a problematização da noção de periculosidade e dos termos utilizados em referência às pessoas que fazem uso dos serviços de saúde mental, a mobilização para a revisão das legislações penal, civil e sanitária, para a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e para a construção de serviços de atenção psicossocial, com a ampliação da compreensão da integralidade, na qual eles deixam de ser lugares de exclusão e disciplina para realizar o acolhimento e o cuidado a partir da sociabilidade e da produção de subjetividades (AMARANTE, 2015, 2007).

Tendo estas experiências e a Reforma Psiquiátrica como horizontes de análise, e afastando-se da ideia de neutralidade, tão enaltecida no âmbito das ditas ciências,

¹⁵ Como exemplo, países como Estados Unidos e França executaram medidas de deslocamento do cuidado do hospital psiquiátrico para outros espaços que acabaram por reproduzir sua lógica, bem como ações de cunho administrativo para redução de gastos públicos. Inicialmente, elas foram afirmadas como desinstitucionalização, mas posteriormente foram analisadas como práticas de desospitalização, servindo de subsídios para que as experiências italianas seguintes buscassem a radicalidade deste processo (CASTEL, 1987; SILVA, 2015).

especialmente no direito, este trabalho tem por objetivo analisar o processo de desinstitucionalização das medidas de segurança, com foco nos casos de pessoas que permanecem na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba (PPF/PB) com sentença de desinternação prolatada. Para isso, a observação da incidência da Reforma Psiquiátrica neste sistema e o posicionamento das/os profissionais envolvidas/os nele foram parte do caminho trilhado.

A escolha do tema deste trabalho se justifica em decorrência da trajetória acadêmica da pesquisadora junto ao Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)¹⁶. No percurso de cinco anos na extensão jurídica popular em direitos humanos e saúde mental atrelada à pesquisa, o encontro com mulheres no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM)¹⁷ e a indignação frente ao seu abandono e à violação de seus direitos provocou a inquietação alimentada neste estudo. Nesta vivência, foi possível aproximar-se do sistema de determinação e execução das medidas de segurança do estado e de suas/seus principais atores, e perceber como a porta de saída da PPF/PB representa um dos seus maiores desafios, tendo como consequências a manutenção de internações e a violação dos direitos da população custodiada.

Para alcançar o objetivo da pesquisa, foi utilizada uma metodologia orientada por procedimentos qualitativos, com a revisão de literatura, voltada para os estudos produzidos sobre a temática e os relatórios de inspeção a unidades manicomiais carcerárias já publicados, em especial aqueles que tratam da realidade da Paraíba. Os programas antimanicomiais voltados para o público em sofrimento mental autor de crime também serviram como horizonte para a formulação teórica, na medida em que corroboraram a construção de uma sensibilidade crítica e de um corpo de referências¹⁸.

Na etapa do trabalho de campo, foram utilizadas técnicas de coleta de dados diversas, como a pesquisa documental, a observação participante na PPF/PB e a realização de entrevistas semiestruturadas com homens internados e que passaram por internação na

¹⁶ Informações sobre este grupo podem ser encontradas no trabalho de conclusão de curso intitulado “Loucura e Cidadania: uma experiência de assessoria jurídica popular universitária em Direitos Humanos e Saúde Mental” (ALMEIDA, 2016), na tese “Por uma pedagogia da loucura: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira” (CORREIA, 2018), e nas redes sociais *facebook* e *instagram*. Disponíveis em: <<https://www.facebook.com/loucuraecidadania/>> e <<https://www.instagram.com/loucidualfpb/>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

¹⁷ O Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM) é o maior hospital psiquiátrico público do estado da Paraíba, responsável por receber a população de mulheres submetidas à medida de segurança, por conversão de pena ou não, bem como aquelas em internação temporária para realização de exames psiquiátricos, tendo em vista a ausência de ala específica para ela na PPF/PB.

¹⁸ Trata-se do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) e do Programa de Atenção Integral às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Pará (PRAÇAÍ), que serão abordados no segundo capítulo.

referida instituição, e com profissionais envolvidas/os na imposição e execução das medidas de segurança. Por fim, a análise de conteúdo foi adotada para o exame do material levantado.

Destaque-se que foi preciso ultrapassar os limites do município de João Pessoa onde a PPF/PB está localizada, tendo em vista que duas pessoas participantes da pesquisa foram desinternadas durante o trabalho de campo. Com isso, o cenário ampliou-se, e passou a incluir os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial do Estado da Paraíba (RAPS/PB) e a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB), no sentido de produzir um olhar de dentro para fora da PPF/PB.

Estruturada em quatro capítulos, esta dissertação inicia com as aproximações entre as áreas dos direitos humanos e da Reforma Psiquiátrica, como possível interlocução para pensar os manicômios judiciais e a garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental autoras de crime. O primeiro capítulo traz uma breve apresentação sobre a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e as trajetórias da luta por uma sociedade sem manicômios, com foco nas estratégias adotadas pelos segmentos do movimento antimanicomial.

Em seguida, este capítulo envereda pela investigação de instrumentos normativos que dispõem sobre os direitos do referido público na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, e os direitos humanos de modo geral, tanto na legislação nacional quanto no âmbito internacional. Destaquem-se as mudanças produzidas com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

Este primeiro capítulo encerra com um panorama da assistência à saúde mental no Brasil, apresentando os principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os instrumentos que lhes instituem e os últimos dados disponíveis acerca de seu funcionamento e abrangência. Também são analisados os impactos das recentes mudanças na Política Nacional de Saúde Mental que, de modo autoritário, foram aprovadas no fim de 2017.

Feitas estas primeiras explanações, o segundo capítulo estreita a análise teórica em torno do objetivo deste trabalho, observando o sistema de imposição e execução das medidas de segurança, com foco na modalidade das internações em manicômios judiciais e nas dificuldades para pensar a desinstitucionalização neste contexto. Ele principia com uma abordagem acerca da histórica relação entre a loucura e a ideia da periculosidade, não objetivando, contudo, esgotar este tema, mas elencar argumentos para a crítica sobre este fenômeno.

Adiante, este capítulo foca na caracterização do sistema de determinação das medidas de segurança no Brasil como um modelo que instaura a condição de exceção sobre a vida das pessoas as quais custodia e produz graves violações de direitos. Neste tópico, são analisadas

as categorias da inimizabilidade e da periculosidade, e ao final é realizada análise sobre o processo de desinstitucionalização das medidas de segurança no Brasil, a partir dos principais instrumentos que instauram modos de lidar com esta questão de acordo com a Reforma Psiquiátrica.

O terceiro e o quarto capítulos abordam o material coletado no trabalho de campo desta pesquisa. O primeiro deles inicia com a apresentação dos procedimentos metodológicos para a coleta dos dados, com ênfase no processo de ingresso na PPF/PB, na realização das entrevistas semiestruturadas e nos aspectos éticos e políticos que atravessaram estas etapas. Em seguida, este capítulo detém-se a caracterizar esta instituição, principal *lócus* desta pesquisa. É apresentado o contexto de sua criação, os documentos que a regulamentam, estrutura física, rotina, equipe profissional e população custodiada, dentre outros dados.

Por fim, o quarto capítulo abarca a análise sobre o material transcrito a partir das entrevistas semiestruturadas e alguns documentos levantados junto às pessoas participantes da pesquisa. Pretendeu-se relacionar as informações coletadas no decorrer da imersão no campo com o referencial teórico adotado, no sentido de observar a singularidade dos casos e sua contextualização no espaço e tempo determinados.

Para a apresentação destes dados, foram considerados os dois grupos de informantes: as pessoas submetidas a medidas de segurança com sentença de desinternação prolatada e as/os profissionais envolvidas/os com o sistema de determinação e execução destas medidas ou aquelas/es que estiveram em contato com os homens oriundos da PPF/PB, no contexto de acolhimento na RAPS/PB. Deste modo, o capítulo divide-se em dois momentos, organizados de acordo com categorias analíticas. De antemão, são abordados alguns desafios que despontaram com a realização das entrevistas, como parte da análise proposta.

Num primeiro tópico, foram apresentadas e analisadas as narrativas das pessoas internadas na PPF/PB ou que passaram por esta instituição e atualmente são moradoras de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Elas foram organizadas a partir de duas categorias: elementos que sinalizam processos de institucionalização naquele estabelecimento, e em seguida, no que se refere à garantia de seus direitos. O segundo tópico aborda as percepções das/os profissionais entrevistadas/os a respeito da Reforma Psiquiátrica e os desafios para a desinstitucionalização das medidas de segurança.

Assim, parte-se da compreensão de que o que se passa dentro de um manicômio diz respeito a toda a sociedade. Portanto, a existência de instituições dessa natureza e a manutenção do sistema de determinação e execução das medidas de segurança tem a ver com

as relações de poder e com a forma como a sociedade relaciona-se com as pessoas em sofrimento mental.

A necessidade de desenvolvimento de pesquisas sobre a realidade deste segmento social se dá em observância às recomendações presentes no Relatório do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT, 2016) às instituições do estado da Paraíba. Dentre estas recomendações, a implementação de estratégias de desinstitucionalização voltadas para este público e o envolvimento das universidades neste contexto, em articulação com os órgãos implicados na execução da medida de segurança, demonstram a contribuição desta pesquisa.

CAPÍTULO 1. APROXIMAÇÕES ENTRE DIREITOS HUMANOS E REFORMA PSQUIÁTRICA

1.1 “LIBERDADE AINDA QUE TAM TAM”¹⁹: REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL E TRAJETÓRIAS DA LUTA POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS

De acordo com a proposta de Franco Rotelli (1989), a Reforma Psiquiátrica pode ser compreendida como um processo social complexo, que ultrapassa a mera reestruturação de serviços e relocação de pessoas dentro de um modelo fechado, para ser identificada como um movimento de transformação de práticas e formas de compreensão sobre a loucura. No Brasil, ela é fruto da atuação dos segmentos do movimento da luta antimanicomial, pela reivindicação, reconhecimento e garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental, iniciada no contexto de mobilizações contra a ditadura civil militar, e também da decisão de governantes e gestoras/es (CORREIA, 2018).

O desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser dividido em três etapas²⁰. A primeira delas refere-se ao período entre 1978 e 1992, marcado pelo início das denúncias das violações de direitos nos manicômios, pelo surgimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e pelo II Congresso Nacional de Saúde Mental em Bauru. Já a segunda etapa vai do ano de 1992 a 2001, com a institucionalização de representações da militância e a inclusão das diretrizes da Reforma Psiquiátrica na política oficial, a consolidação do movimento social antimanicomial e a realização do III Congresso Nacional de Saúde Mental em Brasília (VASCONCELOS, 2008).

Por fim, a terceira fase inicia no ano de 2001 e, segundo Vasconcelos (2008, p. 38), ela é caracterizada pela “consolidação da hegemonia reformista da rede de atenção

¹⁹ Trecho retirado da Carta de Bauru, documento fruto do “Encontro de Bauru: 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios”, realizado em 2017 em Bauru - São Paulo. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

²⁰ Tendo em vista o objetivo deste trabalho, a proposta lançada por Vasconcelos (2008) foi adotada como orientação para a análise sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, no sentido de facilitar sua compreensão e apresentar os fatos mais relevantes na trajetória de sua implementação. Contudo, não se pretende estabelecer uma formulação linear, posto que, enquanto processo, ela congrega avanços e retrocessos e está em disputa a todo o momento. Diferente desta proposta, aquela adotada por Amarante (1995) é delimitada pelos processos de privatização, institucionalização e desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica, mas não representa uma análise substancialmente distinta da primeira (GOMES, 2017).

psicossocial, ampliação da agenda de saúde mental, divisão do movimento da luta antimanicomial em tendências e impactos das limitações neoliberais”²¹. A partir de 2011, percebe-se uma mudança nos rumos da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, principalmente com a retomada de projetos de cunho neoliberal e com a defesa da Reforma Psiquiátrica numa perspectiva que se distancia da proposta antimanicomial radical. É principalmente esta última etapa que interessa a este trabalho.

Especificamente quanto à projeção da Reforma Psiquiátrica como política estatal, ela foi viabilizada através de gestões que se expressaram como antimanicomiais desde sua criação até dezembro de 2015, com a exoneração de Roberto Tykanori da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD/MS). Em seguida, Valencius Wurch Duarte Filho²² foi nomeado para ocupar este cargo, representando um projeto que caminha na contramão de uma política radicalmente antimanicomial. Com sua saída em maio de 2016, este cargo de Coordenador/a da CGMAD/MS ficou vago até fevereiro de 2017, quando ocorreu a nomeação do psiquiatra Quirino Cordeiro Junior, apoiada por entidades representativas de sua categoria, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Nestes últimos três anos, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas sofreu diversos ataques, e os movimentos antimanicomiais organizaram-se para barrar as tentativas de seu desmonte e das conquistas da Reforma Psiquiátrica no país. Um destes fatos foi a ocupação da sala da CGMAD/MS por 123 dias em 2015 e 2016, na ação que ficou conhecida por “Fora Valencius”, protagonizada por militantes antimanicomiais, trabalhadoras/es e usuárias/os dos serviços da RAPS, que reivindicavam a exoneração de Valencius Wurch²³. Sua nomeação foi compreendida pelos movimentos como mais um

²¹ De modo geral, o movimento antimanicomial figura como “sujeito coletivo de direito” que atua na mobilização, reivindicação e enunciação dos direitos das pessoas em sofrimento mental (CORREIA, 2018, p. 52). Em decorrência das divergências políticas referentes à autonomia, à vinculação institucional, à complexidade na afirmação identitária e na conciliação de interesses, dentre outras questões, este movimento desdobrou-se em outros grupos que atuam de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) e diversas associações de usuárias/os e familiares. Contudo, não é objetivo deste trabalho detalhar a ação destes grupos, mas entendê-los como parte deste movimento social amplo que, em sua luta, tem instaurado modificações no âmbito das quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica que serão apresentadas neste capítulo.

²² Valencius Wurch é médico psiquiatra e foi diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras, localizada no município de Paracambi, estado do Rio de Janeiro, considerada o maior manicômio do Brasil e um dos maiores do mundo. Esta Casa foi denunciada por práticas violadoras de direitos, como a eletroconvulsoterapia, além do alto número de pessoas em internações prolongadas, conforme consta no relatório da visita da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, projeto promovido pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000).

²³ A ocupação recebeu apoio de diversas entidades no país, como a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), e também de organizações e referências para a Reforma

retrocesso para o avanço da Reforma Psiquiátrica e para a implantação de políticas públicas na saúde mental.

Neste cenário, Passos (2017) ressalta que podem ser identificadas forças de representações da psiquiatria que sinalizam a defesa da reformulação da atenção à saúde mental, restringindo o processo de Reforma Psiquiátrica à mera reorganização da assistência. Ao mesmo tempo, se veem antimanicomiais relativizando a pauta por uma sociedade sem manicômios, no sentido de alegar a possibilidade de humanização dos hospitais psiquiátricos ou considerar as novas roupagens de instituições que mantêm orientação manicomial, como as comunidades terapêuticas. Com isso, a autora convoca à problematização contínua destes projetos, e aqui, parte-se da defesa de uma perspectiva radical da Reforma Psiquiátrica, que considere as relações de poder e a manutenção de formas de silenciamento dos sujeitos.

Para analisar o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, foi adotada a sistematização formulada por Amarante (2007, 2015), na qual ela se constitui na conexão entre várias dimensões que se alimentam e estão simultaneamente em conflito. São elas as formulações teórico conceituais, técnico assistenciais, jurídico políticas²⁴ e socioculturais. Ao passo em que se entrelaçam para compor a implementação da atenção psicossocial, elas são disparadoras de novas percepções e lógicas de cuidado e de acolhimento no campo da saúde mental, voltadas para o desenvolvimento social, para a busca da garantia de direitos e para a ruptura com tudo que exclui e aprisiona (PASSOS, 2018).

A dimensão teórico conceitual relaciona-se com a reflexão sobre as noções formuladas pela psiquiatria tradicional, na medida em que coloca a doença em questão para voltar-se para a pessoa e para sua experiência de vida. Como um dos protagonistas do movimento da Psiquiatria Democrática na Itália, Franco Basaglia elaborou a proposta de colocar a doença entre parênteses, que representa, ao mesmo tempo, a denúncia da exclusão na assistência psiquiátrica e a ruptura epistemológica com a produção de conhecimento da psiquiatria (AMARANTE, 2015). Com isso, esta dimensão

Psiquiátrica em outros países, a exemplo de consultoras da Organização Mundial da Saúde (OMS). As cartas de apoio estão disponíveis em: <<https://www.viomundo.com.br/denuncias/consultores-da-oms-se-unem-a-entidades-brasileiras-contrano-novo-diretor-de-saude-mental-movimentos-sociais-protestam-em-todo-o-pais.html>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

²⁴ Yasui (2010) reformulou esta dimensão, propondo nominá-la por dimensão política. Ele argumenta no sentido do termo jurídico não ser colocado na frente do político, para que esta dimensão não seja limitada a mudanças e proposições meramente legislativas e para que seu conceito político seja destacado. Seguindo o entendimento apresentado por Correia (2018), este trabalho manteve a representação formulada por Amarante (2007, 2015), compreendendo que na relação entre Estado e sociedade, político e jurídico estão em simbiose, posto que a dimensão jurídica e “os diferentes tipos de direito são resultado da ação política da regulação das sociedades” (CORREIA, 2018, p. 35).

pode ser entendida como uma atitude epistêmica, isto é, uma atitude de produção de conhecimento, que significa a suspensão de um determinado conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão, que no caso é a experiência vivida pelos sujeitos. Desta forma, a doença entre parênteses não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar; não é a negação da experiência que a psiquiatria convencionou denominar doença mental. A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana. (AMARANTE, 2007, p. 67)

Franco Basaglia (2005) já sinalizava que as transformações que culminaram nas Reformas Psiquiátricas em distintos países ocorreram principalmente em decorrência da crise do objeto da psiquiatria tradicional – a doença. Ao perceber que as justificativas teóricas e práticas eram dadas por esta especialidade da medicina para uma realidade que ela mesma contribui na produção, compreendia que ela precisava admitir a complexidade da questão com que lida para poder dar respostas mais eficazes (GOMES, 2017). Assim, a saúde mental deixava de estar restrita a técnicas/os especializadas/os para dizer respeito a toda a sociedade.

Nesta experiência de Reforma Psiquiátrica desenvolvida na Itália, a categoria desinstitucionalização refere-se à luta contra a violência reproduzida dentro das instituições manicomiais e contra a impossibilidade de projeção de um futuro para as pessoas submetidas ao isolamento. Representa uma luta porque tem a liberdade como sustentação do exercício prático do cuidado terapêutico, e não como um resultado dado (CORREIA, 2018). Ela também diz respeito à reivindicação da transformação da representação de profissionais com relação à loucura, estando elas/es aprisionadas/os nas hierarquias institucionais e nas formas de saber poder (CORREIA, 2018; PASSOS, 2018). Segundo Venturini (2016, p. 155 e 156),

A desinstitucionalização se coloca no âmbito das concepções epistemológicas modernas, que modificaram a concepção linear de causa/efeito para vínculos/oportunidades. A desinstitucionalização é também parte de uma revolução simbólica mais geral, que não implica a substituição de um poder por outro, mas pressupõe um processo contínuo e indefinido de transformação.

[...]

Denominamos desinstitucionalização aquele processo antagônico da lógica manicomial que, em momentos reformadores, conformou tanto campos organizativos quanto certos níveis culturais. A desinstitucionalização representou uma realidade diferente da mera desospitalização, pôs em crise os paradigmas baseados em esquemas antagônicos (doença/saúde, dependência/autonomia, loucura/norma, etc). Foi o desafio vencedor contra os conceitos de não recuperação e de cronicidade e colocou, com grande capacidade intuitiva, o problema do poder no centro do processo terapêutico. Igualmente, evidenciou a conexão entre resposta efetiva às necessidades,

mudança estrutural e bem estar psíquico; foi uma ferramenta de conhecimento com elevada aceitação e eficácia e fez da recuperação da subjetividade uma das características peculiares e inovadoras da nova ciência.

Por tais desafios, o processo de desinstitucionalização deve ser compreendido de forma mais ampla e complexa, para além da saída da internação e do encaminhamento para serviços substitutivos ao manicômio. Isto posto, há que se evidenciar a relevância da dimensão sociocultural na atenção dada a este público, tendo em vista tratar-se de segmento social profundamente vulnerabilizado e invisibilizado.

A experiência da Reforma Psiquiátrica italiana merece destaque pela sua influência sobre o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) do Brasil, constituído no mesmo ano de promulgação da Lei 180 na Itália, conhecida como Lei Basaglia, em 1978²⁵. Como resultado de lutas do movimento da Psiquiatria Democrática, esta Lei propôs, pela primeira vez, o fim dos manicômios e sua substituição por outras formas de cuidado, e aboliu a relação estigmatizante que atrela loucura e periculosidade (SILVA, 2015). Ela também inspirou a criação do Dia Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil, comemorado em 18 de maio (AMARANTE, 2015).

A formação do primeiro núcleo do que se tornaria este movimento da Psiquiatria Democrática ocorreu em 1973 em Bologna, protagonizada por Franca Ongaro Basaglia e por Franco Basaglia, além de outras/os trabalhadores que atuavam na área da saúde mental. Dentre os objetivos e estratégias adotadas por este grupo, destacam-se as denúncias da condição de segregação e exclusão na qual as pessoas tidas como “doentes mentais” estavam submetidas; o questionamento da formulação de uma ciência que discursava pela sua neutralidade; a reivindicação do controle social e da gestão popular sobre os serviços nesta área; e a construção de novas relações e parcerias com organizações representativas de segmentos sociais e iniciativas com propostas democráticas, como observa Correia (2018). Segundo esta autora,

Com as suas construções teórico-práticas, a Psiquiatria Democrática tornou-se um organismo representativo da luta pela desinstitucionalização e contra a exclusão social, tendo sempre como questão central a proteção dos direitos das pessoas anteriormente internadas nos hospitais psiquiátricos, e, em seguida, atendidas nos serviços abertos no território (TRANCHINA; TEODORI, 2003; GASPARI; MUSCI, 2014). Para tanto, fez alianças com outras forças e movimentos, radicalizou as denúncias acerca da violência da instituição psiquiátrica e criou caminhos para a desmontagem do manicômio,

²⁵ Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=642>. Acesso em: 07 fev. 2018.

compreendida como a desconstrução das materialidades que reproduzem os mecanismos da recusa social e dos saberes médico-psicológicos (BARROS, 1994a; GOULART, 2004). (CORREIA, 2018, p. 41)

Franco Basaglia liderou uma das experiências mais relevantes no âmbito das Reformas Psiquiátricas, que foi o fechamento de manicômios em Trieste e Gorizia. Como um processo que efetivamente rompeu com estas instituições, pois representa a única experiência a abolir as internações como modalidade de serviço de saúde mental prestado, ele repercutiu na criação de condições para que a pessoa tida como louca fosse protagonista na desconstrução dos manicômios e das práticas que lhes correspondiam, de segregação e institucionalização da loucura. Com a ideia de liberdade como categoria em destaque para o desenho de outro modelo de atenção ao referido público, novos serviços foram construídos no âmbito de uma rede de base territorial e comunitária na Itália (BASAGLIA, 2005; CORREIA, 2018).

Com inspiração nestas experiências, outras estratégias passaram a ser utilizadas no Brasil com vistas à reformulação do modelo manicomial, presentes nas reivindicações dos segmentos do movimento antimanicomial e algumas delas incorporadas a políticas oficiais. Dentre elas, têm-se a realização de manifestações e audiências públicas; inspeções em instituições manicomiais; exercício do controle social via participação de usuárias/os dos serviços de saúde mental, suas/seus familiares e profissionais nas Conferências de Saúde Mental; formulação de materiais informativos como vídeos e textos; publicação de notas em meios de comunicação; articulação com entidades que atuam na área dos direitos humanos e também com parlamentares²⁶; revisão das legislações penal, civil e sanitária e dos conceitos que relacionam a loucura à periculosidade, à incapacidade e à irracionalidade (AMARANTE, 2007; CORREIA, 2018).

Quanto a este último ponto, referente à dimensão jurídico política da Reforma Psiquiátrica brasileira, ele insere neste processo o questionamento de categorias que simbolizam a relação entre o direito e a loucura. Atravessado por práticas e discursos caracterizados pela repressão, preconceito, exclusão e controle, esta relação viabilizou o uso do direito para legitimar medidas tutelares que representam a negação dos direitos das pessoas em sofrimento mental.

No que diz respeito aos instrumentos normativos utilizados para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, destaca-se a Lei nº 10.216/2001, fruto da luta dos segmentos

²⁶ Destaque-se a criação de uma Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial em 06 de abril de 2016, fruto da articulação de segmentos da luta antimanicomial com mais de 250 parlamentares. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/frente-reune-mais-de-250-parlamentares-pela-reforma-psiquiatica/>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

do movimento social antimanicomial e reflexo das disputas travadas no decorrer de sua tramitação e das conciliações de interesses naquele período. Por representar um importante dispositivo para a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental, ela será analisada no segundo tópico deste capítulo mais detalhadamente.

Foi também no ano de publicação desta lei que a III Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada, com o tema “Cuidar, sim. Excluir, não: efetivando a Reforma Psiquiátrica, com acesso, qualidade, humanização e controle social”²⁷. Como sua consequência, a Portaria nº 336/2002 foi promulgada, regulamentando as modalidades I, II e III dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)²⁸, a partir da complexidade do atendimento ofertado, da formação da equipe profissional e do horário de funcionamento do serviço. Sobre a importância deste espaço, destaca-se o texto do relatório desta terceira edição (BRASIL, 2002b, p. 13):

As Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental têm constituído dispositivos fundamentais de participação, controle social, debate e síntese democrática das diretrizes políticas principais e de medidas operacionais nestas áreas no País. No campo da saúde mental, as Conferências têm tido um papel crucial de dar continuidade ao processo, iniciado no Brasil nos anos 70, de crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência, e de definir as estratégias e rumos na implementação da Reforma Psiquiátrica a partir dos anos 80, em interlocução com aspirações e experiências já em implantação em diversos países do mundo.

Em 2010, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial com o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Como um de seus resultados, foi publicada a Portaria nº 3.088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos instrumentos de institucionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira (COE, DUARTE, 2017).

De acordo com o artigo 2º desta Portaria nº 3.088/2011, a RAPS deve estar orientada pelo respeito aos direitos humanos, pela busca da autonomia e da liberdade das pessoas acolhidas, pelo combate aos estigmas e preconceitos, pelo desenvolvimento de atividades no

²⁷ Importante destacar que ocorreram duas Conferências Nacionais de Saúde Mental anteriores, nos anos de 1987 e 1992, bem como diversas conferências estaduais preparatórias para as nacionais. Na medida em que se avançou em sua realização, percebeu-se o aumento da participação das pessoas em sofrimento mental e das representações de grupos organizados deste segmento social, no sentido de não mais falar-se sobre elas/es, mas delas/es protagonizarem esta luta (PEREIRA, 2004). No que concerne à II Conferência Nacional de Saúde Mental, convém rememorar que seu relatório final foi utilizado pelo Ministério da Saúde no processo de reestruturação da política de assistência em saúde mental (ALMEIDA, CORREIA, 2017).

²⁸ Estes dispositivos serão analisados no terceiro tópico deste capítulo, no âmbito da implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil.

território dos serviços, além de outras diretrizes. Quanto aos objetivos específicos, consta em seu artigo 4º a promoção do cuidado em saúde direcionado especialmente a grupos mais vulnerabilizados, a reabilitação e reinserção das pessoas através do acesso ao trabalho, à renda e à moradia, e a produção e oferta de informações sobre direitos, dentre outros.

Com a dimensão técnico assistencial da Reforma Psiquiátrica brasileira, percebe-se a ampliação da compreensão da integralidade do cuidado em saúde mental, num movimento de aproximação entre teoria e prática voltado para a organização de serviços de atenção psicossocial em rede. Nas palavras de Passos (2018, p. 132), “esta dimensão implica a substituição do modelo hospitalocêntrico por novas modalidades de atendimento, nas quais se utilizam mais recursos do território onde vivem os usuários”.

Esta mudança foi possível através da difusão do entendimento de que estes espaços não deveriam mais ser tidos como lugares para lidar com doenças, mas sim com pessoas, como ambientes para o exercício de sociabilidades e produção de subjetividades (AMARANTE, 2007). Seu planejamento veio acompanhado da transformação do atendimento prestado, frente às distintas demandas trazidas por suas/seus usuárias/os. Por isso, há que se falar que os serviços de atenção psicossocial representam importantes instrumentos de disseminação deste outro modelo de cuidado (PASSOS, 2018).

Ao articular novas formas de relacionar-se com as pessoas em sofrimento mental, esta compreensão também considera as contradições emergentes das relações pessoais. De acordo com Basaglia, produzir uma mudança social sobre a loucura diz respeito a valorar positivamente o conflito, a suspender possíveis julgamentos e preconceitos e a enfraquecer identidades e papéis sociais estabelecidos (GIANNICHEDDA, 2000). Na perspectiva de não evitar conflitos ou naturalizá-los, e de estimular denúncias de violações de direitos e responsabilizações, afirma Vasconcelos (2014, p. 276):

O usuário é a pessoa mais fragilizada entre os atores do campo, e daí a atribuição de uma cidadania especial, com direitos à discriminação positiva. Entretanto, isso deve ser balanceado com a descrição dos direitos, deveres e condições de vida e trabalho dos demais atores do campo. Por exemplo, determinados comportamentos de negligência podem ser condenáveis, mas podem também constituir um sintoma de cansaço, esgotamento ou simplesmente ausência de alternativas para os familiares na produção do cuidado, particularmente quando estes são ao mesmo tempo cuidadores e provedores. De forma similar, as condições cada vez mais precarizadas de trabalho na rede de atenção psicossocial pode induzir comportamentos de cansaço, esgotamento e desatenção pelos trabalhadores e profissionais, na sua relação com os usuários e familiares. Assim, as condições de trabalho na rede de serviços e as demandas e necessidades dos familiares devem ser explicitadas e estimuladas a sair de sua invisibilidade naturalizadora, e serem

consideradas no conjunto mais geral das condições de produção do cuidado e na responsabilização legal em caso de alguma negligência ou violação.

Ademais, como assinala Correia (2018), a rua figura como espaço fundamental para a garantia da liberdade e dos demais direitos das pessoas usuárias dos serviços de saúde mental e sua participação é crucial para o cuidado e o exercício de sua subjetividade. A respeito de seu protagonismo na transformação do modelo centrado na psiquiatria e nas discussões sobre as políticas públicas, Pereira (2004) observa que, diferente das discussões que ocorreram em outras áreas, a consolidação do campo da saúde mental não esteve restrita ao corpo técnico de profissionais especializadas/os. Isto se deu porque outros segmentos sociais participaram ativamente e ainda protagonizam a luta por uma sociedade sem manicômios e o processo para consolidação de políticas antimanicomiais.

Destaquem-se aqui os meios utilizados pelos segmentos do movimento da luta antimanicomial para sua organização, para que a participação efetiva e o protagonismo das pessoas em sofrimento mental sejam propulsores de sua liberdade e garantia de direitos. Como exemplo, além da referida participação de usuárias/os dos serviços que compõem a RAPS nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, têm-se as assembleias gerais e as reuniões ampliadas realizadas nestes serviços e o seu processo de organização em cooperativas e associações, tendo estas últimas protagonizado as reivindicações por direitos neste contexto²⁹.

Assim, foi necessário estabelecer diálogo com a sociedade para que uma nova perspectiva acerca da loucura pudesse ser disseminada e para que outro modelo de cuidado tomasse corpo e ganhasse espaço. A concretização desta dimensão sociocultural deu-se por intermédio de estratégias diversas, como a formulação de programações em alusão ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, com atividades artísticas e atos públicos, blocos de carnaval, debates abertos, execução de projetos e programas voltados para a desinstitucionalização e para a economia solidária, de rádios e vídeos etc (AMARANTE, 2007). Quanto a estes últimos, seu desenvolvimento ocorreu com entraves em face do questionamento de sua legitimidade, tendo por intenção retomar o modelo centrado no hospital psiquiátrico e no poder médico (PASSOS, 2018).

²⁹ Como exemplo desta segunda estratégia, cabe fazer referência à Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental do Estado da Bahia (AMEA) e à Associação Loucura de Nós, com sede nos municípios de Salvador (BA) e Petrolina (PE) respectivamente. Estas associações têm impulsionado a luta pela proteção, garantia e defesa dos direitos das pessoas em sofrimento mental, a partir de seu protagonismo e mobilização, e do exercício do controle social sobre as políticas públicas de saúde mental (CORREIA, 2011).

Com o olhar lançado sobre as dimensões da Reforma Psiquiátrica brasileira, percebe-se a liberdade como categoria central, componente dos projetos e das referências teóricas, práticas e políticas desta experiência. Ao ser apropriada como um direito que significa a negação da exclusão das pessoas consideradas loucas, ela pode representar a retomada de sua dignidade e individualidade e a possibilidade de realização e operacionalização de suas escolhas, posto que distancia-se das noções de segregação e tutela (PASSOS, 2017). Neste contexto, ela ganha maior dimensão por se tratar de um grupo que historicamente foi condicionado ao isolamento, tendo seu direito de ir e vir tolhido e sua sociabilidade comprometida (CORREIA, 2011).

Nas palavras de Correia (2018, p. 42), como uma questão que emerge das reflexões da Psiquiatria Democrática italiana, tem-se a “liberdade como superação da relação objetivante com o ‘doente’ e impulsionadora da sua subjetividade”. Esta proposta se dá impreterivelmente pela ruptura com o modelo manicomial centrado no hospital psiquiátrico, pelo respeito às diferenças quanto à classe, raça/cor/etnia, gênero, sexualidade etc, pela criação de possibilidades de cuidado que apostem na capacidade das pessoas em protagonizarem e operarem suas escolhas, e pela construção de outros modos de viver a partir da ocupação da cidade (PASSOS, 2017; SILVA, 2015).

Como uma categoria que está em disputa, a compreensão de liberdade defendida pelos segmentos do movimento antimanicomial ancora-se na construção coletiva de meios para que as pessoas em sofrimento mental possam exercer sua autonomia e realizar suas escolhas concretamente. A Carta produzida a partir das discussões do Encontro de Bauru, realizado em dezembro 2017³⁰, reafirma a luta por uma sociedade sem manicômios na perspectiva da garantia dos direitos humanos, “ofertando à sociedade brasileira o alegre sabor da liberdade ainda que tam tam”³¹. Consta em seu texto:

É preciso sustentar que uma sociedade sem manicômios reconhece a legitimidade incondicional do outro como o fundamento da liberdade para todos e cada um; que a vida é o valor fundamental; que a sociedade sem manicômios é uma sociedade democrática, socialista e anticapitalista.³²

A referida Carta posiciona o movimento da luta antimanicomial como ator denunciador do modelo produzido nas instituições manicomiais, inclusive nos manicômios

³⁰ Este Encontro foi um importante momento para o fortalecimento do movimento antimanicomial e para o debate acerca dos desafios desta luta, e contou com a participação de aproximadamente mil e oitocentas pessoas. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/30-anos-luta-antimanicomial/>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

³¹ Esta Carta está disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

³² Ibidem.

judiciários, tendo o Estado como principal gerenciador da sustentação destas estruturas. Este movimento social também atua como questionador da privatização e do autoritarismo na assistência em saúde mental; do modelo asilar; da política de drogas proibicionista; do genocídio, da medicalização e da criminalização da juventude negra; da redução da maioridade penal; e da intolerância religiosa³³.

Ainda que possam ser reconhecidos avanços significativos no campo da saúde mental como repercussões do processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, determinadas lógicas de exclusão e tutela seguem nutrindo as desigualdades sociais e corroborando a manutenção e a reinvenção de formas de opressão e cerceamento das liberdades. Diante disso, o movimento social antimanicomial busca a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental, no sentido de possibilitar-lhes expressarem-se, serem respeitadas em suas diferenças e singularidades e exercerem ativa e efetivamente sua cidadania. Nesta perspectiva, Emerich, Campos e Passos (2014, p. 688) afirmam que a relação entre saúde mental e direito deve ser pensada a partir das distintas dimensões da Reforma Psiquiátrica:

É necessário considerar o usuário dos serviços de saúde mental como protagonista e cogestor de sua vida, o que altera o modo de pensar a doença mental (dimensão epistemológica). Por outro lado, a Reforma se assenta em dispositivos legais de defesa dos direitos e cidadania, conduzindo a um processo de recomposição inclusiva do tecido social (dimensão jurídico-política), garantindo acesso a cuidados em serviços territoriais (dimensão técnico-assistencial), por meio da inscrição social e convivência (dimensão sociocultural).

Por conseguinte, este movimento também tensiona a existência de instituições que servem ao sistema capitalista, que reproduzem sua lógica de funcionamento e, com isso, garantem sua sustentação. Por isso, há que se falar que a Reforma Psiquiátrica orientada pela luta antimanicomial anseia muito mais do que a implantação de políticas públicas. Ela propõe a transformação de uma das formas de violações de direitos existentes mais perversas, mas conecta esta pauta a um projeto de sociedade que não admite quaisquer formas de opressão e discriminação (PASSOS, 2017).

Dentro deste projeto, a relação entre os campos da saúde mental e dos direitos humanos significa, portanto, o reconhecimento de que as pessoas em sofrimento mental

³³ Há que se destacar a formulação do manifesto de Bauru, fruto do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental realizado no ano de 1987, e da Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, redigida no III Encontro Nacional de Usuários e Familiares em 1993, em Santos - SP. Ambos os documentos reafirmam os princípios da Reforma Psiquiátrica na perspectiva antimanicomial. Eles estão disponíveis no sítio eletrônico da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME): <http://www.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=642>. Acesso em: 10 fev. 2018.

possuem tais direitos, uma vez que são consideradas cidadãs (CORREIA, 2011). Quanto a isto, Amarante rememora (2007, p. 34-35) que

no mesmo momento e contexto histórico em que foi construído o conceito de cidadania – como esta responsabilidade e possibilidade de conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura e política e social – foi construído também, em parte pelos mesmos atores sociais, o conceito de alienação mental. Se o alienado era considerado um despossuído da Razão plena – e a Razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza – existiria, na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido um cidadão. Para Leuret, discípulo de Pinel, a alienação mental produzia a perda do livre-arbítrio e, conseqüentemente, da liberdade. Para recuperar a liberdade (como livre-arbítrio) é necessário recuperar a Razão!

Com a necessária atenção aos limites da cidadania no âmbito do sistema capitalista, têm-se os direitos humanos como um dos princípios orientadores da luta antimanicomial. Contudo, a concepção adotada neste trabalho, e também por alguns segmentos do movimento antimanicomial, não é a mesma afirmada pela classe burguesa, como bem ressalta Passos (2017). Sua acepção se faz, portanto, na luta coletiva pela efetivação de direitos.

Nesta discussão, alguns instrumentos normativos destacam-se por tratarem destes direitos como uma questão de direitos humanos, observando que isto já fora sinalizado pelo próprio Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) em momento anterior, quando trouxe à tona a necessidade de uma Reforma Psiquiátrica nesta perspectiva (CORREIA, 2018). Estes dispositivos colocam no centro do processo de reformulação do cuidado direcionado a este público as seguintes categorias: direitos, liberdade, dignidade, capacidade, autonomia e protagonismo. Nas palavras de Amarante (2007, p. 69 e 70), “trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece”.

Feitas tais considerações, será iniciada uma imersão sobre as legislações que tratam dos direitos das pessoas em sofrimento mental, e em especial daquelas autoras de crime, no sentido de observar como elas têm dado respostas à loucura e à desconstrução de sua relação com a periculosidade e com a incapacidade. Partindo da análise dos instrumentos de proteção, garantia e defesa dos direitos humanos destas pessoas nos âmbitos nacional e internacional, objetiva-se produzir narrativas que disputem o estatuto jurídico destinado a elas e relacionar os dispositivos legais com a experiência brasileira de implantação da atenção psicossocial.

De antemão, ressalta-se que a luta pela efetivação dos direitos humanos é constante, mas não pode ser restringida à criação de leis, sendo estas, portanto, parte de uma trajetória

possível no cenário configurado após sua publicação (PEREIRA, 2004). Diante do histórico de negação e violação de direitos das pessoas em sofrimento mental, há que se reconhecer que a aprovação de normas jurídicas que versem sobre elas representam conquistas importantes, porém, é a mobilização política e social de usuárias/os, familiares e profissionais de serviços de saúde mental e de outros atores que propicia o fortalecimento dos direitos legalmente previstos (CORREIA, 2018).

1.2 INSTRUMENTOS NORMATIVOS NO ÂMBITO DOS DIREITOS HUMANOS E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Os instrumentos de proteção, garantia e defesa de direitos refletem as formas com que os segmentos que lhes formulam relacionam-se com as pessoas excluídas do sistema produtivo, bem como as reivindicações e disputas que foram travadas para sua formulação e publicação. Eles são, portanto, fruto de um processo histórico que não é neutro, mas que se faz atravessado pelas lutas e contradições da sociedade de sua época, e que está passível de mudanças e novas elaborações (VASCONCELOS, 2014).

Franco Basaglia (2005) já sinalizava a vinculação das leis com os contextos históricos e sociais nos quais se desenvolvem, observando que as primeiras legislações no âmbito da psiquiatria traziam a periculosidade como fundamento para argumentar a separação e o controle das pessoas em sofrimento mental (PEREIRA, 2004). Quanto à questão da cidadania, Correia (2018, p. 51) observa que “o universo da loucura se inscreveu de maneira estranha na ordem política com a criação do Estado Moderno, excluindo as loucas do estatuto de cidadania plena e do reconhecimento dos seus direitos fundamentais”. Devido à lógica que relaciona a loucura à ausência de razão, o exercício da vontade destas pessoas, sua participação social e liberdade foram comprometidos, e sua cidadania raptada em prol da tutela sobre suas vidas.

No cenário legislativo brasileiro, os instrumentos legais nas esferas civil e penal historicamente corroboraram a demarcação de um lugar social de estigmatização e isolamento para as pessoas em sofrimento mental, a partir de sua representação como incapazes e da percepção da loucura como perigosa. Por estarem no mesmo patamar hierárquico da Lei nº 10.216/2001, denominada como Lei da Reforma Psiquiátrica, muitos de seus dispositivos comprometem a efetividade desta segunda e atrasam a consolidação dos direitos humanos destas pessoas.

No Código Civil de 1916, os chamados “loucos de todo o gênero” foram considerados absolutamente incapazes, compreensão esta que permaneceu por todo o século XX, sendo combinada com a elaboração de mecanismos de controle como a interdição e a curatela. Já o Código Civil de 2002 reproduziu este entendimento, em descompasso com a Constituição Federal e com a referida Lei nº 10.216/2001. Ele manteve como “absolutamente incapazes” as pessoas que, “por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos” e aquelas que “mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade”³⁴.

Já na seara penal, do Código Criminal do Império de 1830³⁵, atravessando os Códigos Penais de 1890³⁶ e 1940³⁷, os tratamentos destinados à loucura são representativos das formas como as sociedades daqueles períodos relacionavam-se com as pessoas tidas como loucas, de modo estigmatizante e excludente. Nestas codificações, que contraditória e paulatinamente reuniram doutrinas das duas principais Escolas do Direito Penal, a Clássica e a Positiva,

³⁴ Esta é a antiga redação civil do artigo 3º, II e III, revogada pela Lei nº 13.146/2015, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, que será tratada mais a frente.

³⁵ Este foi o primeiro Código a fazer referência às pessoas consideradas loucas que cometeram crimes. Sob a influência da Constituição de 1824 de caráter liberal e com tendências iluministas, e das ideias de Jeremy Bentham no tocante à orientação utilitária para os sistemas legislativos, ele seguia o que ditava a Escola Penal Clássica (PIERANGELI, 2001). Este Código foi direcionado a uma sociedade marcada pela estratificação, na qual “eram os loucos pobres que vagavam pelas ruas oferecendo perigo às pessoas [...] que a polícia médica deveria controlar e encaminhar às Cadeias e à Santa Casa” (PERES, NERY FILHO, 2002, p. 337). Estas Casas de Correção mantinham divisões para pessoas que enlouqueciam durante o cumprimento de suas penas e, naquele período, elas representaram espaços anteriores aos manicômios judiciários (CORREIA, 2007).

³⁶ Este Código Penal de 1890 foi promulgado sob o viés dos princípios do direito clássico, ao passo em que assumiu as formulações teóricas da Escola Positiva em alguns dispositivos. Ele alterou o estatuto jurídico penal referente às pessoas em sofrimento mental autoras de crime, na medida em que reclassificou a loucura como “afeção mental” e estabeleceu a instituição a qual esse público seria destinado (ASSIS, SILVA, 2017). A expressão “loucos de todo gênero” do Código anterior passou a representar categoria muito ampla frente às mudanças de compreensão do fenômeno da loucura e das investidas da psiquiatria na área da justiça, como aliada para o fortalecimento do controle social (PERES, NERY FILHO, 2002; RAUTER, 2003). A redação do seu artigo 27 inaugurou o elemento da inimputabilidade penal e ampliou a compreensão acerca do significado da loucura e das pessoas acometidas por ela. Sendo consideradas inimputáveis e perigosas, elas deveriam ser encaminhadas para os hospitais de alienados em prol da tranquilidade da sociedade. A noção de periculosidade apareceu como medida preventiva ao crime e, de tal modo, “a prevenção/internação e defesa social/manicômio, caminhando lado a lado, tornam-se a chave do enigma da periculosidade” (MATTOS, 2006, p. 95).

³⁷ No contexto do chamado Estado Novo, esta nova legislação agregou de maneira mais contundente as ideias da Escola Penal Positiva, mas também manteve preceitos da doutrina clássica em seus dispositivos, além de incorporar os discursos médico psiquiátricos e criminológicos (RAUTER, 2003). A doutrina da Escola Positiva foi somada à influência do anteprojeto Stoos e da legislação penal italiana, que nos chegou através do Código Rocco e do duplo binário, sistema que estabeleceu dois modos de reação penal, no qual a medida de segurança figurava como complemento da pena, ocasionando uma dupla aplicação destas sanções (CORREIA, 2007). A partir de então, a periculosidade tornou-se o fundamento das medidas de segurança, como característica de determinados segmentos sociais tidos como delinquentes, dentre eles as pessoas em sofrimento mental. Em decorrência das novas técnicas disciplinares incorporadas ao Poder Judiciário como meios para auferir a tendência ao cometimento de crimes, o arbítrio do/a juiz/a fora ampliado, dando margem para que preconceitos sejam elencados como parte do julgamento (RAUTER, 2003). Assim, a “doença mental” não é mais determinante absoluta para auferir a inimputabilidade da pessoa autora de crime e o critério biopsicológico passou a orientar a imputabilidade. A análise sobre este Código e as mudanças decorrentes da Reforma Penal de 1984 serão retomadas no segundo capítulo deste trabalho.

também emergiu a noção de discernimento como elemento avaliativo de comportamentos que reverberam em crimes (ASSIS, SILVA, 2017; PERES, NERY FILHO, 2002).

Estes instrumentos legais acabaram por produzir a própria violação dos direitos das pessoas consideradas loucas e também daquelas autoras de crimes, na medida em que as consideraram inimputáveis e incapazes. Em sua lógica, estas pessoas foram objeto do direito desde sua captura para fora das normas vigentes, sendo alvo de intervenções ditas protetivas, mas que mascaram estratégias para sua neutralização e exclusão (ASSIS, SILVA, 2017; CARVALHO, 2013).

Por outro lado, o Estado brasileiro assimilou documentos relacionados a questões de saúde mental e do sistema carcerário como instrumentos de responsabilização nacional e internacional para a proteção, garantia e defesa de direitos humanos, no sentido de transformar o modelo de cuidado em saúde mental e reparar os danos produzidos por anos de exclusão. Tendo em vista que o reconhecimento dos direitos expressos em normas jurídicas não é suficiente para sua efetividade, principalmente quando se tratam de segmentos sociais vulnerabilizados, é preciso resgatar o contexto de sua publicação, seus princípios e diretrizes, e disputar narrativas e interpretações a seu respeito.

1.2.1 DIREITOS HUMANOS E REFORMA PSIQUIÁTRICA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Além de representar o instrumento que inicia a inserção do Brasil no contexto da proteção internacional dos direitos humanos, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) é uma importante ferramenta para argumentar sobre a necessária garantia dos direitos fundamentais das pessoas em sofrimento mental (ROSATO, CORREIA, 2011). Ela permaneceu por muitos anos como único documento legal disponível para subsidiar as lutas do movimento antimanicomial, na direção de romper com a lógica que mantém o manicômio como instituição para a atenção à saúde mental. Ainda na década de 1980, ela serviu como fundamento para a produção das primeiras rupturas com este modelo no Brasil³⁸.

³⁸ Antônio Lancetti rememora a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em 1989, quando traz à tona a cena em que o então Secretário Municipal de Saúde, David Capistrano, argumenta sobre o fechamento daquela instituição, utilizando a Constituição Federal de 1988 como principal documento: “Nós com aquela arma e com a Constituição de 1988, nada mais porque não tinha lei, não tinha lei nenhuma na época...”. Esta fala está contida no vídeo “35 Anos de Basaglia no Brasil: Mesa da tarde (2º dia): Antônio Lancetti”, a partir de 11 minutos. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=mRSGJNbRv_A>. Acesso em: 06 jan. 2018.

A inclusão do direito à saúde na CF/88 foi resultado da luta de movimentos sociais no período de redemocratização do Brasil, a partir da inédita participação popular no processo de definição da agenda constitucional. O pioneirismo de sanitaristas no final da década de 1970 culminou na elaboração de uma proposta técnica para a formulação de um sistema de saúde que, em seguida, foi apresentada como emenda popular (DALLARI, 2009, 2003)³⁹. Assim, a atuação de profissionais desta área que trabalhavam no sistema público reverberou na construção do texto que trata da atenção à saúde, inaugurando um novo tratamento para este direito. A partir de então, ele passou a ser compreendido em sentido amplo, no qual todas as pessoas têm o acesso ao atendimento integral garantido por lei, inclusive a população privada de liberdade (CORREIA, 2017).

Nesta concepção ampliada, a implementação deste direito social requer a solidariedade e a repartição de competências entre os entes da federação⁴⁰. Ela exige a integração das ações de saúde em nível do Poder Executivo, a conjugação de recursos na prestação de serviços de assistência à saúde dentro de um sistema único e descentralizado, composto por instituições públicas e complementado por serviços da própria comunidade, filantrópicos e privados, vinculados ao Estado e disponíveis em todos os níveis da assistência (SARLET, MOLINARO, 2010/2011).

Por ter sua efetividade ligada às políticas sociais e econômicas dependentes da própria organização estatal, o direito à saúde também demanda a compreensão das variáveis sociais, culturais e econômicas que permeiam o ambiente no qual será efetivado (DALLARI, 2009). Deste modo, ele cobra que sejam formuladas políticas públicas nas quais a sociedade participe ativamente e as especificidades de grupos vulnerabilizados sejam consideradas em sua complexidade (CORREIA, 2017).

Além da previsão constitucional, este direito foi regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que determinam os princípios e as diretrizes para sua implementação e dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, para a organização e o funcionamento dos serviços nesta área e para a participação da comunidade na gestão do

³⁹ A contribuição do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) no processo de estruturação do movimento sanitário e na institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) também merece destaque. Em 1979, este Centro apresentou o documento intitulado “A Questão Democrática na Área da Saúde” no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados, propondo diretrizes para o debate da saúde como direito e expressão “autenticamente democrática”, por meio da efetivação de algumas medidas, como a criação de um SUS estatal e descentralizado (CORREIA, 2018; FLEURY, 1997). Este documento está disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/10/a-questao-democratica-na-area-da-saude/>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

⁴⁰ De acordo com o artigo 23, II, da carta constitucional “É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”, e o artigo 30, VII: “Compete aos Municípios: VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”.

Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com os princípios que regem este Sistema desde as citadas bases legais, a assistência à saúde deve se dar de forma universal, integral e igualitária, “sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”, de modo que a autonomia das pessoas e o direito à informação sobre sua própria saúde sejam preservados (artigo 7º da Lei nº 8.080/90) (BRASIL, 1990).

No que se refere especificamente à população em sofrimento mental autora de crime, importa observar como a Constituição Federal trata a questão da imputabilidade penal, que representa a capacidade de entendimento para uma pessoa ser responsabilizada penalmente. Ela retoma o critério referente à idade, sendo, contudo, omissa quanto à inimputabilidade psíquica. Diante desta omissão constitucional, insurge a compreensão de que determinados dispositivos legais constitucionais sejam tomados como princípios orientadores das sanções penais em todas as suas espécies (penas, medidas de segurança e medidas socioeducativas).

A determinação constitucional que proíbe penas de caráter perpétuo, dentre outras situações degradantes⁴¹, exemplifica esta necessidade de estender o tratamento jurídico penal a todos os tipos de sanções, no sentido de limitá-los e de buscar efetivar formas de responsabilização que estejam de acordo com o chamado princípio da humanidade (WEIGERT, 2015). Conforme Carvalho (2013, p. 512 - 513),

No momento da análise dos princípios constitucionais configuradores das sanções penais no direito penal brasileiro, foi afirmada a necessidade de compatibilização entre o tratamento jurídico das penas e o das medidas de segurança, para além do fato de a Constituição ser omissa em relação às últimas. O caráter sancionatório e punitivo das medidas de segurança impõe que o texto constitucional seja interpretado de forma ampla, na qual o termo pena deve adquirir conceitualmente o sentido de sanção penal, conglobando, portanto, as penas criminais, as medidas de segurança e, inclusive, as medidas socioeducativas. Assim, o comando do art. 5º, b, da Constituição, que veda a perpetuidade da pena, inexoravelmente alcança as medidas de segurança.

Ademais, o preceito que estabelece os tipos de sanções adotados no Brasil⁴² pode ser interpretado de modo a assumir que a privação de liberdade seja a última opção imposta à pessoa autora de crime, de acordo com o princípio da excepcionalidade ou da intervenção mínima (WEIGERT, 2015). Ainda, o termo “entre outras”, presente na redação do artigo 5º, XLVI, autoriza a criação de novas respostas para situações de cometimento de crimes, e pode

⁴¹ De acordo com este art. 5º, XLVII: “não haverá penas: a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX; b) de caráter perpétuo; c) de trabalhos forçados; d) de banimento; e) cruéis”.

⁴² Consta no art. 5º, XLVI: “a lei regulará a individualização da pena e adotará, entre outras, as seguintes: a) privação ou restrição da liberdade; b) perda de bens; c) multa; d) prestação social alternativa; e) suspensão ou interdição de direitos”.

ser interpretado de modo que o tratamento ambulatorial⁴³ seja a primeira opção adotada nestes casos.

Outro importante instrumento normativo que avançou na constituição de um dever do Estado no âmbito da saúde mental é a Lei nº 10.216/2001. Ainda que as principais diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira tenham sido assumidas oficialmente como política de governo na década de 1990, foi com sua promulgação que o redirecionamento do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro foi regulamentado⁴⁴ e o antigo Decreto Federal nº 24.559 de 1934 foi revogado⁴⁵ (HEIDRICH, 2017).

Ela foi aprovada após a rejeição do Projeto de Lei inicial nº 3.657 apresentado por Paulo Delgado em 1989 e doze anos de tramitação e debates, permanecendo por quase uma década no Senado Federal⁴⁶. Em sua redação final, a maior parte de seus dispositivos discorrem sobre o processo de internação, de modo que pode-se avaliar que ela não trouxe pontos cruciais para a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental, ainda que tenha proibido expressamente a internação em instituições com características asilares e previsto ações para interromper práticas arbitrárias neste campo⁴⁷.

Como exemplos das reformulações sobre o texto original desta Lei, a necessidade de extinção progressiva dos manicômios, a proibição de criação de novas instituições e de contratação de novos leitos foram transformados no impedimento de ampliação da rede existente⁴⁸. Sua redação final também define as modalidades de internação (voluntária,

⁴³ A modalidade de tratamento ambulatorial prevê o comparecimento a hospital para acompanhamento terapêutico em dias definidos por profissional da área médica, sem a obrigatoriedade da internação em instituições fechadas. Esta discussão será retomada no segundo capítulo deste trabalho.

⁴⁴ Neste processo de reformulação da legislação vigente, diversas leis estaduais e municipais passaram a ser promulgadas a partir da década de 1990 com o apoio dos movimentos sociais, como estratégia para avançar com a Reforma Psiquiátrica no país e reforçar a aprovação do projeto inicial (AMARANTE, 2007; HEIDRICH, 2017). As legislações referentes à Reforma Psiquiátrica no estado da Paraíba e no município de João Pessoa serão analisadas no último capítulo desta dissertação.

⁴⁵ Este Decreto dispôs sobre a “profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos”. Baseado na ideia de defesa social e na incapacidade civil deste público, seu texto é mais uma evidência da construção da relação entre periculosidade e loucura (BRITO, 2016).

⁴⁶ O Projeto de Lei nº 3.657/89 fazia referência expressa à referida Lei italiana nº 180 e trazia o desmonte da estrutura manicomial como proposta, dando continuidade aos debates travados na I Conferência Nacional de Saúde Mental (HEIDRICH, 2017). A resistência para sua aprovação veio principalmente das associações de proprietários de hospitais que, com seus negócios ameaçados, se organizaram em *lobbies* e fizeram terror com familiares de pessoas internadas em manicômios, o que acabou por repercutir positivamente na opinião pública e nas associações de familiares e usuárias/os (AMARANTE, 2015; PEREIRA, 2004).

⁴⁷ Na análise de Yasui (2010, p. 63): “Sete (4º a 10º) de seus treze artigos, referem-se exclusivamente à regulamentação da internação psiquiátrica, enquanto dois (1º e 2º) aludem aos “direitos e à proteção das pessoas acometidas de transtorno mental”. A mudança de modelo de atendimento aparece como uma sugestão no item IX do parágrafo único, do artigo 2º, expressa como direito da pessoa em “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. Os outros artigos se relacionam à responsabilidade do Estado, às pesquisas científicas e à criação de uma comissão para acompanhar a implementação da lei.”

⁴⁸ Por não ordenar expressamente o fechamento de hospitais psiquiátricos, esta Lei nº 10.216/2001 tem sido utilizada por grupos da categoria médica no sentido de argumentar pela manutenção do modelo hospitalocêntrico

involuntária e compulsória), ainda que determine que esta seja a última opção a ser adotada, nos casos em que os recursos extra-hospitalares não forem suficientes. Diante destas ressalvas, avalia-se que ela se distancia da radicalidade do projeto inicial, na medida em que não expande o reconhecimento dos direitos de liberdade e restringe-se a tratar de direitos de natureza sanitária (ASSIS, SILVA, 2017; PEREIRA, 2004).

Por outro lado, foi com sua publicação que as pessoas em sofrimento mental foram tidas como protagonistas desta discussão, como novos sujeitos políticos titulares de direitos legalmente determinados (CORREIA, 2018). Nas palavras de Silva (2015, p. 104), com esta Lei, “esta população é convocada a fazer parte da *pólis* como sujeito do poder político e pode, finalmente, tornar-se cidadã – a despeito da não desarticulação da noção de periculosidade à loucura, no próprio Código Penal”.

Como rememora Pereira (2004), a tramitação do referido Projeto de Lei teve a participação efetiva do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) na mobilização jurídica e política de profissionais e usuárias/os dos serviços de saúde mental, e de suas/seus familiares, culminando na enunciação de novos direitos e de mecanismos para sua garantia. Esta Lei integra, portanto, as estratégias do movimento social antimanicomial “que buscava a abertura de um canal que garantisse a entrada no circuito legislativo das suas ideias e proposições” (PEREIRA, 2004, p. 109).

Mesmo com a vigência desta Lei, os segmentos do movimento social antimanicomial prosseguiram com suas mobilizações, ainda que elas tenham sido reduzidas e por vezes deslocadas para as políticas de governo internas ao Estado (YASUI, 2010). Quanto a isto, o que Correia (2018, p. 62) sinaliza é sintomático do cenário que se desenvolveu em torno do campo da saúde mental e da luta antimanicomial: “é importante reconhecer os processos

(COE, DUARTE, 2017; PEREIRA, 2004). A nota técnica lançada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), uma das mais influentes entidades deste setor, encaminhada através do ofício nº 068/17/ABP/SEC de 25 de abril de 2017, junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e a outras organizações, é representativa disto. Este documento critica a trajetória de implementação da RAPS no Brasil e a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos, utilizando conceitos ultrapassados como “doentes mentais”, “incapacidade” e “dependência química” para argumentar a favor do retorno da centralidade da assistência psiquiátrica manicomial, da manutenção dos leitos psiquiátricos existentes e da criação de novos leitos. Há que se destacar que nesta nota há referência aos manicômios judiciais, a partir da constatação da insuficiência das estruturas existentes e da defesa de sua ampliação. Ela também trata da população prisional e da necessidade de tratamento para ela. Em resposta, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) lançou a Nota Técnica nº 05/2017-PFDC, de 3 de maio de 2017, na qual discorda “da proposta que os leitos psiquiátricos em Serviços Hospitalares Especializados sejam mantidos, melhorados e qualificados” e considera “descabida a proposta de aumento de vagas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”. A nota técnica da ABP e demais entidades está disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2017/04/Nota-tecnica-sobre-a-calamidade-na-assistencia-publica-em-saude-mental-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018. Já a nota da PFDC/MPF está disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/nota-tecnica-5-2017-pfdc-mpf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

institucionais pelos quais os direitos adquirem sentido concreto na vida dessas pessoas e como as práticas sociais que criam direitos e formas de gestão dos conflitos sociais não ocorrem necessariamente no espaço do direito estatal”.

Com esta afirmação, a autora evidencia o processo de luta por direitos realizadas em espaços coletivos, que reúnam tanto pessoas em sofrimento mental, usuárias dos serviços de saúde mental, como suas/seus familiares e trabalhadoras desta área. Com esta pluralidade de atores e o reconhecimento da liberdade do segmento social em sofrimento mental, o exercício de alteridade é vivenciado coletivamente, na prática da escuta, das trocas de experiências e da comunicação que seja compreensível, não estando restrito a discussões abstratas teóricas ou normativas (CORREIA, 2018).

Também importa destacar que esta Lei previu dispositivos para reparar a dívida social com relação àquelas pessoas que estiveram por anos em condições de isolamento manicomial ou que se tornaram dependentes destas instituições, seja em decorrência de demanda na própria saúde e ausência de outro ambiente de cuidado, ou pela inexistência de suporte social. Seu artigo 5º dispõe que elas serão “objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário” (BRASIL, 2001).

Por fim, foi com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/2015, que a compreensão sobre a capacidade presente na referida codificação civil foi alterada e a possibilidade de se auferir sua ausência às pessoas com deficiência foi abolida. A partir de então, de acordo com Assis e Silva (2017, p. 169), a capacidade “deve ser entendida como o atributo de ser titular de direitos e deveres (capacidade legal), próprio do sujeito de direitos, bem como de exercê-los (legitimação para atuar)”.

Além de reforçar as recomendações da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e extinguir a incapacidade absoluta, a Lei nº 13.146/2015 desmonta as ideias de deficiência mental e enfermidade e do discernimento enquanto componente avaliativo em situações de cometimento de crime. Na leitura de Assis e Silva (2017), ao abolir a ausência de capacidade, esta Lei conduz à interpretação de que a inimputabilidade penal não tem mais fundamento legal para existir, devendo, portanto, ser extinta das codificações juntamente com os demais conceitos que a ela estão vinculados.

1.2.2 DIREITOS HUMANOS E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CENÁRIO INTERNACIONAL

No âmbito dos documentos internacionais, a Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 inaugura a trajetória de formação do chamado Direito Internacional dos Direitos Humanos, seguida dos Pactos Internacionais sobre Direitos Civis e Políticos e sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos aprovados em 1966 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, sendo os últimos ratificados pelo Brasil em 1992.

Neste percurso de publicação de importantes instrumentos pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Declaração de Caracas de 1990 merece destaque⁴⁹. Fruto da Conferência para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, na qual representantes do Brasil estiveram presentes, ela propôs a reestruturação do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico, voltando-se para estratégias focadas na comunidade e em suas redes sociais. Sobressai em seu texto o tópico no qual aborda a necessidade de revisão das legislações dos países latino americanos, de modo que assegurem a promoção e defesa dos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental e organizem seus serviços assistenciais para este fim (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1990).

Organismos de direitos humanos de abrangência global e regional também passaram a adotar providências para a proteção dos direitos das pessoas em sofrimento mental, no sentido de buscar prevenir novas violações, dar visibilidade àquelas já ocorridas, responsabilizar e constranger os países infratores. Com a publicidade de casos desta natureza, os Estados são convidados a justificar e revisar suas práticas, o que auxilia em mudanças na lógica governamental e no avanço interno para a garantia dos direitos de suas populações (ROSATO, CORREIA, 2011).

Como exemplo, o caso de Damião Ximenes Lopes representa a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA)⁵⁰. Em 1999, Damião Ximenes foi internado numa clínica psiquiátrica credenciada ao SUS no município de Sobral, estado do Ceará. Quatro dias depois do seu

⁴⁹ Destaque-se que o Brasil também ratificou a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, em 20 de julho de 1989, e a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, em 28 de setembro de 1989.

⁵⁰ Esta também foi a primeira vez que esta Corte tratou das condições desumanas nas quais as pessoas em sofrimento mental são submetidas (ROSATO, CORREIA, 2011).

ingresso na instituição, sua mãe foi visitá-lo e o encontrou machucado e com sinais de maus tratos, de modo que veio a óbito naquele mesmo dia (BORGES, 2009).

Diante da gravidade da situação, a família de Damião ajuizou ações nos âmbitos criminal e cível contra o proprietário da clínica psiquiátrica, ao tempo em que peticionou perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), com o apoio da organização não governamental Justiça Global. Em 2006, esta Comissão condenou o Brasil:

Pela violação ao direito à integridade pessoal, à vida, à proteção judicial e às garantias judiciais consagradas nos artigos 5, 4, 25 e 8 respectivamente, da Convenção Americana, devido à hospitalização de Damião Ximenes Lopes em condições inumanas e degradantes, às violações de sua integridade pessoal, a seu assassinato; e às violações da obrigação de investigar, o direito a um recurso efetivo e às garantias judiciais relacionadas com a investigação dos fatos. A Comissão concluiu igualmente que em relação à violação de tais artigos o Estado violou igualmente seu dever genérico de respeitar e garantir os direitos consagrados na Convenção Americana a que se refere o artigo 1(1) de dito tratado. (CIDH, 2004, p. 587, *apud* ROSATO, CORREIA, 2011, p. 100)

A Comissão Interamericana também recomendou que o governo brasileiro procedesse a investigação do caso e a reparação das/os familiares de Damião. Entretanto, diante do cumprimento parcial das recomendações, o caso foi submetido à Corte Interamericana em 2004. Após uma audiência na qual o Brasil alegou não identificar as violações dos direitos à proteção judicial e às garantias judiciais, a Corte o condenou em 2006 à reparação moral e material à família de Damião e a tomar medidas como investigar o caso e promover programas para a formação de profissionais da saúde ou pessoas ligadas à área da saúde mental (BORGES, 2009; ROSATO, CORREIA, 2011)⁵¹.

Como destaca Correia (2018), esta condenação contribuiu com o avanço do processo de aprovação da Lei 10.216/2001 e com a implantação da Política de Saúde Mental no Brasil. Além disso, motivou a reparação das/os familiares com o pagamento de indenização e a concessão de pensão, e repercutiu no descredenciamento e posterior fechamento da referida clínica psiquiátrica e com a condenação do proprietário e de seis profissionais da área da saúde, demonstrando, assim, a importância da incidência de critérios internacionais que impliquem na responsabilização dos Estados sobre tais violações de direitos humanos (ROSATO, CORREIA, 2011).

Importante destacar também o projeto “*WHO Quality Rights Tool Kit*” formulado pela OMS em 2012, traduzido pelo Ministério da Saúde e adaptado para a realidade do Brasil na

⁵¹ Sentença disponível em: <http://patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2014/08/PM_Ximenes-Lopes-v-Brasil-senten%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

ferramenta “Direito é qualidade” de 2015. Ele representa um “instrumento de avaliação e melhoria da qualidade e respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social” (BRASIL, 2015c, p. 3) e congrega documentos de direitos humanos internacionais, regionais e locais, com o intuito de capacitar usuárias/os e organizações da sociedade civil na busca da garantia e defesa dos direitos das pessoas em sofrimento mental (PITTA, COUTINHO, ROCHA, 2015).

Ainda no plano internacional, considera-se que a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) de 2008 veio corroborar o reconhecimento dos direitos sociais, civis e políticos das pessoas em sofrimento mental e modificar determinadas categorias já cristalizadas na sociedade e nas codificações civil e penal vigentes. Tendo *status* de Constituição⁵², ela define “pessoas com deficiência” como aquelas que, por longo prazo, são acometidas por impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que, diante da interação com diversas barreiras em seus cotidianos e relações, representam obstáculos que podem repercutir na obstrução de sua participação plena e efetiva na sociedade, em condições de igualdade com as demais pessoas⁵³.

De acordo com Menezes (2015, p. 5), com os princípios orientadores do “*in dubio pro capacitas*” e da “intervenção mínima”, a CDPD “promove uma reviravolta no regime das incapacidades e no sistema de direito protetivo pautado na substituição de vontades”. Além de impor aos Estados signatários a obrigação de garantir, defender e proteger os direitos humanos, as vontades, preferências e liberdades destas pessoas, sem qualquer tipo de discriminação decorrente de sua deficiência, ela lhes compele a tomar providências que visem garantir o exercício da autonomia e o reconhecimento de sua capacidade legal. De acordo com Assis e Silva (2017, p. 166 e 167), a CDPD

Situa o sujeito, efetivamente, no marco da proteção dos direitos humanos já que não o reconhece apenas como um ponto localizado na relação com os serviços de saúde. Essa nova classificação dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência surge exatamente em razão de em seu texto residir a

⁵² Esta Convenção foi ratificada pelo Brasil de acordo com o que define o artigo 5º, § 3º da Constituição Federal. Este dispositivo prevê que os tratados e as convenções internacionais sobre direitos humanos aprovados em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos de suas/seus membros, serão equiparados às emendas constitucionais, e com isso, terão *status* constitucional. Ela representa o primeiro tratado internacional de direitos humanos do século XXI (MENEZES, 2015).

⁵³ A observar este conceito na tradução da CDPD para a língua portuguesa, Assis e Silva (2017, p. 157) resgatam o original que utiliza a expressão “*disability*”, como “desabilidade”, que suscita situações mais amplas de pessoas em desvantagem para exercitar sua cidadania. Na distinção destas traduções, a expressão “pessoas com deficiência” adotada na versão portuguesa produz dificuldades de compreensão, no sentido de ser estabelecida leitura que contemple a ampliação deste conceito a partir de uma perspectiva em torno do contexto e das relações sociais, e não limitada ao modelo biomédico. Por isso, representa categoria que está em disputa, que tem recebido distintas interpretações.

novidade: a capacidade legal das pessoas é reconhecida e validada. Se a proposta do documento internacional é retirar da pessoa o dever de se situar em pé de igualdade com as demais, tornando-o do Estado, esse passa a assumir a obrigação de criar tais condições para que a pessoa possa exercer, adequadamente, os direitos que lhe são inerentes. Em outras palavras, tanto os direitos em geral quanto seu exercício deixam de estar condicionados à histórica exigência de “superação da deficiência”; os efeitos da deficiência – e não necessariamente a deficiência em si –, no mais das vezes, passam a ser superados na interação com o meio, cujos obstáculos devem ser desfeitos por dever do Estado, e não mais da pessoa.

Especificamente quanto àquelas pessoas em sofrimento mental autoras de crime, compreende-se que a CDPD supre a lacuna constitucional mencionada anteriormente, posto que determina a atribuição de capacidade legal às pessoas com deficiência. Sendo considerado um importante e inovador instrumento para a desinstitucionalização, seu texto coloca em questão a manutenção de instituições como manicômios judiciários e a existência do fundamento da inimputabilidade das medidas de segurança (ASSIS, SILVA, 2017). Ainda, de acordo com seu artigo 14, b, os Estados devem assegurar que as pessoas com deficiência “não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade” (BRASIL, 2008).

Como meio para garantir a autonomia, o reconhecimento e a atribuição da capacidade legal às pessoas com deficiência, a CDPD prevê que medidas devem ser adotadas para modificar dispositivos legais ultrapassados contidos em leis e em outros instrumentos, e em costumes e práticas que estão na contramão do seu entendimento. Como signatário desta Convenção, o Brasil foi impelido a publicar a Lei nº 13.146 em 2015, que institui a mencionada Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

Diante desta retrospectiva sobre as normas protetivas no âmbito dos direitos humanos, percebe-se que o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira está inserido num contexto mais amplo de mudanças também orquestradas e influenciadas por construções e instrumentos internacionais (CORREIA, 2018). Sua relevância está principalmente no que refletem das reivindicações dos segmentos do movimento antimanicomial e no que ecoam no âmbito das relações sociais e da garantia de direitos. Nesta perspectiva, Emerich, Campos e Passos (2014, p. 694) afirmam:

Torna-se fundamental que a temática dos direitos seja retomada e problematizada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, sob o risco de este catalisador e alicerce de seu movimento tornar-se apenas retórica, presente nos textos e discursos, vazio de sentido na vida dos usuários. Pensar a

democracia psíquica extrapola o campo da saúde mental, comprometendo-nos com a construção de uma democracia social.

Estas/es autoras/es ressaltam que a emergência de sujeitos de direitos se dá coletivamente e a construção e o exercício da cidadania requerem mais do que a aprovação de leis que oficialmente reconheçam a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde mental. Imbricadas a um processo social complexo, elas relacionam-se com a mentalidade da sociedade e com as relações de poder, e por isso demandam esforços para transformações socioculturais, para que este acesso não seja pensado unicamente no âmbito da aprovação de instrumentos legais (AMARANTE, 2007; EMERICH, CAMPOS, PASSOS, 2014).

A seguir, o próximo tópico tece um panorama da assistência à saúde mental e da atenção psicossocial prestada no Brasil, com a devida atenção para o giro conceitual e prático produzido pela luta dos segmentos do movimento antimanicomial e pela consolidação da Reforma Psiquiátrica. Tendo em vista o atual contexto político de rupturas democráticas e retrocessos em diversos direitos sociais, serão destacadas as últimas alterações produzidas na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e sua repercussão no âmbito da atenção psicossocial.

1.3 NO TERRITÓRIO, O CUIDADO EM LIBERDADE: PANORAMA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL E DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

Diante da dimensão e da complexidade da atenção prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e reconhecendo que algumas gestões investiram esforços para efetivá-lo, sua universalização tem sido objeto de reivindicações em diversos setores da área da saúde, principalmente no contexto atual de golpe no qual o Brasil está inserido. Neste cenário, determinados segmentos sociais têm encontrado cada vez mais dificuldades para acessar ações e serviços que compõem as redes deste Sistema, em especial a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, a análise da assistência em saúde mental proposta neste tópico considera as diretrizes da Política de Saúde Mental anteriores às novas disposições, mas em seguida, as apresenta como parte de um avanço conservador de tolhimento de direitos sociais.

Como falado anteriormente, a Portaria nº 3.088/2011 instituiu a RAPS no âmbito do SUS. Segundo esta normativa, esta Rede é constituída pela Atenção Psicossocial Especializada, pelas Estratégias de Desinstitucionalização, pela Reabilitação Psicossocial, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Básica em Saúde, Atenção de Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar, agregando assim todos os níveis da atenção à saúde.

Diante do objeto delineado neste trabalho, interessam aqui os primeiros componentes desta Rede, tratados a seguir.

A compreensão de cuidado em saúde mental desenvolvido em contraposição àquela da psiquiatria tradicional agrega fatores sociais que envolvem outras pessoas, como familiares e amigas/os. Por isso, a RAPS deve estruturar serviços para acolher estas demandas, a partir de uma base territorial comunitária, na qual o princípio da intersetorialidade represente a atuação em rede. Isto se dá no sentido do serviço de atenção psicossocial estar articulado com outros recursos da área da saúde e de outras políticas públicas, como educação, trabalho, assistência social, lazer etc, e também dele sair do ambiente interno em direção à vizinhança, ao bairro onde está localizado e à sociedade (AMARANTE, 2007).

Com inspiração nas primeiras práticas de implementação de serviços abertos no âmbito da saúde mental e de intervenções em instituições manicomiais⁵⁴, as Portarias nº 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde já trouxeram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como unidades de saúde disponíveis no âmbito da assistência psiquiátrica (CORREIA, 2018). No entanto, foram as Portarias nº 336/2002 e 189/2002⁵⁵ que reestruturaram estes serviços, estabelecendo suas modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS AD⁵⁶.

Para que não se tornem serviços burocratizados, os CAPS devem ser flexíveis, com uma estrutura mínima para este tipo de cuidado na atenção psicossocial especializada. Eles devem ter equipes multiprofissionais, incluindo áreas como artes plásticas, teatro e música, com profissionais que atuem de modo interdisciplinar e priorizem o trabalho em ambientes coletivos, como as assembleias de usuárias/os. O acolhimento deve partir de uma escuta diferenciada, da construção de vínculos, da informação e participação no processo de cuidado

⁵⁴ Este dado refere-se à intervenção do município de Santos – SP no ano de 1989 na Casa de Saúde Anchieta, manicômio privado que fora denunciado diversas vezes em decorrência de graves violações de direitos humanos, à criação do primeiro CAPS do Brasil, inaugurado no município de São Paulo - SP em 1987, conhecido como CAPS Itapeva, e também à criação do primeiro Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) inaugurado em Santos (CORREIA, 2018).

⁵⁵ Além destas normativas, as Portarias nº 3.089/2011, nº 130/2012, nº 854/2012 e nº 615/2013 dispõem sobre o incentivo financeiro para investimento nestes Centros.

⁵⁶ CAPS I, para municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes, com funcionamento das 8h às 18h apenas nos dias úteis; CAPS II, para municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, também com funcionamento das 8h às 18h nos dias úteis, podendo funcionar até às 21h; CAPS III, para municípios com população acima de 200 mil habitantes, com funcionamento 24h diário, incluindo feriados e finais de semana, e com leitos de atendimento a crises, em salas abertas e acompanhamento contínuo; CAPSi, para atendimento de crianças e adolescentes em municípios com população superior a 200 mil habitantes, com funcionamento das 8h às 18h de segunda a sexta, podendo funcionar até às 21h; CAPS AD, para acolhimento de pessoas adultas que fazem uso de drogas, em sofrimento mental ou não, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, com funcionamento das 8h às 18h em dias úteis, podendo funcionar até às 21h; e por fim, CAPS AD III, para pessoas adultas, crianças e adolescentes, com funcionamento de 24h em municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes e com, no máximo, doze leitos para acolhimento e monitoramento.

a partir do Projeto Terapêutico Individual, construído entre equipe, família e a/o própria/o usuária/o, em respeito à sua autonomia e protagonismo.

Sobre a expansão do número destes serviços substitutivos ao manicômio, o relatório Saúde Mental em Dados⁵⁷ traz que em 2002 havia 424 CAPS, passando para 2.209 no ano de 2014, um aumento de mais de 500%. A região Nordeste foi a segunda com maior indicador de cobertura assistencial no Brasil e a primeira em número de unidades, com destaque para a Paraíba, estado com maior índice no ano de 2014, de 1,57 CAPS/100 mil habitantes e 82 unidades distribuídas em 56 municípios (BRASIL, 2015b).

No tocante ao investimento financeiro destinado à criação destes serviços, analisa Gomes (2017, p. 57):

Em termos de investimento de recursos, houve, no período compreendido entre 2002 e 2014, uma inversão na destinação de recursos. Em 2002, 75,24% dos recursos do SUS para a área da saúde mental eram destinados a hospitais psiquiátricos especializados, enquanto 24,76% eram destinados para a rede extra-hospitalar (rede substitutiva). Já em 2014, 39% dos gastos foram direcionados para a rede substitutiva em saúde mental e 20,61% para hospitais psiquiátricos. A diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos é outro processo que pode ser observado no período. Em 2002, o país contava com 51.393 leitos psiquiátricos (SUS) e em 2014, 25.988.⁵⁸

Os avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira podem ser avaliados de acordo com estes índices, que demonstram a consolidação do modelo de atenção à saúde mental a partir do crescimento anual estável destes serviços até 2014 e da cooperação local entre instituições e gestões para sua habilitação. No entanto, chama a atenção a baixa habilitação de CAPS do tipo III, que no ano de 2014 contabilizavam 85 unidades de CAPS III e 69 de CAPS ad III (BRASIL, 2015b).⁵⁹

Na análise de Gomes (2017, p. 60), a desproporção entre a criação destes serviços e dos demais “é um elemento do processo de implementação da reforma psiquiátrica que merece atenção, uma vez que, se mantida por um longo período, tende a comprometê-la decisivamente”. Por outro lado, de acordo com Heidrich (2017, p. 75), a centralidade que os CAPS assumiram, de modo geral, “coloca em risco a dinamicidade necessária para o funcionamento da rede de atenção psicossocial”.

⁵⁷ O último relatório Saúde Mental em Dados divulgado pelo Ministério da Saúde é o do ano de 2015, referente aos dados de 2014. Desde então, este relatório não foi mais publicado.

⁵⁸ Os leitos dos manicômios judiciais não estão incluídos neste número porque não fazem parte do SUS (BRASIL, 2015b).

⁵⁹ Com relação ao número das demais modalidades, o referido relatório Saúde Mental em Dados (2015b) indica que em 2014 havia 1069 CAPS I, 476 CAPS II, 201 CAPSi, e 309 CAPS ad. Gomes (2017) avalia que o aumento de quase 140% na habilitação de CAPS I entre os anos de 2006 e 2014 demonstra o avanço da Reforma Psiquiátrica nos municípios menores.

Na medida em que estes serviços estratégicos para o desmonte da lógica manicomial foram sendo implantados no âmbito da RAPS, e frente à necessidade de reparação social em decorrência de anos de exclusão e aniquilamento subjetivo, a desinstitucionalização emergiu como desafio constante, priorizada nos debates dos segmentos do movimento antimanicomial (CORREIA, 2018; PASSOS, 2018). Como categoria central deste trabalho, ela é compreendida como o processo de desconstrução do paradigma psiquiátrico centrado na noção de “doença mental”, para a formulação de estratégias no âmbito da atenção psicossocial, e para a formulação do cuidado em liberdade.

Interessa a este trabalho analisar os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que junto aos subsídios financeiros e ao Programa de Desinstitucionalização, constituem a política de atenção à população que passou por longas internações em manicômios, como indicado na Lei nº 10.216/2001⁶⁰. Responsáveis pelo cuidado integral a partir de estratégias substitutivas, estes dispositivos são cruciais para o efetivo processo de desinstitucionalização e para a garantia de direitos das pessoas que foram privadas do exercício da liberdade nas instituições psiquiátricas e de custódia.

Os SRTs⁶¹ foram instituídos através da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, e são destinados a pessoas internadas em instituições psiquiátricas pelo período de, no mínimo, dois anos ininterruptos, que tiveram seus vínculos familiares e sociais rompidos. Seu artigo 2º-A inclui as pessoas egressas dos manicômios judiciais no rol daquelas que deverão ser acolhidas.

Esta Portaria recebeu diversas críticas, principalmente de empresários donos de hospitais psiquiátricos, que temiam o deslocamento dos recursos das internações para este novo dispositivo. O Poder Judiciário também questionou a legalidade destas transferências, sob a influência do modelo manicomial e da racionalidade da psiquiatria (COE, DUARTE, 2017). De acordo com o artigo 2º desta Portaria:

os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se

⁶⁰ De acordo com o artigo 5º desta Lei: “O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário”.

⁶¹ Sua nomenclatura é questionada pelo risco dele também poder ser produtor de institucionalizações (AMARANTE, 2007).

responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Estes Serviços exclusivamente públicos representam um dos dispositivos mais importantes na superação do modelo asilar centrado no manicômio. De acordo com a referida Portaria, eles deverão formular projetos terapêuticos orientados pelas necessidades das pessoas moradoras, na busca pela sua autonomia e inserção social, e em respeito a seus direitos. Nestes espaços, o princípio da reintegração social propõe que sejam executados programas para a alfabetização das/os moradoras/es e sua reinserção no trabalho, com vistas ao desenvolvimento de uma vida digna e integrada à comunidade.

Localizados fora dos limites de unidades hospitalares e preferencialmente inseridos nas comunidades, os SRTs devem ter o cotidiano de uma casa comum, estando vinculados à rede pública de atenção à saúde, a um CAPS e ao ambulatório especializado em saúde mental mais próximo. Eles são divididos em duas modalidades: os SRT tipo I são moradias designadas para acolher até oito pessoas que estão no processo de desinstitucionalização; e os SRT tipo II são destinados a moradoras/es com “acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores” (§2º do art. 2º-B) (BRASIL, 2000). Importante assinalar que, em decorrência da publicação da Portaria nº 3.588 de 2017 que será analisada mais a frente, a modalidade de SRT tipo I foi modificada, passando a receber até 10 pessoas.

Com a Portaria nº 3.090/2011, foi definida uma nova configuração de financiamento para os SRTs, que antes eram custeados principalmente com os recursos da realocação das autorizações de internação hospitalares (AIHs). A partir desta normativa, passaram a ser repassados recursos federais para seu custeio mensal e também para a implementação de novas unidades. Ela também tornou indispensável a habilitação de todos os SRTs junto ao Ministério da Saúde, processo que iniciou no ano de 2013.

De acordo com o relatório Saúde Mental em Dados (BRASIL, 2015b), no ano de 2014 existiam 610 SRTs em funcionamento no Brasil, vinculados a estabelecimentos inscritos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e com uma população aproximada de 3.475 moradoras/es. Deste total, apenas 289 estavam habilitados junto ao Ministério da Saúde, dos quais 160 eram SRTs tipo I e 129 do tipo II, acolhendo 2.031 moradoras/es. Lideravam estes números as regiões Sudeste e Nordeste, com respectivamente 431 e 121 SRTs em funcionamento.

Outra estratégia que visa atender à população que esteve por pelo menos dois anos institucionalizada é o chamado Programa de Volta pra Casa (PVC). Instituído pela Lei nº 10.708/2003, ele destina um auxílio reabilitação psicossocial durante um ano, podendo ser prorrogado quando necessário, com o objetivo de contribuir com o processo de desinstitucionalização, com a integração e a sobrevivência fora do ambiente manicomial e hospitalar da pessoa que foi submetida a condições degradantes e à privação dos direitos mais básicos. Destaque-se que este benefício também tem caráter indenizatório.

Estando de acordo com a determinação da Lei nº 10.216/2001 a respeito da necessidade de uma política específica para este público a partir da alta planejada e da reabilitação psicossocial assistida, o §3º do artigo 3º da Lei nº 10.708/2003 determina que egressos dos manicômios judiciais “poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial” (BRASIL, 2003a).

No ano de 2014, 4.349 pessoas eram beneficiárias/os do PVC. No entanto, o relatório Saúde Mental em Dados já sinalizava a redução da frequência de novos cadastros no programa. A maioria destas pessoas estava em municípios nos quais ocorreram processos de fechamento de hospitais psiquiátricos, distribuídos em 22 unidades da federação. O mesmo ocorria com as moradoras dos SRTs (BRASIL, 2015b).

Já o Programa de Desinstitucionalização foi criado com a Portaria nº 2.840/2014, com a finalidade de garantir o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas ao manicômio. Seus objetivos são prestar apoio e desenvolver ações para a desinstitucionalização de pessoas que passaram por longas internações em hospitais psiquiátricos⁶², e para sua reabilitação psicossocial no território, contribuindo com a produção da autonomia e contratualidade social.

Para isso, ela define as equipes designadas para atuar neste processo, suas modalidades e competências, e os requisitos para o município habilitar-se para receber o recurso para custeá-las. Elas deverão ser viabilizadas e geridas pelo município, e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Destaca-se o inciso XII do artigo 5º que estabelece que a equipe deverá “avaliar os casos de internação psiquiátrica compulsória ou em cumprimento de medida de segurança e articular com os órgãos competentes para abordagem destas situações” (BRASIL, 2014).

Por fim, interessa aqui observar as estratégias que compõem a reabilitação psicossocial, que contam com incentivos do Ministério da Saúde desde o ano de 2005⁶³. Este

⁶² Esta Portaria considera como internação de longa permanência aquela superior a um ano ininterrupto.

⁶³ Com a publicação da Portaria nº 1.169/2005 os estados e municípios passaram a receber repasses financeiros para o desenvolvimento de projetos de inclusão social através do trabalho.

componente da RAPS tem como seus pilares proporcionar a construção e ampliação da autonomia das pessoas que fazem uso dos serviços de saúde mental, a partir da ocupação de espaços, da movimentação no território, do seu protagonismo e de suas/seus familiares, “para o exercício da cidadania, pautado em práticas que visem a restituição dos direitos e o aumento de sua contratualidade social” (SILVA, 2015, p. 115).

Com a Portaria nº 132/2012 foi instituído um incentivo financeiro destinado a custear o desenvolvimento destas ações de reabilitação psicossocial, o que repercutiu diretamente no aumento do repasse de recursos federais, principalmente para as regiões Sudeste e Nordeste. Durante os anos de 2012 e 2013 foram contemplados projetos ligados à economia solidária, à geração de trabalho e renda, como a produção de alimentos e artesanato, à cultura, ao fortalecimento do controle social na saúde mental, à inclusão social, à criação de associações de usuárias/os e familiares, dentre outros. No entanto, já em 2014, a chamada de projetos para este componente não foi realizada (BRASIL, 2015b).

Para além da legislação mencionada, do fechamento de hospitais psiquiátricos⁶⁴, da estruturação da RAPS⁶⁵ e de outros dispositivos voltados para a população em sofrimento mental e social, a garantia de seus direitos e a construção de sua cidadania requerem a mudança da percepção a respeito da loucura. As estratégias utilizadas nesta dimensão visam envolver a sociedade na discussão acerca da Reforma Psiquiátrica, lhe sensibilizando para a transformação de sua relação com estas pessoas. São produções artísticas, fílmicas, debates, atos, produtos e atividades realizadas com o objetivo de afirmar a existência deste público e dar visibilidade à luta antimanicomial. Neste sentido, provoca Amarante (2015, p. 124 e 125):

por exemplo, um *centro de atenção psicossocial* não deveria ser apenas um serviço novo, mas um “serviço inovador”, isto é, espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa. Para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde. A extinção significativa de leitos e hospitais psiquiátricos no Brasil, com a simultânea implantação de serviços de atenção psicossocial, além de muitos outros dispositivos não assistenciais: cooperativas, associações, clubes, centros de convivência, etc., representa

⁶⁴ No ano de 2014 ainda havia 167 hospitais psiquiátricos em 116 municípios de 23 estados brasileiros.

⁶⁵ Além dos componentes já descritos, há que se destacar que a Lei nº 9.867/1999 instituiu as cooperativas sociais com a finalidade de inserir as pessoas que estão em desvantagem no mercado de trabalho, visando sua integração social. Seu artigo 3º, II e IV, inclui neste rol “deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos”, e “os egressos de prisões”. Com a Portaria nº 3.088/2011, elas foram incluídas no componente Reabilitação Psicossocial da RAPS junto a outras iniciativas de geração de trabalho e renda e empreendimentos solidários. Ainda, a saúde mental no âmbito da saúde da família compõe um cenário que tem sido estratégico para o questionamento do processo de medicalização. Tendo em vista o objeto deste trabalho e os casos acompanhados, estes outros dispositivos não serão foco desta análise.

parte da dinâmica deste processo de transformação estrutural das formas sociais de lidar com a loucura.

No entanto, numa realidade na qual a universalização das políticas sociais não é o meio pelo qual a Reforma Psiquiátrica está ancorada, ela pode repercutir num “processo de psiquiatrização da demanda em busca da inserção nas políticas sociais mais gerais” (GOMES, 2017, p. 55). No contexto brasileiro, as consequências do avanço tardio do neoliberalismo para o campo da atenção à saúde mental são inúmeras, repercutindo diretamente nas quatro dimensões aqui apresentadas. Deste modo, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e o próprio SUS veem-se ameaçados pelo sucateamento de serviços, seguido de sua terceirização e privatização.

Dentre as formas de repercussão dos preceitos neoliberais sobre o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, está sua restrição a uma reorganização da administração e dos serviços e a indisponibilidade dos recursos mencionados, como os SRTs e os investimentos em projetos para reabilitação psicossocial. Além destes entraves, ocorreram procedimentos de desinternação de modo irresponsável e o processo de implementação da política de saúde mental foi, por vezes, reduzido à criação de novos CAPS, que se tornam serviços nos quais a população busca assistência geral (AMARANTE, 2015).

Contudo, é importante frisar que, dentre outras questões, a manutenção da Reforma Psiquiátrica está diretamente relacionada à habilitação de serviços desta natureza, especialmente aqueles com funcionamento 24h, assim como há urgência na implementação de leitos em hospitais gerais e na qualificação da formação em saúde mental. Ocorre que a proposição e a execução destas ações dependem da vontade política das gestões locais e também estão em disputa no que se refere ao projeto político executado pelo governo federal.

Na gestão do psiquiatra Quirino Cordeiro Junior junto à Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD/MS), os ataques à Política Nacional de Saúde Mental prosseguiram, primeiro com a publicação da Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, pela Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde (CIT/MS), e em seguida, da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 pelo MS. Elas foram formuladas de forma autoritária e antidemocrática, sem o debate com a comunidade em geral, com usuárias/os e profissionais dos serviços de atenção psicossocial, tampouco com os Conselhos Nacionais de Saúde e de Direitos Humanos (ABRASME, 2018)⁶⁶.

⁶⁶ A Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC/MPF) emitiu nota pública criticando a Resolução nº 32/2017 da CIT/MS no dia 12 de dezembro de 2017, afirmando que “o Ministério Público Federal atuará por meio de todas as medidas judiciais cabíveis para assegurar a desinstitucionalização dos pacientes de hospitais psiquiátricos e para que não se perpetue a exclusão e a violação dos direitos dessa população”. O pleno do

Ao estabelecer novas diretrizes para a RAPS, estes instrumentos inseriram novamente o hospital psiquiátrico como componente desta Rede, bem como as Unidades Ambulatoriais Especializadas, em divergência com as normas anteriores e com a Lei nº 10.216/2001. A mencionada Resolução veda a ampliação da capacidade de leitos psiquiátricos em hospitais especializados já existentes e inscritos no CNES, mas não trata de uma política de fechamento destes leitos. De outro modo, ela faz referência ao reajuste do valor das diárias para internações na contramão do que dispõe o Programa de Desinstitucionalização quanto ao repasse dos valores das AIHs para a RAPS, configurando mais um estímulo para a manutenção dos manicômios a partir do financiamento das internações.

Além destes agravantes com a vigência da referida Portaria, se percebe o congelamento da habilitação de novos CAPS⁶⁷ e a precarização dos já existentes, como será visto nos dados apresentados no último capítulo deste trabalho, bem como se vê o aumento do direcionamento de recursos para comunidades terapêuticas (CTs), agora consideradas serviços de saúde. Estes retrocessos comprometem toda a política de saúde mental e a estratégia da desinstitucionalização, dando margem para que o paradigma psiquiátrico centrado no modelo hospitalocêntrico se reinvente e a medicina se reorganize e se articule a projetos políticos conservadores (COE, DUARTE, 2017).

Em decorrência desse processo, a descontinuidade das ações em saúde e a redução de sua qualidade são mascaradas pelos discursos para redução dos gastos públicos e de retorno ao financiamento do modelo manicomial. Com isso, o investimento em profissionais que passam curtos períodos vinculados a trabalhos precários nos serviços da RAPS torna-se difícil, de modo que compromete toda a política, projetada para sustentar-se pelo vínculo entre a equipe e as pessoas que demandam o cuidado (GOMES, 2017).

Enfim, se o ponto de partida do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira se deu com o objetivo de desconstruir o aparato hospitalar psiquiátrico, seu desenvolvimento seguiu de modo não linear, com a ampliação das estratégias de atenção à saúde mental institucionalizadas e a luta dos movimentos antimanicomiais. Sua implementação foi forjada

Conselho Nacional de Saúde (CNS) também se posicionou, aprovando nos dias 30 e 31 de janeiro de 2018, por ampla maioria dos votos, uma recomendação ao Ministério da Saúde indicando a revogação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/nota-publica-gt-saude-mental-pfdc-modificacao-de-diretrizes-das-politicas-de-saude-mental-2017>> e em <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

⁶⁷ A referida Portaria cria ainda uma nova modalidade de CAPS ad do Tipo IV com funcionamento 24 horas, que terá por finalidade prestar assistência de urgência e emergência para a população que está nas “cenas de uso” de crack. Com isso, não se duvida que este novo serviço venha servir mais à política proibicionista de drogas, cada vez mais investida pelo governo ilegítimo que assumiu o poder da administração pública, do que à política antimanicomial.

em desafios, conflitos e relações com outras políticas sociais para o enfretamento da lógica manicomial, e ultrapassou a existência da estrutura física dos manicômios (GOMES, 2017).

No entanto, como asseveram Coe e Duarte (2017, p. 86), “a ênfase nos processos de regulação como indutores da política do SUS transforma a potencialidade criativa e transformadora daqueles atores em uma servidão às normas e às portarias”. Deste modo, a institucionalização da Reforma Psiquiátrica produz o esquecimento de sua história para responder a burocracias e à administração dos recursos, afetando diretamente o cuidado prestado. Neste quadro, a saúde é transformada numa mercadoria, e o governo, num comprador dos serviços produzidos por instituições privadas⁶⁸.

A luta pela inclusão das pessoas em sofrimento psíquico e social exige a observação de suas experiências de vida, a partir da necessidade de garantir seus direitos nos diversos setores sociais, não sendo por isso um processo no qual participam apenas profissionais da área da saúde. Aqui, a defesa de uma ética orientada pelo modelo psicossocial e por relações horizontais e o fortalecimento dos movimentos sociais mostram-se urgentes num cenário cada vez mais adverso para a construção de uma sociedade antimanicomial (COE, DUARTE, 2017; HEIDRICH, 2017). Com a recusa de práticas que estejam pautadas no desrespeito aos direitos destas pessoas, a saúde mental pode ser apresentada como uma questão de direitos humanos, pois ela envolve os princípios que norteiam este campo e que o aproximam daqueles enunciados pelas/os protagonistas da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

Por conseguinte, inclui-se nas dificuldades para a consolidação da Reforma Psiquiátrica a reorientação do modelo de atenção à saúde das pessoas internadas nos manicômios judiciários, com prioridade para o acolhimento na perspectiva do SUS e com vistas à extinção destes estabelecimentos.

Assim, o segundo capítulo irá ater-se às particularidades do sistema de imposição e execução das medidas de segurança no Brasil, iniciando com o aprofundamento acerca das históricas aproximações entre a presença de loucura e a periculosidade, relação que opera ilegalidades no âmbito do chamado Estado de Direito (SILVA, 2015).

⁶⁸ Como exemplo deste cenário, vimos a intensificação das contratações de serviços de saúde através das chamadas Organizações Sociais (OS).

CAPÍTULO 2. MEDIDAS DE SEGURANÇA E MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

2.1 DESTRINCHANDO A RELAÇÃO ENTRE LOUCURA E PERICULOSIDADE

As produções teóricas que investigaram a vinculação entre a loucura e a noção de periculosidade destacam como foi frequente a presença de ideias morais e religiosas nas populações que, em distintos locais e temporalidades, formularam estes conceitos (BARROS-BRISSET, 2011). O surgimento da concepção do perigo associado à pessoa considerada louca se deu como forma de justificar sua exclusão nos manicômios, de modo que orientou e consolidou a lógica manicomial, figurando como categoria crucial para a compreensão da forma como a sociedade se relaciona com este público (CORREIA, 2018).

A genealogia do conceito de periculosidade desenvolvida por Barros-Brisset (2011) retorna à mitologia do período pré-socrático⁶⁹, atravessa a tragédia grega, na qual a loucura passa a ser vista como produto de conflitos internos pessoais, e chega à obra de Hipócrates traduzida por Galeno⁷⁰. Nestas traduções, a concepção de déficit permanente aparece pela primeira vez, sendo reproduzida nos discursos médicos e nas formas de pensamento disseminadas na sociedade até os dias de hoje (LEBRE, 2009).

Atravessando a Idade Média, com a percepção do mal como desvio na tese agostiniana e a criação da ideia de livre arbítrio, as peregrinações emergem como possibilidade de sacrifício para desviantes pecadores. Os hospícios são criados nos trajetos destes peregrinos, inicialmente como hospedagem e depois como lugar de cuidado de pessoas pobres e doentes (BARROS-BRISSET, 2011).

No contexto de instauração dos Santos Tribunais e das chamadas Cruzadas, o pensamento de São Tomás de Aquino assume a compreensão do mal como elemento que está presente nas coisas, e não apenas no desvio, e que pode ser portado de modo permanente, inclusive por pessoas. As ideias de possessão, exorcismo e expurgação do mal emergem no discurso que orienta a Santa Inquisição, ainda que não seja encontrada a noção de indivíduo perigoso que relacione a loucura a um mal. Neste período, a violência foi autorizada para fins de alimentar um saber que buscava a verdade através do poder soberano do inquisidor

⁶⁹ Não há que se falar em formulações técnicas acerca da loucura neste período, pois o que havia sido produzido estava disposto de modo fragmentado. Aqui, qualquer ruptura com o que representava a natureza humana era tida como um capricho de entidades divinas (LEBRE, 2009).

⁷⁰ Ao desenvolver a genealogia do conceito de periculosidade, Barros-Brisset (2011) aprofunda a análise destas traduções, percebendo as alterações produzidas na obra deste médico, principalmente no tocante à modificação da compreensão da loucura como episódica para sua representação como uma lesão permanente. Observa a autora que as traduções de Galeno se destacaram devido à força política que ele detinha à época, por ter sido médico do imperador no apogeu do Império Romano.

(ZAFFARONI, 2014). Assim, foram criados mecanismos para identificar as pessoas portadoras do mal, para que pudessem ser classificadas e reformadas: exclusão social, torturas e extermínio como meios para eliminação do mal de seus corpos (BARROS-BRISSET, 2011).

Se deste período medieval ficou o legado de um sistema de moralidades fundado em tecnologias para identificação e eliminação do mal⁷¹, é a partir do século XV que ocorre o aprisionamento massivo de todo tipo de desordem, inclusive das pessoas tidas como loucas. Os discursos da razão surgem e a ciência se reinventa para produzir um conhecimento centrado no homem. Contudo, nas pesquisas desta época, não havia uma linha conceitual uniforme a respeito da loucura, apenas teorias desordenadas e classificações por vezes discordantes, como observado por Lebre (2009).

No decorrer do século XVII, o insensato passa a representar figura despossuída de razão ou sob possessão demoníaca, sendo esta segunda paulatinamente transposta para a ideia de um mal psíquico (BARROS-BRISSET, 2011). A partir de então, são criadas instituições e normas para as pessoas consideradas perigosas ou “anormais”. O hospital geral surge neste contexto, se consolidando no decorrer do século XVIII com o sobressalto da obra de Philippe Pinel⁷², diretor da primeira instituição hospitalar destinada para o acolhimento de insensatos (AMARANTE, 2007). Deste modo, as pessoas tidas como alienadas são transferidas das prisões, das torres e das casas de força para estes hospitais gerais, tornando-se objeto de interesse de médicos.

Com Pinel, a noção de déficit moral intrínseco foi atribuída às pessoas tidas como alienadas, presumindo a relação entre doença, maldade e violência. Na medida em que elas não eram consideradas responsáveis, por serem destituídas do elemento da razão, estavam impossibilitadas do exercício da liberdade e da cidadania, e por isso, não deveriam ser consideradas delinquentes, mas sim doentes (PASSOS, 2017). Ao propor a internação em asilos, Pinel argumentava que o isolamento teria por finalidade a restituição da liberdade retirada pela condição de alienação (AMARANTE, 2015, 2007). Nas palavras de Barros-Brisset (2011, p. 44), Pinel

Reformulou o conceito de alienação mental e, de forma inédita, fez a síntese entre organicistas e metafísicos, ao indicar que nos alienados se encontram

⁷¹ A permanência destas ideias medievais aparece nos termos dos atuais manuais psicopatológicos, compilações que utilizaram os antigos manuais dos inquisidores como fonte. Barros-Brisset (2011, p. 43) rememora a presença das palavras “obsessão” e “*periculum*” como figuras representativas do mal criadas no século XIII.

⁷² Com a publicação do seu Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental em 1801, é inaugurada a especialidade médica psiquiátrica e a perspectiva clínica da loucura (LEBRE, 2009).

enxertados, de forma composta e essencial, a lesão e a tendência ao mal (PINEL [1800], 2007). Essa conjugação entre o déficit permanente (concepção herdeira das interpretações galênicas sobre as afecções mentais) e as manifestações do mal moral (ideia presente nas classificações patológicas dos manuais dos inquisidores) se destaca no edifício conceitual pineliano.

Deste modo, a relação entre loucura e perigo é atribuída ao trabalho de Pinel, dado seu conceito de alienação mental ligado à ideia de periculosidade (AMARANTE, 2015, 2007). Sua obra influenciou as legislações penais da época, como fundamento da compreensão que tem a loucura como manifestação violenta e imprevisível, e que por isso, demanda um tratamento específico, o tratamento moral (FOUCAULT, 2004). Ademais, importante destacar que ele foi deputado da Assembleia Nacional Constituinte na França, quando contribuiu com a construção do conceito moderno de cidadania e participou da elaboração da primeira constituição democrática republicana (AMARANTE, 2007).

De acordo com Amarante (2007, p. 34-35), Pinel estabeleceu o conceito de alienação mental:

Poderiam mesmo ser consideradas antagônicas?: Se o alienado era considerado um despossuído da Razão plena – e a Razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza – existiria, na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido como cidadão.

Através desta formulação, os hospitais gerais tornaram-se instituições para segregação e isolamento de segmentos sociais específicos. A justificativa da necessidade de tratamento para estas pessoas mascarou os interesses da classe médica de observar e classificar as doenças para, em seguida, produzir um saber semelhante ao modelo das ciências naturais. Sobre este processo, Amarante (2007, p. 25) irá nomeá-lo por “medicalização do hospital”.

Desde então é demarcada a vinculação entre a medicina, o espaço hospitalar e a disciplinarização destas instituições. A prática e o conhecimento produzidos por médicos nestas estruturas são orientados pela tecnologia da disciplina, na medida em que as pessoas são distribuídas e classificadas para que possam ser vigiadas e controladas, para que sobre elas seja constituído um saber que represente a verdade incontestável (AMARANTE, 2015; YASUI, 2010). Deste modo, a hospitalização e o controle social das pessoas tidas como perigosas produziu a desconsideração de sua vontade e participação no processo de investigação sobre seus corpos, posto que neste modelo de tratamento biomédico as doenças irão sobressair às próprias pessoas.

Com a fundação dos hospitais gerais, profissionais atuantes nestas instituições passaram a exigir espaços destinados às pessoas consideradas loucas em suas estruturas. Logo, a necessidade de controle e disciplina deste público é aprimorada através da reserva de pavilhões específicos para ele (SILVA, 2015).

Ainda no século XVIII, atores do campo do direito também reagem no sentido de reformular o sistema de punições para a estruturação de um novo modelo baseado nas penas privativas de liberdade. A obra de Beccaria (2002), lançada em 1764 na Itália, é crucial para esta mudança, que culmina na estruturação do direito penal.

O Código Francês dos Delitos e das Penas publicado em 1795⁷³ é reformado em 1810 sob a influência do pensamento pineliano, presente no artigo 64. Em sua redação, este dispositivo estabeleceu a anulação do crime nos casos de loucura. Aqui, como definido por Foucault (2010a), o princípio da porta giratória delimita a retirada do crime na presença da chamada demência: quando é observado um déficit moral, de acordo com Pinel, a pessoa é levada ao hospício⁷⁴.

No início do século XIX, os casos de crimes considerados bárbaros e sem motivos aparentes colocaram em questão a compreensão de sua anulação em decorrência da chamada demência, gerando a produção de distintas teses. Nesse contexto, a psiquiatria cria o conceito do crime louco, anteriormente denominado por monomania homicida⁷⁵, e passa a persuadir o direito penal a adotar a concepção patológica de crime, iniciando, deste modo, a aproximação

⁷³ Importante ressaltar que até a reforma de 1810 sobre este Código Francês, a loucura não anulava o crime, principalmente tratando-se de crimes considerados graves.

⁷⁴ Neste sentido, desenvolve Foucault (2010b, p. 24): “[...] desde logo os tribunais do século XIX se equivocaram acerca do sentido do art. 64. Apesar de vários decretos do supremo tribunal de justiça lembrando que o estado de loucura não podia acarretar nem uma pena moderada, nem sequer uma absolvição, mas uma improcedência judicial, eles levantaram em seu próprio veredicto a questão da loucura. Admitiram que era possível alguém ser culpado e louco; quanto mais louco tanto menos culpado; culpado, sem dúvida, mas que deveria ser enclausurado e tratado e não punido; culpado perigoso, pois manifestamente doente, etc. Do ponto de vista do código penal, eram absurdos jurídicos. Mas estava aí o ponto de partida de uma evolução que a jurisprudência e a própria legislação iam desencadear durante os 150 anos seguintes: já a reforma de 1832, introduzindo as circunstâncias atenuantes, permitia modular a sentença segundo os graus supostos de uma doença ou as formas de uma semiloucura. E a prática usual nos tribunais, aplicada às vezes à prática correcional, da perícia psiquiátrica, faz com que a sentença, ainda que formulada em termos de sanção legal, implique, mais ou menos obscuramente, em juízos de normalidade, atribuições de causalidade, apreciações de eventuais mudanças, previsões sobre o futuro dos delinquentes. Operações, todas, de que não se poderia dizer com razão que preparam do exterior um julgamento bem fundado; elas se integram diretamente no processo de formação da sentença. Em vez de a loucura apagar o crime no sentido primitivo do art. 64, qualquer crime agora e, em última análise, qualquer infração incluem como uma suspeita legítima, mas também como um direito que podem reivindicar, a hipótese da loucura ou em todo caso da anomalia. E a sentença que condena ou absolve não é simplesmente um julgamento de culpa, uma decisão legal que sanciona; ela implica uma apreciação de normalidade e uma prescrição técnica para uma normalização possível.”

⁷⁵ O conceito de monomania homicida foi forjado por Esquirol, que partiu da ideia de um déficit moral intrínseco, perceptível apenas no momento do crime. Para ele, a faculdade intelectual da pessoa permanecerá intacta: “loucura raciocinante, mas sem freio moral”, que carece, portanto, daquele tratamento moral concebido por Pinel no âmbito da psiquiatria, e não na esfera da Justiça (BARROS-BRISSET, 2011, p. 46).

entre estas duas formas de saber poder (FOUCAULT, 2010a; VENTURINI, CASAGRANDE, TORESINI, 2012).

A formulação da patologia do monstruoso irá dominar os rituais da prática judiciária deste período, figurando como inimigo que precisava ser contido e aniquilado. Com isso, a exclusão é incorporada ao sistema punitivo, dirigindo técnicas de produção de dor e tortura às pessoas tidas deste modo (FOUCAULT, 2010a). Com o terror dos suplícios neste auge do processo de exclusão da loucura, a sanção submetida ao “infrator-patológico” ultrapassa a vigilância (LEBRE, 2009, p. 94).

Ao observar o surgimento e a consolidação das disciplinas que abarcam a questão da periculosidade, a psiquiatria destaca-se por requerer seu lugar na produção do saber como segmento responsável pela higiene e vigilância públicas, ao passo em que o direito desenvolve um arcabouço teórico em torno do chamado homem criminoso, a partir da necessidade de saber os motivos da punição (BARROS-BRISSET, 2011). Esta colaboração e simbiose se dão na medida em que a psiquiatria remete à sociedade as causas do adoecimento mental, inicialmente bebendo nas fontes da degeneração, como um mal que mantém-se na população pobre e negra através da hereditariedade (RAUTER, 2003).

Sobre este entrelaçar, Weigert (2015, p. 55) sistematiza:

O período em que começam a unirem-se direito e psiquiatria poderia ser dividido em três grandes momentos: a) entre 1810 e 1835 se tem a ideia de uma loucura raciocinante, em que o agente do delito parece absolutamente “normal” antes e depois do crime. A psiquiatria de Esquirol explica tal situação com base na monomania homicida, ou seja, “um déficit moral intrínseco, visível apenas no crime mesmo” (Barros-Brisset, 2011, p. 46). Tais casos seriam resolvidos não pelo direito, mas sim pela psiquiatria, através do tratamento moral pineliano; b) entre 1840 e 1870 cabe ao Estado a missão de proteger a sociedade dos perigosos que não respondem ao tratamento penal. Nesse sentido, Morel indica que é possível à medicina mental classificar os degenerados através de seus graus de perigos e identificá-los antes mesmo de qualquer prática delitiva; c) entre 1876 e 1910, “Lombroso (1876) fez o giro da chave e acabou de apertar a rosca: não havia mais diferença entre demência e delinquência. Só havia demência, o delinquente é um doente que precisaria mais de médicos do que de direito penal” (BARROS-BRISSET, 2011, p. 46).

Com estas duas formas de saber poder atreladas desde motivações distintas, a sociedade assume o discurso do medo e demanda do Estado proteção contra o perigo, que desenvolve práticas de exclusão de determinados grupos sociais. O que Foucault (2010a, p. 29) denomina por “institucionalização do repressivo e do punitivo” é adotado como resposta ao que é considerado perigoso.

O caso do jovem francês Pierre Rivière, camponês de 20 anos que cometeu um crime bárbaro em 1835 e foi condenado à prisão perpétua, expõe a forma como direito penal e psiquiatria encontram-se e, interdependentes, reagem a estes atos cometidos por pessoas consideradas loucas. O confronto entre os discursos analisados através das provas contidas no dossiê do caso⁷⁶ possibilita decifrar as relações de poder e saber entre profissionais destas áreas na disputa da gestão das pessoas tidas como loucas e na privação da capacidade de responderem por seus atos.

Mais que isso, o caso destaca-se pelos entraves e jogos internos entre profissionais que atuavam numa mesma área do conhecimento e suas relações com determinadas instituições. Foi a disputa de poder que apareceu através dos discursos do juiz, do procurador, do médico e do próprio Rivière que chamou a atenção para o caso, tornado símbolo da estreita e conflituosa relação entre direito e psiquiatria, na qual violentas fronteiras se fundem para consolidar um terceiro discurso sobre os chamados anormais (FOUCAULT, 2003b).

Já no segundo momento referido por Weigert (2015), como resposta aos questionamentos que a loucura produzia na esfera jurídica, Morel⁷⁷ enaltece as pesquisas realizadas no âmbito da medicina mental, lhes conferindo relevância na medida em que poderiam oferecer ao Estado e ao direito penal um “plano de higiene física e moral, a partir de uma profilaxia defensiva” (BARROS-BRISSET, 2011, p. 46). Através do grau de perigo que os chamados degenerados representavam, sua classificação propunha a localização destes sujeitos mesmo antes do cometimento do crime (ALMEIDA, 2005). Diante do perigo da alienação mental para a segurança pública, o sequestro destas pessoas fora justificado.

Em meio à transição que a doutrina penal atravessava neste período, se percebeu que a concepção tradicional de retribuição da pena não reverberava na redução da chamada criminalidade. Por isso, ela perdeu seu caráter restrito à repressão, sendo referenciada também como estratégia de cura, de inocuização, de tratamento e reeducação para a prevenção de

⁷⁶ A partir da imersão no dossiê deste caso, foram analisados relatórios e perícias médico legais de profissionais com diferentes conclusões, além das peças judiciais com as oitivas de testemunhas com relatos sobre a vida de Rivière, artigos da imprensa da época e o seu memorial, todos organizados coletivamente em obra por Foucault e demais autoras/es em um dos seminários do *Collège de France* (2003b). Ao início da obra, Foucault (2003b) destaca a frequência de crimes de parricídio no século XIX na França, observando que não é este um caso famoso. No entanto, como naquele período discutia-se o uso de determinados conceitos da área da psiquiatria no direito penal, o crime chamou a atenção pelo dossiê produzido, que reuniu as diversas técnicas de provas utilizadas.

⁷⁷ Observa Almeida (2005, p. 71) sobre a teoria deste discípulo de Esquirol: “A ideia de degeneração na concepção de Morel partia das premissas de que: primeiro, o homem é uma unidade a um só tempo física e moral, e, segundo, da crença na hereditariedade mórbida, que se referia à transmissão aos descendentes tanto de caracteres físicos quanto morais (caráter, aptidões, temperamentos)”.

novos crimes, com base no fundamento da periculosidade (BARATTA, 2002). Esta leitura anuncia a criação de uma nova resposta jurídico penal, orientada pela ideia da prevenção.

A influência da doutrina alemã de matriz positivista⁷⁸ de Franz Von Liszt (1851-1919) é crucial para a criação deste novo instituto jurídico penal, concebido como mecanismo de defesa social ao lado das penas. Sob a compreensão de que as sanções penais deveriam voltar-se para alcançar os fins do direito, de proteção da vida, dos bens e da sociedade, suas ideias de “pena-fim/pena-defesa” tiveram na defesa social o argumento para justificar a integração entre retribuição e prevenção neste novo tipo de sanção (LEBRE, 2009, p. 08). É neste sentido que Carvalho (2013) afirma que, historicamente, o direito penal organiza-se em torno dos fins da pena, sejam quais forem os objetivos punitivos buscados.

O modelo que Liszt desenhou também defendia a integração com a antropologia, a psicologia e a estatística criminal. Segundo ele, este conjunto de saberes autônomos que tem no crime seu objeto de investigação, formaria uma ciência global junto ao direito penal, que desenha a própria violência punitiva, com a correção, a intimidação e a neutralização de pessoas tidas como delinquentes (CARVALHO, 2013). Esta doutrina influenciou diretamente o anteprojeto do Código Suíço de Stoos e o Código Penal italiano de Rocco, que serão retomados mais a frente.

Com o seu “Programa de Marburgo”⁷⁹, Liszt (1994) formula sua compreensão de política criminal sob uma perspectiva ideológica terapêutica, na qual defende a substituição da pena e do sistema de culpabilidade por uma nova sanção penal com fins preventivos, que tivesse seu fundamento na periculosidade. Este Programa e seu ideal correcionista tinham no direito penal o instrumento para conferir o tratamento do qual carecia a pessoa infratora, para que fosse ressocializada e intimidada, para que fosse corrigida.

Do advento destes discursos sobre a necessidade de prevenção de novos crimes – leia-se defesa social – e do fracasso da pena como retribuição, emerge uma corrente teórica que defende a criação de uma nova sanção de cunho preventivo, coexistente com a pena, mantendo esta seu caráter retributivo. É neste sentido que se afirma que a medida de segurança surge de uma crise da pena e da demanda por segurança (LEBRE, 2009).

O chamado positivismo criminológico é responsável pela formulação da necessidade de tratamento psiquiátrico direcionado às pessoas autoras de crime. Sob a promessa de uma

⁷⁸ Ao adotar a antropologia criminal e projetar as formulações desenvolvidas por Ihering, Liszt defendeu a necessidade de que a pena fosse individualizada e adequada a cada tipo de criminoso: “os irrecuperáveis, os que precisam de correção e os delinquentes ocasionais” (CARVALHO, 2013, p. 145).

⁷⁹ O texto “Programa de Marburgo - A Ideia do Fim no Direito Penal” de Liszt (1994) foi publicado em 1882 e impulsionou reformas no âmbito do direito penal e da política criminal, ganhando notoriedade internacional.

ciência jurídico penal que fosse capaz de conhecer o crime e as formas para combatê-lo, a criminologia propôs um novo modelo de tratamento para este público a partir do estudo de sua personalidade, de suas trajetórias sociais e particularidades subjetivas (RAUTER, 2003). Neste discurso,

o Estado aparece como regulador apolítico, técnico-científico, podemos dizê-lo, da ordem social – ele se coloca acima, descompromissado de qualquer interesse. Seu compromisso único, delegado ao Judiciário, seria com a defesa da sociedade em sentido genérico, da qual ele se apresenta como legítimo representante. [...] Por outro lado, a articulação repetidamente afirmada entre pobreza e criminalidade é que vai constituir o nódulo das análises criminológicas sobre as causas sociais do crime (RAUTER, 2003, p. 58).

Frente ao desenvolvimento de um modelo de política urbana centrado nos paradigmas racista, higienista e disciplinar, a forma de vida das pessoas pobres e negras passam a representar uma ameaça para o Estado, de modo que elas tornam-se alvo do dever de combate ao crime que vai se desenhando a partir da segunda metade do século XIX. Está dado, portanto, o elo entre a criminologia e a defesa social, desde a manutenção das relações de dominação e repressão sobre estas pessoas. São estas construções discursivas na área da criminologia, junto à psiquiatria e à psicanálise, que irão produzir a noção de crime como resultado de anormalidades individuais e sociais.

Especificamente a partir de 1876, as ideias do médico e professor Cesare Lombroso destacaram-se por reunir delinquência e demência numa única compreensão acerca da loucura, na qual uma figurava como expressão da outra. Para ele, o chamado demente carecia mais das intervenções de profissionais da medicina do que do direito penal. Isso porque a noção de crime passou a ser lida como doença social, desde o criminoso e não do seu ato, e assim, a cura seria consequência do tratamento imposto durante o cumprimento da pena (CANCELLI, 2001; LEBRE, 2009).

Na teoria lombrosiana referente à noção de “homem delinquente”⁸⁰, as estatísticas criminais são relacionadas a elementos psicológicos e sociológicos e a características físicas, como as medições do crânio, as assimetrias faciais e a cor preta dos cabelos e da pele. Lombroso defendia que as pessoas autoras de crimes constituíam-se como portadoras do

⁸⁰ Teoria desenvolvida na obra *L'Uomo delinquente* (2007), considerada fundadora da criminologia (RAUTER, 2003).

chamado atavismo, enfermidade proveniente da degeneração hereditária que lhes tornava propensas ao cometimento de atos criminais desde o nascimento⁸¹.

Sobre esta tipificação, ela fora produzida de acordo com o lugar que a pessoa ocupava na sociedade, a partir da observação dos corpos de pessoas presas. Os crimes ligados à presença do atavismo eram “típicos das sociedades pouco esclarecidas e nas classes populares pobres, rudes, privadas de cultura e das luzes da ciência” (CANCELLI, 2001, p. 41), como crimes com violência e uso de instrumentos como machados e cassetetes. Por outro lado, os chamados crimes por evolução referiam-se às sociedades tidas como civilizadas. O racismo e a pobreza determinavam, portanto, qual o tipo de criminoso para fins de repressão de seus corpos e subjetividades.

Em torno da noção de criminoso nato de Lombroso, irá estruturar-se um projeto institucional para o aniquilamento das pessoas assim classificadas. Esta criminalidade atávica, ocasionada pela enfermidade em elementos fisiológicos e psicológicos, irá suprimir a vida destas pessoas do meio social. Como afirma Rauter (2003, p. 34), “diante dos atávicos, nada mais resta que a eliminação ou a exclusão. Os criminosos são anormais e sua anormalidade, incurável”.

Os preceitos para uma sociedade disciplinar em favor da obediência às normas são ditados em torno das teorias de Lombroso e, em seguida daquelas produzidas pelo jurista Garofalo⁸² e pelo sociólogo criminalista Ferri⁸³ que, influenciados por uma concepção biológica de classificação dos criminosos e de conservação dos indivíduos, irão compor a Escola Positiva do Direito Penal. Nesta Escola,

criminosos e não criminosos se diferenciam fundamentalmente por suas diferenças bioantropológicas. Dividindo os homens em vários tipos, dos quais cada um revelaria uma tendência inata, total, parcial ou mínima, o olhar da escola volta-se totalmente para o indivíduo do crime e para o seu

⁸¹ De mesmo modo, Lombroso junto a Giovanni Ferrero lançam em 1892 *La Donna Delinquente*. A obra reuniu os discursos médico, jurídico e religioso para fundamentar suas ideias de que as mulheres possuem uma passividade fisiológica que lhes é natural, que emerge como predisposição para a obediência às leis. No entanto, na leitura deles, por serem dotadas de atributos amorais e malévolos, como a sedução, elas são impelidas a cometer crimes e a se prostituírem, o que lhes implica uma inferioridade em relação aos homens. Os autores se valeram da classificação das mulheres de acordo com os crimes cometidos por elas, também a partir de métodos como medições de crânios e traços faciais.

⁸² Garofalo propôs a classificação dos criminosos em três categorias, quais sejam: o ladrão, o assassino e o violento (CANCELLI, 2001).

⁸³ A obra “Sociologia Criminal” de Ferri diferencia-se por ter negado as ideias de livre arbítrio e de responsabilidade moral. Para ele, o criminoso seria um anormal moral: “insensíveis, imprevidentes, covardes, preguiçosos, vaidosos e mentirosos. Manifestam incapacidade para o amor fino e delicado, seu apetite sexual é exagerado e tendem para o homossexualismo e a promiscuidade” (RAUTER, 2003, p. 34). Sua classificação de criminosos em natos, incorrigíveis, habituais, de ocasião e alienados fora aceita no Congresso de Antropologia Criminal em Roma, e ele se tornou referência para os juristas brasileiros que louvaram a Escola Positiva a partir de então (CANCELLI, 2001).

comportamento. O exame criminal não seria mais sobre o ato, mas sobre o indivíduo. Um homem, ou um conjunto deles, era capaz agora de ser analisado por recursos e métodos das ciências naturais por meio de uma orientação empírica e positiva. Portanto, “mais verdadeira” e contrária à postura eminentemente “filosófica” da Escola Clássica, de tradição iluminista, que rechaçava a investigação das causas individuais na apreciação convencional do criminoso, de sua valorização negativa, já que, para efeito de diagnóstico, deveriam imperar as causas sociais. Para efeitos da pena, a Escola Positiva, em vez do castigo do crime, propunha a defesa social preventiva ou repressiva ao criminoso (CANCELLI, 2001, p. 33).

Segundo os referidos disseminadores desta Escola Positiva, a criminalidade é explicada por uma noção determinista sobre a pessoa que comete um crime. Este, “como um dado ontológico preconstituído à reação social e ao direito penal” (BARATTA, 2002, p. 40), estaria associado a determinados sintomas da personalidade desta pessoa, que é concebida como anormal.

A influência da psiquiatria e da ideia de loucura moral na Escola Positiva do Direito Penal repercute nesta concepção da pessoa autora de crime como doente, que necessita de tratamento, e por isso, não deve ser submetida à pena. A equação era a seguinte: como havia uma predeterminação para o cometimento destes atos, haveria, portanto, a figura de um criminoso nato (CORREIA, 2007). Assim, o crime passa a representar um “complexo das causas na totalidade biológica e psicológica do indivíduo, e na totalidade social que determina a vida do indivíduo” (BARATTA, 2002, p. 38), e o tratamento torna-se bom para a preservação e harmonia da sociedade.

A ruptura produzida por esta Escola coube exatamente no contexto pós-abolicionista no qual o Brasil estava inserido. Frente às notícias de novos crimes, o pavor era disseminado num meio urbano cada vez mais complexo, em que a mudança de paradigma já se mostrava. Já no final do século XIX, a Escola Positiva é referenciada em trabalhos⁸⁴ que influenciam um novo olhar e forma de agir, a partir da criminalização de determinadas categorias sociais e costumes, como o samba, o carnaval, a miscigenação e os cangaceiros nordestinos (RAUTER, 2003). A atuação de policiais, juízes e psiquiatras passa a ser tida como verdade absoluta, dada a utilização de estatísticas criminais e médicas consideradas incontestáveis, não

⁸⁴ Em 1896, Clóvis Beviláqua desenvolve “Criminologia e Direito”, com a influência das teses positivistas, e Afrânio Peixoto, em 1899, publica “Epilepsia do Direito”, no mesmo período em que a Associação Antropológica de Assistência Social é criada (CANCELLI, 2001). Segundo Rauter (2003, p. 37 e 38), Beviláqua “refere-se às raças brasileiras: a miscigenação não favorece o crime e quanto mais ela tende para as características negras, mais esta tendência se acentua. Porque as raças inferiores, negra e índia, representam por si sós uma espécie de degeneração. São estágios inferiores de um processo evolutivo, que culminaria com a raça branca, ariana, menos propensa à criminalidade”.

havendo, assim, espaço para grupos sociais que se distinguem dos costumes da elite branca (CANCELLI, 2001).

É a partir deste período que o sistema duplo de sanção aparece nas codificações penais de diversos países, centrado no exame psiquiátrico. O direito era demandado a criar um mecanismo que fosse voltado para tratar o chamado indivíduo perigoso, sob o discurso da necessidade de proteção da sociedade contra estas pessoas, no sentido de isolá-las até que sua periculosidade cessasse. Alicerçada nesta ideia, a medida de segurança foi criada em um sistema homogêneo, normatizando a parceria entre direito penal e psiquiatria. Foucault (2004, p. 25) rememora que “foram necessários quase cem anos para que esta noção de indivíduo perigoso, que estava virtualmente presente na monomania dos primeiros alienistas, fosse aceita no pensamento jurídico”.

Ainda num sistema que negava a diferença entre imputáveis e inimputáveis, esta nova tecnologia de controle das pessoas tidas como perigosas e portadoras de um déficit moral assume a característica de mecanismo para a defesa social. Isto significa que as pessoas passam a ser consideradas “ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam” (FOUCAULT, 2003a, p. 85).

Se em Liszt a medida de segurança foi idealizada como sanção preventiva, foi com Carl Stoops e seu anteprojeto do Código penal suíço de 1893 que ela foi implementada pela primeira vez nas codificações penais europeias, influenciando outras legislações neste continente e na América Latina. Sobre este trabalho de Stoops, analisa Lebre (2009, p. 12):

Envolvido pelas ideias de LISZT e FERRI (sobre a “pena-fim” e a “sanção preventiva” como instrumento de segurança), entendeu a necessidade de se criar, por lei, uma medida que constituísse providência curativa imposta aos infratores perigosos que ameaçavam a sociedade, a qual seria aplicada de maneira complementar ou em substituição à pena criminal.

Assim, o Título terceiro da obra foi totalmente dedicado às penas e às medidas de segurança, as quais ainda não estavam solidificadas de maneira rigorosa e articulada. De qualquer sorte, seu trabalho foi de extrema importância, pois estabelecia quais seriam os locais para o cumprimento da medida (estabelecimentos destinados exclusivamente à internação dos delinquentes habituais, casas de ensino profissional, asilo para ébrios habituais, estabelecimento para tratamento de toxicômanos, hospitais de alienados...); previa a expulsão do território suíço, quando se tratava de estrangeiro (o que era tido como uma forma de medida de segurança); etc.

Deste modo, o Código Penal suíço assumiu quase que a totalidade do projeto de Stoos e foi o primeiro a trazer a medida de segurança⁸⁵ em sua redação, seguido pelas legislações penais de países em diferentes continentes⁸⁶. Neste momento de criação, a medida de segurança era estabelecida prioritariamente pelo juiz, o qual lhe atribuía tempo de duração indeterminado, condicionado à cessação da periculosidade da pessoa autora do crime. Ela poderia ser aplicada como medida complementar ou, em algumas situações, como sanção substitutiva à pena, quando esta última parecesse ineficaz (LEBRE, 2009).

Foi a codificação penal italiana de 1930, conhecida como Código Rocco, que influenciou a legislação penal brasileira. Ela trouxe pena e medida de segurança num único sistema, enunciando o chamado duplo binário, no qual a segunda figurava como medida de prevenção especial e de assistência frente ao chamado estado de periculosidade das pessoas que não detinham responsabilidade penal, mas praticavam atos previstos como crimes (CORREIA, 2007). Assim, a duração desta sanção estaria subordinada à presença da periculosidade do indivíduo: “aos perigosos irresponsáveis, a medida de segurança seria um substitutivo da pena; já para os perigosos responsáveis, seria um complemento dela”, possibilitando a imposição conjunta das duas sanções penais (LEBRE, 2009, p. 14).

Ao tratar das medidas de segurança⁸⁷, este Código Penal italiano destaca-se por dois motivos, observa Lebre (2009). Primeiro, por adotar o princípio da jurisdicionalidade para estas sanções penais, o qual representava que apenas um/a juiz/a poderia aplicá-las, como estabelecido no artigo 205. E em segundo, previu que a medida de segurança só poderia ser aplicada contra pessoas consideradas socialmente perigosas⁸⁸ que cometessem fato previsto como crime. Esta foi a primeira vez que a ideia de periculosidade foi desenvolvida numa legislação da forma como consta nos seus artigos 202 e 203.

Desde Pinel, passando pelas concepções de monomania homicida em Esquirol, dos degenerados em Morel, até o homem delinquente em Lombroso, a ideia do déficit moral

⁸⁵ Importante mencionar que, ainda que não as nomeassem como medidas de segurança, alguns países europeus já previam sanções que tinham caráter preventivo e eram impostas contra o perigo que determinados segmentos sociais representavam, como rememorado por Lebre (2009).

⁸⁶ Antes mesmo de tornar-se lei, o referido projeto suíço influenciou Códigos Penais de diversos países latino americanos e europeus. As legislações seguintes que trataram da medida de segurança, em ordem cronológica, foram os Códigos Penais de Portugal (1896), da Noruega (1902), da Alemanha (1909), o projeto de Código Penal austríaco (1910), o Código Penal da Argentina (1921) e o da Espanha (1928), o projeto do Chile (1929), a Lei da Bélgica (1930), o Código dinamarquês (1930), o projeto francês (1930), e o Código italiano de 1930 (LEBRE, 2009; CORREIA, 2007).

⁸⁷ Neste Código Penal italiano, as medidas de segurança foram tratadas no Título oitavo (*Titolo VIII: Delle misure amministrative di sicurezza*), divididas entre medidas pessoais e medidas patrimoniais, estando as primeiras subdivididas em detentivas e não detentivas. Disponível em: <<http://www.juareztares.com/textos/codigoitaliano.pdf>>. Acesso em: 11 nov. de 2017.

⁸⁸ O art. 203 deste Código Penal italiano define o que é esta periculosidade social: quando a pessoa cometeu fato definido como crime ou quando há a probabilidade de cometimento de novo delito.

intrínseco foi mantida nos discursos acerca da loucura, conceito este delineado através de cada cultura, sendo, portanto, não ontológico (WEIGERT, 2015). A influência das formulações variantes do positivismo de Liszt e a hegemonia da Escola Positiva do Direito Penal irão repercutir nas legislações penais em diversos países, inclusive no Brasil. E, como resposta à demanda por defesa social, a junção de todas estas referências culmina no aumento do poder de repressão e na criação dos chamados manicômios judiciários (CORREIA, 2007). Neste sentido, Silva (2015, p. 54):

As prisões, os hospitais psiquiátricos, os manicômios judiciários, suas derivações e simulacros, bem como os saberes que os sustentam como práticas legítimas e resolutivas fazem-se amparados nessa perspectiva. São, por excelência, os aparatos para se lidar com todo tipo de desordem, imprevisibilidades e ameaças a esse regime. Afirmam e reafirmam cotidianamente a necessidade de afastar do convívio os incapazes de manterem-se submissos à ordem, os que se insurgem contra os assujeitamentos e colocam em questão a suposta natural ordenação e paz do mundo.

Neste processo, as pessoas em sofrimento mental autoras de crime são submetidas a um limbo jurídico, sendo direcionadas a elas respostas que podem ser configuradas como “políticas de exceção”, posto que antecipam sua criminalização e lhes submetem a condições sub-humanas de segregação (SILVA, 2015, p. 82). Para Nilo Batista (*apud* BATISTA, 2003, p. 22), “A invenção, no final daquele século, da periculosidade e de sua resposta – as medidas de segurança – seria a melhor demonstração de que, para os medos burgueses, existe crime além da lei”.

Desde o surgimento dos primeiros manicômios judiciários, a assistência prestada em seu interior é orientada para afastar as pessoas da sociedade, no intuito de prevenir que cometam novos crimes, de preservar os bens das demais pessoas e garantir sua segurança (CORREIA, 2007). Este isolamento repercute diretamente no desrespeito aos direitos das pessoas sob custódia, na medida em que o fundamento da periculosidade passa a ser projetado em suas vidas, classificando-as e reduzindo-as ao estigma de pessoas perigosas. Ainda, esta noção estrutura-se no racismo para selecionar o público a que se destina. Como analisa Silva, ancorada nos dados a respeito desta população (2015, p. 137),

A periculosidade é um conceito moral com funções evidentes de controle social punitivo penal sobre os indesejáveis, em sua maioria homens, negros, com baixa escolaridade e periférica inserção no mundo do trabalho, como indica o Censo. Sem qualquer cientificidade, este dispositivo de poder definitivamente serve para operar o corte racista entre os que devem morrer e os que merecem viver.

É deste modo que a ficção criada a partir do conceito de periculosidade desenha um sistema que tem efeitos devastadores sobre as pessoas que são enclausuradas nestas instituições, e também sobre aquelas que estão, de alguma forma, a elas vinculadas, como profissionais e familiares. Sobre esta estigmatização, a necessidade de tratamento especial encampada pelo ordenamento jurídico penal não será suprida (LEBRE, 2009). Por outro lado, invisível e desconhecida, a população dos manicômios judiciários sobrevive a práticas institucionais que mortificam seus corpos e suas singularidades, e calam suas vozes no cotidiano de confinamento de uma instituição total⁸⁹.

No tópico seguinte, este sistema será esmiuçado através da análise das categorias centrais que orientam exclusivamente esta sanção penal desde a Reforma de 1984 feita sobre a Parte Geral do Código Penal de 1940, quais sejam, a inimputabilidade e a periculosidade. Do mesmo modo, serão destacados os dispositivos da legislação penal, processual penal e da Lei de Execução Penal (LEP) que tratam destes conceitos e da loucura, bem como da legislação civil, e as principais análises críticas desenvolvidas em torno delas.

2.2 O SISTEMA DE DETERMINAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL

2.2.1 PRESSUPOSTOS DE UM SISTEMA DE EXCEÇÃO

No âmbito das possibilidades de responsabilização por cometimento de ilícito penal estabelecidas na Constituição Federal (CF/88), a redação do artigo 5º, XXXIX, determina a pena como consequência pela prática de crimes, em concordância com o princípio da legalidade⁹⁰ e com a perspectiva racionalista no direito penal. Estando esta sanção limitada às pessoas consideradas capazes que produziram o resultado ilícito através de ação ou omissão dolosa ou culposa⁹¹, e sendo estabelecida lei penal prévia e taxativa quanto ao crime, a

⁸⁹ Para Goffman (2003), instituições totais são estruturas com elementos que reforçam a exclusão social e limitam a interação das pessoas nelas enclausuradas com o mundo exterior a seus muros. Seu caráter fechado se dá através da imposição de uma barreira para a relação social, na medida em que proíbem a saída a partir de diversas estratégias, como a estrutura física, as grades e as portas fechadas com trancas externas.

⁹⁰ Consta na redação deste dispositivo constitucional: “Art. 5º, XXXIX: não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal”.

⁹¹ Estabelece o art. 5º, XLV, da CF/88: “nenhuma pena passará da pessoa do condenado (...)” e XLVI: “a lei regulará a individualização da pena (...)”. No texto penal: “Art. 13: O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido”.

identificação da pessoa será, portanto, o vínculo entre o crime cometido e a resposta penal a ela designada (WEIGERT, 2015).

Esta concepção moderna de responsabilidade penal ancora-se na ideia de capacidade da pessoa sujeito da obrigação, de optar de forma livre e consciente pelo cometimento do crime frente à pena dele oriunda, denominado paradigma racionalista. Já este modelo de pena, no qual é aplicada proporcionalmente ao “mal” produzido pelo crime frente à ruptura do pacto social, orienta-se pela Escola Penal Clássica.

A imputabilidade como capacidade para ser sujeito de reprovação penal do Estado frente ao crime cometido está relacionada à limitação etária e à ausência de sofrimento mental que comprometa a compreensão do ilícito ou que impossibilite a pessoa de comportar-se de acordo com a expectativa do direito⁹² (CARVALHO, 2013; WEIGERT, 2015). O Código Penal prevê ainda hipóteses de semi-imputabilidade para a pessoa que, no momento do crime, não era totalmente capaz de compreender sua ilicitude ou de determinar-se de acordo com as normas legais criminalizadoras⁹³.

Diante da interpretação de não cabimento do caráter retributivo da pena às pessoas consideradas inimputáveis, a medida de segurança foi instaurada no Brasil em contraposição ao sistema de culpabilidade, e sob o fundamento da periculosidade, que representa a “condição ou potência de perigo” deste público (CARVALHO, 2013, p. 502). Neste sentido, destaca Barros-Brisset (2011, p. 47) que o “nó entre defesa social e periculosidade criminal normatiza a parceria direito-psiquiatria, criando uma nova tecnologia de controle desses casos: a medida de segurança”.

Este instituto jurídico foi criado como instrumento de proteção da sociedade e precaução contra o perigo que a loucura representa, ou seja, frente ao estado perigoso da pessoa que porta o “déficit moral” (BARROS-BRISSET, 2011, p. 47). Sua justificativa está na necessidade de tratamento individual para os inimputáveis, público considerado inteiramente incapaz de compreender a ilicitude do ato ou determinar-se de acordo com esta compreensão, e, ainda, no discurso falacioso da prevenção de crimes futuros. Assim, este dispositivo e a presunção de periculosidade sobre estas pessoas criam um “estado de exceção aos julgados incapazes de responder por seus atos” (ASSIS, SILVA, 2017, p. 164).

⁹² De acordo com o 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 compreender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (BRASIL, 1940).

⁹³ Segundo o art. 26, 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, 1940).

Ao investigar quais mecanismos repercutem nesta constatação, na qual a condição de indignidade tornou-se regra para estas pessoas, Weigert (2017b), apoiada nas obras de Giorgio Agamben (2004, 2010, 2008), aproxima o manicômio judiciário aos campos de concentração analisados por este autor, e seu público aos mulçumanos que foram submetidos às condições mais esgotantes, sem sequer ter o direito de morrer. Nesta comparação, as pessoas confinadas têm sua existência completamente desconsiderada, anulação que está dentro dos cálculos da democracia moderna.

A metáfora utilizada por Weigert (2015) coloca a pessoa enclausurada nos manicômios judiciários como o mulçumano dentro do sistema penitenciário brasileiro. Apesar de suas aparências, elas/es deixam de ser seres humanos, perdem esta estética, são “cadáveres ambulantes” (AGAMBEN, 2008, p. 63), e assim, representam aquelas/es que não têm voz. O excesso de medicamentos aplicados para que sejam controladas/os também corrobora com o rompimento dos vínculos sociais e com a minimização das possibilidades de enfrentamento dentro das instituições manicomiais carcerárias⁹⁴.

O elemento da inimputabilidade produz a condição de silenciamento das pessoas em sofrimento psíquico e social. Contrário aos princípios da Reforma Psiquiátrica e ao que estabelece a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, ele compromete seu protagonismo na medida em que não possibilita que elas possam responder por si próprias. Despidas de sua dimensão política por não terem sua capacidade considerada, são submetidas a condições subumanas, como a internação em manicômios judiciários (ASSIS, SILVA, 2017). Aqui, seu abandono e a privação de seus direitos compõem as normas instituídas, como constata Weigert (2017b, p. 120 e 121):

Deste modo, poder-se-ia pensar se as pessoas consideradas criminosas e loucas somente são incluídas no Estado através de sua exclusão, pois parecem habitar os manicômios e só existir para o corpo social através de suas vidas (mais que) nuas. Assemelham-se ao *homo sacer*, cuja vida não tinha valor e cuja subjetividade podia ser aniquilada sem que alguém respondesse por isso. A vida nua continua incluída na política através de sua exclusão. É um pouco este o formato da cidadania no Brasil, aquilo que se faz em relação aos setores vulneráveis da sociedade (Batista, 2002, p. 387) e talvez a questão dos internos em medida de segurança possa ser pensada por esta via.

⁹⁴ Em recente matéria sobre o relatório “Hospitais-prisão: notas sobre os manicômios judiciários de São Paulo”, produzido pelo grupo de trabalho Saúde Mental e Liberdade da Arquidiocese de São Paulo, destaca-se a constatação de que nas instituições visitadas há “um novo conceito de tortura”, modulado a partir da excessiva medicalização com fins de controlar e punir as pessoas internadas. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/manicomios-judiciais-funcionam-como-prisao-e-tem-novo-conceito-de-tortura>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

Neste entendimento, o que Agamben (2010) aduz sobre estado de exceção, arrisca-se, parece caracterizar bem a realidade de abandono das pessoas nos atuais manicômios judiciários e o sistema em torno deles. A relação de exceção refere-se ao modo no qual se inclui algo unicamente a partir de sua exclusão. Isto possibilita que suas vidas nuas⁹⁵ sejam legalmente excluídas e isto seja computado nas políticas públicas de nosso atual sistema, como mais uma faceta dos totalitarismos que mantemos vigentes (WEIGERT, 2017b). Mais que isso, a internação repercute em efeitos que se prolongam, mesmo com a desinternação, como “algo que os assujeita de maneira perversa, que acaba por moldar um sujeito não sujeito de sua própria vida” (WEIGERT, 2015, p. 105).

Por estes argumentos, estas instituições podem ser caracterizadas como “espaços de exceção” (WEIGERT, 2017b, p. 122), assim como as unidades socioeducativas, as salas de espera nos aeroportos internacionais para detenção de estrangeiras/os, dentre outros espaços já indicados por Pelbart (2003)⁹⁶. Ainda que tenham previsão e estatuto jurídicos, dentro delas impera a violência do Estado. Semelhante aos campos de concentração e às senzalas, elas autorizam o homicídio sem que seja considerado desta forma (AGAMBEN, 2008).

2.2.2 DETERMINAÇÃO E EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA: TRAMAS DE UM SISTEMA VIOLADOR DE DIREITOS

No âmbito da prática judiciária no Brasil, a suspeita de que a pessoa autora de crime possui algum tipo de transtorno mental provoca a solicitação de exame médico legal para averiguação da imputabilidade. Daqui, é instaurado processo a parte, nomeado por Incidente de Insanidade Mental⁹⁷. A partir do exame de insanidade mental, um parecer é produzido por peritos psiquiatras que utilizam dos métodos da psiquiatria tradicional para auferir a condição

⁹⁵ De acordo com Agamben (2010), as vidas nuas referem-se àquelas vidas despidas de qualificação política, e que por isso, tornam-se merecedoras de tratamentos sub-humanos, de separação e exclusão, de exposição à violência e à própria morte sem que seja configurado homicídio.

⁹⁶ Oportuno rememorar as vindas de Franco Basaglia ao Brasil nos anos de 1978 e 1979. Este psiquiatra que compôs o movimento da Psiquiatria Democrática na Itália é hoje uma das principais referências para a Reforma Psiquiátrica brasileira, a qual será tratada no capítulo seguinte. Nestas ocasiões, ele denunciou as violências que pôde observar no Hospital Colônia de Barbacena, no estado de Minas Gerais, comparando esta instituição a um verdadeiro campo de concentração nazista (AMARANTE, 2015; WEIGERT, 2015). Esta realidade foi documentada no livro “Holocausto brasileiro”, que denunciou o mercado de corpos das pessoas abandonadas nesta instituição, vendidos a faculdades de medicina de diversas universidades brasileiras (ARBEX, 2013).

⁹⁷ O Capítulo VIII do Código de Processo Penal trata da “Insanidade mental do acusado”, em seus artigos 149 a 153. Consta no art. 149: “Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal”.

de inimizabilidade da pessoa autora de crime. Este documento é remetido ao/à juiz/a competente, que poderá acatá-lo ou não⁹⁸.

Em caso afirmativo, diante da declaração de existência de insanidade mental desde causas biopsicológicas, e de seu acolhimento pelo Poder Judiciário, a pessoa acusada será absolvida da pena e a ela será aplicada medida de segurança, através da chamada absolvição imprópria⁹⁹ (CORREIA, 2007). Carvalho (2013, p. 500) argumenta que

Trata-se, na linguagem técnica da dogmática processual penal, de uma absolvição *sui generis* (absolvição imprópria), pois, apesar de afirmada a inexistência do crime, o autor do fato é submetido coercitivamente à medida de segurança, situação que demarca sua sujeição às agências estatais responsáveis pela execução da decisão judicial (agência manicomial).

Diferente do modelo das penas e de sua finalidade repressiva, de promoção das prevenções geral e especial, o sistema das medidas¹⁰⁰, de modo geral, está atrelado ao paradigma etiológico do direito penal, no qual a pessoa é punida não por possuir livre arbítrio e agir de modo contrário ao direito, mas sim por não ter capacidade de autodeterminação, tendo em vista que é considerada “doente” e perigosa (WEIGERT, 2015). Deste modo, a medida de segurança acaba por funcionar como castigo pelo que as pessoas são, pelo “perigo” que representam e pelo que podem produzir, e não pelo crime praticado por elas no passado.

Esta concepção tem influência do positivismo criminológico, que repercutiu na atuação do Estado e ainda age na resposta destinada às pessoas internadas nos manicômios judiciários. Desde este referencial, o Poder Judiciário, como um dos atores responsáveis pela determinação das medidas de segurança, foi reaparelhado para servir à ampliação dos dispositivos de controle. Já a psiquiatria lhe fornece técnicas que justifiquem e deem embasamento para a segregação e repressão sobre este público, complementando a ação repressiva do Estado (ALMEIDA, CORREIA, MALHEIRO, 2016; RAUTER, 2003).

O/a juiz/a competente por determinar a medida de segurança deverá adotar uma das duas modalidades que ainda permanecem na legislação brasileira, estabelecidas pela Reforma Penal de 1984: a internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs),

⁹⁸ A legislação processual penal não obriga o/a juiz/a a acolher o parecer, podendo inclusive rejeitá-lo total ou parcialmente frente ao seu livre convencimento (artigo 182 do Código de Processo Penal). Em regra, estes pareceres têm sido acolhidos, tendo em vista o nível de especificidade técnica que representam (CORREIA, 2007).

⁹⁹ De acordo com o art. 386 do Código de Processo Penal: “O juiz absolverá o réu, mencionando a causa na parte dispositiva, desde que reconheça: VI – existirem circunstâncias que excluam o crime ou isentem o réu de pena (arts. 20, 21, 22, 23, 26 e § 1º do art. 28, todos do Código Penal), ou mesmo se houver fundada dúvida sobre sua existência. [...] Parágrafo único. Na sentença absolutória, o juiz: [...] III - aplicará medida de segurança, se cabível”.

¹⁰⁰ As penas e as medidas são as duas formas de responsabilização penal adotadas na legislação brasileira, estando estas últimas subdivididas em medidas de segurança e socioeducativas.

nas situações de crimes com penas em abstrato com reclusão; e o tratamento ambulatorial, destinado para os casos de crimes com penas abstratas de detenção. Esta segunda modalidade prevê o comparecimento a hospital para imposição de tratamento terapêutico em dias definidos por profissional da área médica, sem que seja exigida obrigatoriedade de permanência em instituição para internação.

Weigert (2015) relembra que na exposição de motivos da Reforma Penal de 1984, o tratamento ambulatorial foi considerado medida de segurança restritiva, e não detentiva como a internação. Sobre estas formas de responsabilização penal, analisa a autora (WEIGERT, 2015, p. 74):

É preciso lembrar que estas espécies de sanções referidas acima – que revelam a tensão existente no interior do sistema jurídico entre as formas privativas de liberdade e as alternativas desinstitucionalizantes – são aplicáveis ao ato decisório que constata a prática de ato ilícito. Trata-se de possibilidades sancionatórias que o ordenamento jurídico fornece ao juiz no momento da sentença final, seja o processo penal (adultos) ou infracional (adolescentes).

Portanto, as/os magistradas/os têm estas opções a seu dispor segundo a legislação penal. Ainda, de acordo com a Lei nº 10.216/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas em sofrimento mental e redireciona o modelo de assistência à saúde mental, a internação deve ser a última opção adotada, quando já esgotadas todas as demais. Esta Lei também veda a internação em instituições com características asilares. Ocorre que, como demonstrado no censo realizado pelo Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, em parceria com o Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (DEPEN/MJ), e nos relatórios do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), a internação tem sido a modalidade mais aplicada no Brasil¹⁰¹ (BRASIL, 2017a, 2017b; DINIZ, 2013).

Após a sentença que estabelece a aplicação de medida de segurança transitar em julgado, a guia de internamento é expedida pelo Poder Judiciário para que possa ser dado início à sua execução, de acordo com os artigos 171 a 173 da LEP. Já o seu artigo 101 designa o local para o seu cumprimento, que, em regra, em ambas as modalidades, é o mesmo: o HCTP¹⁰². Nas palavras de Diniz (2013, p. 40), isto representa “uma situação atípica, dado que o tratamento psiquiátrico não deveria ocorrer em regime de internação hospitalar”.

¹⁰¹ No ano de 2011, das 3.989 pessoas cumprindo medida de segurança, o censo encontrou apenas 39 pessoas submetidas ao tratamento ambulatorial, das quais 34 eram homens e 5 eram mulheres (DINIZ, 2013).

¹⁰² Consta no art. 101 da LEP: “O tratamento ambulatorial, previsto no art. 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica

No que concerne ao tempo para aplicação destas modalidades de medida de segurança, a legislação penal define apenas limitação temporal mínima, que é de um a três anos (art. 97, §1º, e art. 98)¹⁰³. Em face do critério da periculosidade da pessoa autora do crime, esta indeterminação está condicionada à perícia médica que deverá ser realizada ao fim do prazo mínimo definido pelo/a juiz/a.

Anualmente, frente à obrigação de verificação da permanência do estado de periculosidade determinada pela LEP¹⁰⁴, o exame deve ser repetido, ou a qualquer momento via solicitação do Judiciário (art. 97, §2º do Código Penal e art. 176 da LEP). Se a persistência do “estado de perigo” for constatada após estes exames, o/a juiz/a estabelecerá um prazo para realização de nova avaliação.

Assim seguirá até que seja afirmada a cessação da periculosidade, e daí a medida de segurança possa ser revogada e a pessoa liberada da estrutura física do manicômio judiciário ou da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), a partir do chamado “benefício de desinternação condicional”. Isto se dá por ser a liberdade condicional até o prazo de um ano, como estabelece o § 3º do artigo 97 do Código Penal¹⁰⁵ e o artigo 178 da LEP (que remete à sua Seção V, sobre o livramento condicional).

Esta lógica de manutenção da sanção condicionada à cessação da periculosidade enseja a possibilidade de perpetuação do enclausuramento, com sua prorrogação por tempo indefinido. Este critério também culmina na vinculação da pessoa que porventura seja desinternada às amarras deste sistema. É por não haver definição de duração máxima para a medida de segurança que ocorrem situações como as que Diniz (2013, p. 13 e 14) encontrou em 2011:

adequada”. No entanto, as pessoas que são submetidas ao tratamento ambulatorial não ocupam as vagas do Sistema Prisional. Por isso, se verá mais a frente que os dados do INFOPEN só computam aquelas pessoas submetidas à medida de internação em manicômio judiciário.

¹⁰³ Consta no 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.”; e no art. 98: “Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do art. anterior e respectivos §§ 1º a 4º”.

¹⁰⁴ O art. 175 da LEP estabelece que: “A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte: I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida; II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico; III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um”.

¹⁰⁵ De acordo com o art. 97, § 3º do Código Penal: “A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade”.

(...) dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos. Jovens, eles atravessaram os muros de um dos regimes mais cruéis de aparação social. Idosos, eles agora esperam que o Estado os corporifique para além dos números aqui apresentados e reconheça-os como indivíduos singulares com necessidades existenciais ignoradas em vários domínios da vida. Os dezoito indivíduos anônimos e abandonados nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico representam 0,5% da população do censo, o que poderia oferecer um falso alento àqueles que acreditam que o sistema é justo ou necessário à defesa social. Há, no entanto, outro grupo que desafia essa tese: são os 606 indivíduos internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida (Brasil, 2012). Eles são 21% da população em medida de segurança no país.

¹⁰⁶

A decretação da revogação da medida de segurança e a autorização da desinternação não significa que automaticamente a pessoa estará livre. Ocorrerá uma audiência de advertência para que as condições desta liberação sejam acordadas, na presença de curador/a e/ou de familiares. Nestes termos, fica estabelecido que a pessoa deverá continuar com tratamento ambulatorial por toda a vida, e, sob custódia familiar, terá que cumprir diversas condições estabelecidas pela LEP pelo período de um ano ¹⁰⁷.

Assim, a medida de segurança representa um instrumento repressivo de natureza compulsória, pois continua agindo em função da defesa social mesmo após a liberação, no período chamado de “salvo conduto”. Ela é mantida ativa como mecanismo de controle depois da saída do manicômio judiciário e se estende sobre a vida da pessoa tutelada e estigmatizada, sobre seu cotidiano e sua autonomia (CORREIA, 2007).

No caso de descumprimento das condições estabelecidas na audiência de advertência, a situação anterior é restabelecida e a pessoa retorna à internação, mesmo sem o cometimento de novo crime. Por isso, as práticas manicômiais e a ação das instituições responsáveis por este sistema ultrapassam os limites dos manicômios judiciais, devendo ser analisadas para

¹⁰⁶ Este grupo está inserido numa porcentagem maior de pessoas que não deveriam estar privadas de liberdade nestas instituições, conforme critérios estabelecidos legalmente: “Pelo menos 25% (741) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada, por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva” (DINIZ, 2013, p. 35).

¹⁰⁷ São as condições designadas pelo Judiciário para a desinternação, de acordo com o artigo 132 da LEP: obter ocupação lícita em prazo determinado; comunicar periodicamente ao juiz desta ocupação; e não mudar do território da comarca do Juízo da execução sem prévia autorização judicial. No estado da Paraíba, o Juízo da execução acrescenta ainda as seguintes condições, conforme termos de audiências acessados durante a pesquisa de campo: comparecer ao manicômio judiciário todas as vezes que assim for ordenado, para exame psiquiátrico e, mensalmente, para comunicar a ocupação; continuar o tratamento junto a algum Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mediante responsabilidade de familiares; recolher-se à habitação em horário fixado; não consumir álcool e outras drogas; não frequentar lugares como bares, botequins, barracas, casas de apostas, lupanares, prostíbulos e similares; e ainda, assistir palestras motivacionais na Vara da Execução Penal.

fora de sua estrutura, como desencadeamento da simbiose entre direito penal e psiquiatria sobre a sociedade (RAUTER, 2003)¹⁰⁸.

Por esta repercussão, é possível afirmar que reside no fundamento da periculosidade, “eixo fundamental da manicomialização carcerária” (ASSIS, SILVA, 2017, p. 162), um dos principais problemas da medida de segurança. Como “potência delitiva que a qualquer momento pode se concretizar em um ato lesivo” (CARVALHO, 2013, p. 502), ela representa um critério impossível de ser mensurado. Este juízo de probabilidade de reiteração criminal baseado em especulações a respeito da reincidência irá produzir, em regra, a exclusão em manicômios judiciários (LEBRE, 2009; MATTOS, 2006).

Já os exames psiquiátricos, que têm por objeto investigar a cessação da periculosidade, legitimam o poder punitivo do Estado a partir de um discurso pseudocientífico que se fundamenta em técnicas que assujeitam e classificam as pessoas. Para subsidiar a ação do Poder Judiciário na identificação do perigo, eles estendem o crime para aspectos individuais das pessoas que os cometeram, aproximando-as deste fato ilícito e da “doença” a partir da extensão da investigação sobre toda sua vida (FOUCAULT, 2010a; RAUTER, 2003).

O conteúdo destes documentos, que argumentam desde a noção de periculosidade, não pretende responder à questão da responsabilidade deste público, mas sim partir para a ideia da neutralização e do controle. Neste sentido, Venturini (2013, p. 242 e 243) acrescenta que “os laudos periciais e as sentenças sustentando o conceito de personalidade perigosa do paciente criminoso acabam por desenvolver, mais ou menos conscientemente, uma substancial função de higienização social”.

Com o exame psiquiátrico, é demarcada a dicotomia entre o que é tido como normal e responsável, e por isso, passível de punição, e aquilo que é patológico e perigoso, que demanda por tratamento. Desta noção de periculosidade, decorre a estigmatização das pessoas consideradas loucas e criminosas, diante da constante suspeita sobre seus comportamentos e de sua categorização como anormais. Neste sentido, acrescenta Venturini (2013, p. 242):

Na prática, porém, o que acontece é que o doente mental que cometeu um crime se torna sinônimo de periculosidade social. A partir desse silogismo, que une a incapacidade de entender com a periculosidade social, nega-se ao louco a condição de sujeito dotado de direitos, passando-se a tratá-lo como um ser necessitado de domesticação e segregação. Eufemisticamente, esse

¹⁰⁸ Rauter (2003, p. 60) retoma trecho de autoria de Heitor Carrilho (1935, 27), fundador e diretor do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil, do estado do Rio de Janeiro: “O que é preciso é estabelecer o exato diagnóstico da temibilidade potencial dos candidatos a livramento condicional e sua capacidade de reação anti-social. O que se torna de absoluta necessidade é fixar sua vigilância médica fora das prisões e o programa conveniente de higiene mental a que cada um deve ser submetido”. E assim, o controle continua sendo estendido sobre a vida destas pessoas até hoje.

processo é chamado “inclusão terapêutica”. Nesse caso, a etiqueta de periculosidade desempenha um duplo papel: atrai a necessidade de “tratamento”, mediante a imposição do diagnóstico de “enfermidade mental”, e, ao mesmo tempo, contempla a necessidade de uma sanção penal, mediante a exclusão. O conúbio entre direito e psiquiatria, como historicamente estruturado, acabou por criar uma zona de sombra no âmbito do direito.

Todo este aparato é sustentado pelo discurso de insegurança social e medo reproduzido no senso comum, também disseminado por profissionais das áreas da justiça e da saúde. É esta lógica que confere à noção de periculosidade uma conotação que lhe possibilita uso indiscriminado (CORREIA, 2007). Nesta perspectiva, é possível afirmar que a medida de segurança não é dotada de caráter terapêutico, mas está diretamente atrelada ao modo como historicamente a sociedade enxerga a loucura e responde a ela, com a criação de estruturas como os manicômios judiciários.

Na literatura disponível e na legislação penal brasileira, estas instituições são chamadas de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), que, junto às Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), localizadas em presídios e penitenciárias, são consideradas Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP). Esta denominação foi inaugurada com a Reforma Penal de 1984, oportunizando o abandono do antigo nome manicômio judiciário. No entanto, esta mudança não produziu impactos consideráveis em sua realidade, pois elas permanecem as mesmas estruturas fechadas e segregadoras. Por este motivo e por ser o termo mais disseminado na sociedade, o nome manicômio judiciário foi adotado neste trabalho, como estratégia de afirmar seu caráter de exceção.

Os manicômios judiciários foram instituídos como espaços híbridos, que transitam entre a prisão e o hospital, no qual a técnica psiquiátrica hospitalocêntrica produziu em sua arquitetura uma estética comum a estas duas instituições destinadas à contenção e à vigilância. Desde a compartimentalização de acordo com a classificação das pessoas que detêm, aos altos muros, grades e sistemas de monitoramento, tudo nele volta-se para o objetivo de isolar, para controlar e prevenir novas ameaças (PIZZOLATO, 2012, 2014). Não por acaso, alguns deles foram construídos em antigos presídios ou, quando desativados, foram reaproveitados para fins prisionais¹⁰⁹.

De acordo com a primeira pesquisa realizada em nível nacional sobre esta população, no ano de 2011 havia 3.989 pessoas internadas em 26 ECTPs no Brasil, sendo 23 HCTPs e 3 ATPs. Do total desta população, 3.684 eram homens (92%) e 291 mulheres (7%). Quanto às/os demais (14), não foram encontradas informações sobre o sexo (DINIZ, 2013). Já a base

¹⁰⁹ Como exemplo, o HCTP do estado da Bahia.

de dados do último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN (BRASIL, 2017a) trouxe que do total de 726.712 pessoas privadas de liberdade no Brasil em junho de 2016¹¹⁰, 3.770 estão internadas nas 3.563 vagas disponíveis para cumprimento de medida de segurança¹¹¹.

No ano de 2011, o referido Censo atestou que nos estados do Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não havia ECTPs, e que no Distrito Federal, Mato Grosso e Rondônia tinham ATPs (DINIZ, 2013). Com dados mais atualizados, o INFOPEN referente ao ano de 2016 informa a existência de 28 estabelecimentos destinados ao cumprimento de medida de segurança, tendo sido recentemente construídas estruturas para estes fins nos estados do Amapá, Ceará e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2017a)¹¹². Este Levantamento trouxe ainda a inexistência deste tipo de unidade no Distrito Federal, ainda que o site da Subsecretaria do Sistema Penitenciário (SESIPE) ateste que esta ala continue nas acomodações da Penitenciária Feminina¹¹³.

O artigo 99 do Código Penal refere-se a estas instituições como estabelecimentos dotados de características hospitalares. No entanto, elas não são integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), e por isso, não estão orientadas de acordo com os princípios das supramencionadas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, mas sim por aqueles previstos na LEP (CORREIA, 2007). Estes manicômios judiciais são vinculados às Secretarias estaduais de Administração Penitenciária, de Segurança Pública, de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, de Defesa e Desenvolvimento Social (DINIZ, 2013).

Estas instituições são caracterizadas por uma população submetida à medida de segurança, por conversão de pena ou não, e à internação temporária para realização de exames

¹¹⁰ Este Levantamento atesta que, pela primeira vez, a população prisional do Brasil superou o quantitativo de 700 mil pessoas, se tornando o terceiro país do mundo que mais encarcera. Ele também traz dados sobre a “Raça, cor ou etnia” das pessoas em privação de liberdade, sendo 64% de pessoas negras e 35% de brancas, ao passo em que na população total esta porcentagem é de 53% negra e 46% branca (BRASIL, 2017a). Importante fazer a ressalva de que muitos estabelecimentos prisionais não informaram seus dados dentro do prazo deste Levantamento, o que configura uma margem de ausência e imprecisão quanto a estas informações. O estado da Paraíba, através das direções de suas unidades prisionais, foi um dos estados que não repassou suas informações em totalidade.

¹¹¹ O INFOPEN referente a 2015 traz que neste ano havia 4.036 vagas destinadas ao cumprimento de medida de segurança de internação, referente a 1% do total de vagas do sistema prisional brasileiro (BRASIL, 2017b).

¹¹² Este INFOPEN – 2016 não informa se estas novas unidades referem-se a ATPs ou HCTPs (BRASIL, 2017a). Estas informações também não foram encontradas nos sites das Secretarias destes estados. No entanto, sabe-se que o Ceará já detinha o Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes, HCTP inaugurado em 1968, assim como o Rio Grande do Sul, que tem o Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso em funcionamento desde o ano de 1925 (DINIZ, 2013).

¹¹³ De acordo com o site da SESIPE: “A Penitenciária Feminina acomoda uma Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), para presos submetidos à medida de segurança do sexo masculino, com enfermaria, farmácia e consultório médico. Conta com psiquiatra, psicólogos e terapeutas ocupacionais onde são desenvolvidas atividades de terapia”. Disponível em: <<http://sesipe.sejus.df.gov.br/unidades/pfdf.html>>. Acesso em: 20 dez. de 2017.

e/ou tratamentos psiquiátricos. De acordo com o referido censo (DINIZ, 2013, p. 39), no ano de 2011, eram pessoas que, em sua maioria (58%), tinham entre 20 e 39 anos, na qual 44% eram negras e pardas, 77% solteiras, 23% analfabetas e 43% com ensino fundamental incompleto, com “concentração de indivíduos em profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional”¹¹⁴.

É necessário observar com mais atenção a condição das mulheres nestas instituições. Como mencionado, elas representam um quantitativo bem menor se comparado à porcentagem de homens internados, mas isto não significa que tenham seus direitos menos violados ou que suas necessidades específicas sejam atendidas. Do mesmo modo como o sistema prisional comum reproduz a discriminação de gênero, estas mulheres são duplamente invisibilizadas, seja pela via do controle formal exercido pelo Poder Judiciário, seja no âmbito da família e da sociedade (RAMOS, 2011).

Na análise de Magno (2017), neste encontro entre loucura, crime e gênero, fatores de vulnerabilização de mulheres aprofundam ainda mais sua condição de exclusão. Neste ciclo, estereótipos são reafirmados e alimentados em decorrência da discriminação de gênero que sofrem, proferidos pelos diversos atores das instituições e órgãos envolvidos com a determinação e a execução das medidas de segurança, incluindo aqueles dos Sistemas de Justiça e de Saúde.

Já quanto à perspectiva biomédica, a lógica descritiva de classificação de doenças naturaliza o processo de sofrimento que as mulheres atravessam, e silenciam diante de sua presença nas instituições manicomiais (NASCIMENTO; ZANELLO, 2014). Neste sentido, Almeida, Correia e Malheiro (2016, p. 312):

A desigual distribuição de diagnósticos entre homens e mulheres e suas classes diz respeito ao caráter social do sofrimento mental e revela um processo de medicalização e psiquiatrização de mazelas sociais, no qual o gênero configura um importante fator de risco que perpassa também os valores e a literatura médica, e a propaganda farmacêutica (ZANELLO, 2014). Ainda que não se possa afirmar que o sofrimento mental nas mulheres seja provocado estritamente pela violência de gênero que sofrem, deixar este aspecto de lado é perder “caráter fundamental dos processos de subjetivação para pensar o sofrimento psíquico que se patologiza” (NASCIMENTO; ZANELLO, 2014, p. 18-19).

Weigert (2017b) apresenta casos de mulheres que não têm o direito a uma vida sexual e reprodutiva garantido quando estão nos manicômios judiciários. Nestas instituições, a

¹¹⁴ Diniz (2013, p. 40) traz que, no ano de 2011, “enquanto 15% (566) dos homens não tinham profissão, 41% (119) das mulheres não tinham profissão”.

possibilidade de engravidar é utilizada como argumento para tolher seus direitos, seja isolando-as em alas ou celas pequenas, para que não se reproduzam, as tornando estéreis através de operações para ligadura das trompas sem o seu consentimento, ou entregando suas/seus filhas/os para adoção. E assim, os discursos jurídico e médico no sistema das medidas de segurança tornam-se ainda mais perversos e violadores de direitos e as relações de raça, gênero e classe são desconsideradas neste contexto (ZANELLO, 2014).

Se por um lado, a população dos manicômios judiciais permanece por longos períodos isolada, marcada pelo processo de institucionalização, abandono e invisibilidade, as pessoas internadas provisoriamente garantem a rotatividade nestas instituições¹¹⁵. Em 2011, elas correspondiam a 26% do seu público total e, por vezes, permanecem internadas por períodos superiores ao estabelecido na legislação processual penal¹¹⁶ (DINIZ, 2013). Por fim, outro fator relevante é o aumento significativo das internações durante determinados períodos nos quais a política repressiva é intensificada, como nas festas de fim de ano, e o aumento do número de internação de jovens usuárias/os de drogas nestas instituições, como se verá nos últimos capítulos desta dissertação.

2.2.3 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

A categoria desinstitucionalização é orientadora do processo da Reforma Psiquiátrica com vistas ao desmonte da lógica manicomial e dos dispositivos que a sustentam: saberes, instituições, legislações, preconceitos, práticas etc. Historicamente, lhe foram atribuídos sentidos diversos de acordo com o contexto no qual fora enunciada, de modo que as últimas experiências foram decisivas para a significação deste conceito em sua perspectiva mais radical, em especial o processo italiano de desinstitucionalização mencionado no primeiro capítulo desta dissertação.

O surgimento desta categoria está localizado no período após as duas grandes guerras, no qual países europeus, como Inglaterra e França, e americano - Estados Unidos, voltaram-se para a formulação de estratégias de responsabilização estatal por problemas de ordem social,

¹¹⁵ Isto se dá em decorrência do que estabelece o já mencionado art. 98 do Código Penal e também o art. 150 do Código de Processo Penal: “Para o efeito do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar”. E ainda, de acordo com o art. 319, VII do Código de Processo Penal: “Art. 319. São medidas cautelares diversas da prisão: (...) VII - internação provisória do acusado nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser inimputável ou semi-imputável (art. 26 do Código Penal) e houver risco de reiteração”.

¹¹⁶ De acordo com o §1º do art. 150: “O exame não durará mais de quarenta e cinco dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo”.

num cenário de maturação de suas democracias. É neste último país que ela é criada, quando, no início da década de 1960, o governo Kennedy instaura um novo Plano de Saúde Mental de acordo com a medicina preventiva (AMARANTE, 1996; BARROS, 1994; SILVA, 2015).

Com o olhar lançado sobre estas primeiras experiências, analisa Silva (2015, p. 109):

Rotelli (1990) chama estas mudanças, baseadas substancialmente na chamada medicina preventiva, de “psiquiatrias reformadas”; e Castel (1987) chama o mesmo movimento de *Aggiornamento* que, em italiano, quer dizer “atualização”, considerando que tais questionamentos e reformulações propõem mudanças superficiais que não atingem o âmago do problema e só atualiza o que já estava lá, embora com roupagem diferente. [...] As “*Community Mental Health*”, dos EUA; a psiquiatria de setor, da França; as comunidades terapêuticas, da Inglaterra, são exemplos dessas “reformas”, que na realidade foram muito ligeiramente chamadas de desinstitucionalização pelos EUA e pela França (CASTEL, 1987).

A experiência na Itália partiu da observação das mudanças nestes países para pensar outros percursos e produção de contrapoder no cenário da atenção psiquiátrica em seu território. Foi com o questionamento da perspectiva neoliberal e a distinção entre a desospitalização, a transinstitucionalização e a desinstitucionalização, que esta última categoria foi forjada para além de meras mudanças administrativas e estruturais que, ao não avançar na crítica à psiquiatria, acabaram por ampliar sua intervenção, capilarizar seus mecanismos de controle e produzir abandono e cronicidades (SILVA, 2015; VENTURINI, 2016).

Ao referir-se à desinstitucionalização na Itália, Venturini (2016) ressalta sua dimensão política na capacidade de envolver a sociedade neste processo e questionar o poder da psiquiatria: da anulação da subjetividade das pessoas, de sua objetificação, não responsabilização e isolamento, ao que elas têm para oferecer à cidade, à sua liberdade, à mudança de linguagem, à solidariedade e aproximação, à transformação do estatuto da pessoa em sofrimento mental. E assim, ele a conceitua como um processo de reforma no qual se instaura a crise da centralidade do paradigma racionalista da psiquiatria e do manicômio, fruto da implantação de políticas sociais, de intervenções de ordem legislativa, e de outras estratégias (VENTURINI, 2016).

As concepções de importantes referências para pensar a desinstitucionalização, como Franco Rotelli (1989), Ota de Leonardis, Renato Piccione, dentre outros (*apud* VENTURINI, 2016), carregam a diversidade que estas intervenções assumem, quando instauradas em contextos sociais distintos. Como uma categoria que indica processos e experiências complexas e questiona a lógica manicomial de um modelo fechado e violentador de

subjetividades, ela enseja aberturas para as formas de relação com a loucura e possibilidades para as pessoas em sofrimento mental, configurando, portanto, uma transformação cultural direcionada a toda sociedade (AMARANTE, 1996; BARROS, 1994). Conforme Silva (2015, p. 113),

a desinstitucionalização deve ser entendida sobretudo como um trabalho de reconstituição das pessoas enquanto pessoas que sofrem, mas também enquanto pessoas que podem viver bem em sociedade, apesar do sofrimento e de eventuais crises, a partir das relações/conexões a serem estabelecidas com elas e entre elas e os mundos fora dos quais sempre estiveram: mundo do trabalho, da moradia digna, do lazer, da sociabilidade, da cidade, da liberdade. Relações que passam a ser intermediadas por uma relação do tipo contratual, entre internos, técnicos e sociedade, já que convoca a todos a assumirem uma responsabilidade comum, que passa a entender o louco como capaz de reciprocidade na sociedade contratual, da qual havia sido excluído desde sua emergência.

Por conseguinte, importa destacar que esta categoria está no cerne das práticas dos movimentos organizados na perspectiva antimanicomial. Como já sinalizado, estes segmentos adotaram estratégias diversas para empreender a desinstitucionalização, em especial a mobilização política, o questionamento das relações de poder e a reivindicação por direitos, disparando propostas de reformulação das políticas de atenção à saúde mental e ações para transformação da relação a respeito da loucura (AMARANTE, 1996, 2007; CORREIA, 2018).

Quanto à desinstitucionalização no contexto das medidas de segurança no Brasil¹¹⁷, foco deste trabalho, ela representa um desafio para a efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira e para a luta antimanicomial. Referências da criminologia crítica têm denunciado, desde a década de 1970, o caráter punitivo destas medidas, bem como a antipsiquiatria e o referido movimento social, expondo suas contradições e consequências (CARVALHO, 2013). As críticas giram em torno da inadequação do fundamento da periculosidade, da não delimitação do prazo temporal máximo de submissão a ela e da não responsabilização penal das pessoas em sofrimento mental autoras de crime, tendo em vista estar ancorada na inimputabilidade.

Com o intuito de adequar o cuidado em saúde mental no sistema prisional e as políticas públicas no sistema de determinação das medidas de segurança à Lei nº 10.216/2001, o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça (CNPCP/MJ) e a Procuradoria

¹¹⁷ A respeito deste processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental autora de crime na Itália, ver Silva (2015).

Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) publicaram resoluções, portarias, recomendações e pareceres durante a última década. Estes documentos sinalizam o protagonismo de atores do Sistema de Justiça na reorientação deste modelo (SILVA, 2015).

Quanto à atuação do CNPCP, destaque-se a Resolução nº 05 de 2004, que cria as diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, na perspectiva de sua adequação à Lei nº 10.216/2001. Já no ano de 2010, este Conselho lançou a Resolução nº 4, na qual estabelece Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, na perspectiva antimanicomial. Consta em seu artigo 1º, §1º (BRASIL, 2010b):

§ 1º - Devem ser observados na execução da medida de segurança os princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de tratamento e cuidado em saúde mental que deve acontecer de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto.

Esta Resolução também dispõe de orientações para a inserção social desta população, sua acessibilidade a direitos e a circulação na cidade, e reafirma a prioridade do cuidado em saúde mental em liberdade, de modo que os vínculos sociais sejam mantidos. Além disso, ela atribui aos Poderes Executivo e Judiciário a instituição e conclusão do processo de substituição do modelo manicomial no prazo de 10 anos (até 2020), vide seu artigo 6º. Por fim, a Resolução nº 02, de 10 de fevereiro de 2014, do CNPCP, veda o direcionamento de recursos públicos do Ministério da Justiça para a manutenção de manicômios judiciários, criação de novas unidades, reformas, ampliação e aquisição de equipamentos.

No âmbito do CNJ, a publicação de recomendações a partir de 2010 também indica a reorientação deste modelo de atenção às pessoas em sofrimento mental autoras de crime. A Resolução nº 113 de 2010 dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e estabelece que, sempre que possível, o juiz da execução competente deve buscar aplicar políticas antimanicomiais, de acordo com a Lei nº 10.216/2001 (artigo 17). No ano seguinte, este Conselho publicou a Recomendação nº 35, que “dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança” (BRASIL, 2011a). Este documento traz orientações a juízas/es para a adoção da política antimanicomial.

Diante da publicação destes instrumentos, analisam Almeida e Correia (2017, p. 336):

As Resoluções do CNPCP e do CNJ não têm poder de lei, mas funcionam como instrumento impulsionador para uma efetiva política de atenção

integral às pessoas em sofrimento mental autoras de delito. Nesse caso, faz-se necessário o controle social por organizações da sociedade civil no sentido de pressionar as/os gestoras/es responsáveis para a devida implementação das orientações ali constantes.

Ainda no que se refere à atuação do Poder Judiciário nesta temática, especificamente na questão da delimitação do tempo máximo para o cumprimento da medida de segurança, merecem destaque alguns acórdãos e súmula do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Supremo Tribunal de Justiça (STJ). Algumas decisões argumentam no sentido de restringir a 30 anos o limite temporal máximo para o cumprimento da medida de segurança, conforme a Constituição Federal. Como exemplo, tem-se decisão do STJ no Habeas Corpus 208336/SP (BRASIL, 2012a) e a decisão do STF no Habeas Corpus 98.360 (BRASIL, 2009).

Estes tribunais também decidiram por limitar a duração da medida de segurança à pena em concreto, no caso de semi-imputáveis, como na decisão do STJ no HC 31.138/SP (BRASIL, 2006), em que o juiz estabelece o tempo da pena para substituí-la pela medida de segurança. Em entendimento semelhante, também foram proferidas decisões que limitaram a duração da medida de segurança submetida às pessoas tidas por inimputáveis a partir da pena em abstrato definida no Código Penal. Isto se deu na decisão do STJ no Recurso Especial 958.332/DF (BRASIL, 2010d), que foi aprovada como a Súmula 527 por este Tribunal, com a seguinte redação: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado” (BRASIL, 2015e).

Neste contexto, a garantia do direito à saúde do público privado de liberdade nos manicômios judiciais merece destaque. No cenário normativo brasileiro, três marcos legais orientam a promoção deste direito. Inicialmente, a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984 reconheceu expressamente este direito no plano jurídico, estendendo-o à população prisional sentenciada e também provisória. Já em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) foi aprovado e publicado através da Portaria Interministerial nº 1.777. Ele previu a divisão de responsabilidades entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Justiça (MJ) para a garantia da “atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas” (artigo 1º), através de ações e serviços organizados com base no Sistema Único de Saúde (SUS)¹¹⁸ (BRASIL, 2003b).

Por fim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi instituída através da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, também de acordo com o SUS, de modo que revogou a referida a

¹¹⁸

Informações disponíveis em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnssp>>. Acesso em: 27 mai. 2018.

Portaria nº 1.777/MS/MJ¹¹⁹. Além da população “sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança” (artigo 2º), ela passou a incluir as pessoas não amparadas pelo PNSSP, quais sejam aquelas em regime aberto e em prisão e internação provisórias, e também agentes de segurança e familiares (BRASIL, 2014g).

Dessa forma, a PNAISP foi instituída em observância à LEP e à Lei nº 10.216/2001, além de outros instrumentos que dispõem sobre a garantia do direito à saúde de modo integral e universal, tendo por princípios, dentre outros, o respeito aos direitos humanos e à justiça social, e à equidade. Quanto às diretrizes estabelecidas na referida Portaria Interministerial, destacam-se a promoção da cidadania e a inclusão das pessoas privadas de liberdade, o respeito a questões étnico-raciais, socioeconômicas, de gênero, dentre outros marcadores, “às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais” (BRASIL, 2014g).

Ademais, ao definir os objetivos da PNAISP, a referida Portaria Interministerial nº 1, de 2014, ressalta a relação entre os Sistemas de Saúde e de Justiça para a promoção de ações voltadas para o público privado de liberdade. Destaque-se também que, em seu artigo 7º, §2º, ela estabelece que as pessoas submetidas à medida de segurança de tratamento ambulatorial serão assistidas nos serviços da rede de atenção à saúde.

No mesmo ano de publicação da referida Portaria Interministerial, o Ministério da Saúde publicou as Portarias nº 94 e 95 de 2014, que instituem o serviço de avaliação e acompanhamento das medidas de segurança e seu financiamento no âmbito do SUS. Estes dispositivos também corroboram o redirecionamento do cuidado das pessoas em sofrimento mental autoras de crime para um modelo de atenção integral que garanta seus direitos. No âmbito deste serviço, a Portaria nº 94 prevê a criação de um grupo de trabalho denominado “Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei” (EAP).

De acordo com as referidas Portarias, esta equipe intersetorial foi criada com o objetivo de avaliar a situação dos incidentes de insanidade mental, como estratégia para reduzir o tempo de espera das pessoas que aguardam decisão judicial nos presídios e nos manicômios judiciários. Elas também preveem a articulação entre as administrações das unidades manicomiais carcerárias com órgãos como os Tribunais de Justiça, a Defensoria Pública e o Ministério Público. Estas atribuições designadas à EAP devem contribuir com o

¹¹⁹ Já a Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014, institui as normas para a operacionalização da PNAISP no âmbito do SUS. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html>. Acesso em: 15 abr. 2018.

efetivo processo de desinstitucionalização deste público (ALMEIDA, CORREIA, 2017). A respeito disto, analisa Silva (2015, p. 146):

Em nossa avaliação, a portaria n. 94 seria um verdadeiro instrumento de desinstitucionalização das pessoas em medida de segurança, não fossem algumas questões problemáticas, a começar pela total desarticulação com a Área Técnica de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, que, aparentemente indiferente a esse processo, não expressa qualquer interesse na desinstitucionalização dessa população. É tanto que na portaria que institui o Programa de Desinstitucionalização, no final de 2014, sobre a qual falamos adiante, não há qualquer menção aos HCTPs, embora a portaria n. 3090/2011 (BRASIL, 2011b), que dispõe sobre as Residências Terapêuticas, preveja vagas à população egressa de ECTP.

Outros problemas identificados pela referida autora tratam do número de pessoas da EAP prevista, em comparação à demanda de trabalho que lhe é designada, e ao valor do seu financiamento. O recurso federal estabelecido é de R\$ 66.000,00 por mês, quantia considerada irrisória para a manutenção deste tipo de equipe (SILVA, 2015).

Ainda no que se refere às estratégias para a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental autoras de crime, desde a década de 1990 vimos avançar uma série de mobilizações em torno da garantia de seus direitos, a partir da realização de importantes eventos de dimensão nacional e também regional e local, e outras formas de intervenção e promoção deste debate. Destaque-se aqui a campanha desenvolvida pelo Conselho Nacional de Psicologia (CFP) no ano de 1999 com o tema “Manicômio Judiciário... o pior do pior...”, com lançamento na abertura do IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado no município de Maceió, em Alagoas (BARROS-BRISSET, 2010b).

Nos anos 2000, são formuladas novas atividades com vistas a discutir a reorientação do modelo de atenção às pessoas em sofrimento mental, a exemplo da mencionada III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no ano de 2001; o I Seminário de Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, realizado em Brasília em 2002¹²⁰; e o I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental, em São Paulo, em 2009. Já na última década, destaca-se o Seminário Internacional Defensoria no Cárcere e a Luta Antimanicomial, que ocorreu no Rio de Janeiro em maio de 2017, e gerou a publicação de um Relatório e de uma Carta.¹²¹

¹²⁰ O relatório final deste I Seminário de Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico está disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Rel_Sem_Reo_Hosp_Custodia.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2018.

¹²¹ Disponíveis em: <<http://www.forumjustica.com.br/wp-content/uploads/2015/08/Relatorio-DP-Antimanicomial.compressed.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

Ademais, importa destacar a publicação do “Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001” pela PFDC/MPF em 2011. Este documento demonstra que, ainda que existam dispositivos impulsionadores para a efetivação da desinstitucionalização de pessoas que foram submetidas a medidas de segurança, eles dificilmente ecoam no âmbito estadual do Poder Judiciário e nas instituições manicomiais carcerárias. Estes estabelecimentos desrespeitam os direitos das pessoas que estão sob sua custódia, sendo esta condição de indignidade a regra do sistema de execução das medidas de segurança.

No âmbito da garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental, em especial daquelas autoras de crime, há que se destacar que sua efetivação esbarra em inúmeros entraves característicos dos estabelecimentos manicomiais carcerários. A insalubridade, hostilidade, arquitetura, dentre outros aspectos destes ambientes, corroboram com o aumento de estresse e sofrimento das pessoas que convivem neles e com a baixa qualidade dos serviços de saúde prestados, de modo a limitar um atendimento integral direcionado a este público.

No que se refere aos fatores que dificultam o processo de desinstitucionalização neste contexto, destacam-se: a estigmatização gerada pelo diagnóstico atribuído e pela gravidade do crime; a falta da avaliação psiquiátrica ou a demora em sua realização; a fragilidade dos serviços da RAPS em acolher pessoas oriundas de manicômios judiciais, frente ao medo produzido pela noção de periculosidade; a inexistência de vagas em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); o equívoco entre as compreensões de desospitalização e desinstitucionalização; o rompimento dos vínculos familiares; a ausência de políticas de desinstitucionalização e outras políticas públicas destinadas a este público; a escassez de profissionais advogadas/os ou defensoras/es públicas/os *in loco*, o que corrobora com a violação do acesso ao direito e à justiça; a omissão do Poder Judiciário na autorização da desinternação, e em tantos outros entraves particulares de cada caso (CFP, 2015; SOARES FILHO, BUENO, 2016).

A institucionalização prolongada nos manicômios judiciais produziu consequências ainda pouco conhecidas pela sociedade e pelo Estado, sendo esta mais uma faceta do processo de aniquilamento e despersonalização da população enclausurada. Nestas unidades, veem-se situações de pessoas que permanecem sob custódia quando deveriam estar em liberdade.

Entretanto, há que ser ressaltada a incorporação de garantias fundamentais constitucionais ao Sistema Punitivo, em particular os princípios contra os excessos de punição (CARVALHO, 2013). Contudo, como já falado, a Constituição Federal é omissa no que se refere à ausência de limite temporal máximo para a duração da medida de segurança, o que

repercute diretamente nestes casos no qual há a perpetuação da internação. Além disso, não lhes são assegurados os benefícios da execução penal destinados às pessoas imputáveis, como a progressão do regime penal, a detração penal, o *sursis*¹²², dentre outros (LEBRE, 2009).

Há situações ainda mais graves e complexas de pessoas sem amparo familiar que, mesmo com o laudo positivo de cessação de periculosidade e a sentença de desinternação prolatada, são mantidas segregadas nos manicômios judiciais tendo seus direitos negados. Estes casos estão na contramão dos instrumentos normativos publicados pelo MS, pelo CNJ e pelo CNPCP/MJ que tratam da atenção a esta população a partir de políticas antimanicomiais, além da já mencionada Súmula 527 do STJ, da Constituição Federal, da Lei nº 10.216/2001, e dos diversos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, em especial a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD).

A respeito deste último instrumento internacional, Silva (2015) observa que os manicômios judiciais representam “o extremo da inconformidade com a Convenção”, e acrescenta:

A CDPD pode vir a se somar aos instrumentos de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica no tocante à população com transtorno mental em conflito com a lei, especialmente, em virtude do seu artigo 12, que versa sobre a capacidade jurídica das “pessoas com desabilidade”, quando estabelece seu reconhecimento igual perante a lei e determina que os Estados devem oferecer a elas o apoio necessário para o exercício de sua capacidade legal. A CDPD tem status constitucional, ou seja, é uma norma que na hierarquia das leis (Art. 60 da CF) é superior a qualquer lei infraconstitucional, a exemplo do Código Penal, Lei de Execução Penal, Código Civil etc. Por essa razão, deverá vir a forçar uma reforma legislativa concernente à abolição da figura jurídica da inimputabilidade que, se já era incoerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, torna-se definitivamente incompatível com o Estado de Direito, segundo os propósitos da Convenção. (SILVA, 2015, p. 144)

Ao investigar as dificuldades para a desinternação de pessoas do manicômio judicial do estado da Bahia, Prado e Schindler (2017) refletem sobre o conflito entre a imposição dos dispositivos da legislação penal, pautados na busca pela defesa social e na privação de liberdade, e a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental. A partir da análise de dezessete casos de pessoas mantidas em privação de liberdade mesmo com sentenças de desinternação prolatadas, laudo positivo de cessação da periculosidade e conversão da internação em tratamento ambulatorial, a autora e o autor constataram: “a execução da medida de segurança, nos moldes previstos na legislação penal, dificulta a garantia do direito à

¹²² Refere-se à Suspensão condicional da pena, um tipo de substitutivo penal previsto na legislação penal.

liberdade do paciente a ela submetido, necessitando de revisão com base no que dispõe a Lei de Reforma Psiquiátrica.” (PRADO, SCHINDLER, 2017, p. 630-631).

Por outro lado, as experiências de quatro programas brasileiros que atuam na perspectiva da Reforma Psiquiátrica antimanicomial apontam inovações na reorientação deste modelo, na medida em que apostam na responsabilização das pessoas em sofrimento mental autoras de crime através da construção do cuidado integral realizado em serviços abertos e inseridos na comunidade. Pioneiros na atuação voltada para a desinstitucionalização deste público, eles estão articulados com políticas de estado, com as Redes do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e possibilitam que estas pessoas possam responder por seus atos no âmbito da Saúde Pública, distanciando-se do modelo de custódia e tutela característico dos manicômios judiciais (SILVA, 2015; SOARES FILHO, BUENO, 2016).

Três destes programas foram criados em momento anterior à vigência da CDPD no Brasil. Trata-se do Programa de reinserção social dos pacientes internados nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico do Rio de Janeiro, da Superintendência de Saúde da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária; do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), vinculado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais; e do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Particularmente no tocante a este terceiro, ressalta-se que, na medida em que ele oportuniza o acesso a serviços de saúde, impossibilita que estas pessoas venham a responder por seus atos de modo institucionalizante (ASSIS, SILVA, 2017; SADDI, et al., 2017).

Uma quarta experiência foi recentemente elaborada no Brasil, nomeada por Programa de Atenção Integral às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (PRAÇAÍ). Criado através de Termo de Cooperação Técnica entre diversos órgãos do Estado do Pará em maio de 2017, este Programa teve por base propulsora a atuação da equipe EAP na atenção integral às pessoas em sofrimento mental autoras de crime naquele estado (SILVA, VINCENTIN, 2018).

Com estas experiências, não restam dúvidas de que o enfrentamento à segregação e à estigmatização desta população perpassa a implementação de políticas de articulação entre os Sistemas de Saúde e Justiça, que atuem na garantia de seus direitos e no reconhecimento das desigualdades colocadas (BARROS-BRISSET, 2010a). Este reconhecimento implica a transformação da cultura e das instituições manicomiais, e representa uma das tensões que acompanha as lutas por direitos humanos. Por isso, a garantia do direito à saúde destas pessoas exige a ação conjunta dos Poderes do Estado, em particular do Executivo e do Judiciário, na construção de políticas de desinstitucionalização específicas para elas.

Ao não disponibilizar a devida atenção à saúde, o Estado viola outros direitos humanos. No caso das pessoas em sofrimento mental autoras de delito, esta violação contribui para acentuar o quadro de sofrimento mental, e muitas vezes, cronificá-lo (CORREIA, 2007). A ausência de políticas públicas efetivas voltadas para esta população tem provocado sua institucionalização e o prolongamento das internações, mesmo após atestada a cessação de periculosidade e prolatada a sentença de desinternação.

O objeto desta pesquisa foi, portanto, despertado e construído sob a provocação destes dados alarmantes aqui apresentados e em atenção à dupla estigmatização que esta população é submetida, o que lhe confere o *status* de segmento mais frágil dentro do sistema penal (MATTOS, 2006; WEIGERT, 2017b). Com isso, compreender o estado das pesquisas e normativas referentes à questão da desinstitucionalização deste público é crucial para pensar a situação da população submetida à medida de segurança de internação na Paraíba.

A partir de então, o foco deste trabalho será direcionado especificamente ao contexto do sistema de determinação das medidas de segurança no referido estado, desde a imersão na Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF/PB). Com a apresentação dos procedimentos metodológicos adotados, a discussão seguinte articulará o referencial teórico adotado até então com os dados colhidos com a observação participante e às singularidades do campo investigado.

CAPÍTULO 3. ENTRANDO NA PENITENCIÁRIA DE PSIQUIATRIA FORENSE DO ESTADO DA PARAÍBA

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Para a realização deste estudo exploratório, percorreram-se os fluxos que despontaram com o trabalho empírico em direção aos desafios para a desinstitucionalização da população submetida à medida de segurança na Paraíba. Tendo em vista tratar-se de uma realidade na qual não se tem limites nitidamente definidos, buscou-se compreender os fatos e as relações em sua complexidade e singularidade, recorrendo a técnicas de coleta de dados diversas e a procedimentos de análise qualitativos.

Assim, optou-se pelo desenvolvimento do estudo de caso, no sentido de investigar elementos componentes de situações particulares que podem ser localizados numa totalidade, possibilitando um olhar mais amplo sobre o contexto estudado. Para isso, foi preciso observar as múltiplas facetas das relações entre o sistema político e econômico e a sociedade, que ultrapassasse os dados estatísticos e a análise meramente descritiva, e que considerasse a interferência da presença da pesquisadora (HAGUETTE, 2001).

Com base no exposto, esta pesquisa teve por objetivo analisar o processo de desinstitucionalização das medidas de segurança, com foco nos casos de pessoas que permanecem na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba (PPF/PB) com sentença de desinternação prolatada. Para isso, tiveram-se como pano de fundo a observação da incidência da Reforma Psiquiátrica neste sistema e o posicionamento das/os profissionais envolvidas/os na determinação e execução da medida de segurança na Paraíba.

Poucas são as pesquisas que tratam da realidade da PPF/PB, com a devida ressalva para a tese desenvolvida por Brito (2016) sobre sua criação, e o Trabalho de Conclusão de Curso de Araújo (2017)¹²³, que discorre sobre os casos de pessoas em situação de abandono ali internadas¹²⁴. Somado a este fato, o levantamento dos dados sobre as medidas de

¹²³ Como uma das produções do estágio realizado por Araújo (2017) na PPF/PB durante sua graduação em serviço social, ela construiu uma cartilha impressa intitulada “A importância do acompanhamento familiar no tratamento psiquiátrico”. Este material é entregue às/os familiares de pessoas internadas e foi apresentado à pesquisadora pelo assistente social da unidade.

¹²⁴ A partir da busca na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações sobre as produções desenvolvidas na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), foram encontrados os seguintes trabalhos sobre os direitos das pessoas em sofrimento mental autoras de crime e temas correlatos: as dissertações de Correia (2007) e de Oliveira (2012) defendidas no Programa de Pós Graduação em Ciências Jurídicas da UFPB, que têm por foco a realidade dos estados da Bahia e do Acre respectivamente. Já a dissertação de Silva (2012), defendida no

segurança não tem sido feito no estado da Paraíba, como prevê a Resolução nº 04/2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça (CNPCT/MJ)¹²⁵, o que dificulta a atenção direcionada às necessidades da referida população, mas sinaliza a urgência de observá-las.

Por sua vez, os relatórios de inspeção publicados pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)¹²⁶ em 2016 e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2015 referenciam os casos de pessoas internadas na PPF/PB que já têm sentença judicial favorável à desinternação, fontes que corroboraram a delimitação do objeto deste estudo e o desenvolvimento da pesquisa bibliográfica¹²⁷. Do mesmo modo, foram acessados dados estatísticos que trazem informações relevantes sobre a população da PPF/PB, como o primeiro censo sobre a custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil (DINIZ, 2013), e os relatórios do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN (BRASIL, 2017a, 2017b).

Quanto aos instrumentos normativos, se teve como referências as resoluções, portarias e recomendações publicadas pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e CNPCT/MJ que pautam a urgência de adequação deste sistema à Lei da Reforma Psiquiátrica. Ainda, as legislações internas e internacionais tratadas no primeiro capítulo desta dissertação, como a Lei nº 10.216/2001, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência delimitaram sob quais dispositivos legais esta análise fora desenvolvida.

Após a revisão de literatura¹²⁸ e o estudo da legislação mencionada, foi preciso realizar consulta prévia à direção da PPF/PB, com o objetivo de identificar as unidades de análise:

Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPB, trata do processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico, sendo a única encontrada sobre esta temática no âmbito das instituições manicomiais.

¹²⁵ De acordo com o artigo 6º, §§ 1º e 2º, desta Resolução nº 4/2010 do CNPCT/MJ, os órgãos responsáveis pelos internamentos e tratamentos impostos deverão realizar levantamento trimestral para consolidar estatísticas sobre a imposição e execução das medidas de segurança, a partir da formação de equipes compostas pelo MJ, MS, Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).

¹²⁶ O MNPCT foi instituído pela Lei nº 12.847/2013 no Brasil, como obrigação proveniente da ratificação do país ao Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes da Organização das Nações Unidas em 2007. Dentre suas atribuições, destacam-se a monitoração de estabelecimentos de privação de liberdade e a elaboração de relatórios e recomendações direcionadas às autoridades públicas, no sentido de garantir os direitos das pessoas privadas de liberdade. Disponível em: <<http://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/sistema-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-snpct/mecanismo/mecanismo-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-mnpct>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

¹²⁷ Destaque-se a relevância destes relatórios de inspeção em dar publicidade à realidade destas instituições e às inúmeras violações de direitos que elas abrigam, e com isso, fazer recomendações aos órgãos e instituições públicas, como aqueles dos Poderes Executivo e Judiciário (ALMEIDA, CORREIA, 2017).

¹²⁸ Para esta revisão, teve-se por critério eleger referências relacionadas ao objeto desta pesquisa, organizadas em livros, artigos em periódicos, dissertações e teses. Destaque-se os trabalhos de Correia (2007; 2018), Barros-Brisset (2011), Silva (2015), Mattos (2006), Weigert (2015) e Carvalho (2013).

casos de pessoas com sentença de desinternação que permaneciam naquela instituição. Para tanto, foram realizadas visitas a ela e à Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba (VEP/PB), cenários estratégicos por serem responsáveis pela execução e imposição das medidas de segurança e por responderem diretamente pela garantia dos direitos da população internada.

Importante destacar que, em decorrência das atividades no Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania durante a graduação, a pesquisadora ingressou e acompanhou alguns casos nestes ambientes como extensionista, fato que despertou ainda mais seu interesse pelo respectivo sistema e facilitou o acesso e a comunicação com as/os profissionais entrevistadas/os.

A consulta preliminar junto à direção e ao assistente social da PPF/PB através de contato telefônico e pessoal foi imprescindível para averiguar a viabilidade de realizar esta pesquisa, a partir da apresentação do projeto e da solicitação do quantitativo dos casos objetos de estudo. Na sequência, uma lista com os números dos processos e respectivos nomes dos homens sob a custódia da PPF/PB com sentença de desinternação foi cedida pelo assistente social da instituição, dados estes que foram mantidos em sigilo durante todas as etapas da pesquisa e na redação desta dissertação. Com a imersão nestes ambientes também foi possível identificar quais profissionais têm atuado diretamente nestes casos e suas áreas de formação, o que configurou aspecto interdisciplinar à pesquisa, tendo em vista tratar-se de pessoas com formação nas áreas de serviço social, direito, psicologia, enfermagem e administração.

Ao tempo em que se procedeu a identificação das pessoas que permaneciam na PPF/PB com sentença de desinternação prolatada, foi iniciado o percurso para a juntada de documentos e requerimentos de autorizações à Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba (SEAP/PB)¹²⁹ e à VEP/PB¹³⁰ (anexos 1 e 2). O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil com a documentação exigida e submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/UFPB), sendo aprovado no mês de outubro de 2017, vide parecer de número 2.310.309 (anexo 5). Este procedimento deu-se em atenção às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõem, respectivamente, sobre os aspectos éticos

¹²⁹ Para a autorização de pesquisas em instituições vinculadas a esta Secretaria, há um rol de documentos exigidos a pesquisadoras/es e orientadores/as. São requeridas uma carta de recomendação do Programa de Pós Graduação, certidões de antecedentes criminais e certidões negativas de todas as esferas do estado, além das cópias dos documentos pessoais e do projeto de pesquisa.

¹³⁰ A autorização cedida pela VEP/PB anexada nesta dissertação apresenta equívoco quanto ao ano em que foi assinada, sendo a data correta 28/06/2017. Tendo em vista tal fato ter sido percebido ao término do trabalho de campo, entendeu-se que ele não traria maiores comprometimentos à pesquisa, bastando apenas este destaque.

de pesquisas que envolvem seres humanos e sobre as normas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que utilizam dados colhidos diretamente com participantes e/ou que possam acarretar riscos para elas/es¹³¹.

Logo após a autorização do CEP/UFPB, procedeu-se o início da execução do trabalho de campo, que teve como foco investigar a incidência da Reforma Psiquiátrica no sistema de execução das medidas de segurança na Paraíba, analisar as atribuições e os posicionamentos das/os profissionais envolvidas/os na determinação e execução destas medidas, e compreender suas percepções e os desafios a respeito da desinstitucionalização neste contexto. Nesta fase, o percurso foi trilhado a partir de duas etapas que em determinado momento ocorreram simultaneamente: primeiro, a pesquisa documental e a observação participante na PPF/PB; e em seguida, a realização de entrevistas semiestruturadas junto às pessoas selecionadas como informantes chave.

As informações contidas nos processos judiciais mencionados na lista cedida pela PPF/PB representam o primeiro contato com os dados particulares de cada caso, que subsidiaram sua análise individual e também contextualizada com a população dos demais manicômios judiciários brasileiros. Ao tempo do acesso às peças processuais, a leitura crítica a respeito dos discursos nelas evocados foi pautada como exercício de questionamento da retórica que classifica, estigmatiza e invisibiliza as pessoas de que tratam.

Ainda que os processos tenham trazido uma série de informações relevantes sobre os casos estudados, esta etapa teve por intuito observar os dados pessoais de identificação, como idade, escolaridade e profissão; os itinerários processuais; as trajetórias institucionais entre manicômios e prisões; as datas de ingresso na PPF/PB e de expedição da sentença favorável à desinternação; os laudos psiquiátricos; e o benefício da justiça gratuita¹³². Outros documentos relevantes também foram incluídos nesta fase da pesquisa, como os regimentos internos da PPF/PB de diferentes períodos¹³³.

¹³¹ Os cuidados éticos e metodológicos desta pesquisa incluíram a autorização das instituições envolvidas, com a formalização de cartas de anuência, e o consentimento das pessoas participantes, inclusive para que as entrevistas fossem gravadas, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo CEP/UFPB, vide documentos no apêndice e anexo deste trabalho. Especificamente quanto a via dos TCLEs dos homens internados na PPF/PB que foram entrevistados, elas ficaram com o assistente social da unidade, que os anexou ao prontuário jurídico de cada um deles e afirmou que, na ocasião de serem desinternados, poderão levá-los consigo. Apenas um deles (E5) inseriu impressão datiloscópica.

¹³² Esta informação é necessária no sentido de ressaltar que a análise dos processos judiciais não buscou esgotar todas as informações neles contidas, tendo em vista suas extensões e complexidades. De outro modo, esta etapa se ateve aos dados entendidos como relevantes para o objetivo deste trabalho.

¹³³ O acesso ao primeiro regimento interno da PPF/PB deu-se através do Decreto nº 399, de 15 de agosto de 1943, bem como de arquivos cedidos pela pesquisadora que elaborou tese sobre a criação desta instituição (BRITO, 2016). Já o atual regimento interno foi disponibilizado por profissionais da direção da PPF/PB durante a realização da pesquisa de campo.

Após a primeira fase da coleta de dados (acesso aos processos judiciais), procedeu-se a observação participante, com a entrada da pesquisadora na PPF/PB em novembro de 2017. A partir deste mês, foi possível investigar a história da unidade, sua estrutura e dinâmica de funcionamento, acessar prontuários referentes aos casos objetos de estudo e estabelecer diálogo com profissionais e internos, recorrendo a anotações em diário de campo.

Novas questões surgiram como desdobramentos do ingresso numa instituição que representa um dos maiores desafios para a Reforma Psiquiátrica, e que, como a maioria das unidades prisionais, é criada por homens, aplicada por eles e direcionada a eles (GOMES, 2013; ZAFFARONI, 2009). A presença de uma mulher em um ambiente estruturado nesta perspectiva produziu certos incômodos para a pesquisadora, ao tempo em que o fato de compor o Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania, ser oriunda da universidade e não ter vínculo de emprego com nenhuma instituição ou serviço facilitou o acesso a informações. Ademais, na medida em que a observação participante avançou, percebeu-se a naturalização do uso de apelidos e formas pejorativas por parte de alguns/as profissionais em referência aos homens internados.

Quanto à pesquisa documental, o quantitativo de profissionais atuantes na PPF/PB foi solicitado à direção da unidade desde o primeiro mês do trabalho de campo, sendo requerido por mais três vezes. Porém, percebeu-se que há uma resistência na disponibilidade de tal material, como estratégia para que estas informações não sejam expostas. Com isso, optou-se por não mais buscá-las por meio do acesso à lista já elaborada pelo setor de Recursos Humanos da instituição, no sentido de evitar problemas com a etapa seguinte das entrevistas, de modo que a análise a respeito da equipe restringiu-se às informações colhidas na observação participante, nas entrevistas e nos dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

A observação participante na PPF/PB foi realizada durante oito meses, de novembro de 2017 a junho de 2018. No decorrer desta etapa do trabalho de campo, a pesquisadora tomou ciência da desinternação de dois dos cinco homens selecionados para as entrevistas. Com isso, optou-se pela extensão dos objetivos da pesquisa, no sentido de produzir um olhar de dentro para fora da PPF/PB, como trazido por Silva (2015). Para tanto, estes homens foram mantidos como informantes, com o acréscimo de dois profissionais dos serviços da RAPS/PB que os acolheram, especificamente de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e de um

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), ambos localizados numa cidade do interior do estado da Paraíba¹³⁴.

Ao tempo em que a observação participante na instituição se deu, as entrevistas semiestruturadas foram sendo realizadas com os cinco homens identificados na primeira etapa, com profissionais envolvidas/os na determinação e execução da medida de segurança na Paraíba, e também com aquelas/es atuantes nos serviços da RAPS/PB mencionados¹³⁵. Por se constituírem por perguntas abertas, elas possibilitaram que as/os informantes respondessem-nas livremente de acordo com suas percepções, de modo que transpareceram sentimentos, valores, contradições, códigos sociais, atitudes individuais e também coletivas (MARCONI, LAKATOS, 2015; MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2010).

As entrevistas ocorreram nos meses de março, abril e maio de 2018, e nos casos das duas pessoas profissionais dos serviços de saúde mental (SRT e CAPS III), elas foram realizadas conjuntamente¹³⁶. Com relação às gravações, elas totalizaram 6 horas e 30 minutos de duração e 123 páginas transcritas, que subsidiaram as análises expostas¹³⁷. Com o intuito de preservar as identidades das pessoas entrevistadas, os arquivos completos das transcrições não foram inseridos nos apêndices, mas suas falas foram apresentadas no decorrer deste capítulo, sendo sinalizada qual pessoa a proferiu de acordo com um número de identificação¹³⁸.

No tocante à participação das pessoas internadas na PPF/PB ou que passaram por esta instituição, foram observados seus direitos de acordo com as Leis nº 10.216/01 e nº

¹³⁴ O contato da pesquisadora com estas/es profissionais foi viabilizado pelo assistente social da PPF/PB.

¹³⁵ Os roteiros das entrevistas semiestruturadas foram anexados ao fim deste trabalho (apêndices B e C). A respeito do instrumento referente às/os entrevistas com profissionais, fora formulado levando em conta a área e o tempo de atuação; a proximidade, as atribuições e posicionamentos frente aos casos; a relação/comunicação entre os órgãos e instituições responsáveis pela determinação e execução das medidas de segurança; as percepções sobre o processo de desinstitucionalização das medidas de segurança; e o conhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Devido aos distintos cargos e áreas de atuação, também foram feitas indagações direcionadas especificamente para determinadas/os profissionais, as quais foram sinalizadas. Por sua vez, o instrumento para entrevista com os cinco homens internados ou que passaram por internação na PPF/PB abarcou elementos de sua trajetória de vida, e particularmente do período referente à internação na PPF/PB. Neste caso, o roteiro pretendeu observar aspectos jurídicos e sociais destas pessoas, seu processo de (des)institucionalização e garantia de direitos. Quanto aos homens que atualmente estão morando no SRT, eles também foram questionados sobre a saída da PPF/PB e chegada neste serviço e sobre o novo cotidiano.

¹³⁶ Isto se deu por escolha das próprias pessoas entrevistadas, respectivamente uma mulher e um homem. Suas implicações serão abordadas no ponto 3.4.

¹³⁷ As entrevistas realizadas com os três homens submetidos à medida de segurança de internação na PPF/PB e os dois que foram desinternados somaram 1h24min e 36 páginas transcritas, com duração entre 25 e 10 minutos cada. Já quanto às entrevistas com as/os profissionais, foram contabilizadas em 5 horas e 87 páginas transcritas, e duraram entre 19 minutos e 1h39min.

¹³⁸ A designação adotada em referência às pessoas entrevistadas não necessariamente diz respeito a uma escala de prioridade, posto que isto não fora previamente estabelecido. Com o intuito de facilitar a compreensão da apresentação dos dados, foi utilizada a letra E para identificação das pessoas entrevistadas, precedida de um número: E1 a E5 diz respeito aos três homens submetidos à medida de segurança e aos dois que foram desinternados; e E6 a E12 referem-se às/os profissionais.

13.146/15, conhecidas respectivamente como Lei da Reforma Psiquiátrica e Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, e as condições para sua contribuição. A partir destes dispositivos legais, foram tomados os devidos cuidados éticos e metodológicos quanto às autorizações de representantes legais, a não estigmatização deste público, sua autonomia em participar do estudo, seus valores culturais, formas de comunicação e de subjetividade e sua privacidade. Neste sentido, se buscou preservar suas identidades e observar a importância de suas contribuições para o objeto desta pesquisa.

Já a escolha das/os profissionais foi feita em função do corrente vínculo de trabalho e da atuação junto aos casos, percebidas no decorrer da pesquisa, bem como observando o que dispõe a Portaria nº 03, de 05 de maio de 2014, do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba (PARAÍBA, 2014). O conteúdo desta Portaria será retomado no último capítulo deste trabalho, mas aqui, importa observar que ela institui um “Grupo de Trabalho Interinstitucional”, com a finalidade de “elaborar um plano de ação para subsidiar a reestruturação do modelo de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no estado da Paraíba”, designando representantes de órgãos como o Tribunal de Justiça da Paraíba (TJ/PB) e a SES/PB para integrá-lo (PARAÍBA, 2014).

Desse modo, foram selecionadas/os as/os seguintes informantes-chave para entrevista: o assistente social que compõe a equipe do Programa de Saúde Penitenciária (PSP) da PPF/PB; o diretor da PPF/PB; a juíza da VEP/PB; a Coordenadora de Saúde Mental da SES/PB¹³⁹; a psicóloga atuante como Coordenadora de Saúde no Sistema Prisional da Paraíba; a administradora do SRT localizado no município do interior do estado; e, por fim, um enfermeiro do CAPS III desta mesma cidade.

No período que antecedeu a realização das entrevistas, a pesquisadora buscou encontrar as pessoas entrevistadas com o objetivo de apresentar-se, explicar os objetivos da pesquisa e conhecê-las. Com relação ao contato com alguns profissionais da PPF/PB, ele durou toda a etapa do trabalho de campo, o que foi interpretado como ponto positivo para a coleta dos dados. Quanto às profissionais da VEP/PB e da SES/PB, a pesquisadora já as conhecia em decorrência das atividades que desenvolveu junto ao Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania. Isto também foi fator que otimizou o caminhar do trabalho de campo.

¹³⁹ E9 era Coordenadora de Saúde Mental da Paraíba ao tempo da realização do trabalho de campo desta pesquisa. No final desta etapa, a pesquisadora tomou ciência de seu desligamento, o que implicou na ausência de profissional ocupando este cargo até o último mês de realização desta dissertação.

No que se refere ao contato com a profissional do SRT, só foi possível encontrá-la uma vez antes do dia da entrevista, tendo em vista que ela reside em outra cidade. De todo modo, ocorreram conversas anteriores por meio da rede social *whatsapp*. Quanto ao outro profissional do CAPS III, morador da mesma cidade da profissional do SRT, só foi possível encontrá-lo no dia da entrevista, ainda que tenha sido tentado contato telefônico em momento anterior. Estes fatos trouxeram implicações para a coleta de dados, seja pela desconfiança percebida pela pesquisadora, mas também pela discordância entre informações ditas em momento informal anterior e durante as entrevistas.

Com relação aos homens internados na PPF/PB, foi possível conhecer dois deles (E3 e E4) e explicar os objetivos da pesquisa em situação anterior às entrevistas, durante as atividades das pastorais que atuam na instituição. Por fim, com relação aos dois homens moradores do SRT da cidade do interior, a pesquisadora só pôde conhecê-los no dia da entrevista, momento no qual passou uma manhã na casa com eles. Estes fatos também reverberaram nas entrevistas de distintas formas, as quais serão detalhadas no último capítulo.

No tocante à ordem das entrevistas, não fora determinado critério anterior para sua realização, de modo que ocorreram conforme a facilidade em acessar as/os informantes, com o cuidado de não concorrer com o horário de outras atividades das quais participam¹⁴⁰. Ademais, todas elas foram iniciadas com explicações referentes aos objetivos da pesquisa, seus benefícios e possíveis riscos, ressaltada a voluntariedade em participar e responder apenas às perguntas que quisessem, vide TCLE (apêndice A). Nesse sentido, só foram utilizadas informações expressamente autorizadas.

Conforme adverte Zaluar (1986) ao tratar da prática do trabalho de campo, além de contribuir para a formulação de uma dimensão política e empírica para a pesquisa, ele se relaciona com o momento histórico nacional e internacional no qual é desenvolvido. Assim, buscou-se tomar o cuidado de não produzir sistemas de explicação que se mostrem fechados e rígidos, posto que as informações levantadas são datadas e situacionais, sendo, portanto, passíveis de sofrer transformações. Além disto, foram observados o contexto da coleta dos dados, o modo como as pessoas entrevistadas receberam a pesquisadora e os limites dessa relação, os quais serão detalhados no início do quarto capítulo (CALDEIRA, 1998).

Na etapa final do processo investigativo, a análise dos dados levantados observou cada caso de modo individualizado e como parte de um sistema mais amplo. A escuta sensível e o olhar atento a questões raciais, de classe, gênero, dentre outros marcadores das desigualdades

¹⁴⁰ Há que se destacar que as entrevistas com os homens em condição de internação foram as últimas a serem realizadas.

sociais, foram imprescindíveis para perceber como eles se relacionam com os processos e prontuários e como reverbera a garantia de direitos do público internado nos discursos institucionais.

A análise de conteúdo foi adotada como estratégia para atingir uma compreensão mais profunda do material coletado e transcrito¹⁴¹, no sentido de ultrapassar a mera descrição das informações e acessar o que está por trás dos conteúdos expostos, e também confrontar a abordagem teórica apresentada com a singularidade das informações levantadas no trabalho de campo (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2010). Diante disto, optou-se por seguir as três etapas indicadas por Minayo, Deslandes e Gomes (2010) e Bardin (2016), quais sejam: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados com a interpretação.

A título de organização dos dados coletados, foram estabelecidas categorias de análise relacionadas com os objetivos desta pesquisa e com as referências bibliográficas adotadas, utilizando por vezes tabelas, quadros e gráficos com o intuito de sistematizar e facilitar a compreensão. De acordo com Bardin (2016, p. 136):

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos.

Com esta técnica, é possível agrupar concepções, expressões e elementos orientados por uma categoria mais abrangente, definida a partir da análise do material da pesquisa (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2010). Desse modo, foram estabelecidos dois sistemas de apresentação dos dados levantados, os quais comportam as seguintes categorias analíticas:

- a) Narrativas dos homens submetidos à medida de segurança na Paraíba sobre: 1 - Processos de institucionalização na PPF/PB; 2 - Aspectos quanto à garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental autoras de crimes;
- b) Percepções de profissionais sobre: 1 - Reforma Psiquiátrica no contexto das medidas de segurança; 2 – Desafios para a desinstitucionalização das medidas de segurança.

¹⁴¹ As transcrições iniciaram no mês seguinte à realização da última entrevista e duraram cerca de dois meses. Para este trabalho, contou-se com a colaboração de uma profissional que degravou parte das entrevistas, e com a ferramenta *VLC media player*. O material transcrito foi revisado pela própria pesquisadora, etapa crucial para a identificação das categorias analíticas. Ademais, as anotações no diário de campo auxiliaram a investigação e análise do material transcrito e foram consideradas a cada entrevista realizada, no sentido de aprimorar os roteiros.

Apresentados os devidos procedimentos metodológicos, será iniciada a exposição da análise do principal *lôcus* desta pesquisa, a PPF/PB, com foco na sua criação, estrutura física, rotina, equipe profissional e população. Importante ressaltar que na busca sobre a história das instituições prisionais e manicomiais no Brasil, as dificuldades para acessar dados seguros são reflexo das funções que elas exercem, de controle social seletivo e punitivo, e do ambiente violador de direitos que lhes é característico, como se verá adiante. Estas questões reverberaram de distintas maneiras nesta pesquisa, desde a invisibilidade da população que a PPF/PB custodia até a desatualização e controvérsia dos dados coletados¹⁴².

Este quadro é somado a um sistema de informações que não foi feito para suas particularidades, mas para as demais unidades do sistema penitenciário¹⁴³. A não publicização de dados da população destes estabelecimentos repercute no desconhecimento pelos próprios órgãos e Secretarias as quais estão vinculados, sendo mais um fator para sua conceituação como instituições de estado de exceção, nas quais “as pessoas consideradas criminosas e loucas somente são incluídas no Estado através de sua exclusão” (WEIGERT, 2017b, p. 120 e 121).

Assim, a procura da história da PPF/PB foi permeada pela escassez de informações sobre esta unidade e por dados oficiais controversos. Por outro lado, a imersão neste cenário, a observação semanal do seu cotidiano e os diálogos travados com profissionais que ali atuam demonstrou a carência de pesquisas a respeito do sistema que ela compõe. É neste sentido que o tópico seguinte foi desenvolvido, observando a relevância da abertura desta instituição para que a academia possa envolver-se com suas questões, como indicado no Relatório produzido pelo MNPCT (2016b).

¹⁴² No decorrer da pesquisa documental foram encontrados dados discordantes nos processos judiciais, a exemplo de informações pessoais referentes às datas de nascimento e às profissões das pessoas internadas. Para fins de averiguação, eles foram questionados durante as entrevistas.

¹⁴³ Esta informação foi cedida pela direção da PPF/PB. Em decorrência da ausência de um sistema voltado para as especificidades da população da unidade, as/os profissionais passaram a alimentar uma lista própria com estes dados, que foi cedida para a pesquisadora nos meses de início e fim do trabalho de campo.

3.2 PENITENCIÁRIA DE PSIQUIATRIA FORENSE DO ESTADO DA PARAÍBA: “UM PONTO FORA DA CURVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA”¹⁴⁴

3.2.1 CRIAÇÃO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO DA PARAÍBA

Sob o argumento do progresso, da modernização da cidade e da segurança da população, os governos da capital do estado passaram a combater as práticas consideradas ameaçadoras para a ordem e saúde públicas a partir do final do século XIX, com a segregação de pessoas que não se adequavam ao modelo urbano pensado pelas elites. Já as primeiras ações para saneamento e higienização de espaços públicos da capital são datadas no início do século XX. Neste contexto, grandes obras destinadas à assistência e ao controle social foram disputadas e inauguradas, como forma de enaltecer os poderes políticos e médicos vigentes e institucionalizar determinadas categorias sociais (WANDERLEY, 2016).

É neste processo de higienização do espaço urbano e controle das pessoas que determinados conceitos elaborados por psiquiatras aparecem nos discursos que demandam por uma nova instituição. Os fundamentos eugênicos e o lombrosianismo emergiram nas políticas oficiais em todo o Brasil, com a recepção da Escola Positiva, já em decadência nos países da Europa. Aqui, a elite encontrou um terreno fértil para o desenvolvimento de teorias em torno do racismo científico e do determinismo biológico, ao passo em que buscava critérios para distinguir a cidadania da população negra e das/os estrangeiras/os (SCHWARCZ, 1993). O projeto em desenvolvimento era protagonizado, portanto, pelos cientistas médicos, que corroboraram a institucionalização das ideias da Escola Positiva frente às novas necessidades do Estado (FERLA, 2009).

Na década que antecedeu a emergência do Manicômio Judiciário da Paraíba, os jornais locais já dispunham sobre a relação entre a presença de “patologias psiquiátricas” e o cometimento de crimes, baseados na propaganda eugênica e na concepção de degeneração da raça (BRITO, 2016, p. 171). Neste período, o Decreto nº 1.132 de 1903 previa que, enquanto os estados não tivessem manicômios criminais, estas pessoas seriam levadas aos asilos públicos, em pavilhões separados¹⁴⁵. A redação original do Código Penal de 1940 também

¹⁴⁴ Fala proferida por E6 na entrevista realizada junto à pesquisadora, em resposta à pergunta sobre sua compreensão acerca da Reforma Psiquiátrica e conhecimento sobre a luta antimanicomial.

¹⁴⁵ Este Decreto nº 1.132/1903 foi a primeira legislação federal que objetivou reorganizar a assistência a alienados no Brasil e garantir seus direitos (MACHADO et al., 1978). Por fazer referência a uma instituição destinada às pessoas consideradas alienadas e delinquentes, ou para aquelas já condenadas e tidas por alienadas, se destaca o seguinte dispositivo deste Decreto: “Art. 11. Enquanto não possuírem os Estados manicômios

determinava que, na falta de instituição específica, a medida de segurança deveria ser cumprida em seções especiais de outros estabelecimentos¹⁴⁶.

Assim, as pessoas consideradas loucas criminosas eram levadas para um pavilhão reservado a elas no antigo Hospital Colônia Juliano Moreira, manicômio inaugurado em 1928, hoje designado como Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira¹⁴⁷ (CPJM). Antes da criação deste hospital psiquiátrico, estas pessoas eram literalmente depositadas nas dependências do Asilo de Alienados da Cruz do Peixe¹⁴⁸ ou Asylo de Santa'Anna¹⁴⁹, sob administração da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba, levadas para os manicômios de Recife, em Pernambuco, ou para as cadeias públicas.

Estas pessoas passaram a representar um problema para as autoridades públicas e para os saberes psiquiátrico e jurídico deste período, que buscavam consolidar-se a partir do combate a toda forma de desordem ocorrida na cidade. Elas não cabiam nas cadeias públicas e não eram mais aceitas nas dependências da Colônia Juliano Moreira, provocando, assim, a emergência de uma nova estrutura:

Sobre esse corpo, os olhares de ambas as instituições, prisional e hospitalar, estiveram direcionados particularmente na Paraíba das décadas 1930 e 1940. Foi esse corpo que o exame pericial buscou capturar e construir dentro das redes discursivas e não discursivas, instituindo-o como mais uma dobra da anormalidade. Foi a partir dele e por meio dele que uma nova série de medidas jurídicas, médicas, sociais e políticas, emergiram. Para sua periculosidade, novas leis; para sua anomalia, novos exames; para sua patologia, novos procedimentos de cura; para seus desvios, outros

criminaes, os alienados delinquentes e os condenados alienados sómente poderão permanecer em asylos publicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem". Já em 1911, o Decreto Federal nº 8.834 foi promulgado com o mesmo objetivo de reorganizar a assistência destinada a este público. Seu artigo 173 trouxe que estaria "proibido manter alienados em cadeias publicas ou entre criminosos".

¹⁴⁶ Na parte especial deste Código Penal de 1940, sua redação original previa a subdivisão das medidas de segurança entre patrimoniais e pessoais, aplicadas de acordo com a gravidade do crime cometido, e não frente às necessidades da pessoa que o praticou. A primeira modalidade era referente à interdição de estabelecimento, sede de sociedade ou associação e o confisco. Quanto à segunda, eram divididas entre medidas detentivas, nas categorias de internação em manicômio judiciário, em casa de custódia e tratamento, em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, reeducação ou ensino profissional; e em não detentivas, como a liberdade vigiada, a proibição de frequentar determinados lugares e o exílio. Na falta destes locais, o artigo 89 determinava que a medida de segurança detentiva fosse cumprida em seções especiais de outros estabelecimentos.

¹⁴⁷ Wanderley (2016) rememora que logo após a inauguração desta instituição, dez pessoas consideradas alienadas foram transferidas da Cadeia Pública da capital para este Hospital Colônia.

¹⁴⁸ Esta instituição foi criada em 1822 e representa a primeira estrutura designada especificamente para receber pessoas consideradas loucas no estado da Paraíba (BRITO, 2016).

¹⁴⁹ Importante registro do médico psiquiatra Juliano Moreira sobre este asilo faz referência às suas péssimas condições: "Só em 1890 foi que o estado da Paraíba criou um asilo de alienados. Era então Governador o Dr. Venâncio Neiva. Logo após foi entregue à administração da Santa Casa de Misericórdia. Como sucede sempre que o estado pretende livrar-se da obrigação de manter a assistência a alienados, na Paraíba o asilo do Hospital Santa Anna é mero depósito de insanos, não é casa de tratamento para tais doentes. O atual governador, um dos representantes da nação que aprovaram a nova lei de assistência, por certo vai dotar aquele estado de um serviço digno dele." (MOREIRA, 2011, p. 765).

enquadramentos; para seu tratamento, uma nova instituição (BRITO, 2016, p. 133 - 134).

Semelhante à justificativa da construção das demais instituições brasileiras de mesmo caráter, o surgimento do Manicômio Judiciário da Paraíba deu-se frente à demanda por defesa social, requerida principalmente por psiquiatras e juízes diante dos crimes cometidos por pessoas consideradas loucas¹⁵⁰ (BRITO, 2016). As ações de combate ao alcoolismo, à “criminalidade” e ao “perigo”, de controle de doenças, de limpeza da cidade e das casas orquestraram a criação desta estrutura, destinada a normatizar os corpos, curá-los e controlá-los através de sua punição.

O novo regime de verdade produzido a partir do encontro entre psiquiatria e direito tem nas tecnologias de disciplinamento e de normatização, presentes tanto na prisão quanto no hospital psiquiátrico, a estratégia para assegurar a defesa social contra estes sujeitos tidos por “anômalos, monstruosos e perigosos pelo rastro da hereditariedade e pela sua constituição físico-degenerada” (BRITO, 2016, p. 164 - 165). Nesta compreensão, percebe-se que os pilares do Manicômio Judiciário da Paraíba foram estruturados e consolidados desde a degeneração criada por Morel, às formulações sobre eugenia e às discussões em torno da antropologia criminal, referências latentes no Brasil naquele período de intensa urbanização (FERLA, 2009).

Inaugurado em 16 de agosto de 1943 com o nome de Manicômio Judiciário da Paraíba¹⁵¹, foi construído como extensão do antigo Hospital Colônia Juliano Moreira, no bairro da Torre, município de João Pessoa, próximo ao Centro desta capital. Inicialmente sob a direção de um psiquiatra¹⁵², foi dividido em dois pavimentos com capacidade para recolher 50 pessoas “assinaladas por sua periculosidade” (PARAÍBA, 1944, p. 06). Dos vinte e três

¹⁵⁰ De acordo com texto colhido no site da SEAP/PB, a Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba (PPF/PB) foi criada para ser “um espaço próprio para receber pessoas portadoras de enfermidade mental (psicóticos), que cometeram delito em cuja sentença a Justiça reconhece a necessidade do encaminhamento da pessoa para um tratamento especializado”. Disponível em: <<http://paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria/unidades-prisionais/>>. Acesso em: 22 out. 2017.

¹⁵¹ Em 1984, em decorrência da reforma da legislação penal que modificou a nomenclatura destas instituições para Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), ela recebeu a denominação de PPF/PB que perdura até hoje. Por este motivo, ao tratar do contexto de seu surgimento, foi adotado seu primeiro nome: Manicômio Judiciário da Paraíba.

¹⁵² Ao intentar construir a história da psiquiatria na Paraíba, Silva Filho (1998) investiga os dados biográficos daqueles que, em sua leitura, eram as primeiras referências profissionais da área neste estado. Dentre eles, se destaca Odívio Borba Duarte (1915-1994), psiquiatra que estagiou nos manicômios judiciais do Rio de Janeiro e de São Paulo e foi o primeiro diretor do Manicômio Judiciário da Paraíba. Do mesmo modo, Brito (2016) o referencia como primeiro diretor desta unidade manicomial carcerária. Contudo, no site da SEAP/PB consta como primeiro diretor desta instituição o psiquiatra Luciano Ribeiro de Moraes, designado em Silva Filho como diretor do CPJM à época. As controvérsias destes dados são mais um demonstrativo do desconhecimento da história desta instituição. Informações disponíveis no site da SEAP/PB: <<http://paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria/unidades-prisionais/>>. Acesso em: 19 out. 2017.

manicômios judiciais brasileiros, ele é a sexta instituição mais antiga construída especificamente para receber a população em sofrimento mental autora de crime¹⁵³, e a segunda a ser criada nas regiões Norte e Nordeste (DINIZ, 2013).

Figura 1: Foto da frente do Manicômio Judiciário da Paraíba



Fonte: Serviços e realizações em 1943: Exposição apresentada ao Presidente Getúlio Vargas pelo interventor Ruy Carneiro – Governo da Paraíba. Imprensa Oficial, João Pessoa – PB, 1944.

Importa observar que na véspera da inauguração do Manicômio Judiciário da Paraíba, o primeiro regimento interno desta instituição foi redigido e aprovado pelo então governador. Naquele documento estavam descritos os procedimentos de internação, de identificação e classificação de doenças, para que fosse possível o direcionamento da pessoa à seção a qual correspondia a sua categoria. O regimento também designava os documentos que deveriam constar na pasta de cada pessoa que ingressasse na unidade: ficha de identificação, prontuário médico psiquiátrico e indicações para seu tratamento (BRITO, 2016; PARAÍBA, 1943b).

O artigo 10 deste primeiro regimento interno destaca-se pela relação com o processo de desinternação das pessoas submetidas à medida de segurança nesta instituição. Importante observar que este procedimento estava condicionado à decisão judicial, ainda que a pessoa já tivesse um laudo afirmando a cessação da periculosidade.

¹⁵³ Precedida pelas seguintes instituições: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (RJ) inaugurado em 1921, Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso (RS) de 1925, Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (BA) de 1928, Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (MG) de 1929 e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima (SP) de 1933 (DINIZ, 2013).

Sí ao termo da medida de segurança ficar demonstrado, em perícia técnica, que o internado não oferece mais índices de periculosidade, embora ainda persistam alguns dos distúrbios psíquicos, deverá a sua internação ser transformada, por determinação do respectivo juiz, em **liberdade vigiada**, de acôrdo com o que prescreve o art. 91 parágrafo 2 e 5 do Código Penal, ficando o ex-interno sujeito, dêste modo, às medidas de fiscalização que fôrem indicadas, inclusive matrícula e comparecimento periódico á Secção especial do estabelecimento, denominada “**Serviço Social dos Egressos de Manicômio Judiciário**” (PARAÍBA, 1943b). (grifos nossos)

Desde a instauração deste manicômio judiciário, o conceito de periculosidade aparece como determinante para o tratamento das pessoas ali enclausuradas. A conversão da internação em liberdade vigiada ocasionava a manutenção de sua vinculação à instituição, sob a ameaça de tornarem à condição de internamento. Ainda hoje, esta dependência conserva-se na legislação penal sob a forma da liberação ou livramento condicional, vide Código Penal e Lei de Execução Penal.

De mesmo modo, o Decreto Lei Estadual nº 471 de 16 de agosto de 1943, promulgado na data da inauguração do Manicômio Judiciário da Paraíba, instituía a assistência a psicopatas¹⁵⁴ neste estado e definia que esta instituição estaria designada para internação (PARAÍBA, 1943a):

- a) dos delinquentes irresponsáveis nos termos do art. 22 do Código Penal, que em virtude de sua periculosidade devem ser submetidos a medidas de segurança extensiva a que se refere o §1º, nº1, do art. 88 e o art. 91 do referido Código;
- b) dos sentenciados que apresentarem doença mental e que tenham necessidade de assistências especializadas observadas as determinações do art. 682 e seus parágrafos do Código de Processo Penal;
- c) dos acusados que devem ser submetidos a exame de sanidade mental, de acôrdo com o que determina os artigos 149 e 154 do Código do Processo Penal e compreende:
Secções de observações;
Secções de internamento.

Ao investigar as matérias locais, Brito (2016) destaca como o jornal A União, o mais influente veículo de imprensa naquele período, designava a construção do então Manicômio Judiciário da Paraíba, obra que custou cerca de 600 mil cruzeiros. As notas deste jornal caracterizavam o estilo daquela instituição como moderno, tendo sido erguida de acordo com o que ditava as referências da psiquiatria do Estado. A expectativa gerada era que ela pudesse solucionar as problemáticas consideradas mais graves à ordem social daquela localidade. Sua inauguração era inadiável, frente ao novo Código Penal publicado três anos antes.

¹⁵⁴ Este Decreto Lei vinculava esta assistência ao Departamento de Saúde do Estado (PARAÍBA, 1943a).

O Manicômio Judiciário da Paraíba tornava-se o lugar onde se encontravam Justiça e Psiquiatria para responder à necessidade de controle das pessoas tidas como loucas criminosas e daquelas que poderiam vir a cometer algum crime. Parte da população e as forças políticas daquele período também produziram discursos sobre a instituição e sobre este público que comprometia a modernização da cidade. Aquela inauguração, portanto, não só interessava à sociedade como era motivo de orgulho das gestões que corroboraram sua efetivação.¹⁵⁵

3.2.2 A PENITENCIÁRIA DE PSIQUIATRIA FORENSE DO ESTADO DA PARAÍBA: ESTRUTURA, EQUIPE E DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO

Atualmente, a Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF/PB) está localizada entre o prédio da Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba (SES/PB) e o do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM), (figura 2). Sendo a única instituição de caráter manicomial carcerário do estado, é vinculada à Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba (SEAP/PB)¹⁵⁶. Já no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ela está classificada como "Centro de Saúde/Unidade básica"¹⁵⁷, em decorrência do estabelecido pela Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014, pela Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014, ambas do Ministério da Saúde (MS), e pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014¹⁵⁸.

¹⁵⁵ O discurso do então governador Ruy Carneiro é simbólico neste sentido: "O Manicômio Judiciário que hoje se inaugura é uma afirmação positiva do interesse do Governo, em face do problema da assistência a psicopatas. Nosso Estado caminha na vanguarda, ao lado dos grandes centros, com uma organização quase completa. Com a recente inauguração do Pavilhão "Henrique Roxo", onde funcionam também o Ambulatório, o Serviço Aberto e com a construção do Manicômio Judiciário, o primeiro a ser construído no Norte e cujo estilo corresponde perfeitamente às exigências da neuropsiquiatria, a Paraíba deu cabal demonstração da elevada compreensão do seu Governo, sempre preocupado na resolução dos difíceis problemas de saúde pública e proteção social." (Jornal A União, segunda-feira, 16/08/1943, Ano, LI, nº 186, Seção 4, p. 1, *apud* BRITO, 2016, p. 166).

¹⁵⁶ Segundo informações cedidas pela direção da PPF/PB, o orçamento financeiro destinado à instituição não supre sua demanda. Por isto, o uso de recursos próprios de suas/seus profissionais tornou-se corriqueiro, bem como da mão de obra dos internos nos serviços de limpeza e reformas de sua estrutura.

¹⁵⁷ A PPF/PB está cadastrada no CNES com o número 6549268 desde o dia 21/07/2010, com dados frequentemente atualizados neste sistema, disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

¹⁵⁸ A Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 institui a PNAISP no âmbito do SUS e a Portaria nº 482 de 2014 define as regras para sua operacionalização. Já a Portaria nº 305 de 2014 define as normas para o cadastramento das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). De acordo com o artigo 10 da Portaria Interministerial nº1 de 2014, "Os serviços de saúde nas unidades prisionais serão estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)". Já o artigo 1º, §2º da Portaria nº 305 de 2014 estabelece que "As equipes descritas no caput deste artigo deverão estar vinculadas apenas aos estabelecimentos dos tipos 01 - POSTO DE SAÚDE, 02 - UNIDADE BÁSICA/CENTRO DE SAÚDE, 04 - POLICLÍNICA, 32 - UNIDADE MÓVEL FLUVIAL, 36 -

Figura 2: Vista de cima do Manicômio Judiciário da Paraíba



Fonte: Google Earth, Acesso em: 23 out. 2017.

Semelhante às demais unidades manicomiais carcerárias do Brasil, a estrutura da PPF/PB é caracterizada por mecanismos de controle e isolamento, como altos muros e grades, além de câmeras e central de monitoramento¹⁵⁹. Há também uma guarita construída para observação e controle da população da unidade, mas que não é utilizada em decorrência do reduzido número de agentes penitenciárias/os. Sobre esta instituição, consta no Relatório de visita a unidades de privação de liberdade no estado da Paraíba, realizado pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) em 2016:

A estrutura predial é muito antiga, embora à primeira vista a parte externa estivesse limpa e aparentasse recente pintura. Ao adentrar na Unidade se tem a nítida certeza de inadequação e precariedade, por conta de suas estruturas segregadoras, com aspectos e características de um presídio e longe de ser um local de tratamento da saúde das pessoas (BRASIL, 2016b, p. 34).

A PPF/PB está inserida num amplo terreno que conta com pátio externo, utilizado como estacionamento para profissionais da instituição e para aquelas/es da Secretaria da Saúde do Estado. Nesta vasta área, há uma fonte desativada e algumas árvores. A fachada da

CLÍNICA/CENTRO ESPECIALIZADO ou 40 - UNIDADE MÓVEL TERRESTRE". Disponíveis em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pnaisp>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

¹⁵⁹ Ao analisar a arquitetura das instituições totais psiquiátricas asilares, a influência de atores da área da medicina aparece na repetição de elementos destinados à persecução da cura e à contenção, em estruturas que se assemelham a grandes fortalezas, divididas em pavilhões de acordo com a classificação dos tipos de patologias (PIZZOLATO, 2012, 2014). Na medida em que surgiam novas formas de categorizar os públicos que recebem, elas se adaptam para contê-los, destinando assim, as celas mais isoladas para aquelas pessoas consideradas perigosas.

unidade permanece a mesma desde a sua construção, apenas lhe fora acrescentado o nome que recebeu em 1984 (figuras 2 e 3).

No rol frontal da instituição há uma escada e uma rampa, esta última construída recentemente¹⁶⁰. Na área interna do prédio principal encontra-se a recepção, na qual permanecem agentes penitenciárias/os realizando o controle de entrada e saída de pessoas na unidade. O piso, as portas e alguns móveis, como armários, são os mesmos desde a década de 1940 (BRASIL, 2016b).

À direita da recepção, está o corredor com as salas de atendimento da assistência social¹⁶¹ e da odontologia, o posto de enfermagem e, ao fundo, outra sala na qual profissionais desta última área e da medicina dividem o espaço, com uma porta ligada à “gaiola” e ao pátio externo utilizada para a entrega de medicamentos. Do lado esquerdo está a sala destinada à profissional da área da psicologia, um ambiente pequeno e improvisado embaixo da escada.

No primeiro andar estão uma antessala com alguns quadros produzidos por antigos internos e, à sua frente, os ambientes utilizados por psiquiatras e pelas duas profissionais da Defensoria Pública do Estado da Paraíba (DPE/PB) atuantes na instituição. À direita estão concentradas as atividades administrativas: uma sala de reuniões e uma ampla varanda com vista para o pátio externo; o arquivo da unidade; a secretaria; a sala de computadores; banheiro; e, mais ao fundo, a sala da direção. Não por acaso, a disposição destes cômodos reflete a autoridade das formas de saber/poder que operam na unidade e a distância das áreas profissionais das pessoas custodiadas.

Ainda no piso superior está improvisada uma sala da Coordenação de Saúde do Sistema Prisional da Paraíba, tendo em vista a ausência de outra estrutura para ela¹⁶². Nas acomodações desta Coordenação também funciona a farmácia central dos presídios. Por isso, o posto da enfermagem da PPF/PB possui uma estrutura básica para funcionar, recorrendo a esta farmácia central quando necessário.

Retornando ao térreo da unidade, para ter acesso ao seu espaço interno, há um detector de metais que só é ligado nos dias de visitas e um equipamento de revista de objetos desativado¹⁶³. Ultrapassando estes aparelhos, ainda na primeira área do prédio e distante das

¹⁶⁰ Segundo informações da direção da PPF/PB, a unidade já custodiou internos cadeirantes e precisou se adaptar para receber este público, pois sua estrutura não se apresenta acessível. O prédio, que já sofreu diversas reformas, ainda mantém muito de sua construção original e, mesmo que suas portas sejam largas, possui escadas íngremes e degraus.

¹⁶¹ Esta sala também é utilizada para fins de revista feminina nos dias de visita.

¹⁶² Informações sobre esta Coordenação serão apresentadas no quarto capítulo desta dissertação.

¹⁶³ Importante observar que estes equipamentos de revista foram doados pelas pastorais de igrejas que atuam dentro da unidade, assim como as televisões e materiais de limpeza (BRASIL, 2016b; CORREIA, 2016). A unidade ainda conta com escâner móvel para raio x de objetos.

celas, está o salão de visitas¹⁶⁴, um espaço amplo rodeado por um banco de cimento colado às paredes e sem nenhum móvel, e à sua direita estão os banheiros. Ainda no térreo, está a chamada “gaiola”, um corredor gradeado ligado aos pátios. Segundo informações de profissionais da instituição, esta estrutura foi construída para facilitar o controle dos internos e para que pessoas visitantes da unidade possam observá-la sem ingressar em sua parte interna.

Adentrando na unidade, está o pátio aberto¹⁶⁵ e uma área com estrutura separada destinada às/os agentes penitenciárias/os, tendo em vista que estes profissionais permanecem por mais tempo na unidade e estão em maior número. Neste espaço há uma cozinha e um banheiro para funcionárias/os. Próximos a esta estrutura está um dos dois almoxarifados, destinado para guardar materiais de higiene pessoal.

Mais a frente está o refeitório¹⁶⁶ e a cozinha central, que se comunicam através de uma fresta na parede na qual a comida é entregue aos internos. Na lateral da cozinha está a lavanderia da unidade e o segundo almoxarifado, destinado para guardar alimentos; e ao fundo, está a sala da nutrição, desocupada, pois, ao tempo desta pesquisa, a unidade estava sem nutricionista.

Relativamente aos alojamentos, a PPF/PB possui três enfermarias comuns e uma especial; duas alas nomeadas por Trem A e Trem B; e dois espaços menores, sendo um deles recentemente destinado a alojar as pessoas custodiadas¹⁶⁷. A divisão de internos nestes espaços não é fixa, mas na medida em que a instituição custodia novas pessoas, precisa readaptar-se para comportar uma população diversa e em maior quantidade do que sua estrutura comporta.

Quanto às enfermarias, ao tempo desta pesquisa a primeira delas estava ocupada com internos militares e pessoas com formação profissional e poder aquisitivo maior que os demais. A segunda ala é destinada a receber o público geral e a terceira para homens idosos. Com relação aos chamados Trens, ambos são mistos e possuem divisórias internas, estando divididos em blocos. Já a nova ala é destinada a acolher o público homossexual, transexual, travestis e transgêneros, ainda que receba pessoas que não necessariamente façam parte dele,

¹⁶⁴ Neste salão funcionava o refeitório da unidade. Atualmente, além de ser o ambiente para o encontro entre internos e familiares em dias de visitas, ele é utilizado quando ocorrem atividades como oficinas.

¹⁶⁵ No espaço deste pátio funcionou uma horta construída por internos e por pessoas das pastorais que atuam dentro da unidade. No entanto, no período de realização desta pesquisa ela estava abandonada.

¹⁶⁶ Neste refeitório funcionava o dormitório das/os agentes penitenciárias/os.

¹⁶⁷ Quanto à nomenclatura utilizada pelas/os profissionais da unidade em referência a estes espaços, são adotadas expressões que denotam linguagem própria da área da saúde e do Sistema Penitenciário. Como já destacado por Patrícia Magno (2017) em recente trabalho que trata de instituição de caráter semelhante à PPF/PB, no lugar de estruturas sanitárias típicas de modelos hospitalares, o que se tem nestes espaços é um cenário prisional, composto por grades, insalubridade, pouca iluminação, dentre outros aspectos carcerários.

e por fim, a enfermaria especial é reservada a casos específicos com demandas de saúde, por isso, ela fica localizada no pátio próxima ao gabinete do setor da enfermagem¹⁶⁸. No primeiro andar ainda há um espaço para alojamento, mas que, por ser mais isolado dos demais, ficam poucos homens.

Segundo informações cedidas por profissionais, todas as enfermarias possuem ventiladores e em cada uma delas há uma televisão, levada por familiares de internos. Dentre outros fatores que estão para além de sua estrutura física, a inadequação das alas aparece em seu aspecto antigo e com pouca manutenção:

Registre-se que as alas possuem características de celas prisionais, com camas de alvenaria fixas no chão, com pouco espaço entre elas, e grades nas portas e janelas. Observamos, ainda, pontos de infiltração nos tetos e em algumas paredes, sobretudo no refeitório e nas alas; banheiros sem portas dentro das alas, sendo que um deles estava com o chuveiro aberto (quebrado), o que toma o ambiente mais úmido (CORREIA, 2016, p. 5).

Esta unidade ainda comporta uma área para reconhecimento das pessoas recém chegadas¹⁶⁹ e também duas celas de isolamento. A respeito destas últimas, longe de prestarem um cuidado terapêutico, elas mantêm uma estrutura degradante: “se assemelham aos antigos quartos fortes ou quartos individuais, que funcionam de forma parecida com as celas ‘solitárias’ dos presídios convencionais, utilizadas como medida disciplinar” (CORREIA, 2016, p. 8).

Já ao fundo das alas está um pequeno campo de futebol improvisado, no qual ocorrem as atividades físicas quando um professor de educação física vai facilitá-las. Há também um salão para cortes de cabelo e uma escola pouco frequentada, que foi separada por divisórias para que pudesse comportar uma biblioteca, a sala de aula e outros espaços de atendimento. Com relação à iluminação, são utilizados refletores tanto na parte externa da instituição, quanto no pátio e nas enfermarias, sendo alguns deles ligados no turno da noite.

A equipe da PPF/PB divide-se entre o setor administrativo, de segurança e de saúde. O primeiro é formado pelo diretor geral, por dois diretores adjuntos e um chefe de almoxarifado,

¹⁶⁸ Especificamente em situações de tuberculose e pneumonia, os profissionais informaram que durante os períodos de contágio, estas pessoas são transferidas para o Hospital Clementino Fraga, e ali permanecem até que este período cesse, sendo acompanhadas por agentes penitenciários. Estas situações foram pontuais, pois na medida do possível de sua estrutura, a equipe tem atuado no sentido de resolver a questão com os serviços internos.

¹⁶⁹ Na PPF/PB há um procedimento para a triagem das pessoas que chegam à unidade. De acordo com informações cedidas pelos profissionais, o coordenador de plantão recebe estas pessoas, dando entrada simultânea nos prontuários médico e jurídico, e informando o setor de administração de seu ingresso, para posterior atendimento médico. Elas podem permanecer por até cinco dias na área reservada para o seu reconhecimento.

além de profissionais da secretaria¹⁷⁰ e do setor de Recursos Humanos. O segundo grupo abarca dois chefes de disciplina e as/os agentes penitenciárias/os, em sua maioria, homens¹⁷¹. Na unidade atuam também duas defensoras públicas¹⁷². As/os profissionais da limpeza são trabalhadoras/es terceirizadas/os, e há um motorista que utiliza a viatura policial própria da instituição.

Segundo informações colhidas na pesquisa de campo, a equipe de saúde é composta por um assistente social; uma psicóloga; uma enfermeira; três técnicas/os em enfermagem; um dentista; um auxiliar de consultório dentário; e uma psiquiatra responsável pelo acompanhamento clínico dos internos. Acrescente-se que há na instituição dois outros psiquiatras que ingressaram através de concurso público, responsáveis pelas perícias médicas, por sua elaboração e revisão.

Quanto aos horários de trabalho das/os profissionais da PPF/PB, a equipe de saúde atua no turno da manhã durante toda a semana, ficando à tarde apenas aquelas/es da administração e do setor de segurança, e a técnica de enfermagem, que numa situação de urgência encaminha a pessoa para atendimento externo¹⁷³.

A PPF/PB é a única instituição da Paraíba que tem a função de realizar exames periciais psiquiátricos específicos na área criminal, feitos por um psiquiatra perito e revisado por outro¹⁷⁴. Além desta atribuição, ela é o estabelecimento destinado ao cumprimento da medida de segurança de internação e à medida de tratamento ambulatorial. Ademais, em decorrência da liberação condicional dos internos que custodia, ela os recebe durante o período de um ano para acompanhamento após a desinternação. Em alguns casos, a direção da unidade tem acordado com a VEP/PB e profissionais de serviços da RAPS/PB para que este acompanhamento ocorra nos próprios Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em funcionamento no estado, que passaram a receber estas pessoas.

Quanto à rotina da unidade, ela é marcada pelas sirenes em alto volume que indicam o horário das refeições; por rondas cotidianas, diárias e noturnas; pelo preenchimento de um

¹⁷⁰ A profissional da unidade que é responsável pelo arquivo e por trabalhos de secretaria trabalha lá há 40 anos.

¹⁷¹ O Relatório realizado pelo MNPCT aponta que estas/es agentes penitenciárias/os não utilizam armamento (BRASIL, 2016b).

¹⁷² Durante a pesquisa de campo deste trabalho, uma das defensoras públicas que atuava na PPF/PB veio a óbito. Isto será retomado mais a frente.

¹⁷³ Conforme o Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a PPF/PB possui nove profissionais em sua equipe de saúde. A última atualização destes dados deu-se em 07/12/2017, não correspondendo, portanto, ao quantitativo atual. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/2507506549268>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

¹⁷⁴ De acordo com as/os profissionais da instituição, a PPF/PB recebe pedidos para realização do Incidente de Insanidade Mental diariamente, efetuando as devidas marcações e comunicando as Comarcas de origem dos processos.

protocolo de registro eletrônico e de livros de ocorrências, feito pelo coordenador de segurança do plantão e pelas/os profissionais das áreas da saúde e do setor administrativo; pelas revistas nas/os familiares em dias de visita¹⁷⁵; e por atendimentos por profissionais da equipe de saúde. Alguns destes atendimentos passaram a ser direcionados às/os familiares dos homens sob custódia.¹⁷⁶

Através de igrejas, centros e pastorais carcerárias, representantes das religiões Católica, Evangélica e Espírita têm prestado assistência religiosa dentro da unidade e realizado campanhas e eventos em datas comemorativas, como nas festas de fim de ano¹⁷⁷ (BRASIL, 2016b; CORREIA, 2016). A PPF/PB também é campo para a atuação de residentes em Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba e de outras faculdades privadas do estado, cujos preceptores são as/os psiquiatras da instituição¹⁷⁸.

3.2.3 POPULAÇÃO DA PENITENCIÁRIA DE PSIQUIATRIA FORENSE DO ESTADO DA PARAÍBA

No já referido Relatório do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) consta que em 2016 a Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF/PB) tinha capacidade para receber 86 pessoas de todo o estado, para submissão à medida de segurança, por conversão de pena ou não, além de pessoas em internação temporária para realização de exames psiquiátricos, segundo informações da própria direção da unidade (BRASIL, 2016b). Já de acordo com o site da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba

¹⁷⁵ No período de realização desta pesquisa, as visitas estavam ocorrendo nas terças e sábados. Além de alimentar um cadastro com nomes e dados de familiares, as/os profissionais da instituição elaboraram um comunicado impresso informando dias e horários das visitas; os documentos que devem ser levados (carteira de visitante, documento oficial com foto); os objetos que são permitidos e proibidos, dentre alimentos, objetos de higiene pessoal e de limpeza, roupas, medicamentos, cartas, livros e revistas, além de carteiras de cigarro, fumo e isqueiro; as condições para revista desses objetos, para a visita e circulação dentro da unidade; quais vestimentas as pessoas visitantes devem usar (condições para mulheres e para homens); e por fim, os documentos que são necessários para o cadastro enquanto visitante. A revista de mulheres é feita na sala destinada ao assistente social e a dos homens num banheiro que fica ao lado da “gaiola”. Durante estas revistas, o uso desses espaços é restrito para elas, sendo acompanhadas por agentes penitenciárias/os. As agentes mulheres concentram-se na revista de mulheres e no recebimento de materiais levados pelas/os familiares dos internos.

¹⁷⁶ Isto se dá em decorrência do que estabelece o artigo 8º da Portaria Interministerial nº 1 de 2014, que estende a PNAISP para familiares, agentes da segurança e pessoas em regime aberto. Recente matéria sobre uma ação deste caráter ocorrida na PPF/PB está disponível em: <<http://paraiba.pb.gov.br/seap-realiza-acao-de-acolhimento-na-penitenciaria-psiQUIATRIA-forense-da-paraiba/>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

¹⁷⁷ Durante a observação participante, a pesquisadora presenciou atividades realizadas por estas pastorais, que além de prestar atendimentos espirituais e religiosos e de realizar pregação, cederam lanches para a população usuária da instituição. Também foi percebido o uso de recurso sonoro, com músicas colocadas em volumes altos, que continham letras ligadas às referidas religiões e crenças.

¹⁷⁸ De acordo com informações cedidas por profissionais da instituição, a maioria destas/es residentes é oriunda de faculdades privadas.

(SEAP/PB)¹⁷⁹, sua capacidade é para receber 110 pessoas, e ainda, conforme o site do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba (TJ/PB)¹⁸⁰ consta que a capacidade desta instituição é de 60 internos.

Segundo informações da equipe profissional desta unidade, recentemente foram criadas novas vagas para internação de homens, após reformas em sua estrutura. Com a construção de uma ala no espaço que antes funcionava a barbearia, esta atividade passou a ocorrer nos pátios, ao ar livre ou nos banheiros das enfermarias.

A base de dados do último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN (BRASIL, 2017a) traz que no ano de 2016, do total de 3.563 vagas destinadas ao cumprimento de medida de segurança no Brasil, 2% estão no estado da Paraíba¹⁸¹. No mês de início do campo desta pesquisa (novembro/2017), constavam 120 pessoas internadas, das quais 115 eram homens alojados na PPF/PB e 5 mulheres direcionadas ao Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM). Na metade da pesquisa de campo, esta população total era de 130 pessoas, sendo 123 homens e 7 mulheres. Por fim, no último mês de pesquisa, este quantitativo era de 127 pessoas, das quais 119 eram homens e 8 eram mulheres¹⁸².

Importante observar que no período de festas de fim de ano, há o aumento considerável da população desta instituição¹⁸³, fator que implica diretamente no comprometimento dos alojamentos e das condições de custódia, bem como no atendimento prestado pelas/os profissionais. Nestas circunstâncias nas quais a unidade comporta mais pessoas do que sua capacidade, situação cada vez mais frequente, sua administração recorre a

¹⁷⁹ Disponível em: <<http://paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria/unidades-prisionais/>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

¹⁸⁰ As informações referentes à direção desta unidade estão desatualizadas neste site. Disponível em: <<http://www.tjpb.jus.br/servicos/vara-de-execucoes-penais/unidades-penais/>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

¹⁸¹ Este Levantamento (BRASIL, 2017a) informa que a Paraíba dispõe de 5.241 mil vagas no sistema prisional, mas tem uma taxa de ocupação de 217,1%. Das 11.377 pessoas privadas de liberdade neste estado, 4.798 pessoas estão presas sem condenação (42,2%).

¹⁸² Considera-se aqui como primeiro mês do trabalho de campo novembro de 2017, como metade do trabalho de campo o mês de março de 2018, e por fim, como último mês do trabalho de campo junho de 2018. Estas informações foram cedidas pela equipe da unidade, que tem atualizado lista com dados sobre a população custodiada.

¹⁸³ Tanto na população masculina quanto na feminina foi registrado um aumento significativo de pessoas internadas no fim do ano de 2017. De acordo com profissionais da instituição, isto representa uma das consequências das audiências de custódia, tendo em vista que se tratam, principalmente, de internações provisórias (vide tabela 1). A audiência de custódia foi criada para possibilitar o encontro imediato entre a pessoa presa e o/a juiz/a, com a finalidade de conter e limitar o poder punitivo do Estado. Ela é prevista em tratados internacionais no âmbito dos direitos humanos, a exemplo do Pacto de São José da Costa Rica, do qual o Brasil é signatário desde 1992, e na legislação interna brasileira. Com relação a esta última, se entende que ela é insuficiente por representar um mero controle de convencionalidade, distante, portanto, da concepção apresentada nos documentos (LOPES JÚNIOR, PAIVA, 2014).

pequenas reformas para adaptar espaços para serem novas celas e coloca colchões no chão para os internos¹⁸⁴.

Devido à ausência de ala feminina na estrutura da PPF/PB, as mulheres são direcionadas para o CPJM, onde permanecem junto às demais internadas neste manicômio. Entretanto, sua relação com o Sistema de Justiça Criminal reflete no seu tratamento e repercute ainda mais na violação dos seus direitos de acesso à justiça, à saúde, à liberdade, dentre outros, como se verá adiante. Esta realidade corrobora o diagnóstico de Weigert (2017a), a partir do qual afirma que as mulheres internadas nos manicômios judiciais brasileiros estão numa condição de hiperinvisibilidade, pois são punidas de modo mais severo, confinadas em estruturas improvisadas e que não atendem às suas necessidades¹⁸⁵.

Sobre os aspectos sociais da população em sofrimento mental em conflito com o Sistema de Justiça e, em decorrência disso, submetida à internação na Paraíba, o censo sobre a custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil coordenado por Diniz (2013) traz que, no ano de 2011, tratava-se de pessoas em sua maioria com idade entre 30 e 49 anos (52%), pretas e pardas (49%), com o ensino fundamental incompleto (41%) ou analfabetas (26%), sem profissão anterior (36%) ou com profissões como vendedoras do comércio, trabalhadoras em serviços administrativos, agropecuárias, florestais ou da área da pesca¹⁸⁶.

Dados do mês de junho de 2018 disponibilizados pela direção desta unidade¹⁸⁷ informam que das 127 pessoas internadas, 105 estão nesta condição provisoriamente, o que

¹⁸⁴ Segundo informações de profissionais da unidade, o que antes era o banheiro social, recentemente tornou-se uma nova cela.

¹⁸⁵ A falta de informações sobre seus processos, diante da não comunicação entre profissionais dos órgãos responsáveis pela determinação e execução das medidas de segurança, como a direção da PPF/PB e o Poder Judiciário, compromete o tratamento destinado a elas, seu acompanhamento jurídico e desinstitucionalização (ALMEIDA, CORREIA, MALHEIRO, 2016; BRASIL, 2016b). Com isso, não se defende aqui o retorno delas ao manicômio judiciário, ou sequer a construção de ala feminina na PPF/PB. Destaque-se que durante a pesquisa de campo, tomou-se nota de que a SEAP/PB e a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB) têm avançado com a construção de uma ala com características prisionais no CPJM destinada a estas mulheres, o que representa um grave retrocesso na garantia de seus direitos e na efetivação da Reforma Psiquiátrica neste sistema, posto que se trata da intensificação do controle e vigilância sobre elas.

¹⁸⁶ Este Censo referente ao ano de 2011 informa que a maioria dos homens (59%) estava na PPF/PB de um a três anos. Complementando este dado, analisa Diniz (2013, p. 195): “Dos 37 indivíduos em medida de segurança da PPF-PB, 11% (4) tinham menos de um ano de cumprimento da medida de segurança, 59% (19) tinham entre um e três anos, 8% (3) tinham entre quatro e cinco anos, 16% (6) tinham entre seis e dez anos, 5% (2) tinham entre onze e quinze anos, um único indivíduo tinha entre dezesseis e vinte anos e um único indivíduo tinha entre 21 e 25 anos de internação. Dos dois indivíduos em medida de segurança por conversão de pena, um tinha entre um e três anos e um tinha entre dezesseis e vinte anos de internação. O tempo médio de cumprimento da medida de segurança na PPF-PB era de cinco anos”.

¹⁸⁷ Na lista cedida pela direção da PPF/PB referente à sua população no mês de junho de 2018, há dados sobre o nome de familiares da pessoa internada, a data de sua entrada na unidade, o local de onde é oriunda, o regime de internação e os documentos pessoais. A partir do acesso a estas informações, foram selecionadas aquelas que têm relação com o objeto desta pesquisa, com o devido cuidado para que as pessoas não fossem identificadas. Importa observar que na lista há ausência de informação quanto à data de entrada de uma pessoa, bem como sobre o local de onde outra pessoa é oriunda.

corresponde a aproximadamente 83% da população total¹⁸⁸. Do quantitativo de pessoas internadas temporariamente, 97 são homens internados na PPF/PB, equivalente a 76% da população total, e 8 são mulheres internadas no CPJM, correspondente a 6% da população total. Quanto à população submetida à medida de segurança, tratam-se de 22 homens, 17% da população total (tabela 1).

Os dados apresentados adiante abarcam tanto os homens na PPF/PB quanto as mulheres em sofrimento mental em conflito com a justiça internadas no CPJM. Feita esta ressalva, os textos descritivos dos gráficos não repetirão esta informação.

Tabela 1 - População da Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba no mês de junho de 2018.

			HOMENS		MULHERES	
POPULAÇÃO TOTAL	127	100%	119	94%	8	6%
COM MEDIDA DE SEGURANÇA	22	17%	22	17%	0	-
SEM MEDIDA DE SEGURANÇA (INTERNAÇÃO TEMPORÁRIA)	105	83%	97	76%	8	6%

Da população total internada em junho de 2018, 64 pessoas estavam há menos de um ano nesta condição, 31 estavam de 1 a 2 anos, 26 estavam de 2 a 4 anos, 2 estavam de 4 a 6 anos, 2 estavam de 6 a 9 anos, 1 pessoa estava há 23 anos internada e uma que estava em internação provisória não constava informação sobre o ano de chegada (gráfico 1).

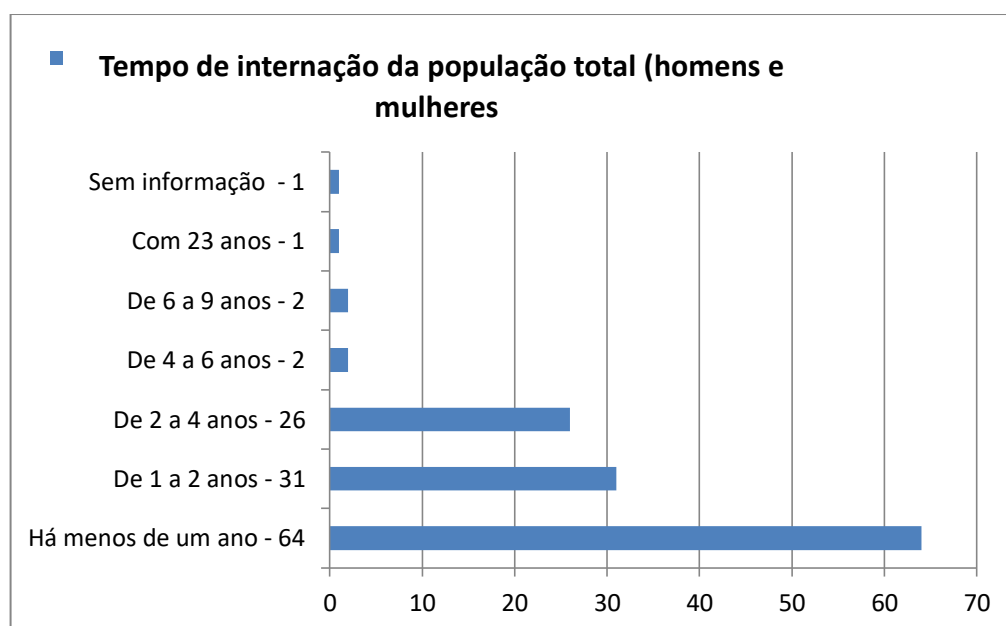


GRÁFICO 1 – Tempo de internação da população total em sofrimento mental em conflito com o Sistema de Justiça na Paraíba no mês de junho de 2018 (homens e mulheres)
(Elaborado pela pesquisadora com base nos dados cedidos pela direção da PPF/PB)

¹⁸⁸ No ano de 2016, elas somavam cerca de 60% da população total da unidade que, segundo o diretor da unidade, aguardavam decisão judicial (BRASIL, 2016b).

Especificamente quanto às pessoas internadas temporariamente em junho de 2018, 59 delas estavam há menos de um ano submetidas à internação, 26 estavam de 1 a 2 anos, 18 estavam de 2 a 4 anos e uma não constava informação sobre o ano de chegada (gráfico 2).

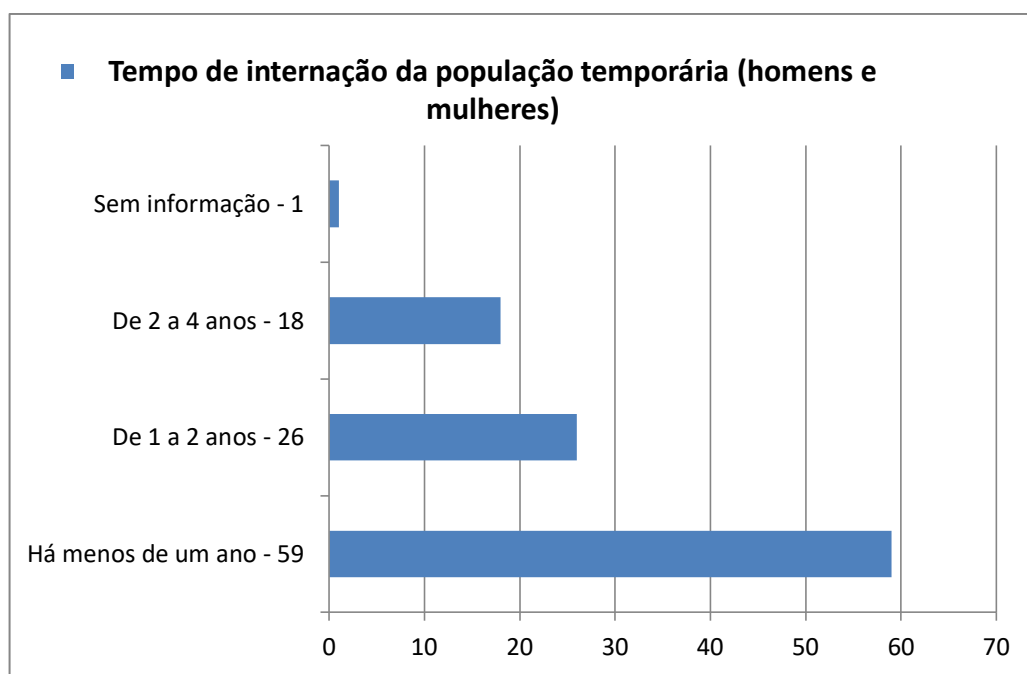


GRÁFICO 2 – Tempo de internação da população temporária em sofrimento mental em conflito com o Sistema de Justiça na Paraíba no mês de junho de 2018 (homens e mulheres) (Elaborado pela pesquisadora com base nos dados cedidos pela direção da PPF/PB)

Quanto aos homens submetidos à medida de segurança de internação na PPF/PB em junho de 2018, 4 estavam há menos de um ano em condição de internação, 5 estavam de 1 a 2 anos, 8 estavam de 2 a 4 anos, 2 estavam de 4 a 6 anos, 2 estavam de 6 a 9 anos e uma pessoa estava há 23 anos internada (gráfico 3)¹⁸⁹.

¹⁸⁹ Constam apenas os dados dos homens submetidos à medida de segurança de internação em face de ausência de mulheres nesta condição no período supracitado.

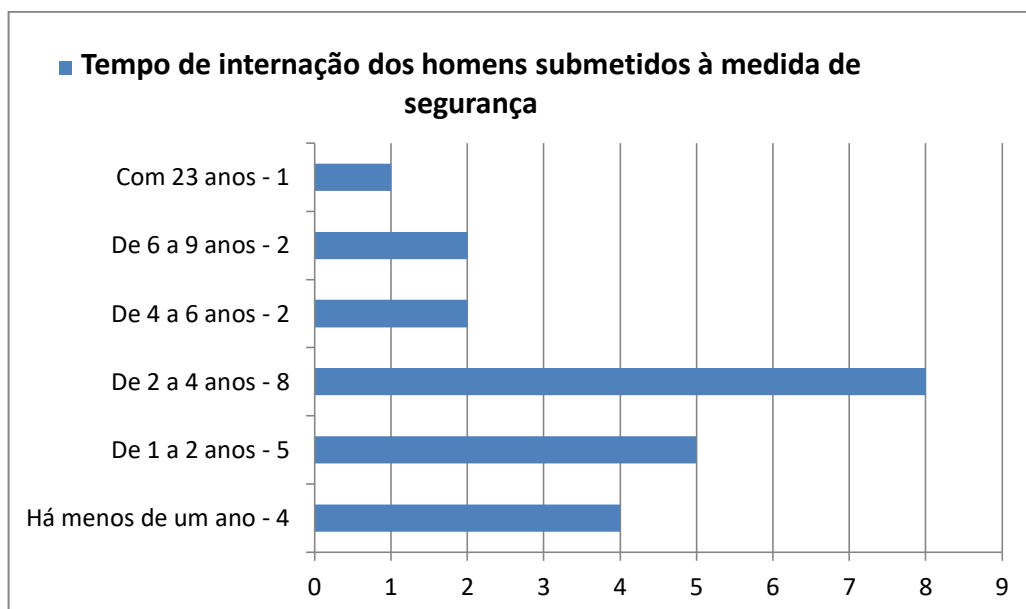


GRÁFICO 3 – Tempo de internação dos homens submetidos à medida de segurança na PPF/PB no mês de junho de 2018
(Elaborado pela pesquisadora com base nos dados cedidos pela direção da PPF/PB)

Já em relação aos demais homens internados temporariamente em junho de 2018, 53 deles estavam há menos de um ano internados, 24 estavam de 1 a 2 anos, 19 estavam de 2 a 4 anos e um não havia resposta acerca do ano de chegada (gráfico 4).

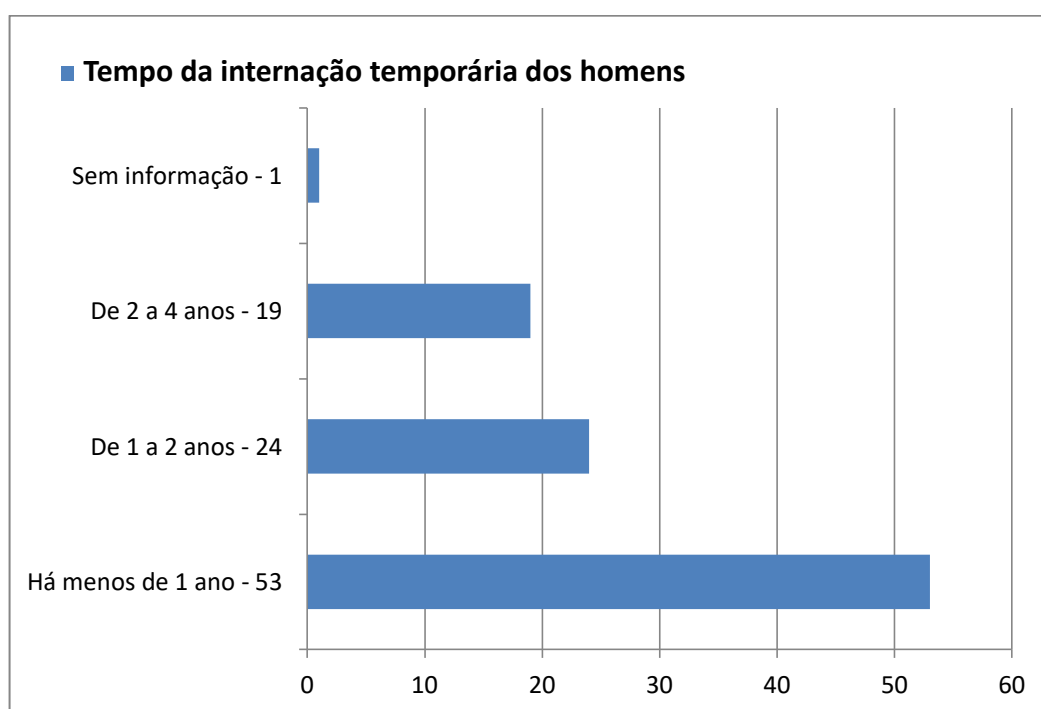


GRÁFICO 4 – Tempo da internação temporária dos homens na PPF/PB no mês de junho de 2018
(Elaborado pela pesquisadora com base nos dados cedidos pela direção da PPF/PB)

Por fim, no que concerne aos dados relativos ao tempo de internação de mulheres em sofrimento mental em conflito com o Sistema de Justiça, partindo do dado de que todas elas estão em internação temporária, tem-se que seis estão internadas há menos de um ano e as demais (2) de 1 a 2 anos (gráfico 5).

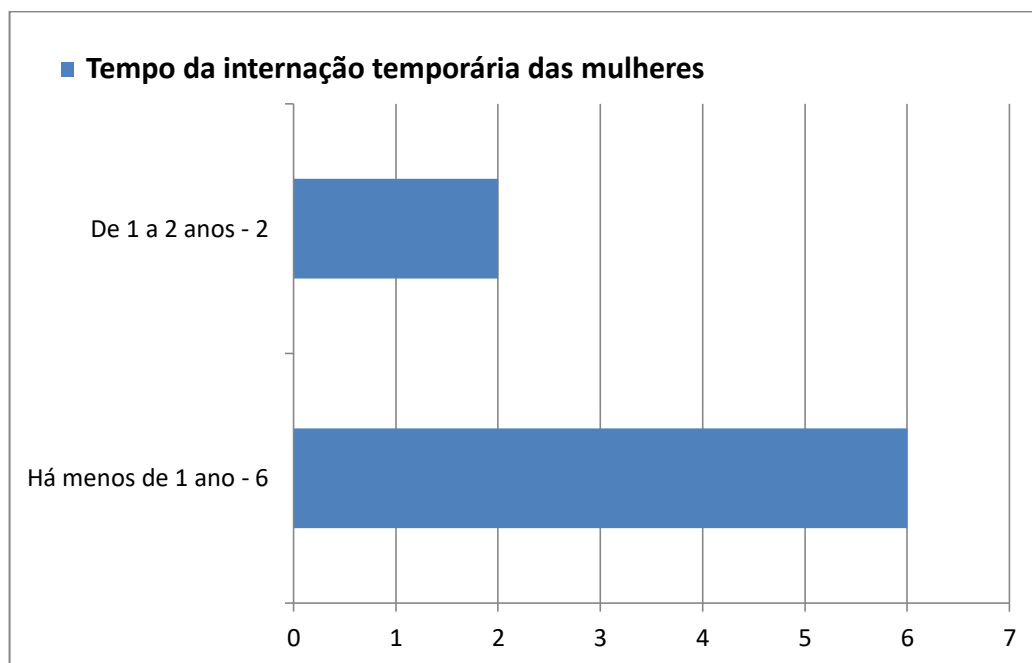


GRÁFICO 5 – Tempo da internação temporária das mulheres no CPJM no mês de junho de 2018 (Elaborado pela pesquisadora com base nos dados cedidos pela direção da PPF/PB)

Importa ressaltar aqui o local de origem destas pessoas, de acordo com a referida lista fornecida pela equipe da PPF/PB¹⁹⁰. A respeito dos homens, 29 deles chegaram à unidade vindos da própria João Pessoa; 86 vieram de outras cidades do estado da Paraíba; três continham como respostas “Vara/Audiência de Custódia”, sem referência à cidade; e em um deles não constava informação neste quesito. Quanto às mulheres, uma delas veio de João Pessoa e as demais de cidades do interior da Paraíba.

Com estes dados, observa-se que a PPF/PB detém como maioria das pessoas internadas temporariamente aquelas oriundas de cidades do interior do estado. Esta informação está relacionada com a atuação do Poder Judiciário frente a estes casos, que será analisada no último capítulo deste trabalho. Aqui cabe destacar que a VEP/PB publicou a Portaria nº 001 em 2012, que regulamenta a entrada e a saída de pessoas na PPF/PB (anexo

¹⁹⁰ Na coluna referente à “oriunda” presente nesta lista, constavam respostas que transitavam entre informar a cidade, a Comarca, a Vara, a audiência de custódia e a instituição, contendo nesta última delegacias, cadeias públicas, presídios, o CPJM e o Instituto de Psiquiatria da Paraíba (IPP), hospital psiquiátrico privado localizado em João Pessoa, mas em processo de descredenciamento pelo SUS. Como estratégia para não revelar informações que possam identificar estas pessoas, estes dados não foram detalhados.

6). De acordo com o texto desta Portaria, o ingresso de pessoas nesta instituição só poderá ocorrer “mediante ordem judicial, seja para fins de cumprimento de Medida de Segurança, seja para fins de realização de exames e tratamentos determinados judicialmente” (PARAÍBA, 2012). No caso de pessoas em internações temporárias, sua permanência na PPF/PB além do prazo legal previsto para elaboração do laudo de sanidade mental¹⁹¹ também depende de decisão judicial.¹⁹²

Além dos casos mais graves de pessoas internadas sem a guia de recolhimento expedida, violando o que determina o artigo 172 da LEP e o artigo 4º da referida Portaria nº 001/2012 da VEP/PB, há pessoas que permanecem na instituição e já têm a cessação da periculosidade atestada, a sentença de desinternação prolatada e a medida de segurança extinta. Esta é uma realidade que se repete nas demais instituições manicomiais carcerárias do Brasil (DINIZ, 2013), e na PPF/PB, representa um fato na contramão da Lei nº 10.216/2001 e da Lei Estadual nº 7.639/2004 (Lei da Reforma Psiquiátrica da Paraíba).

Neste sentido, destaque-se um caso emblemático divulgado em 2016 numa matéria do Jornal A União, com a seguinte chamada: “Renascimento: uma história de muito amor” (anexo 3). Trata-se de um interno que permaneceu por 16 anos na instituição sem contato com a família:

A história de Davi Luiz dos Santos seria mais uma entre tantas que acontecem na Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) da Paraíba, não fosse o fato dele ter passado 16 anos recluso na unidade, onde por falta de documentação e complicações de memória, viveu sem que as pessoas soubessem ao menos o seu nome, ficando conhecido como “Zé da Silva” e posteriormente, “Zé Sem Nome”. Ontem, a sua família veio buscá-lo, resultado de um trabalho investigativo, intuitivo, persistente e de muita dedicação por parte da Secretaria de Administração Penitenciária (Seap) na procura da família do recluso, para que ele pudesse ter a oportunidade de no dia de ontem, voltar ao seio da família [...]. (MACEDO, 2016, p. 6).

A redação da matéria é demonstrativa da reiteração de casos de pessoas abandonadas na instituição, e também sinaliza para um movimento de busca ativa de familiares ainda muito recente por parte das/os profissionais, tendo em vista a longa permanência deste homem sob custódia. Ademais, ela aborda as graves violações de direitos que o sistema de determinação e execução das medidas de segurança produz, tendo em vista tratar-se de um homem que permaneceu por 16 anos segregado sem sequer ter documentos pessoais.

¹⁹¹ De acordo com o artigo 150, §1º, do Código de Processo Penal, este prazo é de 45 dias, podendo ser prorrogado por igual período mediante ordem judicial.

¹⁹² Esta Portaria ainda dispõe sobre o retorno de pessoas em internações temporárias para penitenciárias de origem e sobre a necessidade de encaminhamento via Guia de Internamento ou de Medida de Segurança, nos casos de pessoas oriundas de outras Comarcas ou Estados (PARAÍBA, 2012).

Uma segunda matéria publicada no Jornal da Paraíba em 2015 (anexo 4) enfatiza a gravidade das violações de direitos humanos frente aos casos de pessoas abandonadas na instituição, que “parecem receber o atestado de anônimos quando ultrapassam os portões” (SINÉSIO, 2015, p. 01). Com as manchetes “Invisíveis para sociedade e esquecidos pelas famílias: pesquisa da UNB revela que internos em hospital de custódia na PB ficam no local, mesmo podendo ganhar a liberdade” e “Locais são considerados um “depósito de gente: Professora afirma que invisibilidade não foi rompida com a Reforma Psiquiátrica”, os dados da já mencionada pesquisa desenvolvida por Diniz (2013) são apresentados para destacar a condenação da população sob custódia “à prisão perpétua do esquecimento” (SINÉSIO, 2015, p. 01 e 02)¹⁹³.

Como retratam as matérias, a prolação da sentença de desinternação, a extinção da medida de segurança e a ausência de processo judicial não representam que as pessoas na PPF/PB terão seu direito à liberdade garantido. De outro modo, como uma instituição que é palco para graves violações de direitos¹⁹⁴, ela relaciona-se com dispositivos que se estendem sobre a vida das pessoas que custodia. Ademais, as matérias também fazem referência às raras visitas que os internos recebem (SINÉSIO, 2015).

No ano de 2011, o referido censo encontrou pelo menos 15 pessoas que, de acordo com a legislação que trata do tema, não deveriam estar internadas na PPF/PB, das quais catorze tinham laudo positivo de cessação de periculosidade e seis tinham sentença de desinternação prolatada ou medida de segurança extinta (DINIZ, 2013). Já em 2015, o relatório de inspeção nacional aos ECTPs publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), realizado junto à Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e à Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), apontou que havia quatro pessoas com o exame atestando a cessação da periculosidade, mas que permaneciam internadas.

No início desta pesquisa, estes casos somavam-se em cinco homens com sentenças favoráveis à desinternação prolatadas há pelo menos um ano e meio. No decorrer do período de imersão no campo, dois deles foram desinternados e levados a um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) localizado numa cidade do interior do estado da Paraíba. Já no último mês do trabalho de campo, os três homens nestas condições ainda permaneciam internados.

¹⁹³ Outra matéria trata de casos semelhantes, destacando a ruptura dos vínculos familiares e o abandono desta população. Disponível em: <http://www.jornaldaparaiba.com.br/vida_urbana/noticia/90009_apos-alta-pacientes-de-manicomio-judiciario-nao-tem-para-onde-ir>. Acesso em: 19 mar. 2018.

¹⁹⁴ Como exemplo, a matéria cita o episódio de um homicídio ocorrido dentro da PPF/PB, trata de uma denúncia do Ministério Público Estadual da Paraíba contra um antigo diretor da unidade pelos crimes de assédio sexual, apropriação indébita e peculato, e ainda, expõe denúncias de familiares que narram ter que comprar os remédios dos seus entes internados, tendo em vista que o Estado não os disponibiliza (SINÉSIO, 2015).

Para fins de alcançar o objetivo deste trabalho, optou-se por coletar os dados sobre os cinco casos, tendo por base o quantitativo identificado no início da pesquisa. Esta escolha se deu com o intuito de analisar a manutenção da submissão à medida de segurança e seu processo de desinstitucionalização, e também o modo como se dá o acolhimento desse público nos serviços da RAPS/PB. Ademais, considerou-se a urgência destes casos serem analisados em sua complexidade e contextualizados com a realidade de institucionalização à qual foram submetidos no decorrer dos últimos anos dentro da PPF/PB. Nesse sentido, o próximo capítulo tem por foco analisar o material colhido na pesquisa de campo, nos documentos acessados e nas entrevistas realizadas.

CAPÍTULO 4. TECNOLOGIAS DE CONTROLE E ABANDONO NO SISTEMA DE DETERMINAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA DO ESTADO DA PARAÍBA

4.1 DESAFIOS DA PESQUISA: A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Este capítulo tem por objetivo analisar o material levantado durante o trabalho de campo da presente pesquisa¹⁹⁵, relacionando-o com o referencial teórico abordado até então. Para isso, os dados serão apresentados a partir de dois sistemas que comportam categorias analíticas, delineados de acordo com os públicos entrevistados. De antemão, optou-se por destacar aqui algumas particularidades e desafios éticos e políticos que emergiram no decorrer da realização das entrevistas semiestruturadas, como parte da análise proposta.

Inicialmente, importa reconhecer que este processo foi atravessado pela inquietação e indignação da pesquisadora frente à realidade na qual as pessoas submetidas à medida de segurança estão subjugadas, de abandono e estigmatização. Foi necessário não demonstrar reação ou pronunciar-se perante determinadas respostas ou fatos presenciados na observação participante, optando por fazê-lo no exercício de escrita deste trabalho.

No que tange às entrevistas com os homens submetidos à medida de segurança com sentença de desinternação prolatada, sua execução foi permeada pela desconfiança de alguns deles, especialmente daqueles ainda internados na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba (PPF/PB). No intuito de dirimir tais incômodos, as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram debatidas, ressaltando o sigilo e a não identificação de seus nomes, e a voluntariedade em participar da pesquisa.¹⁹⁶

As entrevistas realizadas com os homens internados na PPF/PB (E3, E4 e E5¹⁹⁷) ocorreram na sala do assistente social, que esteve presente, mas por vezes retirou-se do ambiente. Tendo em vista a perceptível boa relação entre este profissional e os referidos

¹⁹⁵ Entende-se como material os processos judiciais, prontuários e transcrições das entrevistas semiestruturadas, bem como alguns documentos apresentados por profissionais entrevistadas, a exemplo da lista dos serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial da Paraíba (RAPS/PB) cedida pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB), vide anexo 7. Com relação aos processos e prontuários, foram selecionadas informações consideradas relevantes para o objetivo desta pesquisa, não pretendendo esgotar os dados que os compõem, tampouco realizar uma minuciosa análise processual penal ou investigação voltada para questões de ordem médico psiquiátrica.

¹⁹⁶ Destaque-se que durante a execução destas entrevistas ocorreram diversas interrupções por pessoas e por sons externos.

¹⁹⁷ Um dos entrevistados possui dificuldade de fala, mas respondeu a maioria das perguntas feitas pela pesquisadora. Com isso, buscaram-se os devidos cuidados éticos, políticos e metodológicos para que sua narrativa compusesse o trabalho em sua singularidade.

homens e o caminhar das entrevistas, entendeu-se que este fato não comprometeu a coleta dos dados. Quanto aos casos dos dois homens moradores do SRT localizado no interior do estado da Paraíba (E1 e E2), suas entrevistas ocorreram na sala de refeições da casa, e por diversas vezes foram interrompidas por outras/os moradoras/es, profissionais e monitora, situações contornadas devido à disponibilidade de maior tempo da pesquisadora com eles.

As entrevistas junto às/os profissionais (E6 a E12) ocorreram em seus ambientes de trabalho, quais sejam: nas salas da direção e do setor de assistência social da PPF/PB, na Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba (VEP/PB), na Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB) e num Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Durante a realização destas entrevistas, a pesquisadora percebeu que a maioria das/os profissionais sustentou discursos que pareciam estar prontos, que reproduziam textos de instrumentos normativos, de modo que, por vezes, foi preciso repetir as perguntas com o intuito de acessar conteúdos da realidade observada.

Especificamente na entrevista realizada com a juíza da VEP/PB, fora predeterminado por ela a disponibilidade de apenas vinte minutos, limitação que trouxe implicações para a coleta de dados, tendo em vista este tempo ser inferior ao previsto. Com isso, a pesquisadora procedeu para a adaptação do roteiro de perguntas.

Com relação à entrevista conjunta com E11 e E12, percebeu-se que ela repercutiu em situações de silenciamento da mulher profissional por parte do homem. Ademais, foram dadas respostas contraditórias para os mesmos questionamentos, justificadas por ele em função de seus distintos empregos, que possibilita que um/a profissional possa falar determinados dados e outra/o não.

Por fim, ressalta-se que no primeiro mês de realização do trabalho de campo a defensora pública que atuava na PPF/PB junto aos casos objeto desta pesquisa veio a óbito, de modo que as duas outras profissionais desta área atuantes na instituição acumularam e dividiram o seu trabalho. A pesquisadora buscou acessá-las, bem como à psicóloga da PPF/PB e à profissional do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM) que se aproximou da equipe da PPF/PB no acompanhamento destes casos, mas não foi possível realizar as entrevistas¹⁹⁸. Com isso, a análise sobre o trabalho destas profissionais restringiu-se aos documentos e às informações levantadas no diálogo com as/os outras/os informantes.

¹⁹⁸ Estas profissionais foram previamente sinalizadas como pessoas estratégicas para serem entrevistadas, no entanto, estas entrevistas não puderam ser efetivadas ao tempo do calendário previsto, seja em decorrência delas não terem sido encontradas em seu ambiente de trabalho, do não retorno do contato realizado pela pesquisadora, de não estarem no local e horário combinados para a entrevista e ainda, em decorrência de procedimento

A seguir, a apresentação e análise dos dados deram-se conforme os roteiros semiestruturados (apêndices B e C), ressaltando as pequenas alterações no âmbito de sua realização, para adequação das perguntas à realidade e singularidade de cada entrevistada/o e facilitação da compreensão. Optou-se por dividir o material levantado em dois sistemas que abarcam as seguintes categorias analíticas: narrativas dos homens submetidos à medida de segurança na Paraíba sobre os processos de institucionalização na PPF/PB e sobre os aspectos quanto à garantia de seus direitos; e as percepções das/os profissionais a respeito da Reforma Psiquiátrica e a da desinstitucionalização das medidas de segurança¹⁹⁹.

4.2 SEM LUGAR, SEM VOZ E SEM DIREITOS: ESTUDO DOS CASOS DE CINCO HOMENS SUBMETIDOS À MEDIDA DE SEGURANÇA NA PARAÍBA

Introduzindo a apresentação dos entrevistados submetidos a medidas de segurança, se tratam de cinco homens com 33, 38, 42, 58 e 69 anos²⁰⁰. Em suas narrativas, dois deles apresentaram dúvidas quanto à idade e um afirmou não sabê-la. No que concerne à naturalidade, apenas um homem é de João Pessoa, dois são oriundos de cidades do interior da Paraíba, e os demais são de municípios dos estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte. Já quanto à raça, cor e etnia, eles responderam: “Meio amarelado, meio pardo. Pardo” (E1), “Eu acho claro né, branco, branco claro. Branco, claro” (E2), “Moreno” (E3), “Branco” (E4) e E5 não respondeu à pergunta²⁰¹.

Com relação à escolaridade, os processos judiciais informam que apenas três deles são alfabetizados. Nas entrevistas, E1, E2, E3 e E4 afirmaram ter estudado até a 7ª, 4ª, 2ª e 1ª séries respectivamente, e E5 afirmou não ter estudado. Eles possuem as seguintes profissões: servente de pedreiro, pintor e vigilante; afiador de ferramentas; servente de pedreiro e sapateiro; e E5 afirmou não ter profissão, ainda que em seu processo conste “agricultor”. Sobre este quesito, E4 respondeu que “a profissão é sair daqui, pra ir simhora pra casa” (E4),

cirúrgico que impossibilitou o encontro. De todo modo, entendeu-se que o material coletado com as/os outras/os informantes mostrou-se suficiente para alcançar o objetivo desta pesquisa.

¹⁹⁹ Quanto à apresentação das narrativas, retirou-se toda informação que, de alguma forma, pudesse identificar as pessoas entrevistadas. Em seu lugar a pesquisadora inseriu colchetes ([]) como estratégia para informar o conteúdo da palavra retirada.

²⁰⁰ Em dois processos judiciais foram encontrados dados controversos, um com relação ao dia e mês de nascimento de um destes homens, e outro com relação ao ano de nascimento. Estas idades foram averiguadas nas entrevistas e nos documentos pessoais destes homens.

²⁰¹ Esta ordem foi adotada na apresentação das respostas para facilitar a compreensão das informações, sendo destacado o entrevistado nos casos de falas específicas.

enfatizando seu desejo de sair da instituição. Por fim, todos afirmaram ser solteiros, e dois deles possuem filhas/os, mas não mantêm contato com elas/es.

Sobre o itinerário por outras instituições ou serviços de saúde mental antes do ingresso na Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF/PB), os dados colhidos na pesquisa de campo informam que a maioria dos homens entrevistados cumpriu longas penas em unidades prisionais, bem como já estiveram internados em hospitais psiquiátricos. Especificamente E3 falou de sua internação numa clínica psiquiátrica privada, localizada no interior do estado, e que também frequentou o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para “pegar remédio” (E3). E4 relatou passagem por hospitais psiquiátricos públicos e privados para realização de tratamento.

No que concerne à chegada à PPF/PB, três destes sinalizaram não lembrar-se da ocasião. E1 justificou a transferência para o manicômio judiciário em decorrência de problemas com a medicação que tomava na prisão e E2 respondeu: “Eu não lembro não. Foi depois de 82. Não, 82 não, 1992, ou foi 2002. Não, foi depois de 2002. Foi de 2002, **mas não lembro a data certa não**” (E2) (grifo nosso). Já E3 respondeu:

Num lembro bem não, mas, parece que já, esse ano, parece que esse ano já faz... Acho que já faz uns 4 pra 5 ano, viu? Um negócio assim. Quando, quando eu tava lá, aí eu, falaram que eu vinha pra cá, aí eu... **Eu não queria vim não sabe, eu queria ficar na clínica lá,** mas, aí eu num sei, porque.. “**Teu irmão num tá ajudando aqui**”, tal. Mandaram porque, a situação lá, como é, a clínica né, é pobre... Aí mandaram eu pra cá, num sabe. Aí eu vim, mas... Eu vim até sem, eu vim até sem, sem algema, sabe? Colocaram nem algema não, foi. Aí eu cheguei aí, aqui. Foi ruim porque... (E3) (grifos nossos)

Estas respostas são demonstrativas das consequências do longo período de internação na PPF/PB, especificamente no tocante ao comprometimento da percepção da temporalidade. Destaque-se que, neste caso, E3 relata que estava internado numa clínica privada antes de ser transferido para a instituição, e que, isso ocorreu em decorrência de sua família (irmão) não ter condições financeiras de arcar com os custos da clínica.

A resposta de E4 para a pergunta a respeito da chegada na PPF/PB iniciou com um longo silêncio, seguido da história da trajetória entre a comarca de origem e a PPF/PB. Em sua fala, afirma:

Eu tava na Comarca de [localidade]. Aí a juíza encaminhou eu pra cá. Ela disse que, eu ia sair de alvará, de condicional. Aí botaram eu pra cá. Aí eu achei isso bom, mas também num tava nem aí também. Aí num, nem botou eu pra Comarca de [localidade], **se eu tivesse lá eu já tava na rua. E o**

tempo que eu tô passando aqui, se fosse a juíza daqui, já tinha ido simhora já. Eu tô aqui, com 6 ano e, e 6 mês. (E4) (grifos nossos)

Nesta fala, é nítida a compreensão do entrevistado sobre o tempo excedente de internação na PPF/PB. Para ele, se tivesse respondido pelo crime na cidade que o cometeu, já estaria em liberdade, e, ainda, se o seu processo fosse originário da Comarca de João Pessoa, a juíza também já teria procedido pela sua soltura.

Quando questionado sobre a chegada à PPF/PB, E5 rapidamente respondeu que “Faz tempo demais. Faz.” e que “Lembro não, sei direito não. Faz tempo né.” (E5). Estas suas falas repetiram-se durante a entrevista, mesmo que tenham sido feitas outras indagações. Sua resposta é representativa da ênfase que o entrevistado deu à sua longa permanência na instituição.

A respeito do período de internação, as informações contidas nos processos e prontuários afirmam que eles estão ou estiveram internados entre quatro e 12 anos. Dos três homens ainda internados na PPF/PB, E3 estava nesta condição há seis anos, E4 há quatro anos e E5 há nove anos. Com relação àqueles dois moradores do SRT, eles permaneceram internados naquela instituição por nove anos (E1) e por 12 anos (E2), e saíram desta condição no mês de agosto de 2017.

Ainda que não se tenha por foco os crimes cometidos por estes homens, importa observar a pena máxima em abstrato auferida de acordo com o Código Penal, comparando-a com a data da sentença de desinternação e o período em privação de liberdade na PPF/PB:

	Data de ingresso na PPF/PB	Tempo de internação na PPF/PB	Penas em abstrato para os crimes cometidos	Datas das sentenças de desinternação
E1	17/07/2009	9 anos	Pena de reclusão, de doze a trinta anos	Maio de 2013
E2	04/04/2006	12 anos	Pena de reclusão, de doze a trinta anos	Setembro de 2013
E3	04/10/2012	6 anos	Pena de detenção, de três meses a três anos; Pena de detenção de dois meses a um ano e multa. Pena de reclusão, de dois a oito anos.	Junho de 2015
E4	01/12/2014	4 anos	Pena de reclusão, de doze a trinta anos Pena de detenção, de dois meses a dois anos.	Junho de 2016
E5	12/09/2009	9 anos	Pena de reclusão, de doze a trinta anos	Março de 2014

Quadro 1 – Comparativo entre tempo de internação, as penas em abstrato para os crimes cometidos e as datas das sentenças de desinternação.

(Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados coletados na pesquisa de campo)

Não restam dúvidas que se tratam de longas internações que, dentre os diversos efeitos sentidos durante as entrevistas, repercutem numa noção de temporalidade distinta. No contexto de privação de liberdade, estes homens são “imersos no engano da não temporalidade e da imprevisibilidade do futuro” (VENTURINI, 2016, p. 67). Estas questões do tempo e do esquecimento destacam-se nas narrativas referentes às suas idades e naturalidade, e à ocasião de chegada à instituição manicomial carcerária.

Por fim, frise-se a presença de elementos sinalizadores de realidades de vulnerabilização, como a baixa escolaridade²⁰², além de um relato que denota a ausência de vínculo familiar. Estes fatos contribuem com a construção de relações de dependência institucional, tendo em vista a carência de garantia de direitos básicos em decorrência da pobreza e de outras oportunidades de espaços para acolhimento.

4.2.1 “AQUI É SÓ COMER, DORMIR E FUMAR”²⁰³ : PROCESSOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO NA PENITENCIÁRIA DE PSIQUIATRIA FORENSE DO ESTADO DA PARAÍBA

Para analisar elementos configuradores de processos de institucionalização na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba (PPF/PB), foram selecionadas as respostas dadas pelos homens entrevistados às indagações sobre o cotidiano nesta instituição; as possibilidades de saída durante a custódia; o acesso à saúde, especificamente a atenção prestada por profissionais durante o período de internação; e a manutenção dos vínculos familiares. Esta ordem será seguida na apresentação das informações.

Ao serem questionados sobre seu cotidiano na PPF/PB, três dos cinco homens entrevistados iniciaram suas falas tratando da alimentação na instituição. Com isso, percebeu-se que a rotina ali gira em torno dos horários das refeições, diariamente marcados por uma

²⁰² Há pesquisas que indicam a relação entre a incidência de sofrimento psíquico e a desigualdade social, e sua intensificação em contextos de cerceamento de direitos, de aumento do desemprego e de implantação de políticas higienistas, antimanicomiais e proibicionista. Como exemplo, o estudo divulgado com a chamada “A pobreza que leva à loucura”, realizado pela Organização Não Governamental Meu Sonho Não Tem Fim em 2013 com dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, afirma: “Analisando essas pessoas, com problemas mentais permanentes, divididos por classes sociais, constatou-se que do total de casos apurados em 2010, a grande maioria (82,32%, sendo 36,11% sem rendimento e 46,21% até um salário mínimo) vive abaixo ou próximo da linha de pobreza estimada pela ONU para países em desenvolvimento [...]”. Disponível em: <<http://www.meusonhonaotemfim.org.br/download.asp>> e em <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/a-pobreza-leva-a-loucura-3431.html>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

²⁰³ Fala proferida por E4 durante entrevista realizada pela pesquisadora, em resposta à pergunta sobre o seu cotidiano dentro da Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF/PB).

sirene de alto volume. Dois deles também relataram participar de atividades organizadas pelas pastorais das Igrejas Católica, Evangélica e Espírita, e falaram das/os profissionais que vão à unidade cortar seus cabelos e barbas, demonstrando com isso, que a prestação destes serviços e assistência por pessoas externas compõem o dia a dia da instituição, ainda que ocorram a cada semana ou quinzenalmente.

Quanto à resposta de E1 para esta questão, ele relatou que frequentou a escola da PPF/PB durante o período em que ficou internado e acrescentou que “tinha lá o pessoal da Igreja Universal, tinha... uma sala lá sabe, de fazer da igreja, a gente ia pra lá. Eles levava livro, jornal, da igreja Universal” (E1). Em outro momento de sua fala, elementos relacionados ao caráter manicomial carcerário desta instituição sobressaem: “Assim, tomava café, almoçava, jantava. **Sim, era trancado lá de... Depois do almoço tranca sabe? Aí só abre de duas horas. Dia de domingo abre de três horas.**” (E1) (grifo nosso).

O ato de “trancar” as pessoas sob custódia nas alas e enfermarias em determinados horários aproxima ainda mais a instituição da lógica prisional. A resposta de E2 também é sintomática destes aspectos:

É, o dia a dia no manicômio, era assim, a gente levantava 7h da manhã, tomava o café umas 7:30h pra 8h, tomava banho. Tomava remédio de manhã também. É mais ou menos, o dia a dia lá... [...] Todos os dias a gente tomava remédio de manhã, às vezes antes do café, às vezes assim mesmo depois do café, e, a tarde tomava remédio de novo, comprimido. [...] **Que lá era casa de recuperação, mas num era não, era manicômio também, casa de recuperação não. Casa de recuperação é aqui, casa de recuperação é aqui, lá mesmo é cadeia, é cheio de portão de ferro. No manicômio, cheio de portão de ferro, uma cadeia mesmo, braba.** (E2) (grifos nossos)

Nesta fala, E2 compara a realidade do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o qual considera ser uma “casa de recuperação”, com a estrutura da PPF/PB, como um espaço que reproduz a perspectiva prisional de contenção. Além de ter narrado sobre os horários de tomar medicamentos durante a internação, ele afirmou em outro momento da entrevista que não frequentou a “escolinha” (E2) da instituição.

Quanto à resposta de E3, ele reiterou gostar das atividades das pastorais na instituição, às quais “sempre” participa, mesmo sendo de igreja distinta da religião que assume como sua. Quando questionado sobre outras atividades, afirmou que atualmente não há, mas que já ocorreu um curso de pintura na instituição, e por ter ficado em dúvida, não participou, ainda que tenha sentido vontade. Sobre isso, falou que “[...] se fazer um outro curso de pintura pra cá, e eu tiver a oportunidade eu vou fazer. Eu vou ocupar, aprender alguma coisa sabe? Pra quando eu sair eu ter alguma coisa pra fazer, um trabalho, tá entendendo?” (E3). Em outro

momento, falou a respeito da alimentação na unidade: “Alimentação? Bom, alimentação... Tem tempo que tá mais melhor, tempo que tá um pouco mais fraco, mas sempre tem né, sempre tem...” (E3).

As respostas de E4 trouxeram mais elementos sobre a rotina na instituição: “**Aqui é só comer, dormir e fumar.** [...] É. E eu assisto TV, tem uma televisão. Assiste tudo. Toda qualidade. É direto, sem parar”. (E4) (grifo nosso). Com esta fala, E4 ressaltou o restrito e repetitivo cotidiano da PPF/PB. Em outro momento, também relatou os horários que toma medicamentos e que nunca fora realizada perícia psiquiátrica com ele na instituição, ainda que em seu prontuário constem laudos desta natureza.

Questionados sobre possíveis saídas da PPF/PB durante o período de internação, apenas E1 relatou ter participado de atividades externas, através de parceria entre esta instituição e a direção do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM)²⁰⁴:

Eu saía, ia pra praia. Com o pessoal da Colônia Juliano Moreira, sabe? Eu saí várias vezes, fui pra praia de [localidade]. Era legal. A gente voltava de onze horas. [...] Sim, saí, saí com, com o irmão [nome], saí com o irmão [nome]. É um da pastoral espírita. Fui duas vezes na casa dele, fui até o mercado, mercado do [localidade]. Parece que foi duas vezes. (E1)

Quanto à resposta de E2 sobre possíveis saídas da PPF/PB, ele relatou transições entre instituições prisionais e o manicômio judiciário e fatos ocorridos nestes momentos. Em sua fala, destaca-se: “Teve uma vez, na terceira vez, que o diretor uma hora disse “**não ele num vai mais não, num sai daqui mais não. Só sai daqui se for morto, fique no manicômio**”..” (E2) (grifo nosso). Já E3 repetiu que nunca teve oportunidade de sair da instituição, mas que tem vontade: “Não, saí não. Porque nunca teve, não teve oportunidade. Mas eu tenho vontade de ir. Dar uma saidinha né. Depois voltar né, eu tenho vontade.” (E3). E4 e E5 apenas responderam que “Não”, nunca saíram da PPF/PB durante a internação.

Quanto ao quesito do acesso à assistência à saúde, quatro dos cinco homens recordaram os nomes de profissionais que lhes atenderam na instituição, especificamente das áreas da psicologia, psiquiatria, enfermagem e serviço social, e E5 não respondeu à pergunta. Ao tratarem da relação com estas/os profissionais, dois destes homens recordaram suas famílias, tendo em vista que, quando há contato com elas, ele se dá através do assistente social da PPF/PB.

Com suas falas, percebeu-se que nestes casos há rejeição das famílias, inexistência de parentes vivos e abandono social, sendo a espera de contato familiar e de saída da unidade

²⁰⁴ A relação entre estas instituições será analisada mais detalhadamente no tópico 4.3.2 deste capítulo.

questões recorrentes em suas falas. Todos os homens relataram que não recebem visitas desde que ingressaram na unidade. Especialmente no caso de E4, seu pai chegou a ir para uma audiência, mas desistiu de figurar no processo como responsável do filho, e com isso, a juíza da VEP/PB resolveu incluí-lo na lista de pessoas designadas para um SRT. Já com relação a E3, ele não quis ir para o SRT no qual os dois outros homens foram levados, por nutrir esperanças de que sua irmã possa aceitá-lo de volta em casa.

Esta questão retrata mais uma implicação da submissão destes homens a longas internações. O aspecto manicomial carcerário da instituição e o estigma que passa a lhes atravessar com a internação produz o afastamento de familiares, de modo que, a desinternação resta comprometida. É este mais um grave fator que enseja a institucionalização destas pessoas.

A respeito da categoria institucionalização, Basaglia propôs seu uso, no sentido de observar as condições de negação do direito à liberdade e da organização da ameaça à saúde no contexto de internação em instituições, a partir da crítica do desmontar de todo aparato institucional em torno do objeto “doença”. Conforme rememora Amarante (1996), Basaglia tinha institucionalização por:

O complexo de ‘danos’ derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (BASAGLIA *apud* AMARANTE, 1996, p. 84).

Aspectos conformadores desta lógica manicomial também foram sinalizados pelos homens moradores do SRT. Destacam-se as seguintes falas:

ele disse que aqui a gente podia sair. Aí ele disse, “não, lá é bom, você pode ir pra praça, pode ir pra Igreja”. **Mas num pode não, porque aqui tem monitor e monitora, e tem a hora de chegar sabe?** Eu tô bem aqui, mas preferia volta pra lá. [...] Aqui é bom, alimentação é boa. Tem atendimento aqui, no caso da pessoa for pra o hospital ou, passar mal, ele leva pra o hospital. Mas só que, pronto, **a Residência é do muro pra cá, sabe?** Aí às vezes a gente bota a, a cadeira e fica ali na frente, uma horinha, duas, de tarde também... A gente não pode sair não, a gente bota os bancos ali, no muro ali, fica até dez e meia, onze horas. Aí... Só pode sair se for com, acompanhado de um monitor sabe? Ou uma monitora. (E1) (grifos nossos)

Eu mesmo gosto muito daqui, **agora acontece que a gente fica muito preso**, e num pode sair pra, pra dar um passeio. É, tem que ficar, ele disse que tem bandido, e é perigoso, num sei quê. E eu só acho mais ruim por isso. (E2) (grifo nosso)

Para Amarante (2015), a luta contra a institucionalização trata do desmontar das práticas e discursos que compõem o aparato manicomial e que estão dispostos em múltiplos espaços sociais, a exemplo do referido SRT. Com isso, ela está para além da mera desinternação, desospitalização ou transferência de pessoas entre instituições ou serviços. A desinstitucionalização demanda continuidade na “invenção de novas formas sociais de lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano, de forma positiva e concreta, ou seja, com a criação de serviços responsáveis pelo cuidado no território de moradia, sem gerar negligência social” (PASSOS, 2018, p. 130 - 131).

Neste sentido, a crítica feita aos processos de institucionalização direciona-se a todo aparato que sustenta o modelo manicomial e que em serviços de atenção psicossocial, são por vezes velados. Estas práticas acabam por desprezar a singularidade e a liberdade das pessoas e sua capacidade e protagonismo, e a desconsiderar sua dimensão política: “Liberta-se o sujeito do asilo, mas não da normalização dos processos de vida e da universalização de formas de sentir, agir e pensar.” (EMERICH, CAMPOS, PASSOS, 2014, p. 693). Assim, observa-se o risco de encerrar o isolamento prolongado em instituições fechadas como são os manicômios judiciários, mas são constituídas outras formas de segregação, que também representam a negação do direito à liberdade (PASSOS, 2017).

4.2.2 A GARANTIA DE DIREITOS DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL AUTORAS DE CRIMES

Este tópico tem por objetivo aprofundar a análise acerca da garantia dos direitos das pessoas entrevistadas no contexto de submissão a medidas de segurança. Parte-se da compreensão de que a presunção da periculosidade sobre este público lhe retira a possibilidade de responder por seus atos, e lhe nega as garantias processuais legais, como os direitos ao contraditório e à ampla defesa; à progressão do regime fechado para o semiaberto e deste para o aberto; à detração da pena, que equivale à subtração do tempo da prisão preventiva na pena determinada; à remissão da pena, redução de um dia de pena a cada três dias de trabalho; ao indulto, que são saídas em dias específicos, como as festividades de fim de ano; à visita íntima, dentre outros direitos (SILVA, 2015).

Diante das limitações das entrevistas, especificamente no sentido do pouco tempo para sua realização e do desconforto dos entrevistados frente às perguntas referentes a estas temáticas, não se teve a pretensão de abarcar todos os aspectos que envolvem a discussão

acerca da garantia destes seus direitos ²⁰⁵. Neste sentido, foram selecionadas duas problemáticas estratégicas: se houve comunicação com profissionais que atuam com a prestação de assistência jurídica, como advogadas/os e defensoras/es públicas/os; se eles tiveram oportunidade de responder pelo ato que cometeram em audiência, e se foram escutados.

Inicialmente, ao serem questionados sobre a atuação de advogadas/os ou defensora/es públicas/os em seus processos judiciais, quatro dos cinco homens responderam já terem encontrado profissionais destas áreas, mas dois deles iniciaram suas respostas afirmando não recordarem, ainda que depois tenham lembrado de ter encontrado pontualmente uma das defensoras públicas que atuam na Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF/PB). Também se observou que os homens entrevistados apresentaram dúvidas quanto à função da Defensoria Pública (DPE/PB), no sentido de não compreenderem que órgão é este e quais suas atribuições.

A fala de E1 é representativa deste distanciamento do trabalho da DPE/PB. Ao responder, ele trouxe os nomes de outras profissionais que atuam na secretaria da PPF/PB, ainda que tenha falado que esteve uma vez com uma das defensoras públicas que atuam na instituição. Já E2 iniciou sua resposta afirmando não lembrar-se de nenhum profissional destas áreas, mas em seguida respondeu ter conversado com uma defensora pública da PPF/PB. E3 nomeou o profissional por “advogado” e fez referência à sala da Defensoria Pública na unidade, localizada no primeiro andar do prédio: “Sim, **parece que eu falei com um advogado uma vez**, um advogado aí, lá em cima, **eu falei uma vez com ela**. Eu conversei com, com uma delas, mas eu num sei com qual foi não exatamente.” (E3) (grifos nossos)

Ao ser indagado, E4 apresentou resposta tratando de outro aspecto da instituição, especificamente com relação aos horários de seus medicamentos. A pesquisadora questionou novamente, mas o entrevistado não respondeu. Já E5 destacou que esteve com algum/a desses/as profissionais na cidade onde morava, mas como está na PPF/PB há cerca de nove anos, faz no mínimo este tempo que isto ocorreu.

²⁰⁵ Como consta no roteiro de entrevistas (apêndice B), estas perguntas foram feitas ao final do encontro com estes homens. Notou-se que neste momento alguns deles demonstravam cansaço, e por isso, a pesquisadora não teve maior tempo para aprofundar o conteúdo pensado. Também foi perceptível o desconforto com as temáticas das perguntas, ainda que se tenha reunido esforços para usar vocabulário acessível. Não obstante, algumas das respostas trazem elementos relevantes para a discussão que este trabalho propõe, e por isso, foram mantidas neste tópico, com a devida ressalva de que, para investigar estas questões em sua complexidade, entende-se ser necessário maior tempo com as pessoas entrevistadas, o qual não fora possível no calendário desta pesquisa.

Destaque-se o importante papel da Defensoria Pública na prestação de orientação e assistência jurídica, integral e gratuita, às pessoas que não têm condições de arcar com os altos custos de honorários advocatícios e do trâmite de um processo judicial. Conforme prevê a Constituição Federal, sua atuação deve ser orientada pelos princípios da unidade, indivisibilidade, independência funcional e justiça social, sendo, portanto, um órgão fundamental para a garantia do acesso ao direito e à justiça (DIONÍSIO, 2013).

O que se percebeu durante a observação participante nesta instituição é que o número de defensoras públicas é reduzido para a população custodiada, ensejando a falta de assistência jurídica permanente, o desconhecimento da situação processual por parte dos homens internados e a não orientação sobre direitos. Ademais, a condição de privação de liberdade ocasiona a dependência destas pessoas a estas profissionais, no sentido de intermediarem sua reivindicação de direitos e seu exercício de cidadania (CORREIA, ALMEIDA, 2017).

Com relação à participação em audiência durante o período de internação na PPF/PB, dois dos cinco homens responderam que foram enquanto estavam em unidades prisionais comuns, em momento anterior à internação, e outros dois informaram que foram a uma única audiência, sendo uma delas sobre questão diversa da motivação da internação. As falas neste quesito são sintomáticas da ausência da garantia de direitos processuais básicos, como o contraditório e a ampla defesa, além do isolamento característico da situação prisional a qual vivenciaram e da violência a qual são ou foram submetidos.

Na prática da vivência de internação destes homens, o pressuposto da inimputabilidade que lhes fora atribuído condiciona-os a uma realidade em que não falam por si e não têm suas vontades consideradas. No âmbito jurídico, isto reverbera na ausência de uma escuta atenta às questões que trazem de suas realidades, e no manicômio judiciário, implica no seu abandono e no tolhimento de outros direitos os quais não enunciam.

Por fim, quanto à questão de suas percepções sobre a garantia de seus direitos durante a internação na PPF/PB e mesmo após a saída no Serviço Residencial Terapêutico, E1 respondeu: “É... Num sei não, **só com um advogado né?**” (E1) (grifo nosso). A concepção que tem as/os profissionais da área jurídica como únicas pessoas possíveis para efetivarem direitos requer atenção. Já a resposta de E2 trata de outros elementos:

Sei não, na verdade os meus direitos, só sobre isso aí, é porque eu me acho, eu me acho arrasado porque não tem documento. É, me acho arrasado por isso, porque eles não podem aposentar. Vão aposentar

vocês num piscar de olho, eles não aposentam não. [...] Não tem condição de aposentar eu não, eles deixam não. (E2) (grifos nossos)

Com esta resposta, constata-se que E2 foi submetido a um itinerário de doze anos de internação na PPF/PB, além do cumprimento de pena anterior em instituição prisional comum e um ano morando no SRT, sem documentação básica, como carteira de identidade (Registro Geral). Por fim, a resposta dada por E3 foi: “Num sei dizer, num sei dizer não.” (E3) e pelos demais entrevistados, E4 pediu para encerrar a entrevista e E5 primeiro demonstrou não ter compreendido a pergunta, e em seguida respondeu algo inaudível.

4.3 “A EFETIVAÇÃO DA LEI ANTIMANICOMIAL É A VIDA EM SOCIEDADE”²⁰⁶: REFORMA PSIQUIÁTRICA E MEDIDAS DE SEGURANÇA NA PARAÍBA

Para investigar a incidência da Reforma Psiquiátrica no sistema de imposição e execução das medidas de segurança na Paraíba e compreender os desafios a respeito da desinstitucionalização neste contexto, a partir das percepções das/os profissionais entrevistadas/os, faz-se necessário apresentar em que consistem seus trabalhos. Relembre-se que foram informantes desta pesquisa o assistente social e o diretor da Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF/PB), a juíza da Vara de Execuções Penais (VEP/PB), as Coordenadoras de Saúde Mental e de Saúde no Sistema Prisional da Paraíba, a administradora de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e o enfermeiro de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III)²⁰⁷.

Com relação ao trabalho desenvolvido por E6, ele ingressou na PPF/PB por meio de concurso público para agente de segurança penitenciária há cerca de nove anos, e em 2016 foi designado pela direção da instituição e pela Coordenação de Saúde do Sistema Prisional da Paraíba para atuar como assistente social. Atualmente, ele compõe a equipe vinculada ao Programa de Saúde Penitenciária (PSP), que é gerido pela referida Coordenação de Saúde do Sistema Prisional, a qual será tratada mais a frente. De antemão, cabe observar que, de acordo com Oliveira (2016, p. 84),

O Programa de Saúde Penitenciária (PSP) segue o mesmo perfil de um Programa de Saúde da Família (PSF), isto é, constitui uma Unidade Básica de Saúde inserida no interior de uma instituição prisional permitindo à população carcerária a abrangência do Sistema Único de Saúde, com o

²⁰⁶ Fala proferida por E7 durante entrevista realizada pela pesquisadora.

²⁰⁷ No tocante à escolaridade destas/es profissionais, todas/os possuem formação superior completa, nas seguintes áreas: serviço social (E6), administração e direito (E7), direito (E8 e E11), psicologia (E9 e E10) e enfermagem (E12). Destaque-se que dois deles possuem pós-graduações em nível de especialização (E7 e E9).

intento de contribuir com o controle e/ou redução dos agravos de saúde mais incidentes a esta população.

Desse modo, para a manutenção de um funcionamento regular num PSP, é necessário, conforme aponta Barbosa (2014), que a unidade de saúde possua condições físicas estruturadas, disponibilidade de materiais e insumos para a realização dos atendimentos.

Em junho de 2018, a PPF/PB possuía uma “Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental”, por ter uma população superior a 100 pessoas e inferior a 500²⁰⁸. De acordo com informações colhidas na pesquisa de campo, esta equipe é composta por dez profissionais das áreas de serviço social, psicologia, enfermagem, odontologia e psiquiatria. Quanto à carga horária, elas/os trabalham no turno da manhã de segunda a sexta feira, realizando atendimentos voltados para a saúde.

Em decorrência de não haver outra/o assistente social na PPF/PB, E6 acumula trabalhos relacionados à atenção à saúde e ao levantamento da documentação da população custodiada. Como exemplo, relatou que escreve pareceres sociais e atua na manutenção e no fortalecimento dos vínculos familiares, realiza a marcação de exames e consultas externas, procede para a emissão de documentos pessoais e lida com demandas financeiras e bancárias dos homens internados, em especial nas situações nas quais eles trabalham na própria instituição através dos Programas da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba (SEAP/PB).

Contrário ao entendimento da direção da PPF/PB abordado no relatório produzido por Correia (2016, p. 03), as/os profissionais vinculadas/os ao PSP não compõem uma “equipe de desinstitucionalização” na unidade, tampouco há um/a profissional ou comissão exclusivos para lidar com esta questão. Trata-se da atuação de E6 e da psicóloga da instituição, que, em diálogo com as gestões estadual e municipais de saúde e saúde mental, dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial da Paraíba (RAPS/PB) e do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM), buscam articular redes de apoio e cuidado para o acolhimento das pessoas em processo de desinternação.

Além das normativas que regulamentam o SUS, E6 destacou que utiliza a Lei de Execução Penal (LEP), exemplificando com as situações nas quais conversa com as famílias

²⁰⁸ Conforme estabelecido pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), no artigo 3º, II, b, da Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014. Esta Equipe deve ser composta por: “11 profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 20 horas semanais”. Destaque-se que nem todas/os as/os profissionais da equipe de saúde da PPF/PB são vinculadas/os ao PSP. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

sobre as regulações da PPF/PB que, repita-se, é uma instituição vinculada à SEAP/PB. Também afirmou que costuma recorrer ao Código de Ética e à lei que tratam de sua profissão.

A observação participante na PPF/PB suscitou à pesquisadora a percepção da relevância do trabalho do assistente social naquela instituição, principalmente junto aos casos dos homens submetidos a longas internações. Destaque-se que, por solicitação da direção da unidade, E6 alimenta uma lista com os nomes das pessoas que aguardam a audiência de desinternação ou que o prazo máximo da submissão à medida de segurança se aproxima. No mês de junho de 2018, havia dez nomes listados, além daqueles três que permanecem na instituição com sentença favorável à desinternação.

No que diz respeito ao trabalho de E7, ele está na unidade desde 2009, ano em que foi nomeado para o cargo de agente de segurança penitenciária via concurso público. Após atuar na SEAP/PB por dois anos e num presídio feminino durante alguns meses, retornou à PPF/PB na condição de diretor adjunto, e em 2013, tornou-se seu diretor titular.

Ao relatar suas atribuições como agente de segurança, E7 expôs que tem por função proteger e garantir a disciplina das pessoas internadas e evitar situações que possam agravar o seu tratamento. Já enquanto diretor, afirmou que coordena a equipe de servidoras/es da unidade, acompanha os processos judiciais da população custodiada e os pedidos de realização de Incidente de Insanidade Mental, e procura oferecer um atendimento médico, material, jurídico e psicológico “da forma que der, com a maior possibilidade do caráter humano” (E7). Também informou que nos casos de desinternação condicional, a unidade encaminha à VEP/PB o laudo psiquiátrico e um relatório produzido pela direção, conforme exigido pela Lei de Execução Penal (LEP, artigo 175). Quanto a este documento, disse: “Geralmente a gente é favorável. **Eu nunca fiz um relatório aqui que não fosse adequado ao entendimento do médico também.**” (E7) (grifo nosso)

Em seu trabalho, E7 afirmou que utiliza a LEP e algumas normativas publicadas pelo Poder Judiciário, a exemplo da Portaria nº 001/2012, que regulamenta a entrada e a saída de pessoas na PPF/PB (anexo 6). Já sobre o regimento interno desta unidade, expressou:

É do meu conhecimento que essa instituição possui um regimento interno, mas que há anos não há né uma efetiva aplicabilidade, até porque eu acredito que à época que ele foi redigido, a estrutura organizacional da unidade era diferente. Então, ela contemplava algumas funções que hoje já não existem mais aqui, pela própria estrutura do estado. Então assim, em parte, se a gente considerar, **eu acredito que não há mais a possibilidade de aplicar, na sua integralidade, o estatuto que existia.** (E7). (grifo nosso)

Este regimento interno foi aprovado pelo Conselho de Coordenação Penitenciária na sessão do dia 12 de dezembro de 1991 e publicado no Diário Oficial do dia 31 de Janeiro de 1992. As informações da composição, das funções e dos cargos da PPF/PB contidas neste documento não condizem com sua organização atual, não sendo, portanto, consultado pela equipe da instituição em seu cotidiano de trabalho²⁰⁹.

Já E8 trabalha como juíza na VEP/PB desde o início de 2015, tendo por competência o rol de atribuições definido no artigo 66 da LEP. No que concerne ao objeto deste trabalho, cabe ressaltar que lhe incumbe determinar a aplicação da medida de segurança, em caso de substituição da pena ou não, bem como sua revogação; decidir sobre o livramento condicional e a desinternação; autorizar saídas temporárias; e, frise-se, “zelar pelo correto cumprimento da pena e da medida de segurança” (VI, art. 66, CP). Por fim, também lhe cabe “inspecionar, mensalmente, os estabelecimentos penais, tomando providências para o adequado funcionamento e promovendo, quando for o caso, a apuração de responsabilidade” (VII, art. 66, CP).

A atuação de E9 como Coordenadora de Saúde Mental da Paraíba iniciou no ano de 2011, junto à entrada da atual gestão na SES/PB. Neste cargo, sua função é organizar a Política de Saúde Mental e a RAPS no âmbito estadual, executando a articulação dos serviços que a compõem numa perspectiva regionalizada, de viabilização de maior acesso, bem como realizar vistorias técnicas nos casos de novas habilitações. Conforme expressou, ela atua de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, as normativas da Política Nacional de Saúde Mental, a Lei nº 10.216/2001 e a Lei nº 7.639/2004 (Lei da Reforma Psiquiátrica da Paraíba). Ela também compõe a Comissão de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão de Drogas e Saúde Mental do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH).

Relativamente ao trabalho de E10, ela ingressou como Coordenadora de Saúde do Sistema Prisional da Paraíba em 2014, com vínculo com a SES/PB²¹⁰. Esta Coordenação é responsável por executar o Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Sua gestão é de corresponsabilidade entre a SES/PB, através

²⁰⁹ Neste regimento interno, consta que a PPF/PB é composta pelos seguintes órgãos: “I - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; II – Supervisão Ambulatorial (desinternamento); III – Perícia Médico-Psiquiátrica”. No âmbito administrativo, estabelece que ela é estruturada pela diretoria, constituída por uma pessoa diretora e outra coordenadora de atividades administrativas, pelo corpo clínico, e por fim, por profissionais dos serviços de apoio administrativos.

²¹⁰ Há outra Coordenadora de Saúde do Sistema Prisional da Paraíba que é vinculada à SEAP/PB, conforme previsão da PNAISP.

da Coordenação de Saúde Penitenciária, e a SEAP/PB, via Gerência Executiva de Ressocialização (OLIVEIRA, 2016).

É função da Coordenação de Saúde do Sistema Prisional prestar assistência integral à saúde das pessoas privadas de liberdade com base no SUS; realizar pactuações com redes de apoio, especialmente quando há empecilhos ou recusa desta assistência em serviços ou instituições externas; gerenciar medicamentos; sensibilizar profissionais de saúde, gestoras/es e a sociedade para a realidade desta população; e organizar as equipes multidisciplinares do PSP vinculadas às unidades prisionais.

Com a publicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e da PNAISP, foram previstas 18 equipes multidisciplinares de saúde nos presídios para atuarem na Paraíba. Após a adesão deste estado à PNAISP, através da Portaria nº 675, de 03 de junho de 2015, foram implantadas sete equipes desta natureza. Atualmente, há 11 equipes de saúde localizadas nas 11 instituições vinculadas à SEAP/PB mais populosas, estando uma delas na PPF/PB²¹¹. Conforme análise de E10:

Aqui o IPF, de fato, ele vai ser **uma unidade que tem um perfil específico, porque aqui os profissionais trabalham muito com as equipes**, aqui a gente tem menos internos, assim do que nas outras unidades, então, talvez o contato com eles seja maior. Por exemplo, a equipe aqui conhece todo mundo por nome, o que é difícil talvez em outras unidades. Todo mundo aqui já foi visto, por exemplo, todo mundo já foi testado. Então, **pela população circunscrita ser menor, você acaba tendo um controle maior**, certo? Mas aqui dentro, o trabalho da Coordenação de Saúde Prisional, vai ser o mesmo, é, do que nas outras unidades, a gente vai fazer as mesmas coisas. **A diferença é porque aqui é um público mais específico, a gente vai trabalhar aqui com um público de saúde mental**. Não que nos outros não tenham, mas aqui é, eles já vem pra cá com, talvez, com essa demanda. (E10) (grifos nossos)²¹²

Em sua atuação na Coordenação de Saúde do Sistema Prisional, E10 ressaltou que utiliza os instrumentos que regulamentam a PNAISP e o PNSSP, bem como a Política de Atenção Básica e as Portarias que tratam das medidas de segurança no âmbito da PNAISP²¹³. Sobre este público, afirmou: “tem peculiaridades né, a gente trabalha com medida de segurança, **a gente tem que trabalhar com a família**”. (E10) (grifo nosso)

²¹¹ Na Paraíba, há 79 estabelecimentos prisionais vinculados à SEAP/PB, dos quais 11 possuem equipes PSP. Estas equipes estão localizadas em cinco cidades do estado: cinco equipes estão em unidades em João Pessoa e as demais estão nos municípios de Patos, Guarabira, Santa Rita e Cajazeiras. Apenas uma das unidades com equipe é estrita para mulheres (OLIVEIRA, 2016). Disponível em: <<http://paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria/programas/saude-nos-presidios/>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

²¹² Algumas profissionais utilizam a sigla IPF (Instituto de Psiquiatria Forense) em referência à PPF/PB.

²¹³ Em sua fala, E10 não informou quais eram estas Portarias. Como já tratado no segundo capítulo, trata-se da Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, e da Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014.

Por fim, a transferência de dois homens internados na PPF/PB para um SRT levou a pesquisadora a entrevistar profissionais vinculadas/os aos serviços da RAPS/PB que os acolheram, localizados numa cidade do interior do estado. A respeito do trabalho de E11, ela relatou que administra o referido SRT desde outubro de 2016, promovendo as demandas da casa, realizando o acompanhamento da atenção à saúde das pessoas moradoras e a busca por profissionais para atendê-las, quando necessário.

Já E12 trabalha há cerca de dez anos como enfermeiro no CAPS III, serviço vinculado ao referido SRT, ainda que esteja localizado em bairro distinto da mesma cidade. Este CAPS III funciona 24 horas com uma equipe multiprofissional que realiza o acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico, a partir de grupos terapêuticos, oficinas e administração de medicamentos.

Apresentadas as atribuições das/os profissionais entrevistadas/os, o tópico seguinte seguirá com a análise de suas percepções a respeito do processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica na Paraíba, e em seguida direciona o olhar para o contexto do sistema das medidas de segurança. Por fim, o mesmo se dará com relação à categoria desinstitucionalização, com foco nos casos de pessoas que estão ou foram mantidas na PPF/PB com sentença de desinternação prolatada.

4.3.1 IMPASSES PARA A CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA PARAÍBA

No âmbito das legislações do estado da Paraíba e do município de João Pessoa, há instrumentos legais que tratam dos princípios e direitos regulados pela Lei federal nº 10.216/2001, que podem subsidiar a análise acerca das medidas de segurança. A Lei estadual nº 7.639, de 23 de julho de 2004, dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica na Paraíba e, em seu artigo 1º, estabelece que nenhuma pessoa terá sua cidadania limitada, tampouco será submetida a internações de qualquer natureza ou à privação de liberdade em decorrência de sofrimento mental. No entanto, o parágrafo único deste artigo ressalva os casos previstos no artigo 5º, LIV, da Constituição Federal (CF/88)²¹⁴, e as situações consideradas emergenciais, atestadas em laudo médico.

²¹⁴ Trata-se do seguinte dispositivo da CF/88: “Artigo 5º, LIV - ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”.

O conteúdo do artigo 13 da referida Lei estadual interessa a este trabalho. Segundo este dispositivo, incumbe ao Poder Público prestar a devida atenção integral às pessoas que perderam os vínculos familiares e se encontram em condição de desamparo social. Para tanto, deverão ser adotadas políticas intersetoriais que propiciem, no prazo de dois anos a contar da publicação desta Lei, sua inserção familiar, com o restabelecimento dos vínculos rompidos ou integração em família substituta, a transferência para Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou espaços similares externos ao hospital psiquiátrico. Ela também salienta que estas políticas deverão criar as condições necessárias para o exercício da “autonomia social e econômica” deste público no âmbito previdenciário, da gestão de seus bens, do acesso à educação e da atenção integral à saúde.

Já na legislação municipal, a Lei nº 12.296, de 12 de janeiro de 2012, institui a Rede de Atenção à Saúde Mental em João Pessoa, com foco no processo da desinstitucionalização e na integralidade das ações em saúde. Este instrumento estabelece a universalidade do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental, com a finalidade de manter e recuperar sua integridade, autonomia, dignidade, cidadania, vida familiar, social e profissional. Para isso, é atribuição do poder público municipal garantir e implementar os meios necessários para prevenir, reabilitar e inserir estas pessoas sem quaisquer formas de discriminação e conforme os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

O terceiro capítulo desta Lei volta-se estritamente para a desinstitucionalização e reabilitação das pessoas que perderam seus vínculos familiares devido à permanência por longos períodos em hospitais psiquiátricos. Em suma, seus dispositivos reproduzem o conteúdo das referidas Leis estadual e federal, e acrescentam a competência da Secretaria Municipal de Saúde na realização do levantamento dos aspectos desta população, juntamente ao Conselho Municipal de Saúde e à chamada Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica, e na apresentação de proposta para a desinstitucionalização das pessoas que se demonstrarem “aptas” à inserção nos serviços e estratégias da rede de atenção à saúde mental.

A respeito destes dispositivos de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o último relatório da pesquisa Saúde Mental em Dados divulgado informa que, em dezembro de 2014, a Paraíba era o estado do Brasil com a maior abrangência de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por habitantes, posição que se repete há anos. De acordo com esta fonte, a cobertura assistencial nacional no referido período chegou a 0,86 CAPS/100.000 habitantes,

enquanto na Paraíba ela era de 1,57 CAPS/100.000 habitantes²¹⁵ (BRASIL, 2015b). Segundo a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB), houve um crescimento deste indicador de 2014 para o presente ano, chegando a 1,80 CAPS/100.000 habitantes, implicando na manutenção deste estado como aquele que possui a maior cobertura neste quesito.

Conforme lista cedida pela referida Coordenação Estadual de Saúde Mental (anexo 7), atualizada no mês de março de 2018, a Paraíba detinha 154 serviços de saúde mental vinculados à RAPS/PB. Deste total, havia 109 CAPS, dos quais 68 eram CAPS I, nove CAPS II, cinco CAPS III, 12 CAPS i, seis CAPS AD e nove CAPS AD III, distribuídos em 78 municípios; 15 eram Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), localizados em sete municípios; quatro unidades de acolhimento implantadas em três municípios; cinco equipes de Consultório na Rua, estando quatro delas em João Pessoa; e 21 leitos de saúde mental em hospital geral na cidade de Campina Grande. A lista também informa que havia 84 pessoas beneficiárias do Programa de Volta pra Casa (PVC) moradoras de oito municípios, estando a maioria delas em Campina Grande.

Ainda que o número de leitos em hospitais gerais específicos para demandas em saúde mental na Paraíba seja reduzido, a existência da mencionada rede de serviços abertos e inseridos na comunidade é fator imprescindível para a efetivação de políticas de desinstitucionalização. As/os profissionais entrevistadas/os que atuam neste cenário relataram importantes avanços na consolidação da RAPS/PB nos últimos anos, em especial a possibilidade de acolhimento às singularidades de alguns casos e a ruptura com violentos processos de tolhimento de direitos, a exemplo dos cárceres privados. A partir da estruturação desta Rede, E12 narrou que houve uma mudança na percepção que se tinha de algumas pessoas colocadas em “jaulas” ou em “casinhas” em sítios no interior do estado (E12), e avalia que faltavam ferramentas e instrumentos públicos para garantir o acesso à atenção à saúde mental e a desinstitucionalização deste público.

Entretanto, o funcionamento da RAPS tem sido afetado pelas últimas reformulações na Política Nacional de Saúde Mental, que compõem um cenário de retrocessos intensificados a partir da saída de Roberto Tykanori da Coordenação Nacional de Saúde Mental em 2015, conforme relatou E9. De acordo com ela, as entidades e órgãos colegiados que recomendam a revogação da Portaria nº 3.588/2017, não têm sido ouvidas/os. A respeito deste instrumento

²¹⁵ Este indicador CAPS/100.000 habitantes “foi criado para refletir a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária ao longo do tempo e ser instrumento aos gestores para a avaliação e definição de prioridades na implantação da rede de atenção psicossocial” (BRASIL, 2015b, p. 11).

que estabeleceu novas diretrizes para a RAPS, como analisado no primeiro capítulo desta dissertação, a entrevistada expõe:

Essa mudança na política não passou pelo controle social, também não passou por nós coordenadores. Desde que Tykanori saiu nós não temos colegiado de coordenadores de saúde mental nacional, como nós não temos Saúde Mental em Dados. **Nós não temos dados oficiais.** Então fica difícil, a gente está trabalhando numa lógica, mas não sabemos até que ponto isso é tão a lógica do Ministério da Saúde. Teoricamente não mudaram a Rede. Teoricamente na portaria 3.588 estão lá os serviços, criou o AD IV, criou o ambulatório, mas duplicou o valor de recursos para hospitais psiquiátricos. E outra coisa que é muito danosa que nem todo mundo discute é o financiamento para leito em hospital geral a partir de oito leitos, mas tem um critério populacional. Então, para eu ter oito leitos em saúde mental eu tenho que ter uma população de quase 190 mil habitantes e as nossas regiões não têm essa população. **Então na prática eu perdi quase que mais de 50% da capacidade de instalar leitos nos territórios, leitos de saúde mental em hospital geral, que é o que a gente precisa para casos de urgência.** Então, isso é uma coisa muito sutil, mas que traz um impacto gigantesco. (E9) (grifos nossos)

Conforme E9, o quantitativo de leitos de saúde mental em hospital geral anteriormente previsto foi revisado e, com os novos critérios, sua implantação tornou-se impossibilitada no âmbito do estado da Paraíba. Ademais, de acordo com a Nota Técnica emitida pela referida Coordenação Estadual de Saúde Mental, os serviços que já tinham sido aprovados pelo Ministério da Saúde (MS) não foram implantados em decorrência do não repasse de recursos para seu custeio; 17 CAPS componentes da RAPS/PB estão funcionando sem habilitação, aguardando decisão do MS, e nove SRTs também não estão habilitados (PARAÍBA, 2017).

Com esta conjuntura estadual, as pessoas que demandam este tipo de cuidado estão buscando outros meios disponíveis, e o hospital psiquiátrico tem sido este espaço. Ainda a respeito destes impactos, ela acrescenta:

A nova portaria traz à tona investimentos duplicados para hospitais psiquiátricos e trabalha-se agora com uma outra proposta para os próximos 4 anos, que é a modelagem das Redes. Então a gente nem tem como saber se isto que a gente pactuou isso vai acontecer. Porque nós estávamos trabalhando o seguinte: nós pactuamos tipo, “x” serviços pra essa região e a gente fica “esse aqui inaugurou, esse inaugurou”. **A região que tem os serviços demanda menos internação e demanda mais cuidado territorial. E a gente não sabe mais como isto vai tá dentro do cenário nacional.** (E9) (grifos nossos)

Nesta “onda de retrocesso e conservadorismo” (E9) que afeta diretamente a RAPS/PB, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 241, conhecida como “PEC do fim do mundo”, aprovada em dezembro de 2016 como Emenda à Constituição nº 95/2016, representa

mais um limitador para o seu funcionamento²¹⁶. Ao impor o congelamento dos recursos com gastos públicos por 20 anos, ela corrobora a precarização e o fechamento dos serviços de atenção psicossocial, bem como a não habilitação de novas unidades, haja vista a falta de financiamento.

No âmbito estadual, E9 informou que as/os coordenadoras/es dos serviços que compõem a RAPS/PB têm sido alertadas/os a respeito dos retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental nas reuniões do colegiado, que ocorrem duas vezes por ano, e nos encontros do grupo condutor da RAPS/PB, composto por alguns/as gestoras/es e profissionais²¹⁷.

As Semanas da Luta Antimanicomial²¹⁸ também são espaços que incluem debates contextualizados com o cenário político do Brasil e com temas representativos dos desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, a exemplo da mesa “A Luta Antimanicomial em Tempos de Golpe”²¹⁹, e de atividades sobre a interface entre a judicialização e a saúde mental, o sistema de execução das medidas de segurança e os manicômios judiciários.

Ao serem questionadas/os a respeito destas mudanças instauradas na Política de Saúde Mental, as/os profissionais entrevistadas/os que atuam na RAPS/PB (E11 e E12) sinalizaram que elas ainda não chegaram efetivamente ao serviço que trabalham. Entretanto, apresentaram preocupação no que se refere à resistência da gestão estadual em acolher as novas disposições, tendo em vista sua postura a favor do fechamento dos hospitais psiquiátricos. Conforme analisa E12:

Não adianta ficar uma célula brigando com o mundo, que só quem perde é o município e a população de toda forma né. Aí o município tem um potencial enorme para ser beneficiado nessa nova política na parte de programas e de recurso. Agora da parte ideológica, pra saber se é certo ou errado aí, a conduta do município que vai dizer se quer ou não. (E12)

²¹⁶ Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

²¹⁷ Acrescente-se aqui que a Coordenação Estadual de Saúde Mental da Paraíba emitiu nota técnica posicionando-se a respeito das alterações na Política Nacional de Saúde Mental e defendendo a extinção dos manicômios (PARAÍBA, 2017).

²¹⁸ Na Paraíba, historicamente ocorrem duas Semanas da Luta Antimanicomial no mês de maio. A primeira delas é organizada por profissionais da Coordenação Estadual de Saúde Mental e de serviços da RAPS/PB e por outras pessoas atuantes na militância antimanicomial, e está em sua oitava edição. Já a segunda era organizada pelo Coletivo Canto Geral, grupo que era formado por estudantes do curso de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), mas que deixou de existir. Entretanto, algumas de suas antigas componentes seguem construindo as Semanas da Luta Antimanicomial junto a outras/os militantes, profissionais, estudantes e usuárias/os dos serviços da RAPS/PB. Destaque-se que outros grupos oriundos de universidades e faculdades têm pautado estas temáticas em seminários e espaços formativos, a exemplo dos eventos organizados pelo Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania (CORREIA, 2018).

²¹⁹ Atividade da Semana da Luta Antimanicomial do ano de 2018. Programação disponível em: <<http://static.paraiba.pb.gov.br/2018/05/Programa%C3%A7%C3%A3o-Geral-da-Semana-Estadual-da-Luta-Antimanicomial-2018.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2018.

Destaque-se que desde 2011, a Coordenação de Saúde Mental da Paraíba tem investido esforços para o fechamento do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM), maior manicômio público deste estado, criado em 1928. De acordo com o Relatório publicado pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) em 2016 e com matérias jornalísticas²²⁰, a atuação da equipe deste Complexo e da referida Coordenação tem impulsionado o processo de desinstitucionalização das pessoas internadas. Como exemplo dos resultados alcançados, tem-se a redução do número de leitos psiquiátricos²²¹, a retirada de grades dos espaços do CPJM, o planejamento da desinstitucionalização de maneira responsável e o fechamento da ala “Clifford”, denunciada no relatório do Conselho Estadual de Direitos Humanos da Paraíba por conter irregularidades (BRASIL, 2016b).

Entretanto, segundo E9, o número de internações no CPJM tem aumentado significativamente nos últimos anos. Somado a isto, ela relatou que a Coordenação de Saúde Mental da Paraíba tem sido cada vez mais demandada, em suas palavras, para “levar um psiquiatra e levar mais remédio” (E9) para pessoas excessivamente medicamentalizadas, quando reconhece que se trata de carência de “justiça” (E9). Com este discurso, percebe-se a reprodução da lógica de psiquiatrização de problemas relacionados às desigualdades sociais, decorrentes da não garantia do acesso ao direito e à justiça, que repercute na difusão de mecanismos de controle para além dos muros dos manicômios.

Esta Coordenação também enfrenta desafios ao lidar com as gestões municipais, especialmente quanto ao preenchimento do instrumento de monitoramento de dados dos serviços das RAPS/PB. E9 narrou que muitos municípios não notificam dentro do prazo estipulado ou o fazem distintamente do que têm produzido, e analisa: “O que aparece para o Ministério da Saúde é o que é notificado, e há muita subnotificação. E essa subnotificação é que dá margem para eles, para que eles possam estar fazendo o ataque de que a coisa não funciona.” (E9)

Há outras dificuldades para o funcionamento dos serviços da RAPS/PB expostas pelas pessoas entrevistadas que atuam diretamente com ela, respectivamente E9, E11 e E12. Algumas são de ordem estrutural, como a indisponibilidade de transporte, e outras são relacionadas à atuação das/os profissionais, como a sobrecarga de trabalho e a má

²²⁰ Disponíveis em: <<http://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2015/12/sanatorio-clifford-e-fechado-oficialmente-em-joao-pessoa.html>>, e em: <<https://www2.pbagora.com.br/noticia/saude/20140721142036/juliano-moreira-da-continuidade-ao-processo-de-desinstitucionalizacao>>. Acesso em: 08 jun. 2018.

²²¹ O CPJM detinha 232 dos 706 leitos em hospitais psiquiátricos na Paraíba, no ano de 2013. Já em 2016, este quantitativo era de 65 (ALMEIDA, FRANCO, 2013; BRASIL, 2016b).

remuneração, o desestímulo, a ausência de apoio técnico e de educação permanente, a falta de articulação e a resistência frente à efetivação da Reforma Psiquiátrica. Conforme relatou E12:

No fundo mesmo existe uma própria resistência dentro dos profissionais do SUS, principalmente a parte da medicina né. Não existe uma integração totalmente com a política antimanicomial, como existe integração com os outros profissionais, é tipo células separadas no sistema. E quando eles entram pra o serviço, eles querem manter aquela rotina deles de ambulatório, só atender. Têm dificuldade até de, se tiver um paciente em crise, de ir fazer uma visita ao paciente que esteja lá no leito. Ainda existe essa falta de integração com o resto da equipe. Mas os outros já são bem mais adeptos. (E12) (grifos nossos)

Ao enfatizar a dinâmica de trabalho de profissionais da categoria médica na contramão do que fundamenta a própria existência da Rede, E2 expressou que elas/es “são bem mais adeptos à **Reforma manicomial**” (E12) (grifo nosso). Ele também destacou que a ação do interesse privado na prestação de assistência psiquiátrica é mais um fator que corrobora o sucateamento dos serviços públicos de atenção psicossocial, o que demonstra que a psiquiatria está disseminada mesmo no contexto de proposta psicossocial e se renova para manter sua centralidade na atenção à saúde mental.

Em meio aos esforços para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) baseado na potência dos serviços da RAPS, as/os profissionais entrevistadas/os afirmaram que, em algumas situações, se veem compelidas/os a desempenhar seu trabalho de modo contrário ao que preconiza a Reforma Psiquiátrica. Neste entendimento, E9 fez referência às decisões judiciais para internação em Comunidades Terapêuticas e aos casos de pessoas em sofrimento mental que cometem crimes como desafios enfrentados pela Coordenação de Saúde Mental da Paraíba. A respeito deste segundo grupo, falou:

Me dói que as perguntas são as mesmas. “As pessoas vão pra onde? Se fechar, vão pra onde?” Então assim, **ainda é muito incutido a periculosidade dessas pessoas, e isso é uma herança maldita do direito moderno, que a gente colocou isso na cabeça das pessoas que esse grupo, ele é tão perigoso que é condenado à prisão perpétua e aí não tem outro direito pra ele.** Onde eu vou colocar esses indesejáveis, dentro de tantos indesejáveis que a gente tem na sociedade? (E9) (grifos nossos)

A atenção a este segmento social apresenta desafios singulares para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, principalmente num cenário de retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental. Como exposto por E9, a disseminação da ideia de que estas pessoas são perigosas, devido à presença da loucura e do cometimento do crime, conduz aos mesmos

questionamentos, que suscitam as mesmas velhas respostas: para elas, a segregação em manicômios judiciais por tempo indeterminado, como já dito por Mattos (2006).

As narrativas das/os profissionais envolvidas/os na imposição e execução das medidas de segurança na Paraíba apontam o distanciamento deste sistema com relação à Reforma Psiquiátrica por motivos diversos, mas que também são vistos em outros estados do Brasil (CFP, 2015; PRADO, SCHINDLER, 2017; SILVA, 2015; SOARES FILHO, BUENO, 2016). Estes fatores, que serão apresentados abaixo, somam-se aos impasses encontrados no âmbito da RAPS/PB, especialmente quando pensado o acolhimento de pessoas oriundas da Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF/PB).

4.3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NA PARAÍBA

Inicialmente, no tocante às legislações que tratam da Reforma Psiquiátrica, as/os profissionais entrevistadas/os que atuam no sistema de imposição e execução das medidas de segurança (E6, E7, E8 e E10) demonstraram ter conhecimento do conteúdo da Lei federal nº 10.216/2001, no entanto, as Leis estadual e municipal não apareceram em suas respostas. Conforme relataram, o contato com esta temática deu-se em seus ambientes de trabalho, provocado pela Coordenação de Saúde Mental da Paraíba em momentos de reuniões, e também em decorrência de participação nas atividades das Semanas da Luta Antimanicomial.

A respeito destas últimas, E6, E7 e E10 relataram que já receberam convites e material para sua divulgação, participaram de palestras externas à instituição e organizaram ações internas, com o intuito de prestar “orientações” (E6) à equipe. Entretanto, E6 afirmou que nunca receberam convites para construir ativamente estes eventos, e analisa: “basicamente, se resume mais a isso, a um informativo, a gente não participa ativamente da luta em si antimanicomial.”. (E6)

Destaque-se que, como relatado por E8, seu contato com a Reforma Psiquiátrica se deu a partir do Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania, que lhe cedeu artigos, cartilhas e instrumentos normativos recentes que tratam da interface desta temática com as medidas de segurança²²². A partir da leitura deste material, ela afirma que pôde “entender um

²²² Os materiais cedidos para esta profissional foram as normativas do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça (CNPCCP/MJ) que tratam das medidas de segurança, o livro “Por uma política de atenção integral ao louco infrator” (BARROS-BRISSET, 2010a), o “Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei

pouco de como pensar a Execução Penal voltando-se para a Lei da Reforma Psiquiátrica” (E8), de modo que, em algumas decisões judiciais, passou a proceder no sentido de que as pessoas não precisem mais aguardar o prazo legal de cumprimento da medida de segurança para que o exame pericial seja realizado.

No que concerne ao entendimento dos profissionais atuantes na PPF/PB, E6 expressou que a Reforma Psiquiátrica tem por finalidade a desinstitucionalização, com o intuito de evitar internações prolongadas, dar prioridade ao fechamento de leitos e ao tratamento ambulatorial. Destaque-se que para este profissional, a internação prolongada é aquela com duração superior a um mês. A respeito do sistema das medidas de segurança, ele analisou:

É, assim, a minha unidade, **eu vejo que é um pouco assim um ponto fora um pouco da curva da Reforma Psiquiátrica**, pois a Reforma Psiquiátrica ela prega a desinternação, o desinternamento, a situação de internação prolongada. E, a nossa unidade é focada na internação, pra o tratamento daquele interno que foi submetido à medida de segurança. Ela, mesmo sendo de um a três anos, mas queira quer não **ainda ultrapassa o tempo que a Reforma Psiquiátrica prega, e ela vai nessa outra mão**. A gente tem uma legislação que é a Lei de Execução Penal, que prevê a medida de segurança, **e até agora não foi revogada, a Reforma Psiquiátrica não, não veio atingir ainda essa parte da medida de segurança e ela ainda continua**. (E6) (grifos nossos)

Em sua narrativa, sobressai a compreensão acerca do descompasso entre a Reforma Psiquiátrica e a manutenção dos dispositivos que tratam da medida de segurança na legislação da Execução Penal. Aqui, importa rememorar que está em tramitação o Projeto de Lei (PL) nº 5.075/2001, que altera dezenove artigos da LEP referentes às medidas de segurança²²³. Entretanto, conforme atesta o Parecer publicado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) em 2011, este PL merece ser rejeitado, pois utiliza terminologia ultrapassada, mantém a noção de periculosidade como orientação das medidas de segurança e a centralidade dos manicômios judiciários na atenção às pessoas em sofrimento mental autoras de crime, dentre outros quesitos (PFDC, 2011).

Já E7 referiu-se à Lei nº 10.216/2001 como “Lei antimanicomial” (E7), ressaltando que não é sua “lei de cabeceira” (E7), mas que é favorável a ela, ainda que seu texto precise de ajustes no tocante à atenção dada às pessoas em sofrimento mental autoras de crime. Isto

n. 10.216/2001” (PFDC, 2011) e a Cartilha nomeada “Implementação da Reforma Psiquiátrica na execução das medidas de segurança” publicada pelo Ministério Público do Estado de Goiás. Disponíveis em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/pai-pj>>, e <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/cartilhadopaiilli.pdf>>.

Acesso em: 11 jun. 2018.

²²³ Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=32027>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

porque, em primeiro lugar, considera que o prazo de internamento das medidas de segurança não é alinhado ao que esta Lei prevê, e em segundo, problematiza como pensá-la quando se tem a cessação da periculosidade como requisito para a desinternação. A esse respeito, falou:

O que é que vai dizer se cessou a periculosidade? Qual é a perspectiva de vida daquele interno em sociedade. Se alguém vai cuidar dele, se ele vai continuar fazendo o tratamento psiquiátrico, comparecendo a Caps, o tratamento ambulatorial em si. **Se não tiver essa condição, é muito difícil que um perito articule nesse sentido, que está cessada a periculosidade.** Veja o grau de responsabilidade de um perito como esse, de dizer “Não, pode ir para a rua”. E o caso da reincidência? Porque se ele não fizer o tratamento a gente não pode garantir que ele vá praticar ou que ele não vá praticar. **É necessário que alguém esteja ali de *background* mesmo para dar o apoio,** porque do contrário é muito provável que o perito não vá concordar que houve a extinção da periculosidade. Enquanto interno, ele está cumprindo as normas da casa, tá sendo tratado, tá tomando a medicação, tem uma equipe multiprofissional, e depois? É novamente aquela crítica que eu faço, enquanto instituição ele está recebendo o tratamento. E quando sair da instituição? **A efetivação da Lei antimanicomial é a vida em sociedade. A sociedade, a estrutura, o ente federativo vai ter como continuar gerando isso com ele em liberdade?** Se tiver, ótimo. E se não tiver? (E7) (grifos nossos)

Como observado por Silva (2015) e apresentado no segundo capítulo desta dissertação, a história de formulação de um sujeito perigoso sinaliza elementos para compreender os motivos da Reforma Psiquiátrica não ter alcançado as pessoas em sofrimento mental autoras de crime. Para ela, ainda não foi possível romper com a perspectiva periculosista que alimenta a existência destas instituições, produz o estigma em torno destas pessoas e gera a polêmica sinalizada por E7, e anteriormente por E9.

Com isso, a noção de periculosidade insinua compreensões destes casos que se restringem à possibilidade do cometimento de novos crimes, quando o debate que deve ser feito é a respeito da “ausência de relações de cuidado que visem à reprodução social do sujeito para a construção de alternativas às suas necessidades em direção ao seu bem-estar” (SILVA, 2015, p. 107). Quanto a isto, Venturini é preciso (2016, p. 32): “Quando estão ausentes os grupos de pessoas (*clusters*) particularmente ricas de conexões recíprocas e/ou referências espontâneas (*natural provider*), é preciso aumentar o nível de atenção e de disponibilidade do contexto social”.

De acordo com E7, a equipe da PPF/PB tem direcionado esforços para evitar a permanência da condição de internação de pessoas que poderiam estar em liberdade, buscando a manutenção dos vínculos familiares e a articulação de redes de apoio para seu acolhimento. Ademais, uma lista com os nomes das pessoas que estão com a medida de

segurança próxima de ser extinta tem sido alimentada, constando, ao tempo desta pesquisa, mais de dez nomes de homens. É neste sentido que E7 afirma acreditar realizar um trabalho coadunado com o que a Lei nº 10.216/2001 dispõe.

Sob este ponto de vista, também se deu a constatação de E6. Ainda que tenha afirmado que, diante da atividade executada na PPF/PB, não há uma incidência muito grande da Reforma Psiquiátrica, ressaltou que isto só se dá ao fim do período de submissão às medidas de segurança, estando limitada pela exigência da presença de familiares:

Após a medida de segurança, que a gente põe em prática, vamos dizer assim, a Reforma Psiquiátrica, porque a própria legislação já quer que eles sejam desinstitucionalizados, a Reforma Psiquiátrica também prega isso, aí a gente tenta acelerar o máximo possível esse passo, não só pra cumprir a determinação da lei, mas também para evitar que a unidade fique muito sobrecarregada de pessoas que poderiam estar cumprindo seu desinternamento. **Temos essa questão de ter um familiar pra sair, e esse é o grande entrave, vamos dizer assim, da nossa unidade,** por às vezes não ter um familiar que o acompanhe, e a gente não consegue pôr em prática o desinternamento, porque dependemos sempre de um familiar. (E6) (grifos nossos)

Conforme expressaram, o assistente social e a psicóloga da PPF/PB têm atuado com especial atenção nos casos de crimes cometidos contra familiares, que em muitas vezes configura o principal motivo da ruptura dos vínculos e do abandono daqueles homens na instituição. Ressalte-se que, de acordo com E6, a ausência de familiares é comunicada à VEP/PB, que só realiza a audiência de desinternação quando esta questão é solucionada, seja pela retomada dos vínculos familiares ou com outra pessoa que se apresente como responsável, ou ainda, quando surgem vagas em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Eles também destacaram que muitas pessoas são internadas sem documentos pessoais, o que implica num intenso trabalho de busca por informações, entretanto, como analisa E6, a PPF/PB é “a última ponte, que é a ponte mais difícil de conseguir levantamento” (E6), e a equipe técnica é reduzida, o que representa mais dificuldades para a atuação neste sentido.

Quanto a este fator que compromete a atenção integral à saúde das pessoas em privação de liberdade, ele se relaciona com a falta de financiamento das equipes do Programa de Saúde Penitenciária (PSP). Conforme alegou E9, do total das 11 equipes implantadas na Paraíba, apenas cinco são custeadas pelo governo federal, as demais são financiadas pelo Estado, tendo em vista que o recurso federal para sua habilitação não foi enviado. Em sua análise, isso repercutiu no não investimento em novas equipes e na precariedade daquelas já atuantes.

Outro importante fato refere-se à recente aproximação entre as equipes da PPF/PB e do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM), na troca de experiências sobre os processos de desinstitucionalização das pessoas internadas. Conforme já mencionado, a equipe do CPJM tem atuado com vistas ao fechamento da instituição, e para isso, realiza algumas atividades externas com as pessoas internadas, como idas à praia. Com isso, E6 relatou que esta instituição autorizou a participação de pessoas oriundas da PPF/PB nestes passeios.

Profissionais do CPJM também têm partilhado sua experiência nos casos de desinternação de pessoas que passaram longos períodos na instituição e tiveram os vínculos familiares rompidos, orientando a equipe da PPF/PB no acompanhamento destes casos, indicando estratégias para sua inserção social e manutenção financeira. Nesta troca, a equipe do CPJM cedeu dois formulários que utiliza no processo de desinternação e direcionamento das pessoas para serviços da RAPS, no sentido de atualizar as/os profissionais que irão acolhê-las a respeito do tratamento que receberam, dos medicamentos indicados, do histórico de internação, do diagnóstico e número do CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde)²²⁴.

Estes documentos são nomeados por “Encaminhamento de Egresso” e “Termo de Entrega de Paciente”. O primeiro deles é assinado pelo médico da instituição manicomial responsável pelo acompanhamento da pessoa durante o período de internação, e o segundo pelas/os profissionais responsáveis pela “entrega” e pelo “recebimento” daquela pessoa. Quanto a este último formulário, ele chama a atenção devido à linguagem utilizada ser coadunada com a lógica manicomial, tendo em vista referir-se à pessoa não como tal, mas como um objeto passível de ser levado de um canto a outro, como uma coisa que não detém poder sobre si, que não opina, tampouco é escutada. Que apenas aparece naqueles documentos a partir da perspectiva da psiquiatria, como resultado de longos processos de anulação e reificação (VENTURINI, 2016).

Ainda a respeito desta relação entre o CPJM e a PPF/PB, as equipes destas instituições atuaram conjuntamente no processo de desinternação dos dois homens submetidos a medidas de segurança, E1 e E2 respectivamente. Numa articulação mediada pela Coordenação de Saúde Mental da Paraíba e pela VEP/PB, estas/es profissionais empenharam-se para conseguir a disponibilidade de duas vagas num Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

²²⁴ Destaque-se que a equipe do CPJM também cedeu o formulário intitulado “Projeto Terapêutico Individual” para o assistente social da PPF/PB, que também passou a ser utilizado no âmbito desta instituição. Estes documentos foram apresentados à pesquisadora durante o trabalho de campo.

localizado no interior do estado. Com isso, assistente social, psicóloga e diretor da PPF/PB juntaram-se a três profissionais do CPJM e aos dois homens desinternados e dirigiram-se ao referido SRT.

O Relatório desenvolvido por Correia (2016) referente à visita do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) à PPF/PB informa que em 2016, essa instituição não mantinha nenhum contato com os serviços que compõem a RAPS. No decorrer desta pesquisa, percebeu-se que nestes casos de ruptura de vínculos familiares, houve diálogo entre a direção do SRT e a equipe da PPF/PB. Em outros casos, E6 sinalizou fazer contato com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para levantamento de informações sobre pessoas internadas²²⁵. Importante ressaltar que a mediação da Coordenação Estadual de Saúde Mental foi crucial para esta aproximação e comunicação. Além disto, ela passou a pedir relatórios à PPF/PB com informações das pessoas em processo de desinternação, no intuito de monitorar vagas em SRTs.

Conforme relataram E6 e E7, a atuação voltada para estes casos de pessoas que podem ser desinternadas é recente para a equipe profissional. Segundo o diretor da instituição, até pouco tempo atrás não havia a sensibilidade de profissionais das diversas áreas, e constata que hoje elas/os têm essa percepção e esse desejo, e com isso, também contribuem com o levantamento de informações sobre familiares ou outras possibilidades de inserção social para estas pessoas.²²⁶

Na avaliação de E7, a Reforma Psiquiátrica na PPF/PB representa a possibilidade de diálogo entre a equipe, de conformar um sistema no qual seus atores se comuniquem. Entretanto, ressalta as dificuldades em lidar com profissionais da área da medicina, que apresentam resistência para a aplicação da Lei nº 10.216/2001, especialmente aquelas/es mais novas/os, que, segundo ele, não vivenciaram a realidade da assistência à saúde mental no período anterior à publicação da referida legislação. Por outro lado, afirma que “do ponto de vista econômico comercial para determinados médicos que são donos de clínica, essa lei não contribui”. (E7)

Os impasses com profissionais da área da medicina também apareceram na fala de E8. Segundo ela, há o incentivo para que a população internada possa usufruir das saídas temporárias legalmente previstas, entretanto, avalia: “O problema é com relação à psiquiatria, é que a gente quando liga para E7 questiona essa possibilidade, E7 fala “Não, os médicos

²²⁵ Ele também informou que esta comunicação tem ocorrido com secretarias municipais de saúde com o setor de inteligência da SEAP/PB.

²²⁶ Como ocorreu no já mencionado caso de Davi Luiz, no qual sua família foi acessada por meio de um agente penitenciário oriundo do mesmo estado, que acionou uma rede de contatos (vide matéria no anexo 3).

psiquiatras não indicaram, não passaram o nome de nenhum interno para essa possibilidade de saída temporária”. (E8). Estas situações demonstram a centralidade deste sistema nas decisões de profissionais psiquiatras, que se mostram resistentes à Reforma Psiquiátrica e às mudanças deste modelo de atenção à saúde mental.

A respeito desta questão da comunicação, E7 observa que é preciso estendê-la para o Ministério Público (MPE/PB), a VEP/PB, e a própria Secretaria de Estado da Administração Penitenciária da Paraíba (SEAP/PB). De acordo com ele, estes órgãos “não dialogam a mesma língua” (E7). Por outro lado, lembrou que em 2014 houve uma mobilização da VEP/PB na tentativa de aproximar estes atores no que lhes concerne ao sistema de execução das medidas de segurança. Relativamente a este fato, cabe aqui abrir um breve parêntese para contextualizá-lo.

Como tratado anteriormente, a aproximação da pesquisadora com a realidade do sistema das medidas de segurança na Paraíba deu-se por intermédio das atividades do Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania a partir de 2012. Diante das questões identificadas pelo Grupo neste contexto, como o desconhecimento do número de pessoas submetidas à medida de segurança na Paraíba por parte da direção da PPF/PB à época, entendeu-se que era necessário um projeto de pesquisa com o objetivo de realizar o levantamento desta população, que possibilitasse conhecer seus aspectos socioeconômicos, identificar as formas de imposição e execução desta medida na Paraíba e compreender o papel dos órgãos e das instituições responsáveis por ela.

No ano de 2014, o projeto de pesquisa elaborado pelo Grupo foi apresentado à VEP/PB, que o recebeu e convocou reunião para tratar do tema. O projeto inicial não foi executado, contudo, gerou uma série de articulações com os órgãos e instituições responsáveis pela imposição e execução das medidas de segurança, o que culminou na publicação da Portaria nº 03, de 05 de maio de 2014, pelo Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário do Estado da Paraíba (GMF/PB).²²⁷

Com vistas à garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental autoras de crime e a substituição do modelo manicomial para o antimanicomial no âmbito da execução da medida de segurança, esta Portaria considera a necessidade da formulação de dispositivos interinstitucionais e intersetoriais, através da articulação de políticas públicas nas áreas da saúde, assistência social e direitos humanos. Além de referenciar a participação da sociedade civil e do governo, com destaque para os Poderes Executivo e Judiciário, ela faz menção à

²²⁷ Esta Portaria nº 03/2014 pode ser acessada no Diário da Justiça Eletrônico do Tribunal de Justiça da Paraíba (TJ/PB) do dia 07 de maio de 2014, nas páginas 54 e 55.

“experiência exitosa de programas pioneiros no Brasil de atenção a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei adotando a política antimanicomial” (PARAÍBA, 2014).

Para a condução desta reestruturação do modelo de atenção ao referido público e organização do Grupo Condutor Estadual o qual tratam as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)²²⁸, a Portaria nº 03/2014 institui um “Grupo de Trabalho Interinstitucional”, especifica suas atribuições e designa as instituições que devem integrá-lo. Como exemplo, cita o Tribunal de Justiça (TJ/PB), o MPE/PB, a Defensoria Pública da Paraíba (DPE/PB), as Secretarias de Estado da Saúde, Educação, Cultura, Administração Penitenciária e Desenvolvimento Social, o Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (CEPCT/PB), instituições de controle social e de ensino superior. Por fim, delimita a duração de 180 dias para este Grupo, a contar da data de publicação da Portaria, sendo a VEP/PB responsável pela sua coordenação e pela convocação das representações.

Como avaliaram E7 e E8, as atividades previstas nesta Portaria nº 03/2014 não foram levadas adiante e os órgãos e instituições nela mencionadas/os seguem com uma comunicação restrita. Destaque-se que em 2016, o Relatório publicado pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) sinaliza dificuldades de comunicação com profissionais das comarcas do interior do estado e do Tribunal do Júri (BRASIL, 2016; CORREIA, 2016). Esta questão foi narrada por E7 durante a entrevista:

O que a gente têm uma certa resistência, resistência não, dificuldade, melhor dizendo, são com as comarcas do interior. A rotatividade, às vezes, de juiz faz com que os processos não andem a contento. **Então, entre a denúncia, a instauração do incidente e, conseqüentemente, a sentença, e sendo uma sentença para uma medida de segurança, daqui que se mande para cá, muitas vezes já extrapolou até mesmo a medida de segurança, em si.** Mas isso aí a gente comunica também a VEP, e a VEP através da Corregedoria, de vez em quando dá os pedidos. E a gente também liga para as comarcas e fala “Olha manda o corpo do incidente para a gente tramitar aqui”, “E aí, já despachou?”. A gente tem que ter esse jogo de cintura. (E7) (grifos nossos)

Como questões colocadas pela direção da PPF/PB, há morosidade do Poder Judiciário na prolação das sentenças e na expedição das guias de recolhimento para internação, e há dificuldades quanto à duração no traslado de documentos e comunicação entre os órgãos, o

²²⁸ De acordo com o artigo 19 da Portaria Interministerial nº 1/2014, este Grupo Condutor tem como atribuições: “I - mobilizar os dirigentes do SUS e dos sistemas prisionais em cada fase de implantação e implementação da PNAISP; II - apoiar a organização dos processos de trabalho voltados para a implantação e implementação da PNAISP no Estado e no Distrito Federal; III - identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de implantação e implementação da PNAISP; e IV - monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da PNAISP”.

que, segundo informou, espera ser dirimido com o recente cadastro da unidade ao sistema do malote digital. Outro fato que narrou é a concentração de decisões para internação de pessoas das mesmas regiões do estado, em especial do Brejo paraibano²²⁹.

Na prática da relação entre as instituições mencionadas e a realidade da população da PPF/PB, estes fatos corroboram o prolongamento das internações provisórias e a demora na resolução de alguns casos. Por outro lado, percebeu-se que a articulação gerada em 2014 em torno da publicação da Portaria nº 03 repercutiu na atuação da juíza e do juiz titulares da VEP/PB, elogiadas/os pelas/os demais profissionais por sua recente receptividade e agilidade em diligenciar sobre os casos das pessoas internadas na PPF/PB, em especial E8 que passou a articular-se com a Coordenação de Saúde Mental e a monitorar a referida população mais de perto. Nas palavras de E6 e E7:

Já tem uma posição da juíza para uma preferência dos internos daqui da Penitenciária de Psiquiatria Forense, pelo próprio histórico assim de internação, de repressão por estarem presos, sem contato com a família, pela própria finalidade da unidade em si, ela já tem esse, essa posição da juíza de ter uma preferência de colocá-los quando surgirem as vagas, como foi que aconteceu em [localidade], que apareceram duas vagas e nossos dois internos foram pra lá. (E6) (grifos nossos)

Então assim, nesses casos, pelo menos aqui na capital, a gente tem um acesso muito bom à Vara de Execução, ao ponto da gente dialogar através do *whatsapp*. De eu falar “Doutora, por favor verifique o caso desse cidadão”. Aí ela diz “Mande para mim agora por email um ofício dizendo isso e isso, mande para mim que eu vou juntar aqui o processo”, “Tá bom, já vou dar uma olhada e já deixo com vistas ao Ministério Público”. **Então esse relacionamento com a Vara de Execução para a gente aqui na unidade é muito positivo.** (E7) (grifo nosso)

Já quanto à Defensoria Pública do Estado da Paraíba (DPE/PB)²³⁰, como relatado anteriormente, a profissional que acompanhava os casos de homens em desinternação veio a óbito, e seus processos foram divididos entre as duas outras defensoras públicas atuantes na PPF/PB²³¹. Nas palavras de E8 “infelizmente não ficou nenhuma defensora assim que **tomasse de conta** desses casos né, dessas pessoas.” (E8) (grifos nossos)

²²⁹ Esta microrregião é composta pelos municípios de Alagoa Grande, Alagoa Nova, Areia, Bananeiras, Borborema, Matinhas, Pilões e Serraria.

²³⁰ A DP/PB foi criada em 1990, mas só foi regulamentada com a Lei Complementar nº 39, de 15 de março de 2002, publicada no Diário Oficial do Estado de 16 de março de 2002, e alterada pela Lei Complementar Estadual nº 104, de 23 de maio de 2012. Informações colhidas no Portal da Transparência da DP/PB. Disponível em: <<https://www.defensoria.pb.def.br/transparencia/legislacao.php>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

²³¹ Conforme prevê a LEP, é atribuição da Defensoria Pública acompanhar a execução das medidas de segurança, prestando a devida assistência jurídica; requerer sua aplicação e revogação, bem como a substituição da pena por medida de segurança; solicitar a internação e a desinternação; visitar os estabelecimentos penais e tomar as devidas providências para seu funcionamento.

Outro importante ator que impulsionou o avanço da Reforma Psiquiátrica neste sistema das medidas de segurança é o Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania (UFPB). A relevância da presença de pessoas oriundas da universidade em contextos de violações de direitos pode ser constatada a partir da repercussão das ações de assessoria jurídica popular universitária deste Grupo. Além da mencionada mobilização entre os anos de 2012 e 2014 que reverberou na publicação da Portaria nº 03/2014 pelo GMF/PB, ele atuou num caso emblemático de violação de direitos humanos de uma mulher junto à Coordenação Estadual de Saúde Mental (ALMEIDA, CORREIA, MALHEIRO, 2016). De acordo com Correia (2018, p. 196),

Era estratégico, portanto, atuar nesses casos, conformando uma oportunidade de trazer a voz e protagonismo da louca para o processo e, assim, inserir o tema da loucura no Sistema de Justiça na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, ou seja, colocando a “doença mental” entre parênteses para poder considerar a pessoa (BASAGLIA; BASAGLIA, 1981). Significava materializar os princípios da centralidade dos direitos humanos e da cidadania das loucas, do seu cuidado em liberdade e da pactuação de ações por parte de diferentes atores sociais visando melhorar o estado de saúde mental dessas pessoas.

As extensionistas do referido Grupo compreenderam que o isolamento daquela mulher no CPJM reunia elementos que diziam da omissão de diversos agentes do Estado responsáveis pela garantia e proteção de seus direitos, em especial profissionais do Poder Executivo e de órgãos do Sistema de Justiça, como a VEP/PB e a DPE/PB (CORREIA, 2018). Em entrevista, E9 ressaltou a importância desta parceria e outras/os profissionais relataram o acesso aos materiais cedidos pelo Grupo ao tempo desta atuação, que circularam entre elas/es e provocaram inquietações, articulações e modificações em sua dinâmica de trabalho.

A título de exemplo, os artigos e cartilhas cedidos pelas extensionistas do Grupo Loucura e Cidadania ao juiz e à juíza da VEP/PB e ao diretor da PPF/PB, foram disparados para outras/os profissionais envolvidas/os com a execução das medidas de segurança. Elas/es relataram que foi por meio do acesso a este material que tiveram conhecimento sobre o trabalho dos programas antimanicomiais em execução no Brasil, especificamente o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.²³²

²³² Frise-se que a atuação destes Programas foi debatida na IV Semana da Luta Antimanicomial, organizada pela Coordenação Estadual de Saúde Mental no ano de 2014.

Por outro lado, estes profissionais relataram que, ainda que tenham conhecimento sobre os referidos Programas, atualmente não há nenhuma articulação neste sentido sendo tocada no estado da Paraíba. Seguem alguns de seus relatos:

A gente tem conhecimento, mas a gente não pode provocar sozinho né. E principalmente esse tipo de estrutura, **onde eu vejo que a maior responsabilidade em mudar é a partir do Judiciário e do Ministério Público**. Um porque é o que vai dá a sentença, e o outro é o que vai denunciar. Então se eles dois não tiverem essa simpatia, por esses programas, nada vai fluir, nada vai andar. (E7) (grifos nossos)

A gente tem uma dificuldade, nesse momento na Paraíba não existe nada sendo tocado nesse sentido, nenhuma equipe, nenhum projeto. **A gente tem aquela Portaria, mas até então não conseguimos efetivá-la no estado, e eu entendo que isso vem óbvio, em decorrência de uma rede de atenção psicossocial muito falha, muito precária**. Nos municípios do interior, o público não consegue ser atendido por essa equipe, não existem essas relações porque muitas cidades estão desassistidas. Então existe essa questão que é fundamental na atenção a essas pessoas. Possibilidade de uma rede que acolha lá fora, que a gente não tem aqui. Tem, perdão, tem, mas tem de uma forma muito precária. (E8) (grifos nossos)

Então a gente conhece a proposta sim, a gente só não consegue operar aqui. **Por que houve essa dificuldade de pessoal e essa dificuldade de financiamento mesmo**. Então uma das coisas mais difícil foi de financiamento. (E9) (grifos nossos)

O citado relatório publicado pelo MNPCT (2016) aponta que, na Paraíba, existe uma parceria entre as Secretarias Estaduais de Saúde e de Administração Penitenciária. Percebeu-se que esta comunicação ocorre de modo mais frequente entre a direção da PPF/PB, a VEP/PB e a Coordenação de Saúde Mental, que alimentam listas com os nomes de pessoas próximas da desinternação. Com os demais órgãos, como a DPE/PB e o MPE/PB, e com os serviços da RAPS/PB, esta aproximação ainda é incipiente, restringindo-se a alguns casos.

Quanto à atuação do MP, a LEP prevê que é sua atribuição em relação às medidas de segurança: requerer sua aplicação e revogação, bem como a substituição da pena por medida de segurança; fiscalizar sua execução e a regularidade da guia de internamento; e solicitar internação e desinternação. Como mecanismo de promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas com deficiência, esta instituição adquire importante responsabilidade no fortalecimento deste segmento social, em especial na atenção às demandas ligadas ao direito à saúde (LIMA, CORREIA, LEÃO, 2011).

Entretanto, importa registrar que a atuação do MPE/PB tem se dado na contramão ao estabelecido pela Lei nº 10.216/2001 e à Reforma Psiquiátrica. Em recentes episódios, este órgão posicionou-se em consonância aos interesses de entidades da psiquiatria na manutenção

da lógica manicomial, como no caso do descredenciamento do Instituto de Psiquiatria da Paraíba (IPP) do SUS e na parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) para viabilizar um termo de cooperação com o objetivo de oferecer formação para seus membros.²³³

Quanto à atuação deste órgão em interface com a área da saúde mental, E9 rememorou que já foi feita parceria entre ele e a Coordenação Estadual de Saúde Mental no ano de 2014, na execução do “Programa Drogas e Cidadania” (E9). Segundo informou, esta parceria reverberou em importantes avanços: “a gente fez audiência pública em 28 comarcas para falar da RAPS, falar que a RAPS é potente. Para que o promotor entendesse que a internação compulsória não é o objetivo. A gente conseguiu reduzir em quase 50% da internação compulsória e depois a gente viu isso também mudar.” (E9)

No âmbito do sistema das medidas de segurança, E7 informou que o MPE/PB foi provocado pela direção do CPJM, para que fosse criada uma solução a respeito da situação das mulheres em conflito com a lei ali internadas, tendo em vista o processo de fechamento da instituição. Com isso, relatou que este órgão notificou a SEAP/PB no começo de 2018 para que esta Secretaria tomasse providências sobre estes casos, o que preocupa a direção da instituição:

Eu tenho uma preocupação muito grande em absorver aquela demanda por conta de uma estrutura que eu teria que criar aqui, né. Uma estrutura mista, com rotinas similares, mas distintas. Assim, em ambientes distintos. Então eu precisava de mais de equipamentos, de mais servidores, de plantões femininos de 24 horas para absorver essa demanda. É uma coisa que me preocupa. Eu acredito que na opinião do Judiciário isso não ver ser positivo né. E vamos ver o que é que vai ser decidido. Eu sei que o Ministério Público acionou não, mas já notificou a Secretaria para que a gente tome alguma providência. Os nossos gestores já estão avaliando essa possibilidade. E eu não sei se isso vai ser bom ou não pra gente. Vai ser bom porque a gente vai ter mais contato com elas, até para o andamento dos processos delas tende a ser melhor. Mas a rotina da paciente psiquiátrica é muito diferente da masculina. **Aí eu não sei se a melhor alternativa seria realmente acolhê-las aqui ou que fosse criado, não sei, aí é necessário verificar, avaliar, uma unidade dessa natureza dentro do presídio feminino. Que fica só mulheres. Ou seja, criaria uma ala feminina psiquiátrica dentro do Júlia Maranhão.** Aí eu não sei, é algo a ser conversado, a ser dialogado aí para ver quais são os pontos fortes, os pontos negativos, pra gente poder traçar algum tipo de estratégia. (E7) (grifos nossos)

²³³ Disponível em: <<https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/mppb-quer-suspensao-do-descredenciamento-do-instituto-de-psiquiatria-da-paraiba.ghtml>> e <<http://www.mppb.mp.br/index.php/38-noticias/procuradoria-geral/19447-mppb-e-abp-devem-firmar-termo-de-cooperacao-para-atuacao-mais-efetiva-dos-promotores-na-area-de-saude-mental>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

Estes fatos acarretam diversos entraves na atenção prestada às pessoas em sofrimento mental autoras de crime, e se efetivados, representam um retrocesso na garantia dos direitos destas mulheres e na consolidação da Reforma Psiquiátrica. É preciso maior envolvimento entre as políticas públicas estaduais e municipais, a aproximação das instituições do Sistema de Justiça, como a DPE/PB, o MPE/PB e o Poder Judiciário, e a participação da sociedade e da academia. O processo de desinstitucionalização necessita planejamento e envolvimento desta série de atores, não se restringindo à PPF/PB.

Somado a este cenário estadual, as/os profissionais entrevistadas/os informaram desconhecer as últimas reformulações na Política Nacional de Saúde Mental, e afirmaram que isto ainda não impactou seus trabalhos. Destaquem-se as seguintes falas:

Não tivemos conhecimento. E o impacto também não houve nenhum. **Continuamos sem nenhuma perspectiva de vaga, nem informaram assim uma previsão de vagas em Residências Terapêuticas.** (E6) (grifos nossos)

Era interessante que houvesse um setor legislativo nessas Secretarias Nacionais de Saúde Mental que comunicasse. Porque veja, se eu crio uma resolução que deve ser cumprida eu tenho que dar publicidade né. Então, eu entendo que a lógica, eu vejo que a lógica seria que houvesse um mecanismo de divulgar essas resoluções. Aí o cabra pode dizer “Não, mas é preguiça sua de procurar”. Sim, eu tenho que todo dia tá olhando aquilo ali? E o tanto de trabalho que eu tenho? (E7)

Não, a gente só sabe dessas mudanças quando tem reunião com a equipe de saúde, com a Coordenação de Saúde Mental, com vocês por exemplo, como a gente tá aqui muito isolado também e lidando com o sistema prisional muito complexo, que tem demandas muito sérias e todo dia é essa movimentação, a gente não consegue dar conta de acessar esse tipo de documento, mas a E9 sempre tá passando para a gente algumas questões que tem acontecido, nesse sentido. (E8) (grifos nossos)

Neste sentido, entende-se que este desconhecimento relaciona-se com a distância entre estes atores, com sua parcimônia em buscar acessar estas informações e com a invisibilidade das discussões a respeito da saúde mental. Observou-se que no contexto e período desta pesquisa, o conhecimento do conteúdo destas modificações estava restrito à Coordenação Estadual de Saúde Mental, ainda que ela tenha utilizado estratégias para dar publicidade a estas questões e se posicionado.

Os fatos narrados pelas pessoas entrevistadas referentes ao contexto da Reforma Psiquiátrica na Paraíba compõem as questões já indicadas como principais desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Mental. No contexto de golpe o qual o Brasil está imerso, vimos o agravamento desta situação, o que no sistema das medidas de segurança

impõe dificuldades para o processo de desinstitucionalização em sua perspectiva radical, observando a garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental autoras de crime, em especial os direitos à liberdade, ao acesso ao direito e à justiça, à atenção à saúde, à moradia, a transformação da relação que se tem com a loucura e a desconstrução das noções de periculosidade e incapacidade.

Por outro lado, debates sobre os manicômios judiciais e as medidas de segurança foram incluídos nas programações de atividades nos últimos anos, realizadas nas universidades e nos auditórios de instituições e órgãos ligados a este sistema. Na Paraíba, destacam-se eventos organizados pelo Tribunal de Justiça e pela DPE/PB, a exemplo do I Encontro de Juízes Criminais e de Execução Penal da Paraíba realizado no ano de 2014, que incluiu a palestra “A Reorientação das Medidas de Segurança a partir da Lei nº 10.216/2001”²³⁴, e o 1º Congresso Estadual para Defensores Públicos da Paraíba, no ano de 2016, com a palestra “Os Manicômios Judiciais e a Lei Antimanicomial”²³⁵. Destaque-se também que uma das defensoras públicas atuantes na PPF/PB participou do Seminário Internacional Defensoria no Cárcere e a Luta Antimanicomial, que ocorreu no Rio de Janeiro em maio de 2017.²³⁶

No entanto, tanto estes eventos quanto as Semanas da Luta Antimanicomial ainda representam momentos pontuais diante da urgência de se discutir estas questões com profundidade e de modo articulado, no cotidiano da atuação das/os referidas/os profissionais. Ainda que se reconheça a sensibilidade de alguns/as delas/es no que se refere à condição das pessoas internadas na PPF/PB e à relevância da Reforma Psiquiátrica, seu impacto nesta instituição manicomial carcerária e no sistema envolto dela ainda é mínimo.

4.3.3 DESAFIOS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NA PARAÍBA

A análise acerca da desinstitucionalização das medidas de segurança na Paraíba proposta neste tópico parte das respostas das/os profissionais entrevistadas/os com foco nos casos dos homens que estão ou permanecem internados na Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF/PB) com sentença de desinternação prolatada. Neste sentido, pretende-se

²³⁴ Disponível em: <<https://www.tjpb.jus.br/noticia/primeiro-encontro-de-juizes-criminais-e-de-execucao-penal-do-estado-da-paraiba-sera>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

²³⁵ Disponível em: <<http://paraiba.pb.gov.br/1o-congresso-estadual-para-defensores-publicos-sera-realizado-em-joao-pessoa/>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

²³⁶ Disponível em: <<https://www.defensoria.pb.def.br/noticias.php?idcat=1&id=1084>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

observar os desafios para a efetivação deste processo, considerando as dificuldades já sinalizadas nos tópicos anteriores, em especial a incipiente comunicação entre órgãos e instituições, a falta de recursos e corpo técnico, os retrocessos no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, a manutenção do controle e abandono mesmo após a desinternação e a condição de vulnerabilização social e econômica destas pessoas e de suas famílias.²³⁷

Como visto, historicamente foram atribuídos à categoria desinstitucionalização significados diversos que se relacionam com o contexto no qual fora pronunciada (VENTURINI, 2016). No decorrer das entrevistas, percebeu-se seu uso limitado ao estabelecido pela Lei nº 10.216/2001, restringindo-se ao processo de desinternação de pessoas mantidas na PPF/PB, mas que já possuem condições legais de saírem da instituição.

A compreensão de E6 se dá nesse sentido. Para este profissional, o processo de institucionalização ocorre na medida em que aquela pessoa poderia ser desinternada, mas é mantida na instituição em decorrência de não haver outras possibilidades para seu acolhimento, como ausência de familiares e de vagas em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Em suas palavras: “enquanto ela não cumprir a medida de segurança, ela não é institucionalizada, ela tá por ordem de determinação judicial cumprindo a medida de segurança, que foi a ela imposta de um a três anos”. (E6)

A ampliação deste entendimento apenas fora sinalizada por E9, Coordenadora de Saúde Mental. Esta profissional destacou que na visão de muitos trabalhadores, a desinstitucionalização restringe-se à transferência das pessoas de uma instituição para outra. Conforme observou, este processo “é uma coisa muito mais ampla e que requer um empenho muito maior dessas pessoas de trazer cidadania a essas outras pessoas.” (E9).

Com a perceptível restrição do conceito de desinstitucionalização, principalmente por profissionais atuantes na PPF/PB e no Sistema de Justiça, vê-se a busca por sua efetivação centrada na viabilização de meios para retirar as pessoas internadas da instituição, nos moldes das experiências de desospitalização anteriormente mencionadas. Conforme Silva (2015, p. 111), “A desospitalização fica, assim, restrita a mudanças estruturais e não avança no questionamento do saber que sustenta a psiquiatria e seu objeto para uma real transformação no modelo de assistência às pessoas com transtorno mental.”. Esta lógica acaba por alimentar o abandono destas pessoas e gerar a sensação de frustração em profissionais que buscam locais para direcioná-las.

²³⁷ Para auxiliar na exposição de suas narrativas, foi formulado um quadro com a sistematização dos pontos sinalizados pelas/os informantes, apresentados ao final do capítulo (quadro 2).

É neste sentido que a desinstitucionalização não pode ser reduzida à substituição de poderes, tampouco à transição entre instituições, mas deve representar um contínuo processo de transformação social no que se refere à loucura, e de protagonismo das pessoas em sofrimento mental no seu crescimento e desfazer da lógica que enquadra suas subjetividades (VENTURINI, 2016). A concepção de Ota de Leonardis (*apud* VENTURINI, 2016, p. 68-69) enfatiza a desinstitucionalização como:

uma metodologia inovadora, baseada na experiência, na aprendizagem e na invenção de estratégias indiretas: sedimento prático, implementação progressiva da renúncia à solução ótima, convivência com as contradições, lógicas e práticas. A desinstitucionalização torna-se a capacidade de capitalizar a experiência dos próprios usuários, derruba o senso comum, produz experiência cognitiva sobre a produtividade das incertezas, das contradições, do não equilíbrio.

Venturini (2016) propõe observar a desinstitucionalização a partir de três níveis: a habilitação psicossocial, a inclusão social e a promoção social. Segundo o autor, a habilitação psicossocial diz respeito ao acelerar da alta de todas as pessoas internadas, a partir de “intervenções significativas nos níveis de regressão dos pacientes, mas sem nenhuma ação sobre os mecanismos excludentes da sociedade” (VENTURINI, 2016, p. 72). Quanto ao segundo nível, a inclusão social, ele a compreende enquanto uma intervenção sobre as instituições psiquiátricas, no sentido de modificar sua lógica de funcionamento e produzir uma ruptura com os discursos que as compreende como necessárias. De acordo com o autor, a inclusão social interfere nas normas que promovem, garantem e protegem direitos, incidindo sobre tratamentos e locais para a prestação de cuidados. E por fim, a promoção social afeta diretamente a percepção da sociedade sobre a loucura e as representações mentais acerca da “doença mental”, no sentido de deslocar seu caráter estigmatizado e corroborar a efetivação de práticas preventivas de cuidado.

Com base nestes níveis percebe-se que, para os casos aqui analisados, a proposta de uma desinstitucionalização estagnou no primeiro destes níveis, e ainda, de uma forma muito incipiente, tendo em vista não ter alcançado os demais homens que permanecem na instituição. Isto em decorrência de diversos fatores, sendo alguns deles particulares do sistema de imposição e execução das medidas de segurança, mas todos relacionados com a realidade de baixo poder econômico destas pessoas.

Como sistematizado no quadro 2, a partir das narrativas das/os profissionais entrevistadas/os, observa-se as seguintes dificuldades para a desinstitucionalização no contexto investigado: abandono social (ausência ou ruptura de vínculos familiares); ausência

de vagas em SRT; vinculação com o Sistema de Justiça; estigmatização; dependência institucional e institucionalização; não acesso a políticas públicas de atenção à saúde; e dificuldades com profissionais. Passemos à análise de alguns pontos relevantes neste sentido.

No que se refere à ausência de familiares conhecidas/os ou à ruptura de vínculos sociais, foram narrados casos de pessoas que já apresentavam um processo de abandono total anterior ao ingresso na instituição, como aquelas que estão em situação de rua e são presas em decorrência do processo de criminalização da pobreza, fato que é somado ao não acesso a políticas públicas de atenção à saúde de base territorial. Por conseguinte, as/os profissionais constataram que o fato dos crimes serem cometidos contra familiares é determinante para a condição de rejeição e abandono, o que configura um “perfil” da população custodiada (E7).

Diante da ausência de familiares ou outras formas de acolhimento externo às instituições manicomiais, a própria Política Nacional de Saúde Mental prevê dispositivos para responder a esta demanda, a exemplo dos SRTs. Entretanto, ainda que haja a articulação para que seja dada prioridade ao público oriundo da PPF/PB, as/os profissionais veem-se limitados pela ausência de vagas nestes serviços no estado, não tendo previsão de habilitações de novas unidades na Paraíba para recebê-los, conforme E9.

Neste quesito, a fala de E8 chama a atenção. Ao discorrer sobre a limitação do número de pessoas moradoras destas casas e a necessidade de novas unidades, ela sugere: “Então a nossa atuação foi no sentido de construção de mais Residências Terapêuticas. **Uma que fosse só para os egressos apenados, que fosse só para os apenados da PPF.**” (E8) (grifos nossos). Esta percepção, a nosso ver, é disparadora de lógicas de manutenção da separação deste público das demais pessoas, posto que estabelece mais uma vez tratamento distinto em decorrência do cometimento de crimes, do estigma da periculosidade. Além disso, ela é representativa da lógica que representantes do Poder Judiciário têm operado quando lidam com as questões da área da saúde mental.

No âmbito interno da PPF/PB, o fato desta população ter vinculação com o Sistema de Justiça implica numa série de restrições, em especial no tocante às saídas para atividades externas junto à equipe do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM). No entendimento de E6, o peso da ordem judicial nestes casos demanda da instituição “uma responsabilidade muito maior e uma disciplina muito maior com isso.” (E6). Aqui, novamente a estratégia periculosista age sobre as possibilidades de atenção a estas pessoas.

Como um conceito moral criado para efetivar o controle sobre determinados segmentos sociais, a periculosidade reitera a punição destes sujeitos e age na manutenção de seu isolamento e violação de seus direitos, em especial do direito à saúde. Isto é constatado

quando as/os profissionais relatam a resistência da prestação de atendimentos externos aos homens internados na PPF/PB. Ao discorrer sobre as arbitrariedades direcionadas a estas pessoas em decorrência da periculosidade ser o fundamento da política vigente no Brasil, Barros-Brisset (2010a, p. 19) constata:

Nada de acessibilidade às soluções instituídas na civilização como garantias mínimas que edificariam um sentido compartilhado para as condições pactuadas de humanidade... Aos loucos infratores restou, como manifestação da humanidade, apenas o seu pior... Apenas o silêncio, o isolamento, o massacre cotidiano da sua condição subjetiva e o sequestro institucional dos direitos fundamentais válidos para qualquer pessoa humana.

Nos casos investigados, a estigmatização produzida pela noção de periculosidade e o estereótipo auferido em razão do sofrimento mental também ensejaram resistências para o acolhimento das pessoas oriundas da PPF/PB no SRT. Neste sentido, a fala de E12 é representativa do preconceito sobre estas pessoas no âmbito da atenção psicossocial, na medida em que utilizou uma metáfora que compara estes homens a “animais” para demonstrar os impasses gerados por sua presença no SRT, conforme visto no quadro 2.

Ao ser estendida para os serviços da RAPS, esta lógica de preconceito reverbera na manutenção do silenciamento destas pessoas. Ainda que sejam espaços criados para substituir o manicômio e compor o processo de desinstitucionalização, neles são reproduzidas práticas institucionalizantes e segregadoras, como denunciado por E9 e E10. Isto se dá em face de profissionais resistentes à Reforma Psiquiátrica ou que sequer têm conhecimento a respeito de seu conteúdo, principalmente aquelas/es da área da medicina, e na análise de E12, as/os que são contratadas/os e não concursadas/os.

Com isso, chega-se ao fim do último capítulo constatando que não há que se falar em desinstitucionalização em sua radicalidade quando o conjunto de práticas, aparatos legais, científicos, administrativos, e das relações de poder é mantido erguido em torno das noções de doença e periculosidade, voltando-se contra pessoas pobres. Logo, a crítica a respeito da manutenção do abandono de pessoas desinternadas e inseridas em serviços da RAPS, como visto na realidade dos homens direcionados ao SRT aqui observada, deve ser compreendida como a ausência de um autêntico e radical processo de desinstitucionalização, e não como seu efeito.

Entretanto, não se busca invisibilizar as contradições deste processo ou adotar o uso desta categoria sem considerar que há uma proposta de modelo de sociedade que é mais ampla e que se relaciona com o contexto social. Neste quadro, os retrocessos no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental intensificam o cenário de desassistência, violações de

direitos, silenciamento e exclusão, e no tocante às pessoas submetidas a medidas de segurança, restringem ainda mais as possibilidades de exercício da liberdade e a garantia de outros direitos, estando, portanto, atrelados ao projeto de criminalização da pobreza operado pelo Estado.

DESAFIOS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NA PARAÍBA	
DESAFIO	FALAS
Abandono social - ausência ou ruptura de vínculos familiares	“É, pessoas são internas, é, são presas na verdade, a princípio, e não se tem, não se tinha vínculos familiares. Às vezes temos casos de pessoas que foram encontradas na rua, e foram presas, não tinha famílias antes, e acabou também não tendo durante nem depois, e como o desinternamento só ocorre com a presença de um familiar, fica inviável, fica impossível haver a, o desinternamento e, e acabava essas pessoas ficando institucionalizadas na unidade.” (E6) “Há casos também de internos onde o vínculo familiar foi totalmente rompido, seja pelo crime que ele cometeu, às vezes um homicídio frente aos familiares, à família, onde os familiares não querem acolhê-lo, ou às vezes o interno só tinha aquela família, e acaba ocorrendo o falecimento ou o próprio homicídio com aquela família e ele acaba ficando sem o vínculo familiar.” (E6) (grifos nossos) “A Vara de Execução não faz a liberação daquele paciente se não tiver uma pessoa responsável para recebê-lo. E infelizmente por conta mesmo do perfil dos internos, isso aí é uma observação que eu faço já do tempo que eu tô aqui, é que muitas vezes eles praticaram o ato que os trouxe aqui é, inserido no âmbito familiar. Então alguns casos, uma parcela considerável dos casos, as vítimas são os familiares, então isso gera um problema em família né, de certo ponto uma rejeição daquele familiar paciente interno nosso, e o pior de tudo seria a questão do abandono né.” (E7) (grifos nossos) “Então muitos são do interior e pela condição, se você for olhar a estratificação dos nossos internos aqui, você vai ver que muitas deles têm um poder aquisitivo muito baixo. Então essa distância dificulta tremendamente a visita dos familiares. Então essa equipe é primordial para sempre tá nesse trânsito de informações, para que não haja a quebra do vínculo.” (E7) (grifo nosso)
Ausência de vagas em SRT	“Nós acabamos assim dependendo deles e esperamos a vaga. Nosso contato, a gente esperava uma vaga que nunca vinha e entramos com o Judiciário. O Judiciário conseguiu uma preferência pra nós e até agora, também a vaga só veio surgir depois, com essas duas vagas em [localidade] e depois não houve mais vaga. Isso já estamos a algum tempo esperando, né? Eu acho que essa dificuldade e criação em si da Residência Terapêutica.” (E6) (grifos nossos) “E aí as primeiras dificuldades que a gente encontrou, conversando com a Coordenação de Saúde Mental, na figura de E9, que sempre pareceu muito receptiva, foi a dificuldade de encontrar vagas nas Residências Terapêuticas. É, nas Portarias dessas Residências existe uma proibição de

	superlotação, então, o limite de pessoas para ocupa-las é fixo, e eu não poderia colocar mais pessoas nas unidades. Então a nossa atuação foi no sentido de construção de mais Residências Terapêuticas. Uma que fosse só para os egressos apenados, que fosse só para os apenados da PPF.” (E8) (grifos nossos) “Nós tínhamos uma dificuldade muito grande, no momento, que é de SRT. Pelo mapeamento que a gente fez, não tem nenhum SRT para ser aberto em nenhum outro município.” (E9) “Tem toda a logística também, de levar o interno pra lá, se precisar de um carro assim, especificamente como conseguimos pra o dia, passamos dois dias em [localidade], temos toda a logística pra conseguir, mas quando efetivamente conseguimos a vaga, infelizmente ainda a dificuldade maior de dá o cumprimento né, a essa desinstitucionalização é a vaga em si na Residência Terapêutica.” (E6) (grifo nosso)
Vinculação com o Sistema de Justiça	“Não, foi mais possível porque, é, como eles tão ainda por ordem judicial, a gente tem essa responsabilidade de acompanhá-los aqui também, a gente não pode deixar simplesmente com a equipe do Juliano Moreira, é, temos uma dificuldade profissional de ir. E infelizmente a gente tem toda essa dificuldade de deslocar um profissional. Tanto um agente, por ser muito ostensivo um agente penitenciário estar acompanhando fardado, armado né, é um pouco ostensivo demais, não é essa finalidade. A finalidade é que vá uma pessoa mais é, civil, sem identificação, o carro do Juliano Moreira também sem identificação.” (E6) (grifos nossos) “Na verdade assim, é, são usuários que precisamos fazer uma certa, é, conversa com eles, ter um certo cuidado, porque pode ser que nessa saída, como eles não vão algemados, não vão com nenhuma escolta, eles possam ter um comportamento um pouco diferente, e queiram se evadir. Pode acontecer. É um momento que eles estão em internação já há muito tempo, já foram rejeitados pela família e eles podem ter um momento de ver a rua, vamos dizer assim, a sociedade e querer se evadir e a gente não tem um meio de ir buscá-lo. Como eles estão por ordem judicial, a nossa unidade é de responder por essa saída, porque eles ainda não foram é, desinternados.” (E6) (grifos nossos) “Nós temos uma responsabilidade muito maior e uma disciplina muito maior com isso. Por isso que a gente tem que ter o cuidado, e assim, dentro desses, dentro desses três que aguardam, é, a gente não consegue identificar assim uma certa segurança de ter essa saída.” (E6) (grifos nossos)
Estigmatização	“A gente sabe que uma unidade dessa natureza ela sofre um olhar diferenciado por conta da população, da sociedade. Porque infelizmente as unidades prisionais hoje são tidas como depósitos humanos, e aquelas pessoas que infelizmente têm o estereótipo maior ainda de pessoas que têm a necessidade de tratamento psiquiátrico, que são portadoras de doenças psiquiátricas e que por ventura tenham praticado algum tipo penal parece que ela tem um, um duplo estereótipo, um grau de rejeição muitas vezes até maior.” (E7) (grifos nossos) “Então assim, eu vejo um problema grande relacionado à saúde mental. E infelizmente o estigma, a psicofobia hoje é ainda muito presente. É, você, dependendo da pessoa que você vá conversar se você sugerir que ela procure um psiquiatra, “você está me chamando de maluco? Está me

	chamando de doido? Eu sou são”. O pessoal vê aquilo como uma afronta, como se você estivesse, sei lá, denegrindo a pessoa por conta duma necessidade de um tratamento.” (E7) (grifo nosso) “A gestão aceitou de boa vontade, até por que a gente tava precisando de usuário né, pra poder é... Confirmar né, e os recursos virem direitinho, e também o recurso de manutenção. Aí foi aceito né esses usuários, até teve um pouco de resistência, porque a gente teve que explicar, como tá na situação deles, os outros ainda tem uns dois aí que não tão habilitados, então houve uma certa resistência, mas que, com o argumento da gente foi superado. Aí a gestão aceitou e a gente tá com eles aqui, segurando mesmo, , por que num queria que era mais dois pra, pra, pra dar mais despesa né.” (E12) (grifos nossos) “Houve alguns problemas de adaptação deles aqui, de convívio, que é normal né. Porque já existe um, tipo um grupo aqui, formado, fechado né. Aí você bota dois, é como... Quando você bota um, cria um, bota outras pessoas, outros animais diferentes [riso], aí cria aquele... Vai ter que se readaptar né, a mais gente, a outras cabeças. Aí teve alguns conflitos aqui, mas...” (E12) (grifos nossos) “A gente teve um problema uma vez com a Secretaria do município aqui de João Pessoa. Aqui é tido como um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, então ele tem o CNES. O que é que estava acontecendo? A gente ia fazer marcação de exames clínicos de alguns internos e a gente começou a ter alguns entraves. Houve um caso em que a gente fez a marcação pela regulação e quando chegou lá no hospital para fazer o exame, gástrico, o hospital disse que não atendia por que ele era preso. Se negou a fazer o atendimento. Aí nesse dia eu tive raiva. Aí quando a equipe chegou de volta aí eu falei “Eu vou fazer um ofício agora para a Vara de Execução”, por que eles não podem se negar, a saúde é universal, todo mundo tem que ter acesso. Não existe não atender por que é preso. Assim, eu falo preso por que para as vistas de todo mundo é preso. Para a gente aqui é paciente e interno tá? Então, assim, só para não para não ter o peso dessa palavra.” (E7) (grifos nossos) “Ainda tem, volta a reforçar essa coisa do estigma, do preconceito, então se tem uma pessoa que precisa de um acolhimento, a pessoas está ótima, mas se ela toma um comprimido, quem é o técnico de enfermagem que vai dar a medicação para ela, porque ela tem transtorno mental e está em uma casa de acolhida?” (E9) (grifo nosso) “Tem muito a questão da desinformação das pessoas né, e tem esse estigma também de, de não vir até o, até Caps” (E11) (grifo nosso) “Até quando se fala crime né, quando se fala que é apenado, já existe um preconceito arraigado nas pessoas. E aí a família não quer receber, a sociedade também já exclui aquela pessoa, e o próprio Estado também. Então existe essa relação.” (E8) (grifo nosso) “Eu acho que principalmente o preconceito, o preconceito é o que faz com que essas pessoas fiquem a mercê dessa estrutura que lhes tolhe a liberdade, que não lhe coloca outras possibilidades de saída, e principalmente pela precariedade da própria rede de atenção à saúde mental.” (E8) (grifo nosso)
--	--

	“Eu, eu acho assim. A gente tem muito a visão de que, a gente ainda é um pouco muito higienista, né? A gente tem muito a visão de que tudo que incomoda, de que tudo que é diferente, de que, de tudo que incomoda mesmo, que a gente tem que isolar, que a gente tem que prender, e, a questão de você ser preso e ser doente mental. Então a gente aí tem dois grandes paradigmas. Eu acho que a gente tem, realmente tem duas origens de grande preconceito, do doente mental e do preso. Então acho que fica duas vezes mais difícil.” (E10) (grifo nosso)
Dependência institucional e institucionalização	“Então era muito dependente da unidade, inclusive dos próprios colegas, os próprios internos ajudavam a cuidar dele.” (E7) “Às vezes é, eu percebo que até eles mesmo relatam que se acostumaram à rotina de lá. Às vezes eles sentem é, saudade, alguma coisa de lá, que tem lá e aqui não tem. E a gente nota, pelo menos eu percebi que é como se eles é, em algum momento alguma coisa boa ficou por lá, e eles cobram que tenha aqui. É uma certa carência.” (E12) (grifo nosso) “Por ele estar há muito tempo conosco na unidade, ele já tem uma certa rotina, já tem uma certa... é... cultura que ele tem, que ele segue e a gente tenta dá continuidade a isso, não romper com isso, e, e a Residência Terapêutica, a gente passa essas informações para a Residência Terapêutica pra eles receberem. [...] Como é o interno? Como é o dia a dia dele? O que que ele é acostumado a fazer? Qual é o acompanhamento que ele tem? É, que ele saiba mais ou menos o que que ele gosta de fazer, o que que ele gosta, que atividade ele gosta de desempenhar no dia a dia, se ele tem alguma atividade laboral, se ele desempenha alguma arte, pra ele dá continuidade a isso e ela buscava sempre isso, a dar continuidade ao que ele era aqui. Não ter um rompimento, há apenas uma mudança de local físico, mas dar uma continuidade à sua cultura, ao seu dia a dia.” (E6) (grifos nossos) “A gente vê muito tristemente ainda, alguns espaços de Residência Terapêutica, as pessoas sendo silenciadas do seu desejo, da sua voz, dos seus direitos. Então isso é muito mais complexo. A gente vê pessoas institucionalizadas em ambientes que não são instituições totais, mas acabam se comportando como tal.” (E9) (grifo nosso)
Não acesso a políticas públicas de atenção à saúde	“Por que o que que eu acho que acontece muitas vezes é uma falha no acesso à saúde mental. Dependendo do nível socioeconômico e cultural, evidentemente, daquela família, então você já vê que houve uma falha de políticas públicas, se a gente pode assim dizer, e essa pessoa não teve acesso à saúde.” (E7) (grifos nossos) “Só que a rede de saúde do estado da Paraíba é muito precária, a população não tem esse acesso, muitos municípios do interior do estado ficam sem ter como fazer, direcionar essa população para o cuidado na rede aberta, é, e a gente tem uma comunicação muito falha com as comarcas do interior. As comarcas são muito precárias, demoram pra, pra responder, e isso é um processo muito complicado.” (E8) (grifos nossos) “A, a gente ainda tá tendo dificuldades, por exemplo, de habilitar esses, esses usuários. A gente não tá recebendo recursos pra tê-los. Mas pelo, pela boa vontade que a gestão aqui aceitou, é, a gente tá com eles aí, mesmo sem tá tendo...” (E12) (grifo nosso)

	“Não é só a gente estar procurando o lugar, onde elas vão ficar quando as famílias não querem mais contato com elas, onde elas vão morar? Mas entender que muitos desses casos eles devem e podem ser cuidados se essas pessoas forem acompanhadas, né, no seu território. Mas acompanhadas regularmente, porque são pessoas que tiveram um incidente de insanidade mental muitas vezes por falta de cuidado mesmo, no território elas não foram assistidas, não foram atendidas, e aí aconteceu isso.” (E9) (grifo nosso) “Mas eu acho que a maior discussão é essa, é a questão de como a Rede vai absorver essas pessoas. Porque a Rede precisa absorver, por que ninguém, aqui não é prisão perpétua, né?”(E10) (grifo nosso)
Dificuldades com profissionais	“Eles reclamam do valor pago, a demanda, a grande quantidade de laudos que tem que ser feitos. Então é complicado. Ou seja, além disso tudo você ainda tem que gerir o bom humor do médico, que a gente depende basicamente dele para poder trabalhar. Ou seja, é um trabalho praticamente de ficar cortejando o profissional para ver se as coisas fluem mais. É difícil.” (E7) (grifo nosso) “É, o médico é meio, é um profissional melindroso, eu acho que é cultural.” (E7) “Mas a minha, a minha grande questão é, por mais que a gente hoje seja o estado que tenha mais abrangência de CAPS, por que a gente tem 90% né, de abrangência estadual, mas é o preparo da Rede pra receber. Porque assim, quantidade a gente. Mas a gente não deixa de ver profissionais com esse mesmo tipo de visão, o mesmo tipo de segregação. “O que eu não consigo manejar numa crise, eu não consigo entender o que é a doença mental”. Então eu acho que isso também: a visão dos profissionais e a forma às vezes como é conduzida. Eu acho que seja um dos entraves.” (E10) (grifo nosso) “É o seguinte, a gente vive hoje numa gestão pública que é mesclada, de funcionários efetivos e funcionários contratados. Os efetivos, pela experiência, que estudou e que convive, que lê sobre a questão da política de saúde mental, eles são mais fáceis de absolver o, o processo antimanicomial, né, a questão da desinstitucionalização, o pessoal mais entendido. Agora os contratados que tão aí, que muda de gestão, a rotatividade, é que é difícil entender, por que eles vêm com, com estigmatizado e com o modelo antigo né de... com um modelo hospitalocêntrico, manicomial, centrado na, na, como você tá falando aí, na institucionalização, na rotina.” (E12) (grifo nosso)

Quadro 2 – Desafios para a desinstitucionalização no contexto da execução das medidas de segurança na Paraíba.

(Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados coletados nas entrevistas)

CONSIDERAÇÕES FINAIS: “A GENTE AINDA É UM POUCO MUITO HIGIENISTA, NÉ?”²³⁸

Com a execução desta pesquisa no decorrer dos dois últimos anos, percebeu-se como o processo da Reforma Psiquiátrica impactou a atenção à saúde mental no Brasil e transformou as relações sociais com a loucura em alguns cenários. Na medida em que propôs a recusa à compreensão que tem o sofrimento como objeto de uma “doença mental”, fortaleceu a implantação de uma Rede de Atenção Psicossocial modulada em serviços abertos e inseridos nas comunidades, cruciais para a transformação do modelo manicomial e para a formulação de novas maneiras de compreensão e acolhimento, de escuta e de cuidado.

Com o deslocamento da análise da chamada doença mental para a pessoa em sofrimento mental, para sua vivência e subjetividade, todo o aparato que sustentou e ainda compõe a lógica manicomial, seja ele ciência, legislação, práticas profissionais, relações de poder etc, fora colocado em questão. E a partir de então, com a produção de outros olhares sobre a loucura, com lentes que se distanciam da ideia das pessoas como irrecuperáveis e perigosas, se alimenta a ruptura com a psiquiatria e com os mecanismos e dispositivos que lhes servem, com vistas a um radical processo de desinstitucionalização.

A inclusão social e a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental necessariamente requerem a observação de suas experiências de vida e seu protagonismo, na gestão de formas de cuidado que se deem no plano coletivo (EMERICH, CAMPOS, PASSOS, 2014). A defesa de uma ética orientada por relações horizontais e pelo modelo de atenção psicossocial, e o fortalecimento dos movimentos sociais, em especial o movimento da luta antimanicomial, mostra-se urgente num cenário cada vez mais adverso para a construção de uma sociedade sem manicômios.

Desde a década de 1970, vimos que os segmentos do movimento da luta antimanicomial têm utilizado estratégias diversas para enfrentar o modelo ultrapassado centrado no manicômio. Como exemplo, a problematização da noção de periculosidade e dos termos utilizados em referência às pessoas que fazem uso dos serviços de saúde mental, a revisão das legislações penal, civil e sanitária, a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e a construção de serviços de atenção psicossocial, com a ampliação da compreensão da integralidade, na qual eles deixam de ser lugares de exclusão e disciplina

²³⁸ Fala proferida por E10 durante entrevista realizada pela pesquisadora, em resposta à pergunta sobre sua compreensão acerca do conceito de desinstitucionalização.

para realizar o acolhimento e o cuidado a partir da sociabilidade e da produção de subjetividades (AMARANTE, 2015, 2007).

Também vimos que recentes instrumentos normativos têm configurado novas possibilidades de responder à loucura, ecoando percepções voltadas para a autonomia e para o protagonismo das pessoas em sofrimento mental. É preciso retomar suas diretrizes e preceitos no âmbito dos mecanismos de garantia de direitos, nos espaços de controle social e de atenção à saúde mental, com destaque para o conteúdo trazido pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

Por outro lado, ainda que a Reforma Psiquiátrica tenha repercutido nos inegáveis avanços para a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental apresentados neste trabalho, é possível afirmar que a atualização dos discursos manicomiais nos serviços implantados com sua institucionalização tem produzido reconfigurações do autoritarismo e estratégias de controle de grupos que, na ordem do dia, figuram como inimigos. Ademais, os discursos da incapacidade e da falta de autonomia estigmatizaram e demarcaram o lugar no qual estas pessoas historicamente foram colocadas na sociedade, tratamento também assumido na legislação penal, direcionada às pessoas em sofrimento mental autoras de crime.

A supressão da capacidade destas pessoas e a negação de seus direitos foram paulatinamente consolidados através de medidas especiais definidas nas codificações, as quais atuaram e ainda agem para o controle social. Desde a criação do instituto jurídico da medida de segurança até sua reprodução na legislação brasileira a partir do Código Penal de 1940, a prevenção social e a periculosidade figuram como conceitos nos quais ela está ancorada. Portanto, são estratégias para que seja cumprido o objetivo de exercer o controle social diante do perigo que estas pessoas representam e da possibilidade delas tornarem a cometer fatos definidos como crimes.

A observação das motivações em torno do tratamento destinado às pessoas internadas nos manicômios judiciais do Brasil possibilita constatar como sua custódia prevaleceu neste sistema, desde a influência e a incorporação tardia e descontextualizada das legislações internacionais e das escolas e teorias penais referidas neste trabalho. Por conseguinte, a investigação da legislação brasileira e das forças que disputaram sua formulação é reveladora do modo como os principais elementos que fundamentam o atual modelo de determinação das medidas de segurança consolidaram-se nas entrelinhas do discurso estatal, nas instituições manicomiais carcerárias e na sociedade.

No âmbito do estado da Paraíba, a Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF/PB) assume a centralidade na recepção das pessoas em sofrimento mental autoras de crime, e por

isso, foi definida como principal cenário desta pesquisa. Ao investigar sua história, constatou-se que esta é mais uma instituição que serve ao controle e à defesa social, pensada no contexto de aproximação entre as formas de saber poder da psiquiatria e do direito, e mantida por atores destas áreas, sendo palco para graves violações de direitos.

Com a análise dos casos de pessoas mantidas nesta instituição mesmo com sentença judicial favorável à desinternação, foram apontadas as fragilidades que atualmente contornam o sistema de determinação das medidas de segurança no estado da Paraíba. Elas giram em torno principalmente do descompasso entre as políticas relacionadas aos Sistemas de Justiça e de Saúde, a tímida comunicação entre órgãos e instituições destes Sistemas, e a estigmatização que a lógica periculosista instaurou sobre a população custodiada no manicômio judiciário. Destaque-se também o impacto das últimas reformulações sobre a Política Nacional de Saúde Mental, e da Emenda Constitucional nº 95/2016, que impôs o congelamento dos investimentos públicos nos próximos vinte anos.

Ainda que se reconheçam algumas estratégias que corroboram a reorientação do modelo de atenção a estas pessoas, a exemplo da atuação de profissionais frente aos casos mencionados, a publicação da Portaria nº 03/2014 pelo Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário do Estado da Paraíba, e as articulações entre o Poder Judiciário e a Coordenação de Saúde Mental da Paraíba, a PPF/PB continua caracterizada como manicômio, sem conseguir, de modo mais sistemático, realizar a desinternação das pessoas ali confinadas. Como visto na observação participante e nos relatórios de inspeção a esta instituição, seu funcionamento é prisional e seu planejamento não é realizado de acordo com o que preconiza a Lei nº 10.216/01, o que corrobora com o quadro de inadequação de toda sua estrutura e de sua existência (BRASIL, 2016b).

As narrativas dos homens internados ou que passaram pela PPF/PB e atualmente residem num Serviço Residencial Terapêutico (SRT) apontam a manutenção do controle e do abandono mesmo após a desinternação e a vulnerabilização social à qual estão condicionados. Com seus relatos, constata-se que o sistema das medidas de segurança dissemina-se sobre suas vidas, de modo que compromete o processo de desinstitucionalização e produz uma relação de dependência institucional.

Ao investigar as dificuldades para a desinstitucionalização neste contexto, conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e as experiências dos segmentos da luta antimanicomial, sete fatores destacaram-se nos relatos de profissionais: o abandono social destas pessoas, em decorrência de ausência ou ruptura de vínculos familiares; a ausência de vagas em SRTs; sua vinculação com o Sistema de Justiça e a estigmatização decorrente; a

dependência institucional e a institucionalização produzida nos anos de privação de liberdade na PPF/PB; o não acesso a políticas públicas de atenção à saúde e as dificuldades e resistências de algumas categorias profissionais diante da Reforma Psiquiátrica, em especial a medicina. Também restaram nítidas as distintas noções acerca da categoria desinstitucionalização e a manutenção de uma relação de tutela e preconceito com as pessoas submetidas a medidas de segurança.

Neste sentido, é possível afirmar que os princípios da Reforma Psiquiátrica não alcançaram a maior parte da população em sofrimento mental autora de crime, tendo em vista o duplo estigma sobre ela e a dimensão dos sistemas manicomial e carcerário. Percebeu-se que ainda há um longo percurso entre a prolação da sentença de desinternação e a desinstitucionalização das pessoas submetidas à medida de segurança na Paraíba.

Com isso, conclui-se que este sistema funciona na contramão da Reforma Psiquiátrica em sua perspectiva antimanicomial, tendo em vista estar ancorado nas noções de periculosidade e inimputabilidade, que dificultam a garantia de direitos como a liberdade, o acesso ao direito e à justiça, a atenção à saúde e outras políticas públicas sociais. Assim, urge considerar a capacidade destas pessoas, transformar o modo como o Estado, as/os profissionais e a sociedade relacionam-se com a loucura e efetivar políticas públicas voltadas para sua desinstitucionalização.

Num cenário de retrocessos na efetivação de políticas sociais, a lógica de funcionamento da instituição psiquiátrica é disparada como política de estado, mas também se expressa nas relações e em outras estruturas sociais marcadamente higienistas. Relembre-se que o espaço manicomial sempre foi lugar de segregação e tolhimento dos direitos das pessoas que não representam a normalidade imposta pela classe burguesa, e que, por outro lado, a desinstitucionalização significa ter a saúde mental como tema a ser debatido por toda a comunidade (VENTURINI, 2016).

Neste sentido, a luta é forjada por uma experiência da loucura que não passe pela violação de direitos no contexto da atenção à saúde mental, mas também em face de opressões como o racismo, o machismo, a homofobia, a transfobia, a lesbofobia, dentre outras. A transformação que se pretende começa pela destruição do manicômio mental (PELBART, 1990), por isso o embate político é crucial.

REFERÊNCIAS

- ABRASME. **Crônicas da Resistência**: Em tempos de desconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Boletim da Saúde Mental 01. Associação Brasileira de Saúde Mental. São Paulo, janeiro de 2018.
- AGAMBEN, G. **Estado de exceção**. Tradução de Iraci D. Poleti. 2. ed. Coleção Estado de Sítio. São Paulo: Boitempo, 2004.
- _____. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua I. Tradução de Henrique Burigo. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.
- _____. **O que resta de Auschwitz**. Tradução de Selvino J. Assmann. São Paulo: Boitempo, 2008.
- ALMEIDA, F. M. de. **Heranças perigosas**: Arqueogenealogia da periculosidade na legislação penal brasileira. 208 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- ALMEIDA, O. M.; CORREIA, L. C. A luta antimanicomial continua! Problematizações sobre o manicômio judiciário na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira. In: **Revista InSURgência**. Brasília, ano 3, v.3, n.2, p. 319-347, 2017.
- _____. **Defensoria Pública e acesso ao direito e à justiça para pessoas em sofrimento mental**. In: Anais do 3º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. Florianópolis: FUNJAB, v. 1. p. 143-149, 2017.
- ALMEIDA, O. M. de. **Loucura e Cidadania**: uma experiência de assessoria jurídica popular universitária em Direitos Humanos e Saúde Mental. 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito). Departamento de Ciências Jurídicas, Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.
- ALMEIDA, O. M.; CORREIA, L. C.; MALHEIRO, A. V. de F. Romper o silêncio para a garantia dos direitos das mulheres em sofrimento mental autoras de delito. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v. 123, p. 301-327, 2016.
- ALMEIDA, O. M.; FRANCO, M. G. **Direitos Humanos e o desafio da efetiva garantia do acesso à justiça nos hospitais psiquiátricos**. In: ASENSI, F. D.; MUTIZ, P. L. A.; PINHEIRO, R. (Org.). Direito e saúde: enfoques interdisciplinares. 1ed. Curitiba: Juruá, v. 1, p. 477-488, 2013.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1995.
- _____. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- _____. **Teoria e crítica em saúde mental**: textos selecionados. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2015.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, R. C. G. **Quem será por nós?** Análise sobre a desinstitucionalização do “louco infrator” em situação de abandono. 96 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro.** São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, D. A. D. SILVA, A. A. **Segunda era de direitos da Reforma Psiquiátrica?** A abolição da inimizabilidade penal na passagem da assistência aos direitos da pessoa com transtorno mental. In: CORREIA, L. C. PASSOS, R. G. Dimensão Jurídico Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Limites e Possibilidades. Rio de Janeiro: Gramma, p. 155-182, 2017.

BARATTA, A. **Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal:** uma introdução à sociologia do direito penal. Tradução: Juarez Cirino dos Santos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revan: Instituto Carioca de Criminologia, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3ª reimp. da 1ª ed. de 2016. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, T. **Menores e loucos em direito criminal.** Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2003.

BARROS-BRISSET, F. O. de. Assassinato d'alma: impasses sobre a responsabilidade na leitura de “o crime louco”. **Revista Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 23-35, mar./ago. 2013.

_____. Genealogia do conceito de periculosidade. **Revista Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52, mar./ago., 2011.

_____. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator.** Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010a.

_____. Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. In: **Rev bras crescimento desenvolvimento hum**, 20(1), p. 116-128. 2010b.

BARROS, D. D. **Cidadania versus periculosidade social:** a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 171-195, 1994.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Paulo Amarante (org.). Rio de Janeiro, Garamond, 2005.

BATISTA, V. M. **O medo na cidade do Rio de Janeiro:** dois tempos de uma história. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BECCARIA, M. **Dos delitos e das penas.** Tradução de Lucia Guidicini e Alessandro Berti Contessa. Revisão da tradução de Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BOITEUX, L. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo sobre o sistema penal e a sociedade.** 273 f. Tese (Doutorado em Direito). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BORGES, N. **Damião Ximenes: Primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos.** Rio de Janeiro: Revan, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 35, de 12 de julho de 2011.** Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Brasília, DF, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010.** Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Brasília, DF, 2010a.

_____. **Constituição Política do Império do Brasil.** Carta de lei de 25 de março de 1824. Império do Brasil. Rio de Janeiro, 22 de abril de 1824.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 de outubro de 1988a.

_____. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência:** Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008; Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4. ed., rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011b.

_____. **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890.** Promulga o Código Penal de 1890. Republica dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1890.

_____. **Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903.** Reorganiza a Assistencia a Alienados. Republica dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro, 24 de dezembro de 1903.

_____. **Decreto Federal nº 8.834, de 11 de julho de 1911.** Reorganiza a Assistencia a Alienados. Republica dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro, 11 de julho de 1911.

_____. **Decreto Federal nº 24.559, de 3 de julho de 1934.** Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Republica dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro, 03 de julho de 1934.

_____. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Institui o Código Penal. Diário Oficial [da] República dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro, 31 de dezembro de 1940.

_____. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941.** Institui o Código de Processo Penal. Diário Oficial [da] República dos Estados Unidos do Brasil. Brasília, DF, 03 de outubro de 1941.

_____. **Habeas corpus nº 31.138/SP**. Rel. Min. Hamilton Carvalho, DJ 6/2/2006. Superior Tribunal de Justiça. Brasília, 2006.

_____. **Habeas corpus nº 98.360**. Rel. Min. Ricardo Lewandowski, 1ª Turma. DJ 23.10.2009. Supremo Tribunal Federal. Brasília, 2009.

_____. **Habeas corpus nº 208336/SP**. Rel. Min. Laurita Vaz. 5ª Turma. DJ 21/03/12. Superior Tribunal de Justiça. Brasília, 2012a.

_____. **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Manda executar o Código Criminal do Império do Brasil. Império do Brasil, 16 de dezembro de 1830.

_____. **Lei nº 3.071, de 01 de janeiro de 1916**. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro, 01 de janeiro de 1916.

_____. **Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984**. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 de julho de 1984a.

_____. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial [da] República dos Estados Unidos do Brasil. Brasília, DF, 13 de julho de 1984b.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de setembro de 1990a.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990b.

_____. **Lei nº 9.867, de 11 de novembro de 1999**. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 de novembro de 1999.

_____. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 de abril de 2001.

_____. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 de janeiro de 2002a.

_____. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de julho de 2003a.

_____. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Brasília, 06 de julho de 2015a.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 4, de 30 de julho de 2010.** Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 de julho de 2010b.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004.** Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Brasília, DF, 04 de maio 2004.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 02, de 10 de fevereiro de 2014.** Altera a alínea "d", do item nº 1, do Anexo II, da Resolução nº 9, de 18 de novembro de 2011, do CNPCP. Brasília, DF, 10 de fevereiro de 2014a.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen).** Atualização, junho de 2016. Brasília, 2017a.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen).** Dezembro de 2015. Brasília, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 94 de 14 de janeiro de 2014.** Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2014b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95 de 14 de janeiro de 2014.** Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 de dezembro de 2017c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** 2002b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial.** 2010c. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre os aspectos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos. Brasília, 12 de dezembro de 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS). **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 07 de abril de 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Saúde mental em dados - 12, ano 10, nº 12**. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de fevereiro de 2000.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de fevereiro de 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.169, de 07 de julho de 2005**. Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 de julho de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de dezembro de 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011**. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da RAPS, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de dezembro de 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de janeiro de 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de janeiro de 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013.** Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 de abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014.** Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS, no âmbito do SUS, e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de dezembro de 2014d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014.** Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 abril 2014e.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 675, de 3 de junho de 2015.** Aprova a adesão dos Municípios à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 de junho de 2015c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de dezembro de 2017d.

_____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. 2002d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_psiquiatica.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direito é qualidade:** kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social. Brasília, 2015d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014.** Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2014f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Atenção à Saúde. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012.** Amplia as estratégias desenvolvidas pelos CAPS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Programas Especiais de Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** 1988b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991**. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 de dezembro de 1991.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência em saúde mental no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 189, de 20 de março de 2002**. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os CAPS e seu procedimento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002e.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003**. Dispõe sobre o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e dá outras providências. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, Brasília, DF, 2003b.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2014g.

_____. **Projeto de Lei nº 3.657, de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. 1989.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatório de visita a unidades de privação de liberdade no estado da Paraíba**. Brasília, outubro de 2016b.

_____. Supremo Tribunal de Justiça. **Súmula nº 527**. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. (Súmula 527, Terceira Seção, julgado em 13/05/2015, DJe 18/05/2015). 2015e. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/sumanot/toc.jsp>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

_____. **Recurso Especial nº 958.332/DF**. Rel. Min. Nilson Naves, DJ 3/5/2010. Brasília, 2010d.

BRITO, F. S. L. **Vidas errantes entre a loucura e a criminalidade**: uma história da emergência do manicômio judiciário no estado da Paraíba. 203 f. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

CALDEIRA, T. P. do R. A presença do autor e a pós-modernidade na Antropologia. **Novos estudos** - CEBRAP, São Paulo, v. 21, julho de 1998, p. 133-157.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Direitos Humanos. **I Caravana Nacional de Direitos Humanos**: Uma amostra da realidade manicomial brasileira: relatório. Brasília: Centro de Documentação e Informação Câmara dos Deputados, 2000. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caravana.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

CANCELLI, E. **A cultura do crime e da lei**: 1889-1930. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

CARRILHO, H. Livramento condicional em face dos antecedentes psicopáticos dos sentenciados. In: **Revista de Direito Penal**. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Criminologia, vol. VIII, p. 23-8, 1935.

CARVALHO, S. de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**: fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013.

CARVALHO, S. de; WEIGERT, M. de A. B. e. A Punição do Sofrimento Psíquico no Brasil: Reflexões sobre os Impactos da Reforma Psiquiátrica no Sistema de Responsabilização Penal. **Revista de Estudos Criminais**, v. 48, p. 55-90, 2013.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos**: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

COE, N. M.; DUARTE, M. J. DE O. **A construção do Campo da Atenção Psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil**: Rupturas, Tessituras e Capturas. In: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. da S. (org.). Serviço social, saúde mental e drogas. Campinas: Papel Social, p. 79-99, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspecções aos manicômios**: Relatório Brasil. Brasília: CFP, 2015.

CORREIA, L. C. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental autoras de delito**. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

_____. **Enterrando o Manicômio Judiciário**: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito. In: CORREIA, L. C. PASSOS, R. G. Dimensão Jurídico Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Limites e Possibilidades. Rio de Janeiro: Gramma, p. 79-107, 2017.

_____. (org.). **Guia de direitos humanos loucura cidadã**. Salvador: AMEA, 2011.

_____. **Por uma pedagogia da loucura**: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. 381 f. Tese (Doutorado em Direito, Estado e Constituição). Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

_____. **Relatório sobre a visita à Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba realizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura.** In: BRASIL, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). Relatório de visita a unidades de privação de liberdade no estado da Paraíba. Anexo: Relatório da especialista convidada Profa. Dra. Ludmila Cerqueira Correia. Brasília, p. 46-57, outubro de 2016.

CORREIA, L. C.; FRANCO, M. G.; ALMEIDA, O. M.; XAVIER, I. S.; SILVA, R. S. **O direito achado no hospício:** uma experiência de extensão jurídica popular em direitos humanos. In: V Colóquio Interamericano de Educação em Direitos Humanos. Anuário do NDH/UFG. Goiânia: UFG, 2013. V. 1.

DALLARI, S. G. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 09-35, 2009.

_____. **Direito Sanitário.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Direito Sanitário e Saúde Pública. Vol. 1. Coletânea de Textos. Série E. Legislação de Saúde. Brasília, p. 39-61, 2003.

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

DINIZ, D.; GUERRIERO, I. **Ética na pesquisa social: desafios ao modelo biomédico.** In: DINIZ, D. et al (org.). Ética em pesquisa: temas globais. Brasília: Letras Livres. Ed. UnB, p. 289-322, 2008.

DIONÍSIO, P. F. **A defensoria pública como instrumento viabilizador ao acesso à justiça.** In: ROCHA, A. et al. (Org.). Defensoria Pública, Assessoria Jurídica Popular e Movimentos Sociais e Populares: novos caminhos traçados na concretização do direito de acesso à justiça. Fortaleza: Dedo de Moças Editora e Comunicação Ltda., p. 313-362, 2013.

EMERICH, B. F.; CAMPOS, R. O.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial. **Interface.** (Botucatu online). V. 18, p. 685-96, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220141007.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

FERLA, L. **Feios, sujos e malvados sob medida:** a utopia médica do biodeterminismo - São Paulo (1920-1945). São Paulo: Alameda, 2009.

FLEURY, S. **A questão democrática na saúde.** In: FLEURY, S. (organizadora). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FOUCAULT, M. **A evolução da noção de indivíduo perigoso na psiquiatria legal do século XIX (1977).** In: FOUCAULT, M. Ética, sexualidade e política (Col. Ditos & escritos V. Org. Manoel Barros da Motta). Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **A verdade e as formas jurídicas.** 3. ed. Tradução de Roberto Machado e Eduardo Morais. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003a.

_____. (coord.) **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...** Um caso de parricídio do século XIX, apresentado por Michel Foucault; tradução de Denize Lezan de Almeida. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003b.

_____. **Os anormais:** curso no *Collège de France* (1974-1975). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2010a.

_____. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. 38. ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 2010b.

GERMANO, Douglas. **Falha Humana.** Douglas Germano [Compositor]. In: Douglas Germano. Orí: BAC discos, São Paulo, 2011. 1 CD (36min44s). Faixa 6 (3min12s).

GIANNICCHEDDA, M. G. **Introduzione.** In: BASAGLIA, F. O.; GIANNICCHEDDA, M. G. (a cura di). Conferenze brasiliane. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000. p. XIII-XXII.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos.** Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOMES, A. L. C. **A Reforma Psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa - PB.** Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

GOMES, T. M. da S. **Reflexões sobre o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil neoliberal.** In: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. da S. (org.). Serviço social, saúde mental e drogas. Campinas: Papel Social, p. 51-66, 2017.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 8. Editora Vozes. 2001.

HEIDRICH, A. V. **Balanço da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira.** In: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. da S. (org.). Serviço social, saúde mental e drogas. Campinas: Papel Social, p. 67-78, 2017.

JOÃO PESSOA. Prefeitura municipal. **Lei nº 12.296, de 12 de janeiro de 2012.** Institui a rede de atenção à saúde mental com ênfase na desinstitucionalização e na integralidade das ações em saúde no âmbito do município de João Pessoa. Diário Oficial da Prefeitura municipal de João Pessoa-PB, 12 de janeiro de 2012.

LEBRE, M. **A inconstitucionalidade da medida de segurança face a periculosidade criminal.** 213 f. Dissertação (Mestrado em Direito). Faculdades Integradas do Brasil (UniBrasil), Curitiba, 2009.

_____. Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem? In: **Revista Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 273-282, 2013.

LIMA, I. M. S. O.; CORREIA, L. C.; LEÃO, T. M.. **Ministério Público e integralidade em saúde:** os direitos humanos das pessoas com deficiência. In: LIMA, I. M. S. O.; PINTO, I. C.

M.; PEREIRA, S. O. (Org.). Políticas públicas e pessoas com deficiência: direitos humanos, saúde e família. 1ed. Salvador: Edufba, v. 1, p. 27-46, 2011.

LISZT, F. V. **La idea de fin en el Derecho Penal**. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie 1. Enseñanza del derecho y material didáctico, núm. 15. Universidad Nacional Autónoma de México. Universidad de Valparaíso de Chile. Primera reimpressão: México, 1994.

LOMBROSO, C. **O homem delinquente** (1876). Tradução de Sebastião José Roque. São Paulo: Icone Editora, 2007.

LOMBROSO, C.; FERRERO, G. **La Donna Delinquente: la prostituta e la donna normale**. Torino: Fratelli Bocca Editori, 1903.

LOPES JUNIOR, A.; PAIVA, C.. Audiência de custódia e a imediata apresentação do preso ao juiz: Rumo à evolução civilizatória do Processo Penal. **Revista Liberdades**. Publicação do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, nº 17, p. 11-23, setembro/dezembro de 2014.

MACEDO, A. **Renascimento**: uma história de muito amor. In: Jornal A União. Ano CXXII, número 173. João Pessoa, Paraíba, p. 05, 19 de agosto de 2016.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAGNO, P. C. **Mulheres, Medida de Segurança e a cegueira do sistema de justiça**: o papel das Defensorias Públicas. In: PASSOS, Rachel Gouveia; PEREIRA, Melissa de Oliveira. Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. 1. ed. Rio de Janeiro: Autografia, p. 185 – 202, 2017.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2015.

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

MENEZES, J. B. de. O direito protetivo no Brasil após a Convenção sobre a Proteção da Pessoa com Deficiência: impactos do novo CPC e do Estatuto da Pessoa com Deficiência. **civilistica.com**. ano 4, nº 1, 2015. Disponível em: <<http://civilistica.com/o-direito-protetivo-no-brasil/>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOREIRA, J. Notícia sobre a Evolução da Assistência a Alienados no Brasil (1905). **Rev. Latino-americana de psicopatologia fundamental**. São Paulo, vol. 14, nº 4, p. 728-768, dez. 2011.

NASCIMENTO, W. F. do. ZANELLO, V. **Uma história do silêncio sobre gênero e loucura** – Parte I: Sobre o que não se fala em uma arqueologia do silêncio: as mulheres em História da

Loucura. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Org.). Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Appris, p. 17-28, 2014.

OLIVEIRA, R. B. R. de. **Aplicação da medida de segurança de internação aos portadores de transtornos mentais, em face do princípio da dignidade da pessoa humana: o caso da cidade de Rio Branco-AC (2005/2010)**. 169 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

OLIVEIRA, R. N. DUQUE, A. P. WEYL, L. M. **Linguagem Inclusiv@: O que é e para que serve?! In: José Geraldo de Sousa Junior, Bistra Stefanova Apostolova e Livia Gimenes Dias da Fonseca (org.). O Direito Achado na Rua: Introdução Crítica ao Direito das Mulheres**. Brasília: CEAD, FUB, V. 5, p. 129-132, 2011.

OLIVEIRA, S. de S. **A saúde no âmbito prisional feminino: análise acerca da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade no contexto de João Pessoa/PB**. 130 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas>. Acesso em: 17 abr. 2018.

PARAÍBA. Comarca de João Pessoa. Vara da Execução Penal. Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário. **Portaria n.º 03, de 05 de maio de 2014**. Institui Grupo de Trabalho Interinstitucional com a finalidade de elaborar um plano de ação estadual para subsidiar a reestruturação do modelo de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no Estado da Paraíba. Diário da Justiça. JP-PB, 07 de maio de 2014.

_____. **Decreto-Lei Estadual nº 471, de 16 de agosto de 1943**. Cria a Assistência a psicopata, subordinada do Departamento de Saúde. Estado da Paraíba, 16 de agosto de 1943a.

_____. **Lei Complementar nº 104, de 23 de maio de 2012**. Dispõe sobre a Organização e Estrutura Orgânica da Defensoria Pública da Paraíba, institui o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado, e dá outras providências. Estado da Paraíba, 23 de maio de 2012.

_____. **Lei nº 7.639, de 23 de julho de 2004**. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado da Paraíba e dá outras providências. Lex: Legislação Estadual, Paraíba, João Pessoa, 23 de julho de 2004.

_____. Poder Judiciário. Comarca da Capital. Vara Privativa das Execuções Penais. **Portaria nº 001, de 19 de dezembro de 2012**. Regulamenta a entrada e saída de pacientes na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba. Poder Judiciário, 19 de dezembro de 2012.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Nota Técnica à proposta de alteração da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas a serem apresentadas na CIT de dezembro de 2017**. João Pessoa, 12 de dezembro de 2017.

_____. Secretaria do Interior e Justiça. **Decreto nº 399, de 15 de agosto de 1943.** Aprova o Regimento do Manicômio Judiciário. Estado da Paraíba. 15 de agosto de 1943b.

_____. **Serviços e realizações em 1943:** Exposição apresentada ao Presidente Getúlio Vargas pelo interventor Ruy Carneiro – Governo da Paraíba. Imprensa Oficial, João Pessoa – PB, 1944.

PASSOS, R. G. Luta Antimanicomial no Cenário Contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 23, n. 2, p. 55-75, jul./dez. 2017. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/1678/1043>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

_____. **Trabalho, gênero e saúde mental:** contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. São Paulo: Cortez, 2018.

PELBART, P. P. **Vida capital:** ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras: 2003.

_____. **Manicômio mental:** a outra face da clausura. In: Lancetti, A. (Org.). Saúde loucura 2. (p.130-138). São Paulo: Hucitec, 1990.

PEREIRA, R. C. **Políticas de Saúde Mental no Brasil:** O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01). 244 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

PERES, M. F. T.; NERY FILHO, A. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (2), p. 335-355, maio-ago, 2002.

PERRUSI, A. **Sociologia política da saúde mental:** notas sobre as mudanças na assistência psiquiátrica e nas relações de poder. In: CORREIA, L. C. PASSOS, R. G. Dimensão Jurídico Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Limites e Possibilidades. Rio de Janeiro: Gramma, p. 25-52, 2017.

PIERANGELI, J. H. **Códigos Penais do Brasil:** evolução histórica. 2ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

PINEL, P. **Tratado Médico-Filosófico sobre a alienação mental ou a mania** (1821). Tradução de Joice Armani Galli. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

PITTA, A. M. F.; COUTINHO, D. M.; ROCHA, C. C. M. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o *QualityRights* – WHO. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, nº 106, p. 760-771, jul-set 2015.

PIZZOLATO, P. P. B. **A contribuição da arquitetura para o tratamento psiquiátrico no começo do século XIX:** a experiência França – Brasil. In: MOTA, A. MARINHO, M. G. S. M. C. História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, p. 159-176, 2012.

_____. **O espaço arquitetônico como elemento terapêutico:** a função da ambiência na recuperação e na qualidade de vida do paciente internado. 362 f. Tese (Doutorado em Arquitetura). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade São Paulo, São Paulo, 2014.

PRADO, A. R. M.; SCHINDLER, D. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**. V. 13, p. 628-652, 2017.

PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001**. Brasília: PFDC, 2011.

RAMOS, L. de S. **Encarceramento feminino no Brasil:** um olhar de gênero sobre a criminalização das mulheres presas. In: SOUSA JUNIOR, J. G. de; APOSTOLOVA; B. S.; FONSECA, L. G. D. da (Orgs). *O Direito Achado na Rua: Introdução Crítica ao Direito das Mulheres*. Brasília: CEAD, FUB, v. 5, p. 305-311, 2011.

RAUTER, C. **Criminologia e Subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

ROSATO, C. M.; CORREIA, L. C. Caso Damião Ximenes Lopes: mudanças e desafios após a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. **SUR, Revista Internacional de Direitos Humanos**. São Paulo, v. 8, n. 15, p. 93-113, dez. 2011.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1989.

SADDI, F. da C. et al. **Acolhendo Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a lei dentro da Rede de Saúde** – o desenho inovador do PAILI-GO. In: CORREIA, L. C.; PASSOS, R. G. (Orgs.). *Dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 109-131.

SARLET, I. W.; MOLINARO, C. A. **Democracia:** Separação de Poderes Eficácia e Efetividade do Direito à Saúde no Judiciário brasileiro. Observatório do Direito à Saúde. Belo Horizonte. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2010/2011.

SCHWARCZ, L. M. **O Espetáculo das Raças:** cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930). São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, A. A. **Das vidas que não (se) contam:** dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará. 345 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Curso de Pós-graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

SILVA, A. A.; VICENTIN, M. C. G.. Das vidas que não se contam: uma análise da população em medida de segurança no Hospital de Custódia e Tratamento do Pará. In: ALVARENGA, E. C.; BRITO, J. M. B.; NOGUEIRA, L. S. M.; OLIVEIRA, P. T. R.. (Org.). **Trabalho, cuidado e saúde:** caminhos dos serviços e da pesquisa na Amazônia. 1ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2018, v. , p. 108-129.

SILVA FILHO, E. B. da. **História da Psiquiatria na Paraíba**. João Pessoa: Santa Clara, 1998.

SILVA, P. M. de C. **A trajetória do portador de sofrimento psíquico no processo de desinstitucionalização**: história oral. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

SINÉCIO, V. Invisíveis para sociedade e esquecidos pelas famílias: Pesquisa da UNB revela que internos em hospital de custódia na PB ficam no local, mesmo podendo ganhar a liberdade. In: **Jornal da Paraíba**, Caderno Cidades, p. 01, de 05 de julho de 2015.

_____. Locais são considerados um "depósito de gente": Professora afirma que invisibilidade não foi rompida com a Reforma Psiquiátrica. In: **Jornal da Paraíba**, Caderno Cidades, p. 02, de 05 de julho de 2015.

_____. Atividades auxiliam no processo de reabilitação: Internos do IPF cuidam de horta, fazem trabalhos manuais e terapia ocupacional. In: **Jornal da Paraíba**, Caderno Cidades, p. 03, de 05 de julho de 2015.

SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciência & Saúde Coletiva** (Online). V.. 21, p. 2101-2110, 2016.

VASCONCELOS, E. M. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. In: **Cadernos brasileiros de saúde mental**. Vol. 4, n. 8, p. 08-11, jan/jun, 2012.

_____. **Abordagens psicossociais**. Vol II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas**. VASCONCELOS, E. M. et al. (Coord.). Rio de Janeiro: Escola do Serviço social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2014. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B0O0KmIfoMGzQW5VM1J6ZmNvUnc/view>>. Acesso em: 04 fev. 2018.

VENTURINI, E. Diga o perito se a justiça é capaz de entender e querer: o poder da normalização dos anormais. **Revista Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 237-247, set.2012./fev. 2013.

_____. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

VENTURINI, E.; CASAGRANDE, D.; TORESINI, L. **O crime louco**. Virgílio de Mattos (Organizador). Maria Lúcia Karam (Tradutora). Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

WANDERLEY, H. G. F. **Doidos[as] e Doutores**: a medicalização da loucura na Província/Estado da Parahyba do Norte 1830-1930. 465 f. Tese (Doutorado em História). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

WEIGERT, M. de A. B. e. **Entre silêncios e invisibilidades:** os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciais brasileiros. 211 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

_____. **Mulheres em cumprimento de medida de segurança:** silêncio e invisibilidade nos manicômios judiciais brasileiros. In: CARVALHO, S. WEIGERT, M. de A. B. Sofrimento e clausura no Brasil contemporâneo: estudos críticos sobre fundamentos e alternativas às penas e medidas de segurança. 1. ed. Florianópolis: Empório do Direito, p. 131-150, 2017a.

_____. **Vidas nuas e os manicômios judiciais no limiar do campo de concentração.** In: CARVALHO, S. WEIGERT, M. de A. B. Sofrimento e clausura no Brasil contemporâneo: estudos críticos sobre fundamentos e alternativas às penas e medidas de segurança. 1. ed. Florianópolis: Empório do Direito, p. 115-130, 2017b.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros:** Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Coleção Loucura e Civilização. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ZAFFARONI, E. R. *El discurso feminista y el poder punitivo.* In: SANTAMARIA, R. Á.; SALGADO, J.; VALLADARES, L. (Org). *El género en el derecho: Ensayos críticos.* Quito: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, p. 321-334, 2009. Disponível em: <http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/4_Genero_en_el_derecho.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

_____. **O inimigo no direito penal.** Tradução de Sérgio Lamarão. Rio de Janeiro: Revan, 2ª reimpressão, 20014.

ZALUAR, A. **Teoria e prática do trabalho de campo.** Alguns problemas. In: CARDOSO, R. A aventura antropológica. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

ZANELLO, V. **A saúde mental sob o viés do gênero:** uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Org.). Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Appris, p. 41-58, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E
POLÍTICAS PÚBLICAS**

Prezada/o,

Você está sendo convidada/o para participar da pesquisa intitulada: “Desinstitucionalização de pessoas submetidas à medida de segurança: de dentro para fora da Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba”, a ser realizada pela mestrand OLÍVIA MARIA DE ALMEIDA, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba (PPGDH/UFPB), sob a orientação do professor Dr. Gustavo Barbosa de Mesquita Batista.

O objetivo geral dessa pesquisa é analisar o processo de desinstitucionalização das medidas de segurança, com foco nos casos de pessoas que permanecem na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba (PPF/PB) com sentença de desinternação prolatada. Já os objetivos específicos são: Identificar os casos de pessoas internadas na PPF/PB com sentença de desinternação prolatada; investigar a incidência da Reforma Psiquiátrica no sistema de determinação das medidas de segurança na PPF/PB; analisar as atribuições e os posicionamentos das/os profissionais envolvidas/os na determinação e na execução da medida de segurança no estado da Paraíba; e compreender as percepções e os desafios a respeito da desinstitucionalização no contexto das medidas de segurança.

Esta pesquisa se justifica diante da necessidade de se estudar a realidade das pessoas internadas na PPF/PB, submetidas a medidas de segurança. Como finalidade, observar esta realidade e a relação dos órgãos responsáveis pela determinação e execução desta medida, tendo por fundamento os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e a experiência dos segmentos do movimento social antimanicomial. Para tanto, se adotou a realização de entrevistas semiestruturadas como parte dos procedimentos metodológicos para coleta de dados, baseados na análise qualitativa.

Assim, visando contribuir no contexto mencionado, gostaria de consultá-la/o sobre seu interesse e possibilidade de contribuir com esta pesquisa. Você foi selecionada/o devido à sua relação com o objeto de estudo, contudo, sua participação é voluntária. Você poderá pedir novas explicações, interromper ou desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Caso decida aceitar o convite, você será submetida/o aos seguintes procedimentos: entrevista semiestruturada individual e observação não formal na instituição na qual está internada/o ou na qual trabalha. Também será realizada a análise documental em processos em trâmite na VEP/PB e em prontuários na PPF/PB. Neste sentido, a sua participação consistirá em responder livremente às questões que serão realizadas pela pesquisadora.

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: contribuir para a construção do conhecimento em torno da realidade das pessoas em sofrimento mental internadas na PPF/PB e com reflexões acerca da prática profissional no âmbito do sistema de determinação das medidas de segurança no Estado da Paraíba.

Você receberá as informações necessárias acerca desta pesquisa antes, durante e após sua conclusão. Os riscos envolvidos com sua participação podem ser a possibilidade de desconforto ou constrangimento pelo processo de observação e de respostas às perguntas, e o cansaço no decorrer da entrevista. Serão seguidos todos os preceitos éticos para que estes riscos sejam minimizados.

As entrevistas serão gravadas em equipamento de áudio para posterior transcrição, com possíveis intervenções quando pertinentes, e serão armazenadas em formato PDF. Estes arquivos ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável em local seguro e estarão à sua disposição. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento.

A divulgação dos resultados também será feita de forma a não identificá-la/o. Neste sentido, é de suma importância sua permissão para gravar o seu depoimento e para divulgar estes resultados em eventos científicos nas áreas de Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, e em outras áreas afins, e para publicá-los em periódicos e livros. A pesquisadora garante que estes resultados serão devolvidos às/aos participantes através do envio de cópia digitalizada da dissertação oriunda dessa pesquisa.

Se você tiver algum gasto decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcida/o, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizada/o. Você ficará com uma cópia deste Termo e no caso de dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar a

qualquer momento à pesquisadora responsável ou ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB (CEP/UFPB).

Este documento foi revisado e aprovado pelo CEP/UFPB. Quaisquer dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas a este Comitê no endereço do Centro de Ciências da Saúde - 1º andar, Campus I - Cidade Universitária CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB, fone (83) 3216-7791 e e-mail - eticaccsufpb@hotmail.com, com o horário de funcionamento das 08:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00 hs.

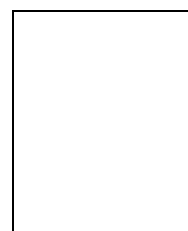
Consentimento Livre e Esclarecido: Diante do exposto, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, seus procedimentos, benefícios e riscos envolvidos, e sua relevância, e concordo em participar voluntariamente dela, como também concordo que os dados coletados sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa/PB, ____ de _____ de 2018

Nome da/o participante da pesquisa:

Assinatura da/o participante da pesquisa ou responsável legal

Impressão Datiloscópica



Assinatura da testemunha

Olívia Maria de Almeida
Pesquisadora responsável - Mestranda do PPGDH/UFPB

Contatos

- Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas (PPGDH/UFPB) – Central de Aulas, Bloco B. Jardim Cidade Universitária – Campus I - CEP: 58051-900. Telefone: (83) 3209-8799 / (83) 3216-7468

Email: ppgdh.ufpb@gmail.com

- Olívia Maria de Almeida – pesquisadora responsável

Email: oliviaa_almeida@hotmail.com / almeidaolivia22@gmail.com

**APÊNCIDE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA DESTINADO A PESSOAS
SUBMETIDAS À MEDIDA DE SEGURANÇA**

Dados de identificação

Idade:

Raça/cor/etnia:

Naturalidade:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Filhas/os:

Perguntas

1. Você poderia falar como era sua vida antes de entrar na PPF/PB?
2. Você passou por outras instituições ou serviços de saúde mental antes de chegar na PPF/PB?
3. Você pode me contar como chegou à PPF/PB?
4. Como é/era o seu cotidiano dentro da PPF/PB?
5. Você conversou com quais profissionais na PPF/PB? Você recebe/recebeu assistência social e médica nesta instituição?
6. Desde a data em que entrou na PPF/PB, você saiu alguma vez? Em qual situação?
7. Como é sua relação com suas/seus familiares? Você recebe/recebeu visitas?
8. Você tem advogada/o ou defensora pública atuando no seu processo? Com que frequência você encontra ou encontrou esta/e profissional? Como foi/foram este/s encontro/s?
9. Você esteve em alguma audiência durante o período de internação na PPF/PB? Se sim, como foi?
10. Você pode me contar como foi o processo de saída da Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF/PB) e chegada ao Serviço Residencial Terapêutico (SRT)?*
11. Como é o dia a dia de vocês no SRT?*
12. Como você percebe a garantia dos seus direitos na PPF/PB/e no SRT?

_____, ____ de _____ de 2018

Data e local da entrevista

* Estas perguntas foram direcionadas apenas aos homens moradores do SRT.

APÊNCIDE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA DESTINADO A PROFISSIONAIS

Dados de identificação

Escolaridade/área de formação:

Perguntas

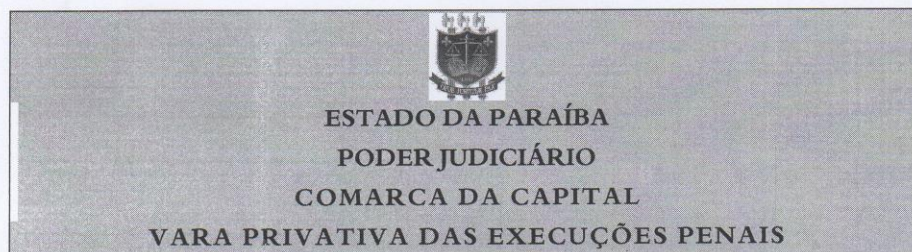
1. Há quanto tempo você trabalha aqui? Qual o seu vínculo empregatício?
2. Como é o seu trabalho aqui? Quais normas regulam seu dia a dia no trabalho?
3. De que forma você se aproximou e acompanhou os casos das pessoas que permanecem na Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF/PB) com sentença judicial favorável à desinternação?
4. No seu trabalho junto aos casos mencionados, há comunicação ou articulação com outras instituições ou órgãos, em especial aqueles responsáveis pela determinação e execução das medidas de segurança, ou com serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?
5. Você conhece a Reforma Psiquiátrica?
6. Como você percebe a incidência da Reforma Psiquiátrica no seu trabalho? E no sistema de determinação e execução das medidas de segurança?
7. O que você compreende por desinstitucionalização?
8. Quais desafios você encontra no seu trabalho frente aos casos das pessoas que permanecem na PPF/PB com sentença de desinternação e aos princípios da Reforma Psiquiátrica?
9. Você está ciente das reformulações na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas ocorridas no fim de 2017? Elas têm sido discutidas no seu ambiente de trabalho?
10. Você conhece as experiências antimanicomiais brasileiras que atuam junto ao público em sofrimento mental autor de crime, a exemplo do PAI-PJ, PAILI e PRAÇAÍ?*

_____, ____ de _____ de 2018
Data e local da entrevista

* PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário; PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator; e PRAÇAÍ - Programa de Atenção Integral às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Pará.

ANEXOS

**ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA VARA DE EXECUÇÕES PENAIS DO TRIBUNAL
DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA**



Vistos, etc.

Trata-se de pedido de **autorização de acesso aos processos dos internos da Penitenciária de Psiquiatria Forense da Capital em trâmite na VEP e realização de entrevistas com este público**, com o intuito de coletar dados para a pesquisa de campo referente ao Projeto de Pesquisa "Desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental autoras de delito no Estado da Paraíba, : uma análise na perspectiva dos direitos humanos, aprovada na seleção de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba, em 09 de agosto de 2016.

O objetivo da pesquisa é analisar os fatores envolvidos na internação de pessoas que têm atestada a cessação da periculosidade, mas permanecem na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba e o posicionamento dos órgãos responsáveis pela cessação da medida de segurança.

Isto posto, considerando a relevância do tema objetivo de estudo, que, inclusive, matéria de atenção da Vara de Execução Penal, **autorizo de acesso aos processos dos internos da Penitenciária de Psiquiatria Forense da Capital em trâmite na VEP, na seguinte forma:**

- A pesquisadora Olívia Maria de Almeida deverá encaminhar a relação dos internos e a especificação da informação necessária para fins de agendamento de atendimento com servidor do Cartório da Vara de Execução Penal da Capital, uma vez que o processo é eletrônico, exigindo senha própria de acesso.

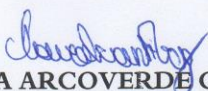
A handwritten signature in blue ink, located at the bottom right of the page.

Outrossim, **autorizo a realização da entrevista com os pacientes da Penitenciária de Psiquiatria Forense da Capital**, desde que haja expresse consentimento e que os médicos psiquiatras da unidade não oponham óbice, devendo serem observadas as regras de segurança do referido estabelecimento.

Comunique-se a presente decisão à Direção da Penitenciária de Psiquiatria Forense e ao professor requerente.

Diligências legais.

João Pessoa, 28/06/2016.


ANDRÉA ARCOVERDE CAVALCANTI VAZ
Juíza de Direito

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÕES DA SECRETARIA DE ESTADO DA CIDADANIA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA DA PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

www.paraiba.pb.gov.br

**SECRETARIA DE ESTADO DA
ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA**

TERMO INSTITUCIONAL

João Pessoa, 21 de julho de 2017.

Tendo lido e estando de acordo com a metodologia proposta, a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária autoriza a execução do projeto de mestrado intitulado: **DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL AUTORAS DE DELITO NO ESTADO DA PARAIBA: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DE DIREITOS HUMANOS**, desenvolvido pela pesquisadora **Olívia Maria de Almeida**, RG: 3.590.252 SSDS/PB, sob orientação do professor **Dr. Gustavo Barbosa de Mesquita Batista**, SIAPE nº 1.453.013 nesta Instituição.

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador e do orientador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12, sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia do Relatório de Execução para esta Gerência Executiva de Ressocialização.


ZIOELMA ALBUQUERQUE MAIA
Gerente Executiva de Ressocialização
Matrícula 172.170-4



SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
GERÊNCIA EXECUTIVA DO SISTEMA PENITENCIÁRIO - GESIPE

Ofício nº 2540/2017/GESIPE

João Pessoa, 07 de julho de 2017.

Ilmo.

Prof. Dr. Gustavo Barbosa de Mesquita Batista
Vice Coordenador do PPGDH-UFPB
Orientador de Pesquisa de Mestrado
Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos
Universidade Federal da Paraíba

GESIPE

Assunto: **Anuência ao Projeto de Pesquisa**

Senhor Vice Coordenador,

Em atenção ao Ofício nº 01/2017, oriundo do Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos do Centro de Ciências Humanas Letras e Artes – CCHLA/UFPB, informo a Vossa Senhoria que esta Gerência, em consonância com despacho exarado pela Gerência de Inteligência e Segurança Orgânica da Secretaria de Administração Penitenciária da Paraíba, **concorda integralmente com a execução da pesquisa de campo na Penitenciária de Psiquiatria Forense nesta capital, a ser realizada pela mestrandia Olívia Maria de Almeida.**

Atenciosamente,

João Paulo F. Barros - ASP/PB
Gerente Executivo
Sistema Penitenciário
Mat: 163.471-2

JOÃO PAULO FERREIRA BARROS – ASP
Gerente Executivo do Sistema Penitenciário

ANEXO 3 - MATÉRIA DO JORNAL A UNIÃO: “RENASCIMENTO: UMA HISTÓRIA DE MUITO AMOR”, DE 19 DE AGOSTO DE 2016, ANO CXXIIL, NÚMERO 173

Paraíba

5 A UNIÃO João Pessoa, Paraíba - SEXTA-FEIRA, 19 de agosto de 2016

Vice-governadora
Inaugura ampliação do
EAC do Juliano Moreira

Página 6

RENASCIMENTO

Uma história de muito amor

Após 16 anos, reeducando encontra familiares que também o procuravam

Alexandre Macedo
alexandre.macedo@gmail.com

A história de Davi Luiz dos Santos seria mais uma entre tantas que acontecem na Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) da Paraíba, não fosse o fato dele ter passado 16 anos recluso na unidade, onde por falta de documentação e complicações de memória, viveu sem que as pessoas soubessem ao menos o seu nome, ficando conhecido como “Zé da Silva” e posteriormente, “Zé Sem Nome”. Então, a sua família veio buscá-lo, resultado de um trabalho investigativo, intuitivo, persistente e de muita dedicação por parte da Secretaria de Administração Penitenciária (Seap) na procura da família do recluso, para que ele pudesse ter a oportunidade de no dia de ontem, voltar ao seio da família, que reside na cidade de Recife, em Pernambuco.

Os irmãos de Davi Luiz - Luiz Maria dos Santos e Edson Luiz dos Santos - estiveram no final da manhã de ontem, na PPF, para buscá-lo e com uma grande e perceptível alegria, seguiram em direção ao vizinho Estado de Pernambuco com o irmão Maria dos Santos, definiu a sua emoção: “Aconteceu um milagre, ele ressuscitou para nós”. Adiante, a mãe de Davi Luiz, acrescentou: “Volto para casa com a sensação de que a nossa família agora está completa”, ressaltou.

Entenda o caso

No dia 27 de outubro do ano 2000, o Sr. José da Silva, oriundo da Comarca de Guarabira, Paraíba passou a fazer parte da população do Instituto de Psiquiatria Forense, atualmente Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba. Sem informações sobre os pais ou familiares, Zé da Silva praticamente não falava. A realização de exame de sanidade mental apontou o motivo de internamento, que não era igual ao da maioria dos outros internos, o Sr. José da Silva praticou uma simples contravenção, como consta no seu prontuário, datado de 25 de outubro de 2000.

Desleixado com a aparência, inquieto e totalmente alheio ao mundo que o cercava, o interno pouco se comunicava. Quando o fazia tratava a si mesmo como se fosse de outra pessoa. Ele se chamava José da Silva e o próximo que podia dizer sobre si era que residia anteriormente na Vila Aratana, em Camaragibe, Pernambuco.

Foi tratado com medicamentos psicotrópicos, porém demonstrou pouca melhora. Foi diagnosticado com esquizofrenia. Ainda naquela época, pouco podia ser feito para melhorar de seu quadro, pois eram indispensáveis o apoio e a presença familiar, segundo os médicos peritos. E justamente esse vínculo com a família, “Zé Sem Nome” não tinha.

Com comportamento inusitado, não usava sandálias e não se alimentava como os demais, medicado era uma mis-



Os irmãos Edson Luiz dos Santos e Luiz Maria dos Santos em conversa com Davi Luiz (ao centro)



Os reclusos Sebastião Simplicio e Francisco José de Moura emocionados durante a despedida do amigo



A equipe da PPF preparou um café da manhã especial para marcar um momento importante para a instituição

são especial para o corpo de enfermagem, pois ele só aceitava pilulas se fossem brancas. Era sempre uma dificuldade convenci-lo a tomar banho, mas era comum que houvesse servidores e pacientes habéis na tarefa de auxiliá-lo a realizar a higiene pessoal, a exemplo dos internos Sebastião Simplicio e Francisco José de Moura, que se emocionaram bastante na manhã de ontem, durante a despedida do amigo da instituição.

Segundo o diretor da unidade, Rogério Gominho, em 2007, a instituição recebeu a sentença exarada no ano de 2004 que declarava extinta sua punibilidade, mas abandonando-a à própria sorte seria um crime maior do que o praticado por “Zé Sem Nome”. Ainda assim, a Defensoria Pública requereu o Alvará de Soltura naquele mesmo ano, mas a ordem de liberdade não veio. Então, em 2012, foi necessária a intervenção da Defensoria Pública para uma nova solicitação de intervenção do paciente psiquiátrico, mas permanecendo recolhido em um hospital de custódia. A Defensoria, ainda aguardava um posicionamento da Justiça, quando requereu a transferência para a Colônia Psiquiátrica Juliano Moreira.

O reencontro na PB

No final da tarde de 8 de outubro de 2015, um oficial de Justiça chegou para cumprir um Alvará de Soltura. Ávido em trazer boa notícia para aquele interno que estava prestes a ganhar a liberdade. Foi grande seu espanto ao identificar um interno que não queria ao menos vê-lo, quanto mais ganhar a liberdade. Foi depois de 16 anos de internamento, era muito raro que alguém ainda o estivesse procurando, mas os servidores do manicômio judiciário fizeram surgir uma nova esperança quando o setor psicológico procurou ajuda profissional, com o chefe de gabinete da Seap - que é investigador por profissão, Paulo Sérgio Lopes Angelim.

Na cidade de Guarabira não existia qualquer informação que ajudasse a localizar os familiares, assim, a Vila Aratana que ele falava passou a ser o novo alvo da busca. Descobriu-se que a vila era uma rua do bairro de Guarabira, na cidade do Recife, a partir desse fato, surgiu uma luz no fim do túnel.

Outro golpe de sorte conspirou para o destino almejado. Manoel Pedro Celestino Filho, agente de segurança da Paraíba, dispôs-se a auxiliar nas buscas, pois além de residir em Recife, conhece algumas pessoas no bairro de Guarabira. Tendo consigo informações, foto e boa vontade, Ma-

noel se dirigiu ao líder comunitário de Guarabira. Solicito como é de costume aos líderes comunitários, ele teve a lembrança de uma família que há anos procurava um parente desaparecido.

Após esse primeiro contato, um membro da família encontrou Manoel Pedro Celestino Filho. Este agente mostrou uma fotografia que fez brilhar os olhos da irmã que tinha a esperança de um reencontro. Novas fotografias foram encaminhadas e uma visita foi marcada para o último sábado (13 de agosto). Neste momento, na sala da psicóloga Ana Campos, duas irmãs e um sobrinho puderam abraçar Zé da Silva. O reencontro despertou alegria e foi bastante comemorado.

A partir daí, a família apresentou a Certidão de Nascimento de Davi Luiz, que passou a ter novamente um nome de batismo e o carinho dos familiares.

Davi Luiz dos Santos, filho de Dona Esmeraldina Maria dos Santos, nascido em 10 de outubro de 1968 na cidade de Recife, voltou ontem para a sua terra natal com um sorriso largo no rosto em companhia de sua família. A despedida de Davi Luiz dos Santos certamente mereceu a comemoração da equipe do Instituto de Psiquiatria Forense da Paraíba, que se despediu emocionada do mais antigo interno daquela instituição.



Prontuário de Davi Luiz, datado de outubro de 2000

Nota publicada no Diário de Pernambuco em 2004

**ANEXO 4 - MATÉRIA DO JORNAL DA PARAÍBA, CADERNO CIDADES:
“INVISÍVEIS PARA SOCIEDADE E ESQUECIDOS PELAS FAMÍLIAS”, DE 05 DE
JULHO DE 2015**



Invisíveis para sociedade e esquecidos pelas famílias

Pesquisa da UNB revela que internos em hospital de custódia na PB ficam no local, mesmo podendo ganhar a liberdade

Valéria Sinésio

Invisíveis para a sociedade e esquecidos pelas próprias famílias, homens considerados inimputáveis perante a Justiça parecem receber o atestado de anônimos quando ultrapassam os portões do Instituto de Psiquiatria Forense da Paraíba (IPF-PB), o antigo Manicômio Judiciário, em João Pessoa. Negligenciados à própria sorte, muitos acabam ficando no local mesmo quando deveriam ganhar a liberdade.

Seja pela demora no julgamento dos processos ou pelo abandono da família, os internos do IPF são, de certa forma, condenados à 'prisão perpétua do esquecimento', ainda que sem as grades, em uma clara violação aos direitos humanos. Segundo a Secretaria de Administração Penitenciária da Paraíba (Seap-PB), das 90 pessoas internadas na unidade, 62% delas (56 pacientes) são provisórias, que estão em tratamento ou internadas para serem submetidas a exame médico psiquiátrico. As mulheres são

encaminhadas para o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, também na capital.

Embora a superlotação não seja um problema sério na instituição, que tem capacidade para 86 internos, a situação da Paraíba não difere muito das outras unidades do país, segundo estudo feito pela professora Débora Diniz, do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) – que fez o primeiro mapeamento nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico do país. A pesquisa foi publicada em 2013 e a contagem em 2011.

A demora no julgamento dos processos implica em manter recluso quem deveria estar nas ruas. Segundo a lei, ao cessar a periculosidade, o que deve ser constatado por atestado médico, o paciente deve ser liberado. Mas a sentença de desinternação, internação sem processo judicial ou medida de segurança extinta não representam, necessariamente, liberdade. Quando visitou o IPF há quatro anos, a pesquisadora constatou que a unidade contava com 98 inter-

nos e pelo menos 15 deles não deveriam estar lá.

As paredes do instituto guardam lembranças amargas. No ano de 2013, um interno foi encontrado morto com sinais de asfixia. Outro paciente foi apontado como autor do homicídio. A ocorrência de crimes dentro da unidade é sinal que alguma coisa está errada. Ao serem considerados inimputáveis, os pacientes devem receber tratamento adequado de saúde e assistência social.

No mesmo ano, o Ministério Público Estadual da Paraíba denunciou um ex-diretor da instituição por assédio sexual, apropriação indébita e peculato. Segundo a denúncia, familiares do paciente reclamavam, na época, de que ele estaria com os cartões de benefícios dos internos. A suspeita era de que estava havendo desvio de benefícios. O JORNAL DA PARAÍBA solicitou a entrada no instituto para saber a situação atual, mas não obteve resposta da Seap.

Continua na Página 2

Situação do hospital de custódia em João Pessoa

PESSOAS INTERNADAS



PERFIL DOS INTERNADOS (MAIORIA)

- Masculino
- Negra
- Analfabetos ou com baixa escolaridade
- Média de 37 anos
- Solteiros

PRINCIPAIS INFRAÇÕES COMETIDAS

- Crimes contra a vida - **43%**
- Crimes contra o patrimônio - **30%**
- Crimes contra a dignidade sexual - **15%**
- Lesão corporal - **7%**
- Ameaça - **3%**

Fonte: informações constam no estudo 'A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil' - 2013. O estudo é o único existente no país, portanto são os dados mais recentes disponíveis sobre essa realidade.

TEMPO HOJE

LITORAL
Máx. 28°
Min. 23°

CARIRI
Máx. 27°
Min. 21°

SERTÃO
Máx. 31°
Min. 22°

FASES DA LUA

CHEIA
01 DE JULHO

MINUANTE
08 DE JULHO

NOVA
15 DE JULHO

CRESCENTE
24 DE JULHO

MARÉS

BAIXA: 00h15-0.3m

ALTA: 06h30-2.5m

BAIXA: 12h47-0.2m

ALTA: 19h06-2.3m



Painel Lojista

CDL
Associação Brasileira
(81) 3182.5000 - (81) 8876.4457
impressa@cdlcampina.org.br
www.cdlcampina.org.br



Inadimplência em Campina Grande registra alta

O número de pessoas endividadas em Campina Grande cresceu 12,2% no acumulado dos seis meses de 2015. Foram 8.129 mil consumidores negativados neste ano contra 7.242 mil no 1º semestre do ano passado, conforme a pesquisa realizada mensalmente pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC Brasil). A alta, segundo o presidente da CDL, Artur Almeida, foi influenciada por fatores da economia nacional. "Por causa da crise, muita gente perdeu o emprego e por isso não está conseguindo quitar todas as contas do mês", completou.

Devedor pode ser inscrito no SPC

Os nomes dos consumidores com dívidas provenientes das relações de consumo podem ser inseridos nos cadastros de serviços de proteção ao crédito, mesmo que o débito esteja sendo discutido na esfera judicial. Este foi o entendimento da Corte de Justiça paraibana ao deferir a liminar para suspender a Lei estadual nº 10.427/2015, que proíbe a inscrição dos devedores nos cadastros de inadimplentes, caso a dívida seja objeto de discussão perante o Poder Judiciário.

Lei incentiva a inadimplência

De acordo com o desembargador José Ricardo Porto, relator da ação, a legislação estadual, ao vedar a inscrição de devedores nos cadastros de inadimplência, pelo simples fato da dívida encontrar-se sendo discutida na Justiça, invade a esfera exclusiva da União para legislar sobre Direito Civil e extrapola os limites do Estado na edição de normas consumeristas. Ainda para o desembargador, uma lei que proíbe a inscrição dos consumidores inadimplentes nos cadastros de restrição ao crédito pelo motivo em questão pode incentivar a inadimplência, causando perdas econômicas imediatas às empresas com atuação no território paraibano.

Lojistas ainda podem aderir à Liquida Campina

A Câmara dos Dirigentes Lojistas (CDL) de Campina Grande segue credenciando as lojas para participar da Liquida Campina 2015, que acontece neste mês de julho. A maior campanha do comércio varejista paraibano, que este ano chega a sua 13ª edição, tem o objetivo de impulsionar as vendas de mais de setecentas lojas credenciadas na cidade e região. Os lojistas não associados à CDL também podem participar da campanha, através da aquisição do kit, que contém a sinalização da promoção, credenciamento e cupons para sorteio de prêmios. Para saber como fazer a adesão basta entrar em contato com o departamento comercial da CDL pelo telefone 3182.5001 ou acessar o site www.cdlcampina.org.br/liquida.

CDL inicia entrega dos kits da Liquida Campina

Os kits da Liquida Campina 2015 (Composto por bandeirinhas, cartazes, cartelas de preço, cupons e faixa de vitrine) começam a ser entregues nesta terça-feira (07), aos lojistas participantes da campanha. A entrega acontece das 08h às 18h, sem intervalo para o almoço, na sede da CDL, localizada na Rua Barão do Abaí, nº 24, no Centro de Campina Grande. Maiores informações: 3182.5000.

Participantes da Liquida Campina passam por capacitação

Os lojistas associados ou não associados da CDL que já aderiram à Liquida Campina 2015 irão participar do treinamento de vendas "Segredos para vender mais e melhor", com o palestrante Beto Chaves, autor do livro "Papo de Empreendedor". O evento acontece nos dias 6 e 7 de julho, às 18h30, no auditório do colégio das Damas e tem o objetivo de apresentar ideia para melhorar a qualidade no atendimento nas lojas e gerar aumento nas vendas.

Frases

"Convido os lojistas de Campina e região a procurarem CDL Campina Grande e aderirem à Liquida Campina. Considerada um dos maiores eventos promocionais do comércio varejista, ao lado do natal e do dia das mães, é uma data esperada por consumidores de todo o estado, sendo uma oportunidade ímpar para alavancar vendas. Participe!"

Locais são considerados um "depósito de gente"

Professora afirma que invisibilidade não foi rompida com a Reforma Psiquiátrica

Valéria Sinésio

Enclausurados no que a professora Débora Diniz, autora da primeira pesquisa sobre o assunto no país, classifica de

Segundo a pesquisadora, essa população continua esquecida, marginaliza. "São praticamente uma sombra", afirma

"depósito de gente", essas pessoas são duplamente marginalizadas: pelo crime cometido e pela doença mental. A sociedade não faz questão de enxergá-las, a Justiça não acelera os processos e a família simplesmente as abandona. A violação dos direitos humanos de quem vive no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico é um drama que parece não incomodar quem está do lado de fora dos altos muros da instituição.

"Lugares que abrigam loucos infratores" que estão há 10, 20, 30 anos presos, sem contato com a família, sem acesso à saúde e tratamento, sem uma sentença de desinternação porque jogaram uma pedra em alguém, são verdadeiros depósitos de gente", afirmou. Antes

do estudo de Débora, essas pessoas sequer representavam um número. "Ser contado em um censo nacional é uma forma de existir", afirmou a professora, que precisou enfrentar toda a burocracia possível para adentrar nas instituições. O que ela lamenta é não ter contado as histórias de vida dos internos. O trabalho se resumiu a contá-los, mas isso já se torna significativo.

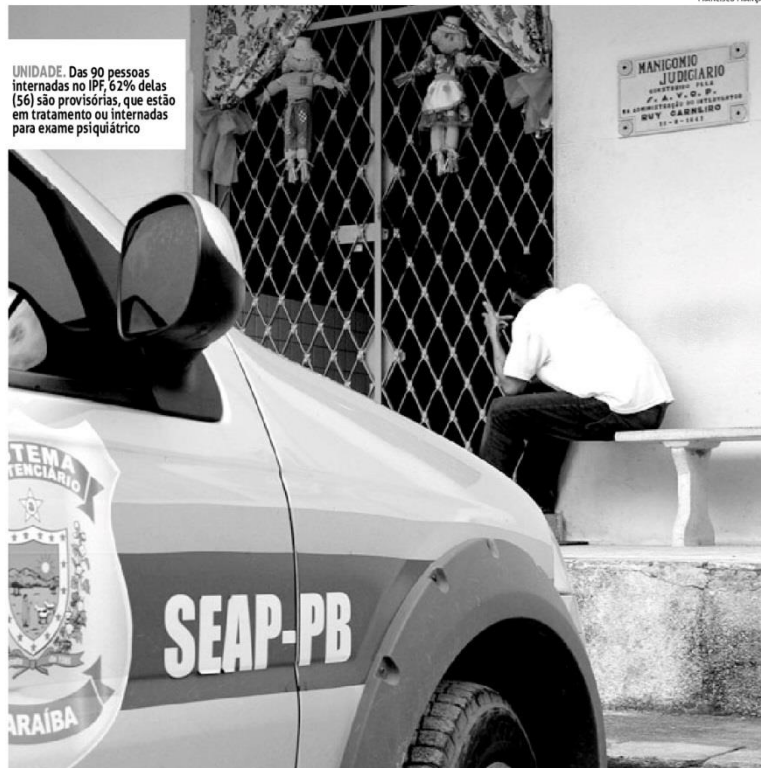
Segundo a pesquisadora, a invisibilidade do louco infrator não foi rompida com a Reforma Psiquiátrica. "Essa população continua esquecida, marginalizada. São praticamente uma sombra. Vivem em um limbo, onde as políticas públicas no campo da saúde ou da segurança pública não chegam",

afirmou. Apesar das críticas, Débora disse que a solução não estaria no fim dessas instituições.

Ela explicou que é a favor do cuidado com esses pacientes. "Eles precisam de cuidado e de uma revolução na política pública que a Reforma Psiquiátrica não conseguiu trazer para essa população. Estamos falando de indivíduos há mais de 30 anos encarcerados. Lembro que não há prisão perpétua em nosso Código Penal, mas os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico têm exemplos de como as violações de direitos humanos estão ali, por cima do muro do hospital", declarou.

(* Os pesquisadores utilizam a expressão "louco infrator" nos estudos)

FRANCISCO FRANÇA



Prazo de exames é respeitado, diz juíza

Respondendo atualmente pela Vara de Execuções Penais (VEP), a juíza Hignya Simões disse que o prazo legal para a realização dos exames dos pacientes vem sendo respeitado. "Os internos que se encontram custodiados no IPF são submetidos à pericia em tempo hábil", declarou. Ela lembrou que a instituição é a única de sua natureza em todo o Estado.

De acordo com Hignya, todos os pacientes que estão em cumprimento de medida de segurança na modalidade internamento, próximo ao tér-

rido do desinternamento condicional. "Após a petição que requer o desinternamento, é relativamente comum que a decisão exceda o tempo da medida", afirmou a juíza.

Segundo ela, são poucos os casos nos quais o paciente, mesmo tendo direito ao desinternamento, permanece na unidade. "Tal problema ocorre devido ao abandono de familiares ou a não localização desses e até mesmo sua inexistência", frisou. Para reverter essa situação, contou a juíza, a direção da unidade junto ao setor psicossocial busca ou-

Camisa de força não é mais permitida

Quando se fala em pessoas com transtornos mentais, a primeira imagem que vem à mente é de alguém sendo colocado em uma camisa de força, mas isso não é mais permitido pela legislação. Na Paraíba, a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (7.639/2004), aboliu o uso da camisa de força, bem como a utilização de celas fortes e de qualquer outro tipo de procedimento violento e desumano. Ao ser criada, a lei abriu horizontes para um tratamento mais humano e respeitoso para com os pacientes.

De acordo com o texto da

o vínculo com os familiares – o que representa um dos grandes problemas no Instituto de Psiquiatria Forense da Paraíba.

Os pacientes da unidade devem ter, segundo a lei, garantidas a reinserção familiar ou, quando isso não for possível, a adoção por famílias substitutas, ou ainda a transferência para residências terapêuticas ou lares fora dos limites físicos do hospital psiquiátrico. Passados 11 anos da existência da lei, isso ainda é utopia para quem está condenado a ser esquecido pela sociedade e pela família.

Atividades auxiliam no processo de reabilitação

Internos do IPF cuidam de horta, fazem trabalhos manuais e terapia ocupacional

Valéria Sinésio

Criado em 1943, o Instituto de Psiquiatria Forense da Paraíba (IPF-PB) está sob responsabilidade da Secretaria de Administração Penitenciária da Paraíba (Seap-PB), que afirma que nem tudo é negativo dentro dos muros

ros da instituição. Várias atividades são desenvolvidas na unidade, a exemplo da horta terapêutica, criada há dois anos. É a horta que ajuda na reabilitação dos pacientes, segundo informou a secretária.

Os internos também participam de trabalhos manuais, terapia ocupacional, ludoterapia, realização de cultos e missa e eventos de datas comemorativas, como São João e Natal. Ainda de acordo com a Secretária de Administração Penitenciária da Paraíba, os pacientes do instituto participam de palestras educativas, as quais discutem temas de interesse deles; além de outras atividades ocupacionais.

bém participam de trabalhos manuais, terapia ocupacional, ludoterapia, realização de cultos e missa e eventos de datas comemorativas, como São João e Natal. Ainda de acordo com a Secretária de Administração Penitenciária da Paraíba, os pacientes do instituto participam de palestras educativas, as quais discutem temas de interesse deles; além de outras atividades ocupacionais.

A secretária informou ainda

que quatro médicos atendem na unidade psiquiátrica, que conta ainda com enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e técnicos de enfermagem.

Apesar do esforço da administração, os moldes de presídio estão presentes no instituto, que tem a segurança feita por 16 agentes penitenciários.

UNIDADE. Criado em 1943, o Instituto de Psiquiatria Forense da Paraíba (IPF-PB) conta com 16 agentes penitenciários fazendo a segurança



Pacientes ainda à espera de solução

Coordenadora do Grupo de Extensão Loucura e Cidadania, do Centro de Referência em Direitos Humanos, da Universidade Federal da Paraíba

O caminho defendido por Ludmilla é tratar os pacientes como sujeitos de direitos, cidadãos

(UFPA), a professora Ludmilla Correia destacou que a situação das pessoas com transtorno mental que cumprem medida de segurança nos hospitais de custódia e tratamento no Brasil permanece à espera de solução. Segundo ela, "ainda não existe um entendimento uniforme no país, sobretudo nas instâncias do Poder Judiciário, no sentido de que, mesmo com a reforma na legislação penal, seja possível começar a compatibilizar a assistência das pessoas consideradas imputáveis".

A professora Ludmilla Correia disse que percebeu,

durante seus estudos, que as pessoas com transtornos mentais acusadas de crime geralmente vêm de extratos sociais desfavorecidos, o que reflete diretamente no cerceamento do acesso à Justiça, "uma vez que não possuem os recursos necessários para constituir advogado".

Fica claro, portanto, que existe uma seletividade por parte de atores da Justiça e segurança no país em relação às pessoas que precisam de assistência jurídica, o que acaba gerando um caso maior em relação às pessoas com transtornos mentais que cometem crime, pelo estigma que já falei anteriormente", declarou a pesquisadora.

O caminho defendido por Ludmilla é tratar os pacientes dessas unidades como sujeitos de direitos, como cidadãos. "É preciso desconstruir o estigma em torno da pessoa com transtorno mental internada em um hospital de custódia e enxergá-la como destinatária dos direitos humanos, como qualquer outra", pontuou a pesquisadora. Ela defendeu também a criação de mecanismos que possam garantir efetivamente os direitos desse grupo social.

Visita da família aos internos é rara

Mesmo em dias de visitas no IPF-PB, o pátio fica vazio. São poucas as pessoas que saem de suas casas para visitar familiares que se encontram internados. Duas vezes por mês, a dona de casa Elizeth Antônio da Silva comparece ao instituto para encontrar o filho, de 24 anos. Ele está no local desde dezembro, após agredir fisicamente dentro de casa. Segundo ela, o rapaz consumia maconha e crack e, nas crises de abstinência, ficava agressivo. No final do ano passado, em uma dessas crises, partiu para cima da mãe, que ficou caída ao chão. A polícia o prendeu e ele foi levado para o instituto.

Embora tenha sido a vítima do próprio filho, Elizeth é a única pessoa que o visita. A irmã, os tios, os primos e os amigos não cogitam a ideia de ir ao instituto. "O povo quer distância do meu filho. Fico bem triste, mas não posso obrigar ninguém a vir visitá-lo", lamentou. Segundo Elizeth, o grande problema da instituição é que os familiares dos pacientes precisam comprar os próprios remédios, que não seriam entregues pelo Estado. A reportagem ligou para o secretário de Administração Penitenciária (Seap), Wagner Dorta, para ele se pronunciar sobre a denúncia, mas ele não atendeu aos telefonemas.

A aposentada Marlene Figueiredo não visitava o sobrinho do marido há dois meses. Na semana passada, saiu de Queimadas para João Pessoa para trazer alimentos, material de higiene e oferecer-lhe a companhia. Segundo ela, o homem de 50 anos foi parar na unidade por cometer lesão corporal, há oito meses. "Além de mim, ninguém vem visitá-lo. Não quero abandoná-lo. A vida para quem está aqui preso é muito angustiante", declarou Marlene. Segundo ela, o paciente ainda não fez os exames de sanidade mental.



APOIO. Elizeth da Silva vai visitar o filho, que está no IPF desde o último mês de dezembro

Calçadão

Linha direta com a coluna: calcaodo@jornaldaparaiba.com.br

REDUÇÃO NOS ATENDIMENTOS

O Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande registrou uma diminuição de 10,28% no número de atendimentos no primeiro semestre deste ano em comparação ao mesmo período do ano passado. Enquanto que entre os meses de janeiro a junho de 2015 foram atendidas 46.210 pessoas, no primeiro semestre de 2014 o total de atendimentos foi de 51.507 procedimentos.

De acordo com o diretor-geral do Trauma, Geraldo Medeiros, até bem pouco tempo o hospital sofria com uma grande quantidade de pacientes que não passavam por uma triagem e acabavam sendo atendidos no local. Ele explicou que a criação de uma triagem mais ampla evitou que muitos usuários que poderiam ser atendidos em Unidades Básicas de Saúde e em outros hospitais deixassem de receber atendimento do Trauma sendo direcionados para as unidades específicas.

Essa diminuição também foi refletida na quantidade de cirurgias realizadas no Hospital de Trauma. Enquanto que nos primeiros seis meses desse ano 4.500 pacientes passaram por cirurgia, no mesmo período do ano passado o hospital realizou 4.805 cirurgias. Apesar dessa redução ser de apenas 6,3%, o diretor-geral do Trauma de Campina Grande, Geraldo Medeiros, afirmou que essas diminuições são normais sob o ponto de vista do atendimento especializado da unidade.



Uma cena curiosa chamou a atenção na Praça da Bandeira, no Centro de Campina Grande. Um homem se acomodou em um dos lugares para descansar ao som dos voos dos pombos e tirou uma boa soneca durante toda a manhã. Quem estava na praça garante que seria resaca do dia anterior.

Nova data

O monumento dos 150 anos de Campina Grande, às margens do Açude Velho, deve ser entregue no próximo dia 30. Serão homenageados ex-prefeitos e empresários que contribuíram para o desenvolvimento da cidade.

Furto

Motoristas que possuem veículos com estepe externo devem redobrar os cuidados, já que os furtos desse equipamento têm sido cada vez mais frequentes na área central de Campina Grande. Bandidos agem até durante o dia.

Aberto

Ferrozeiros e turistas que frequentam o Sítio São João, no bairro do Catolé, estão sugerindo que a estrutura permaneça funcionando para divulgar o Maior São João do Mundo. Festa será encerrada neste domingo.

Não param

Alunos e funcionários da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) pedem fiscalização da STTP para o desrespeito de motoristas ao semáforo com boteleia em frente à instituição. Fazer a travessia no local é quase impossível.

História

A Secretária de Cultura de Campina Grande vai assinar, em breve, um termo de compromisso com a Fundação Edvaldo do O para receber todo acervo de livros, jornais, pinturas e documentos deixado pelo empresário.

Dança

Estão abertas as inscrições para pós-graduação em Teoria e Movimento da Dança com Ênfase em Danças de Salão que a Universidade Tuiuti do Paraná oferecerá em Campina Grande. Informações no Núcleo de Dança Passo a Passo.

Município

As aulas do 2º semestre do ano letivo na rede municipal de Campina Grande vão começar amanhã com mais 120 professores no quadro efetivo. São 29 mil alunos matriculados nas escolas do município.

Iluminação

Quem trafega à noite pela Praça do Trabalho, no bairro do São José, em Campina Grande, cobra melhorias na iluminação. Escurecimento local vem facilitando a atuação de bandidos, e os assaltos são frequentes.

BIBLIOTECA

Em breve a Biblioteca Municipal de Campina Grande será reaberta. A garantia é da Secretária de Cultura de Campina Grande, que receberá esta semana o prédio reformado e elabora um levantamento dos móveis necessários para a reabertura, incluindo computadores que servirão para a digitalização do acervo. A Biblioteca Pública está fechada há quase dois anos. A única pendência na reforma do prédio que ainda não foi resolvida é o funcionamento do elevador, já que a empresa que ganhou a licitação desistiu de realizar o serviço. Mas, o secretário de Cultura, Lula Cabral, disse que o problema não impedirá a inauguração da reforma e a reabertura da biblioteca.

ANEXO 5 - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL
AUTORAS DE DELITO NO ESTADO DA PARAÍBA: UMA ANÁLISE NA
PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS

Pesquisador: OLÍVIA MARIA DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76765617.8.0000.5188

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.310.319

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS - NÚCLEO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS do CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES, da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, da aluna OLÍVIA MARIA DE ALMEIDA, sob orientação do professor Gustavo Barbosa de Mesquita Batista.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os fatores envolvidos na internação de pessoas que têm atestada a cessação de periculosidade, mas permanecem na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba, e o posicionamento das/os profissionais dos órgãos responsáveis pela execução e cumprimento da medida de segurança frente a esta realidade.

Objetivos Secundários:

a) Identificar os casos de pessoas internadas na PPF/PB que têm atestada a cessação de

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

CEP: 58.051-900

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.310.319

periculosidade;

b) Investigar a incidência da Reforma Psiquiátrica no sistema de execução e cumprimento das medidas de segurança na PPF/PB;

c) Compreender como se dá o processo de desinstitucionalização das pessoas internadas na PPF/PB que tem laudo positivo de cessação de periculosidade;

d) Analisar as atribuições e os posicionamentos dos órgãos responsáveis pela execução e cumprimento da medida de segurança no Estado da Paraíba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos oferecidos em face da participação na etapa de coleta dos dados, há possibilidade de desconforto ou constrangimento pelo processo de observação e de respostas às perguntas, e cansaço no decorrer da entrevista. No entanto, serão seguidos todos os preceitos éticos para que estes riscos sejam minimizados, sejam eles imediatos ou posteriores, nos planos individual ou coletivo (BRASIL, 2012).

Benefícios:

No que tange aos benefícios da pesquisa, ela visa contribuir com a construção de conhecimento em torno da realidade das pessoas em sofrimento mental autoras de delito e com reflexões acerca da prática profissional no âmbito do sistema das medidas de segurança. Neste sentido, as pessoas serão beneficiadas por sua contribuição com a produção deste conhecimento nas áreas de direitos humanos e saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto apresenta coerência científica, mostrando relevância para a academia, haja vista a ampliação do conhecimento, onde se busca, principalmente, analisar os fatores envolvidos na internação de pessoas que têm atestada a cessação de periculosidade, mas permanecem na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba, e o posicionamento das/os profissionais dos órgãos responsáveis pela execução e cumprimento da medida de segurança frente a esta realidade.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.310.319

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de Apresentação Obrigatória foram anexados tempestivamente.

Recomendações:

RECOMENDAMOS QUE, QUANDO DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS, SEJA RETIRADO O NOME DO(A) PESQUISADO(A) DO REFERIDO INSTRUMENTO (RESOLUÇÃO 466/12, DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE).

RECOMENDAMOS TAMBÉM, QUE AO TÉRMINO DA PESQUISA, A PESQUISADORA RESPONSÁVEL ENCAMINHE AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, RELATÓRIO FINAL, DOCUMENTO DEVOLUTIVO DADOS FORAM DIVULGADOS JUNTO À INSTITUIÇÃO ONDE OS MESMOS FORAM COLETADOS E A PESQUISA NA ÍNTEGRA, TODOS EM PDF, VIA PLATAFORMA BRASIL, ATRAVÉS DE NOTIFICAÇÃO, PARA OBTENÇÃO DA CERTIDÃO DEFINITIVA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista o cumprimento das formalidades éticas e legais, SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL A EXECUÇÃO DO PRESENTE PROJETO, DA FORMA COMO SE APRESENTA, SALVO MELHOR JUÍZO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	OLIVIA_INSRUMENTO.pdf	27/09/2017 15:13:25	GERSON DA SILVA RIBEIRO	Aceito
Outros	OLIVIA_PROJETO.pdf	27/09/2017 15:13:08	GERSON DA SILVA RIBEIRO	Aceito
Outros	OLIVIA_TCLE.pdf	27/09/2017 15:12:41	GERSON DA SILVA RIBEIRO	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.310.319

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_995419.pdf	15/09/2017 11:08:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ALMEIDAProjeto.pdf	14/09/2017 10:15:27	OLIVIA MARIA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	Termo de responsabilidade.pdf	14/09/2017 10:14:13	OLIVIA MARIA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	Certidão de aprovação do projeto PPGDH. PDF	14/09/2017 10:13:43	OLIVIA MARIA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	Autorização VEP2.pdf	14/09/2017 10:11:43	OLIVIA MARIA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	Autorização VEP1.pdf	14/09/2017 10:11:00	OLIVIA MARIA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	Autorização SEAP2.pdf	14/09/2017 10:10:37	OLIVIA MARIA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	Autorização SEAP1.pdf	14/09/2017 10:10:08	OLIVIA MARIA DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/09/2017 10:02:35	OLIVIA MARIA DE ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.PDF	14/09/2017 10:00:38	OLIVIA MARIA DE ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 02 de Outubro de 2017

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsu@ufpb@hotmail.com

**ANEXO 6 - PORTARIA Nº 001, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2012, DA VARA
PRIVATIVA DAS EXECUÇÕES PENAIS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO
ESTADO DA PARAÍBA**



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DA CAPITAL
VARA PRIVATIVA DAS EXECUÇÕES PENAIS
Av. João Machado, s/n, Fórum Criminal, (83)3214.3945**

PORTARIA 001/2012.

O Juiz Carlos Neves da Franca Neto, Juiz da Vara da Execução Penal da Comarca de João Pessoa, no uso de suas atribuições legais, em virtude de Lei, etc.

- Considerando a necessidade de regulamentar a entrada e saída de pacientes na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba, e a vista do que dispõe a Lei n. 7.210/84 acerca das atribuições do Juiz da Vara da Execução Penal; e na competência estabelecida pela resolução 96/2009/CNJ,

RESOLVE:

1º. A entrada de pacientes na Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba, somente poderá acontecer mediante ordem judicial, seja para fins de cumprimento de Medida de Segurança, seja para fins de realização de exames e tratamentos determinados judicialmente.

2º. Tratando-se de paciente provisório, com processo ainda em andamento, a permanência do mesmo na Penitenciária de Psiquiatria Forense por prazo além do previsto para a elaboração do Laudo respectivo, dependerá de Decisão Judicial nesse sentido.

3º. Decorrido o prazo estabelecido para o exame determinado e o de elaboração do laudo respectivo, ou decorrido o prazo do tratamento estabelecido, sendo o mencionado laudo conclusivo pela plena capacidade do paciente provisório ou sentenciado, inexistindo ordem Judicial de prorrogação de permanência do mesmo no referido hospital psiquiátrico, deve ele de imediato retornar à Penitenciária de origem, com a comunicação ao Juízo respectivo.

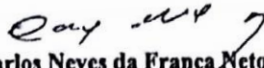
4º. Os pacientes sentenciados vindos de outra Comarca ou de outro Estado, devem, obrigatoriamente, vir encaminhados através da Guia de Internamento ou de Medida de

Segurança; ausente a referida documentação, a Vara da Execução deve ser imediatamente comunicada para fins de regularização.

Cumpra-se.

Determino a remessa de cópia: ao Exmo. Sr. Promotor de Justiça da Vara da Execução Penal; ao Gerente do Sistema Penitenciário do Estado da Paraíba; à Direção da Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado; às demais Penitenciárias do Estado da Paraíba.

João Pessoa, 19 de Dezembro de 2012.


Juiz Carlos Neves da Franca Neto
Vara da Execução Penal de João Pessoa/PB

ANEXO 7 - SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DA PARAÍBA – 2018



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DA PARAÍBA - 2018

Município	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	SRT	PVC	UA	CR	LEITOS em HG
ARARUNA	01										
AGUA BRANCA	01										
AGUIAR	01										
ARACAGI	01										
ALAGOA GRANDE	01										
ALCANTIL	01										
ALAGOINHA	01 (SC)										
AROEIRAS	01										
ALHANDRA	01										
BANANEIRAS	01										
BARRA DE SANTANA	01										
BARRA DE SANTA ROSA	01										
BELÉM	01										
BELÉM DO BREJO DO CRUZ	01 (SC)										
BOM SUCESSO	01										
BOQUEIRÃO	01						02	02			
BAYEUX		01									
CAAPORÁ	01										
CABELO		01			01						

Município	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	SRT	PVC	UA	CR	LEITOS em HG
CACIMBA DE AREIA	01 (SC)										
CATOLÉ DO ROCHA	01										
CAPIM											
SERVIÇO FECHADO	01(SC)										
CONDE	01										
COREMAS	01										
CONCEIÇÃO	01			01 (SC)							
CAJAZEIRAS		01		01	01		01				
CUTE		01 (SC)									
CAMPINA GRANDE	02 (Galante e São J da Mata)	01	01	02 (Inter. Prec. e V. Gente)	01	01	06	65		01	21
DIAMANTE	01 (SC)										
DESTERRO	01 (SC)										
ESPERANÇA	01										
GUARABIRA		01			01						
INGA	01										
ITAPORANGA	01										
ITAPOROROCA	01 (SC)										
ITABAIANA	01										
JACARAU	01										
JOÃO PESSOA			02	01		02	02	02	01 UAi	04	
JUAZEIRINHO	01										
JURIPIRANGA	01 (SC)										
JURU	01										
LAGOA SECA	01							01			
MAMANGUAPE	01					01					

