UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

Maria Luiza Neves do Carmo

Desinstitucionalização do louco infrator: A experiência do PAILI Goiás e a atuação da psicologia

Goiânia
2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): Maria Luiza Neves do Carmo

Título do trabalho: Desinstitucionalização do louco infrator: A experiência do PAILI Goiás e a atuação da Psicologia

2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento

[X] SIM [ ] NÃO[1]

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.

Documento assinado eletronicamente por **Gardenia De Souza Furtado Lemos**, **Professor do Magistério Superior**, em 14/04/2022, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do

Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **MARIA LUIZA NEVES DO CARMO**, **Discente**, em 18/04/2022, às 15:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2829517** e o código CRC **A6D78CD8**.

Referência: Processo nº 23070.019166/2022-95 SEI nº 2829517

Maria Luiza Neves do Carmo

Desinstitucionalização do louco infrator: A experiência do PAILI Goiás e a atuação da psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof. Drª. Gardenia de Souza Furtado Lemos

Goiânia

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Carmo, Maria Luiza Neves do
Desinstitucionalização do louco infrator: [manuscrito] : A experiência do PAILI Goiás e a atuação da psicologia / Maria Luiza Neves do Carmo. - 2022.
84 f.

Orientador: Prof. Gardenia de Souza Furtado Lemos.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Psicologia, Goiânia, 2022.

Inclui siglas.

1. Desinstitucionalização. 2. Poder disciplinar. 3. Reforma psiquiátrica. 4. Medida de segurança. 5. PAILI. I. Lemos, Gardenia de Souza Furtado, orient. II. Título.

CDU 159.9

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ao(s) quatorze dia(s) do mês de abril do ano de 2022 iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado "DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO LOUCO INFRATOR: A EXPERIÊNCIA DO PAILI GOIÁS E A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA", de autoria de **Maria Luiza Neves do Carmo**, do curso de Psicologia, da Faculdade de Educação, da UFG. Os trabalhos foram instalados pela Professora Doutora Gardenia de Souza Furtado Lemos, orientadora, FE/UFG com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professora Doutora Flávia Maria Soares Pereira da Silva. Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição da estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de 10,0 (dez) , tendo sido o TCC considerado aprovado.

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

Documento assinado eletronicamente por **Flávia Maria Soares Pereira Da Silva**, **Professora do Magistério Superior**, em 14/04/2022, às 16:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Gardenia De Souza Furtado Lemos**, **Professor do Magistério Superior**, em 14/04/2022, às 16:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2829397** e o código CRC **434943EB**.

Referência: Processo nº 23070.019166/2022-95 SEI nº 2829397

AGRADECIMENTOS

A escrita do TCC é um processo árduo e cansativo. É composto de dias bons e dias ruins. Dias em que você se sente motivado, inspirado e as palavras fluem naturalmente. E dias em que você trava, perde o foco e, mesmo tentando ao máximo, passa horas sem conseguir escrever nenhuma linha. É num desses dias ruins que decidi escrever os agradecimentos a seguir, para me lembrar dos motivos que me fizeram começar esse trabalho, para manifestar minha gratidão às pessoas queridas que me ajudaram durante o longo e difícil trajeto da graduação.

Agradeço primeiramente as três mulheres mais importantes da minha vida. À minha mãe, Elizete, o orgulho que você sente de mim me faz querer ser uma pessoa melhor a cada dia. À minha tia, Janeth, que sempre me mostrou o valor dos estudos e que me recebeu em Goiânia de portas abertas quando consegui a conquista de ser a primeira da família a ingressar em uma universidade federal. E a minha avó, Maria, a mulher mais forte e guerreira que conheço, minha maior inspiração.

Não poderia deixar de expressar minha gratidão à equipe do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) que me recebeu tão bem durante a visita realizada e que cedeu um tempo de trabalho para esclarecer minhas dúvidas acerca do funcionamento do Programa.

Agradeço à minha orientadora, Gardênia, que, apesar dos momentos difíceis, me guiou e indicou os melhores caminhos a serem seguidos para que as ideias tomassem forma. Agradeço também à professora Flávia, que me orientou quando esse trabalho era apenas um projeto de pesquisa de uma aluna perdida escrevendo em meio a uma pandemia.

Agradeço aos meus amigos Hiara, Geovanna, Gislaine, Gustavo, Milena e Paula que me acolheram quando cheguei na faculdade duas semanas após o início das aulas sem conhecer ninguém, sem saber sequer qual ônibus pegar. Em especial, agradeço à Jordana, minha dupla de trabalhos com quem aprendi a escrever "textões", e ao William, que me emprestou seu ombro todas as vezes que a vida (e faculdade!) me fizeram chorar. Agradeço também a Gabriela, apesar de nossa amizade ter sido tardia, levo com muito carinho todas as nossas gargalhadas, confidências e desabafos. Obrigada a todos por terem se tornado parte da minha família em Goiânia.

Não poderia deixar de agradecer aos meus amigos de Anápolis, Érika, Humberto, Lucas, Marcos, Marianne e Rodrigo, apesar da distância, todas as conversas, risadas e encontros foram essenciais para manter a sanidade e me distrair das obrigações acadêmicas.

Um agradecimento mais que especial à Ana Carollina que ofereceu companheirismo, escuta e palavras de compreensão nos momentos mais difíceis, e ainda assumiu o papel de revisora extraoficial contribuindo para que esse trabalho tivesse todas as vírgulas e crases no lugar.

Por último, agradeço aos governantes e militantes de esquerda que lutaram e lutam pelos direitos dos estudantes a uma educação pública de qualidade. Se não fosse pelos programas de cotas e de assistência estudantil jamais teria conseguido ingressar e me manter no curso. Tenho orgulho de ter passado pela UFG, e espero que cada vez mais as portas das universidades públicas se abram para estudantes de baixa renda.

RESUMO

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), administrado pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, tem por objetivo acompanhar a execução das medidas de segurança à qual são submetidos os inimputáveis ou semi-imputáveis, isto é, as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Partindo disso, objetivou-se compreender se, na prática, o PAILI rompe com os paradigmas de institucionalização e aprisionamento do louco infrator. Não obstante, o foco de investigação foi a atuação da Psicologia na equipe multiprofissional que compõe o Programa. A pesquisa teve cunho qualitativo e utilizou como metodologia principal a revisão bibliográfica em livros e artigos da literatura especializada sobre desinstitucionalização, reforma psiquiátrica, criminalidade e políticas públicas de saúde mental; e, como método complementar, recorreu-se a pesquisa de campo a partir de visita à sede do PAILI e em interlocuções com os(as) profissionais que atuam no Programa, em especial com uma profissional da Psicologia com a qual realizou-se um entrevista com roteiro semiestruturado. Como referencial teórico optou-se por usar os escritos foucaultianos para analisar as intersecções entre saber jurídico e psiquiátrico no que tange a aplicação de medidas de segurança e para embasar a discussão acerca do poder disciplinar incidente nas práticas manicomiais. Como resultados, constatou-se que o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator insere-se como um serviço desinstitucionalizante que se orienta pelos preceitos da reforma psiquiátrica e em consonância à Lei 10.216. Além disso, com relação a atuação da Psicologia no Programa, ressalta-se a importância da formação especializada em práticas de saúde mental que tenham como base o conceito biopsicossocial de saúde e que oriente sua atuação levando em conta o compromisso social da Psicologia.

Palavras chaves: Desinstitucionalização; Poder disciplinar; Reforma psiquiátrica; Medida de segurança; PAILI.

ABSTRACT

The Program of Integral Attention to the Insane Offender (PAILI), administered by the State Health Secretary of Goiás, aims to supervise the execution of security measures to which the unimputable or semi-imputable, i.e., people with mental disorders in conflict with the law are submitted to. Based on this, it was intended to understand if, in practice, the PAILI has broken with the paradigms of institutionalization and imprisonment of the insane offender. However, the focus of this investigation was the work of Psychology in the multiprofessional team that composes the Program. The research had a qualitative nature and used as main methodology the bibliographic review in books and articles of specialized literature about deinstitutionalization, psychiatric reform, criminality and public politics of mental health;
and, as a complementary method, field research was used, made by a visit to the PAILI's headquarters and in interlocution with professionals who work in the Program, especially with a Psychology professional with whom an interview was carried out with semi-structured script. As theoretical referential, the Foucauldian writings were used to analyze the intersections between legal and psychiatric knowledge regarding the application of security measures and to support the discussion about the disciplinary power involved in the asylum practices. As results, it was verified that the Program of Integral Attention to the Insane Offender is inserted as a deinstitutionalizing service which is guided by the principles of the psychiatric reform and in consonance with the Law 10.216. Furthermore, in terms of the Psychology work in the Program, the importance of specialized training in mental health practices based on the biopsychosocial concept of health and that guides its work considering the social commitment of Psychology.

Keywords: Deinstitutionalization; Disciplinary power; Psychiatric reform; Safety measure; PAILI.

LISTA DE SIGLAS

8ª CNS – 8ª Conferência Nacional de Saúde

BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

CAPSi – Centro de Atendimento Psicossocial infanto-juvenil

CAPSad – Centro de Atendimento Psicossocial álcool e drogas

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

COVID-19 – *Corona Virus Disease* (Doença do Coronavírus)

CP – Código Penal

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CT – Comunidade Terapêutica

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

LEP – Lei de Execução Penal

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MPGO – Ministério Público do Estado de Goiás

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atendimento Psicossocial

PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PePSIC – Periódicos Eletrônicos de Psicologia

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SCIELO – *Scientific Electronic Library Online* (Biblioteca Eletrônica Científica Online)

SISDEPEN – Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 9

Justificativa.....**12**

Percurso Metodológico **13**

CAPÍTULO 1 – CONCEPÇÕES SOBRE A LOUCURA E A(S) REFORMA(S) PSIQUIÁTRICA(S).....16

1.1 Da psiquiatria clássica à desinstitucionalização.....**16**

1.2 A(s) trajetória(s) do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira..... **23**

1.3 Marcos políticos e conquistas do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira.....**26**

1.4 Alternativa à manicomialização: os serviços substitutivos.....**29**

CAPÍTULO 2 – ENCARCERAMENTO DA LOUCURA E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA.....34

2.1 A constituição da loucura como transgressão..... **34**

2. 2 Sobre as prisões e o poder disciplinar.....**37**

2. 3 Aplicação da medida de segurança e periculosidade criminal.....**40**

2.4 Manicômio judiciário: duplo local de exclusão.....**45**

CAPÍTULO 3 – O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR DO ESTADO DE GOIÁS.....50

3.1. Apresentando o Programa.....**50**

3.2. O fazer do PAILI atualmente.....**53**

3.3. A Psicologia no PAILI**:** dos desafios e das possibilidades desinstitucionalizantes……**59**

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 68

REFERÊNCIAS.....71

ANEXO 1: TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO..... 77

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE..... 78

ANEXO 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA.....80

INTRODUÇÃO

A Lei nº 10.216, conhecida popularmente como Lei Antimanicomial, sancionada no Brasil em 2001, surgiu como uma das principais conquistas do movimento da Reforma Psiquiátrica que veio, desde meados da década de 1980, reivindicando melhores políticas no cuidado às pessoas com transtorno mental. A partir da referida lei, passou a ser direito dessa população receber um tratamento que tenha como interesse exclusivo o de beneficiar sua saúde e que seja realizado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001). Isto é, houve um redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental que deixou de ter um viés asilar e passou a assumir caráter ambulatorial.

Entretanto, essa reorientação no cuidado e acolhimento da loucura não atingiu, de forma efetiva, o chamado "louco infrator"[1]. Segundo o Art. 26 do Código Penal brasileiro (BRASIL, 2020), se um indivíduo com transtorno mental comete um crime ou omissão, e constata-se que, ao momento do acontecimento, não era capaz de entender o teor ilícito do fato, ele é julgado como inimputável, ou seja, não judicialmente responsável pelo ato cometido. A esses sujeitos, não é destinado o cumprimento de pena, mas sim de medida de segurança. Tal medida pode ser tanto a internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), como realização de tratamento ambulatorial em liberdade. Cabe citar que a medida é imposta por tempo indeterminado, perdurando até ser averiguada mediante exame de cessação de periculosidade, tendo prazo mínimo de duração de um a três anos.

De acordo com Haroldo Caetano (2019), há duas diferentes situações nas quais as medidas de segurança são submetidas, a primeira é nos casos em que o agente é reconhecido na inimputabilidade penal e, apesar de absolvido em seu processo, recebe como sanção a medida de segurança. A segunda situação refere-se aos casos de semi-imputabilidade em que, embora seja reconhecido como culpado pela prática criminosa, o agente tem sua pena reduzida ou substituída pela medida de segurança. Observa-se que, em qualquer das ocasiões, a providência tomada judicialmente é de caráter preventivo, ou seja, busca evitar que a pessoa identificada como perigosa por seu transtorno psicológico cometa práticas criminais novamente. O autor salienta:

> Embora expostas de forma asséptica como providências voltadas ao tratamento curativo do indivíduo, as medidas de segurança constituem, essencialmente, em sanções penais que não se fundam na culpabilidade, mas sim na presumida periculosidade do agente, conceito que vem da ficção

[1] Ao longo do trabalho, utilizo a expressão louco infrator como sinônimo para me referir às pessoas com transtorno mental que cometeram crimes. Compreendo a estigmatização existente na expressão "louco", contudo, a escolha de utilizá-la aqui é para buscar uma naturalização do termo e distanciá-lo de conotações negativas, além de manter o termo utilizado pelo PAILI.

> jurídica construída a partir da junção entre a prática criminosa e o transtorno mental (CAETANO, 2019, p. 31).

Considerando que, legalmente, a medida de segurança deixa de ter cunho punitivo, assumindo um viés preventivo e de tratamento, é contraditório que o louco infrator seja condenado a cumprir seus dias em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, local que possui outra nomenclatura, mas mantém o mesmo sentido e função dos manicômios judiciários. É sabido que o manicômio judiciário pretendeu ser uma junção de duas instituições: hospital e prisão. Apesar de, à primeira vista, serem espaços distintos com propósitos díspares, ambos possuem uma tecnologia própria de controle em comum, o poder disciplinar. Tal mecanismo visa atuar nos comportamentos dos indivíduos, produzindo corpos dóceis, possíveis de gerir e controlar objetivando maior aproveitamento para utilidade econômica máxima. Com isso, invalida as existências não produtivas economicamente, diminui as capacidades de revolta e de resistência. Ao instituir o hospital psiquiátrico, a medicina inicia o controle do louco com um espaço próprio para dar conta da especificidade desses indivíduos, "é o hospício que produz o louco como doente mental, personagem individualizado a partir da instauração de relações disciplinares de poder." (FOUCAULT, 1979/2021, p. 25).

Em 2011, por meio de um censo que levantou o contingente populacional de todos os 26 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico espalhados pelo país, constatou-se que havia 3.989 indivíduos, homens e mulheres, vivendo nesses lugares e fazendo parte da população invisível, para a qual as conquistas da reforma psiquiátrica não serviram como forma de romper com a lógica hospitalocêntrica (DINIZ, 2013). Antes do levantamento realizado por Diniz, e após noventa anos de fundação do primeiro manicômio judiciário brasileiro, no Rio de Janeiro, em 1921, não havia nenhum levantamento estatístico em nível nacional que identificasse o quantitativo de pessoas presente nesses estabelecimentos, o que novamente ressalta o descaso e pouca atenção direcionada à essa população. Atualmente, segundo dados mais recentes do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN), de janeiro a junho de 2021 havia 1.857 pessoas cumprindo medidas de segurança, dessas apenas 659 estavam em tratamento ambulatorial (DEPEN, 2021).

Apesar dessa realidade encontrada na maior parte do país, em alguns estados a condição de tratamento recebida pela pessoa com transtorno mental condenada à medida de segurança é diferente. É o caso das experiências de Minas Gerais e Goiás. O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) é um projeto do Tribunal de Justiça de Minas Gerais que visa prestar acompanhamento integral, em todas as fases de seu processo criminal, à pessoa com sofrimento mental que cometeu um crime. Por meio de parcerias entre os poderes Judiciário e Executivo, o Programa promove acesso à rede pública de saúde e assistência social buscando

atenuar o sofrimento mental do infrator, mas sem deixar de lado o tratamento jurídico para solução de cada caso judicial (BARROS-BRISSET, 2010).

Inspirado no programa mineiro, em Goiás, foi desenvolvido o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI) que, em seu fundamento, se difere do PAI-PJ ao ser administrado pela Secretaria de Estado da Saúde ficando à cargo da saúde, e não do judiciário. Assim, todas as pessoas submetidas a medidas de segurança no estado de Goiás são direcionadas para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e demais serviços de saúde e assistência social. O tratamento é realizado de forma integral e articulada com a rede de atenção primária no âmbito dos dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sendo o programa uma política pública de saúde, e não de segurança, o que rompe com a utilização de mecanismos típicos de repressão penal, como os mandatos de prisão e ordens judiciais de busca (CAETANO, 2019).

Segundo consta na Cartilha do PAILI (MPGO, 2013), material de divulgação pública do Programa, ao mesmo tempo em que supervisionam o tratamento conferido, os profissionais da equipe multiprofissional realizam mediação entre os pacientes e o juiz da vara responsável, favorecendo e desburocratizando o acesso permanente à justiça. O Programa tem autonomia para elaborar o projeto terapêutico, tratando cada caso de forma individualizada sob o olhar clínico, psicossocial e jurídico, sempre informando a evolução do caso à autoridade judiciária responsável. Assim sendo, tem-se que o objetivo fundamental do PAILI seria proporcionar um tratamento mais amplo e adequado ao paciente de forma a propiciar sua inclusão na família e na sociedade.

A partir do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo averiguar de que forma o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI), como substituto aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), pôde promover a desinstitucionalização dos indivíduos condenados à medida de segurança. Para atingir esse objetivo, organizei o trabalho em três capítulos. No primeiro exponho o histórico do tratamento aos loucos ao longo dos séculos, os percursos que levaram ao movimento de reforma psiquiátrica brasileiro e como tal movimento influenciou na promulgação da Lei 10.216 e no estabelecimento de serviços substitutivos à lógica manicomial. Já no capítulo dois discorro sobre a constituição da loucura como transgressão à lei, utilizo o referencial teórico de Michel Foucault para retratar o poder disciplinar no qual se insere o saber psiquiátrico e os mecanismos disciplinares presentes nas prisões e manicômios. Ademais, exponho o surgimento das medidas de segurança e como elas se apoiam no conceito de periculosidade e trato a respeito dos manicômios judiciários como locais de dupla segregação ao louco infrator. Por fim, no capítulo três apresento o PAILI, detalhando quais propósitos o Programa objetivou cumprir em sua criação e como é seu

funcionamento atualmente, procurando responder à questão se, na prática, o PAILI cumpre com o que propõe na teoria. Além disso, exponho as percepções de alguns membros da equipe técnica, em especial de uma profissional da Psicologia, sobre a atuação no PAILI, evidenciando as possibilidades e desafios inerentes ao trabalho nesse programa. As análises feitas serviram para refletir a forma com a qual são tratadas as populações em vulnerabilidade social, como é o caso da pessoa com transtorno mental que cometeu um crime.

Com isso, acredito que a relevância da realização de pesquisas a respeito de programas substitutivos às medidas de internação compulsórias, como o PAILI, está em poder servir de inspiração para outras iniciativas públicas que tenham como objetivo a humanização do atendimento à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. É essencial que a luta antimanicomial continue ativa e engajada em busca de novos direitos para a pessoa com transtorno mental, assim como no intuito de garantir aqueles já alcançados. Acredita-se que lançar luz sobre programas de acompanhamento em liberdade e divulgar sua efetividade e os benefícios oferecidos ao paciente, à sua família e à comunidade na qual ele se insere é uma ferramenta fundamental para que recursos continuem sendo destinados a esse tipo de trabalho tão importante em uma sociedade na qual o retrocesso avança mais e mais a cada dia e ameaça os direitos sociais conquistados.

Justificativa

A temática do encarceramento no Brasil voltada, principalmente, para as questões de violências e violações sofridas pelos indivíduos inseridos no sistema prisional se faz presente em minha trajetória acadêmica desde o segundo ano de graduação. Na disciplina de Investigação e Métodos em Psicologia II, realizei um pré-projeto focado no aprisionamento feminino, e a partir dele desenvolvi a pesquisa de Iniciação Científica intitulada “Mulheres em situação de encarceramento: violações de direitos e saúde mental”.

Na pesquisa supracitada, o foco foi a população carcerária feminina cumprindo penas em unidades prisionais, tais como presídios e penitenciárias. Contudo, em certo momento durante o levantamento de dados bibliográficos, me deparei com o já mencionado censo relativo aos indivíduos em custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil. Por meio do censo, pôde-se perceber que da população cumprindo medidas de segurança em HCTP, 7% eram do sexo feminino, e o perfil delas reflete o que foi observado em relação às mulheres encarceradas em espaços prisionais, no que se refere aos dois grupos possuírem baixa escolaridade, e serem, em grande parte, mulheres jovens (60% até 39 anos) e negras (44%) (DINIZ, 2013). Falar de encarceramento e de como ele incide nas populações em vulnerabilidade social, é falar também

sobre a lógica manicomial que aprisionou e segue aprisionando homens e mulheres em manicômios, abandonados à própria sorte.

A partir dessas reflexões e ancorada em estudos prévios surgiu o desejo de compreender mais a respeito da situação vivenciada dentro dos manicômios judiciários – duplo espaço de violência e exclusão. Nesse percurso foi possível chegar ao Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator e entender que, para as pessoas cumprindo medidas de segurança, o fim único não se resume à internação compulsória determinada judicialmente e sem duração máxima prevista. Programas alternativos criados demonstram a possibilidade de uma execução pautada nos modelos terapêuticos em detrimento aos de características asilares, baseados na defesa dos direitos humanos e colocando como fator central o tratamento ao invés da punição.

Nesse sentido, cabe pensar no papel que a Psicologia, como saber científico e profissional, e, principalmente, os profissionais psicólogos(as) exercem diante do contexto de encarceramento manicomial. Entendo que aquele que tem a Psicologia como sua formação, deve pautar sua atuação em benefício do indivíduo com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança que tem o direito de receber tratamento em liberdade. E conhecer acerca de programas exitosos que têm como base o cuidado em liberdade atrelado aos serviços da rede pública de saúde pode ser fundamental para que os (as) psicólogos(as) que trabalham em políticas públicas desinstitucionalizantes possam basear sua atuação.

Percurso Metodológico

Considerou-se a análise dialética como uma possibilidade de caminho na construção desse estudo, ao analisar não um objeto estático, mas contextualizado na dinâmica histórica, cultural e social, no exercício da análise da realidade, utilizando a própria realidade como argumento. Buscando não apenas descrever o fenômeno em si, mas tentando acessar algumas de suas determinações (CRESWELL, 2007).

Partindo desse princípio, o trabalho teve como base a pesquisa bibliográfica com o intuito de recolher e analisar as posições e conhecimentos prévios acerca do problema a ser explorado. A fase inicial de exploração do tema foi feita em bancos de dados virtuais, como Scielo, PePsic, BDTD e Google Acadêmico, e buscou selecionar trabalhos publicados em língua portuguesa, sem delimitação temporal estabelecida, com o uso de palavras-chave como: “desinstitucionalização”, “reforma psiquiátrica”; “manicômio judiciário”; “medida de segurança”; “psicologia nas políticas públicas”, entre outras que se mostraram necessárias durante o percurso de pesquisa.

De acordo com Creswell (2007), a pesquisa qualitativa é fundamentalmente

interpretativa, logo, o material acessado teve o intuito de permitir a compreensão de múltiplos aspectos da realidade estudada, possibilitando sua análise e assimilação para a síntese aqui apresentada. Assim sendo, para cada capítulo foram utilizados referenciais teóricos encontrados na literatura especializada. No capítulo um empreguei como referência principal o livro de Paulo Amarante "Loucos pela vida" para narrar o processo de reforma psiquiátrica, no capítulo dois, para falar sobre encarceramento e poder disciplinar, usei das formulações de Foucault e de outros autores que trabalham a temática e, por último, no capítulo três para delimitar o fazer do PAILI tomei como base principal a obra de Haroldo Caetano, além de ter me embasado nos trabalhos de outras pesquisadoras que produziram estudos sobre o PAILI. Ademais, ainda no último capítulo, referenciais da Psicologia Social e Psicologia Social Comunitária foram usados na intenção de demarcar o papel do(a) profissional psicólogo(a) na atuação com populações em situação de vulnerabilidade.

Outrossim, como parte complementar do trabalho e como forma de atualizar as informações já existentes em pesquisas passadas, foram solicitados dados ao PAILI com o intuito de verificar o número total de pacientes assistidos desde sua criação, além de outras informações que foram consideradas relevantes à pesquisa. Ademais, como trabalho de campo foi feita a visita à sede do Programa e realizada uma entrevista semiestruturada com uma psicóloga que atua no PAILI. A princípio foi planejada a interlocução apenas com a profissional de Psicologia, contudo durante a visita em campo o diálogo se estendeu e outros dois profissionais da equipe técnica do Programa trouxeram contribuições que serão tratadas no capítulo 3.

Como aponta Minayo (2009) a entrevista como instrumento de pesquisa tem o objetivo de construir informações relevantes ao objeto pesquisado, e podem ser consideradas conversas com finalidade, ou seja, com propósito de se levantar temas pertinentes que ajudem a responder ao problema de pesquisa. Assim sendo, o material coletado a partir da entrevista com a psicóloga e com as falas dos(as) outros profissionais participantes foi organizado, analisado e as reflexões produzidas serão apresentadas no capítulo 3, no item 3.3 "A Psicologia no PAILI: dos desafios e das possibilidades desinstitucionalizantes".

Em relação aos procedimentos empregados, conforme já citado, a pesquisa bibliográfica se deu mediante a busca de fontes referenciais em meios físicos e digitais com a posterior análise crítica-teórica do material selecionado. Na fase de aproximação com o campo de pesquisa, o procedimento inicial foi entrar em contato via telefone com a coordenadora atual do PAILI para explicar acerca do trabalho, seus objetivos principais, e os critérios éticos relativos aos riscos e benefícios da pesquisa bem como solicitar a autorização para realização de visita à sede física do Programa. Devido à crise sanitária da COVID-19, a visita e a

entrevista, realizadas no dia 02 de fevereiro de 2022, seguiram todos os protocolos de biossegurança indicados pelo Ministério da Saúde, como o uso de máscaras e distanciamento social.

Para garantir informações precisas para a entrevista, optou-se por estabelecer como critério de inclusão o vínculo profissional com o PAILI, e como critério de exclusão trabalhar na função há menos de 1 ano, sendo que a profissional entrevistada já fazia parte da equipe há mais de 5 anos. A entrevista teve o formato semiestruturado, com um roteiro de perguntas abertas sobre a formação e atuação da psicóloga, é válido destacar que, durante a interlocução, surgiram perguntas não pré-estabelecidas feitas conforme a fala da participante foi sendo desenvolvida. Ressalta-se que, tanto para a visita como para a entrevista, foram seguidas todas as orientações éticas do Comitê de Ética em Pesquisa de UFG, incluindo a ciência e assinatura da coordenadora no Termo de Anuência da Instituição (ANEXO 1) e dos demais participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2).

Por fim, a etapa de análise de dados teve por objetivo a compreensão das informações coletadas na fase de pesquisa de campo visando estabelecer um paralelo entre o que foi observado na prática e o que já se sabe sobre aquele objeto na teoria. O método de análise utilizado foi a análise de conteúdo, definida por Bardin (1979, p. 42 apud MINAYO, 2009) como o "conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens". Em suma, a análise de conteúdo nos permite caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos à primeira vista, indo além das aparências preponderantes do que está sendo comunicado. E, nesse caso, permitiu que fosse possível organizar o que foi coletado nas entrevistas e observação de campo em categorias analíticas.

CAPÍTULO 1 – CONCEPÇÕES SOBRE A LOUCURA E A(S) REFORMA(S) PSIQUIÁTRICA(S)

Neste capítulo busco trabalhar o entendimento sobre a loucura, ao longo dos séculos, no que se refere tanto à visão social quanto aos saberes médicos. Procuro compreender o lugar que o sujeito considerado louco veio ocupando nos espaços sociais e os processos de exclusão pelo qual passou. A intenção é proporcionar uma visão histórica breve e geral, tendo como foco os movimentos e tentativas de reforma psiquiátrica que foram sendo estabelecidos, para chegar até os dias atuais e apontar como a loucura é vista atualmente e como a Psicologia e os movimentos sociais contribuíram para diminuição do estigma existente na figura do louco e para o aumento de políticas públicas de inclusão para essas pessoas.

Começo a pesquisa com esse percurso histórico, pois entendo que conhecê-lo é fundamental para valorização das conquistas no campo da saúde mental, para compreender a importância de seguir o caminho da desinstitucionalização e para defesa de programas que tenham sua atenção voltada ao tratamento em liberdade, como se pretende o PAILI.

Sendo assim, para embasar as discussões acerca do processo de reforma psiquiátrica, tomo como referência a divisão proposta por Paulo Amarante em seu livro "Loucos pela vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil", ao estabelecer quatro trajetórias para descrever o histórico dos tratamentos de saúde mental no Brasil. Serão citados alguns marcos a respeito de cada trajetória, desde o início, com a trajetória higienista instituída pela medicina mental, passando pelas trajetórias alternativa e sanitarista nas quais o movimento de reforma psiquiátrica articulou-se, até chegar a trajetória de desinstitucionalização em que se difundiu a ruptura com a lógica manicomial. Além disso, utilizo também o trabalho de outros autores que pesquisaram a temática da reforma psiquiátrica em seus diversos aspectos.

Posteriormente, esmiúço de forma cronológica o processo de como se deu a constituição do saber psiquiátrico como dominante até as principais críticas e busca por formulação de novos saberes, isto é, desde a psiquiatria clássica até chegar aos movimentos de antipsiquiatria e psiquiatria democrática. No último tópico, elenco os principais serviços substitutivos à internação psiquiátrica disponíveis atualmente na rede de saúde pública e discorro acerca da efetividade deles.

1.1 Da psiquiatria clássica à desinstitucionalização

O conceito de loucura assumiu diversas nuances ao longo da história, nem sempre sendo considerada um problema de ordem social. Os gregos da antiguidade acreditavam que qualquer

discrepância da natureza humana, como o delírio, por exemplo, seria atribuída a entidades divinas, como forma de se comunicar com o sagrado. Na Idade Média, os loucos conviviam livremente pelas cidades, não sendo submetidos a nenhuma forma de reclusão. É no século XVI que a loucura começa, de fato, a assumir um processo de desrazão, de transgressão. A sociedade passa a enxergar a loucura como indesejada, estranha, como uma ameaça a ser contida (CRUZ, 2009; ROSSI, 2015).

> Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Freqüentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão — essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual. (FOUCAULT, 1961/1978, p. 10).

O processo de exclusão do louco não se findava apenas numa interdição, mas também em uma rejeição de seu discurso que não circulava como o dos outros. Desde a alta Idade Média, os dizeres do louco transitavam em dois extremos: sua palavra era considerada nula, não ouvida de forma alguma, não tendo qualquer importância; ou ao contrário, seu discurso era tomado como mágico, lhe atribuíam estranhos poderes como o de dizer uma verdade escondida, de prever o futuro ou de enxergar aquilo que a sabedoria dos outros não era capaz de perceber. Como afirma Foucault, "era através de suas palavras que se reconhecia a loucura do louco; elas eram o lugar onde se exercia a separação; mas não eram nunca recolhidas nem escutadas." (1970/2014, p. 11).

No final do século XVIII, o fenômeno da loucura configurou um objeto do saber médico e passou a ser passível de tratamento e cura. Inaugurada por Philippe Pinel, a psiquiatria, ou a chamada medicina mental, se especializou como área responsável por ditar o destino dos loucos. A concepção ideológica pineliana engendrou o conceito de "alienação mental" como um déficit moral intrínseco, onde a doença viria, invariavelmente, acompanhada de violência e crueldade. Ao "liberar os loucos das correntes" Pinel não proporcionou a liberdade destes, mas os acorrentou novamente como objetos da nova ciência que estava sendo criada em seus saberes e discursos que os subdivide para observação e descrição de sintomas para classificá-los (AMARANTE, 1995).

Barros-Brisset (2011, p. 45) afirma, "veremos a ideia de uma loucura perigosa, imprevisível, violenta, sem culpa e sem razão. Demente sim, não criminoso. A doença desculpa o crime, atos sem culpa. Por isso o tratamento passa a ser moral". A loucura quando era vista de forma mais banal, como um erro ou ilusão de compreensão da razão, recebia prescrições

médicas para seu tratamento, o contato com a natureza, o repouso e o retiro. Porém, quando passa a ser percebida menos em relação ao erro do que com à conduta "normal", ou seja, quando é tida como uma desordem na maneira de agir, de querer, de tomar decisões e ser livre, a prática do internamento começa a se tornar presente (FOUCAULT, 1979/2021).

No período pós Segunda Grande Guerra iniciaram-se os movimentos de reforma psiquiátrica que questionavam o papel e a natureza da instituição asilar diante das novas questões do cenário histórico mundial. Birman e Costa (1994) destacam dois períodos que redimensionam o campo teórico-assistencial da psiquiatria. No primeiro momento há um processo de crítica à estrutura asilar na qual o local de internação é tido como responsável por altos índices de doentes crônicos, daí surgiram os movimentos das Comunidades Terapêuticas (CTs), na Inglaterra e nos Estados Unidos, e da Psicoterapia Institucional na França. No segundo momento, ocorreu uma extensão da psiquiatria ao espaço público, no qual prevenção e promoção de saúde mental entraram em voga com correntes como de Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (Estados Unidos) e Psiquiatria de Setor (França). Apesar das disparidades de períodos e locais em que se estabelecem, esses movimentos se assemelham em seus objetivos e possibilidades de realização. De maneira categórica, ambos visavam a promoção de saúde mental inferida como um processo de adaptação social.

Após a guerra, o Estado passou a gerir e garantir não só o direito do cidadão à vida, mas o direito básico à saúde física e mental. A internação asilar passou a ser considerada agente produtor e mantenedor das doenças mentais, além de local de aprisionamento de homens jovens passíveis de exercer atividades de geração de renda, cuja força de trabalho poderia ser usada para reerguer a economia (Birman e Costa, 1994). Assim, as Comunidades Terapêuticas (CT) foram criadas com a intenção promover reformas restritas ao âmbito concreto do espaço asilar marcadas pela adoção de novas formas de administração. Maxwell Jones (1972, apud AMARANTE, 1995), um dos principais autores que teceu o conceito de Comunidade Terapêutica, buscava um diálogo entre hospitais e comunidade em prol da cooperação entre equipe, pacientes, familiares e estabelecimentos externos, com intuito de auxiliar na dinâmica de tratamento dos internos que deveria ser pautada numa atitude comum entre todos os envolvidos, e não somente no poder hierárquico da instituição psiquiátrica.

A partir da década de 1980, o trabalho das CTs deixou de ser direcionado ao tratamento de pessoas com doenças psiquiátricas e direcionou suas práticas às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, sendo atualmente uma das modalidades mais procuradas no Brasil para atuar diante da dependência química. Perrone (2014) aponta que o crescimento de instituições autodenominadas como Comunidades Terapêuticas teria sido ocasionado pelo aumento da

dependência química no Brasil e pela carência de políticas públicas que controlassem o problema. Segundo Perrone, houve uma indiscriminada proliferação de locais para internação de usuários de substâncias que, apesar de se denominarem CT, nada se assemelham ao modelo inicial proposto, pois apresentam práticas que vão na contramão dos referenciais adequados de tratamento conquistados com o processo de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial.

A partir dos anos 2000, o aumento das instituições que se apresentam como Comunidades Terapêuticas foi avassalador, o que direcionou o foco do Conselho Federal de Psicologia que elaborou relatórios de avaliação, em caráter nacional, desses locais (CFP, 2011; CFP, 2018). Foram constatadas diversas irregularidades, dentre as principais estão: agressões, cárcere, utilização de contenção química sem a presença de profissionais responsáveis, negligência nos cuidados com a saúde, além de péssimas condições de habitação, alimentação e saneamento. Além disso, verificou-se que na maioria das instituições foram observadas restrições à liberdade religiosa e, em muitas, havia uma rigorosa rotina de orações e outras atividades religiosas obrigatórias aos internos, assim como punição – por meio do aumento de carga da "laborterapia" – em caso de recusa.

Por todas as problemáticas apresentadas, percebe-se que o modelo de tratamento oferecido nas CTs, baseado no tripé disciplina–trabalho–espiritualidade[2], é contrário aos princípios da reforma psiquiátrica, visto que reproduz práticas manicomiais e violações de direitos humanos. Atualmente, o incentivo – principalmente financeiro governamental – que é dado às comunidades terapêuticas poderia direcionar-se às instituições de cuidado psicossocial da rede de saúde mental. Ainda que tenham sido apresentadas como uma experiência importante de modificação dentro dos hospitais, mesmo na época em que foram criadas, as Comunidades Terapêuticas não davam respostas aos problemas de exclusão e segregação que fundamentam o hospital psiquiátrico, pois as reformas propostas por esse modelo de instituição se reduziam ao espaço asilar (AMARANTE, 1995).

[2] O modelo proposto pelas comunidades terapêuticas baseia-se nos pilares disciplina, trabalho e espiritualidade, que visa combinar saberes técnico-científicos com práticas religiosas-espirituais. A disciplina é aplicada por meio do estabelecimento de rotinas com horários estritamente delimitados, regras de convivência, de vestimenta e de corte de cabelos, uma vez que os internos são percebidos como pessoas desregradas e indisciplinadas (SANTOS, M. P. G., 2017). As atividades de trabalho, conhecidas como laborterapia, em teoria são entendidas como recurso terapêutico, pois favorecem a autodisciplina e autocontrole – disposições vistas como ausentes em pessoas que fazem abuso de substâncias psicoativas – mas, na prática, são utilizadas como forma de mão-de-obra gratuita para as instituições, já que os internos costumam realizar serviços de limpeza, preparação de alimentos, manutenção e vigilância, entre outros (CFP 2018). As práticas religiosas e espirituais nas CTs têm o propósito de promover nos internos a fé em uma instância superior como parte necessária para auxiliar no processo de tratamento. Tal orientação vai contra o previsto no Código de Ética Profissional do Psicólogo que traz em seu artigo 2º que é vedado ao psicólogo(a), quando no exercício de suas funções profissionais, induzir a convicções de quaisquer ordens sejam elas religiosas, políticas, morais ou ideológicas (CFP, 2005).

Retomando o percurso de reformas no ambiente hospitalar no século XX, na França, François Tosquelles, ao se deparar com a situação degradante em que os internos viviam, dá início a uma série de mudanças iniciadas em meados da década de 1940, no Hospital Saint-Alban, que se torna local privilegiado de denúncias e lutas contra o caráter segregador da psiquiatria. Tosquelles se baseava nas referências da terapêutica ativa cuja o objetivo seria o resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico, como pretendiam Pinel e Esquirol, que entendiam o local como o instrumento de cura para um médico hábil. Dessa forma, o fato de o hospital psiquiátrico ter se tornado lugar de violência e repressão se devia ao mau uso das terapêuticas e administração insatisfatória do local (AMARANTE, 1995).

Desse modo, tem início a corrente de Psicoterapia Institucional como uma proposta teórico-prática de transformação das instituições psiquiátricas a partir de uma reforma interna, tendo em vista que as próprias instituições possuiriam características doentias que deveriam ser tratadas, levando em conta o "exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais." (AMARANTE, 1995, p. 69). Sendo assim, o objetivo da psicoterapia institucional refere-se ao coletivo dos pacientes, técnicos, médicos de todas as categorias, opondo-se ao modelo tradicional hierarquizado e verticalizado.

Outra proposta iniciada com o movimento de contestação a psiquiatria asilar e crítica à segregação e isolamento do paciente foi a Psiquiatria de Setor que surgiu com o objetivo de dirimir as internações de longa duração, tentando, assim, romper o paradigma de hospitalização das pessoas com transtornos mentais. Na Psiquiatria de Setor, o paciente é tratado dentro de seu próprio meio social, sendo a passagem pelo hospital etapa transitória do tratamento. Surgiu na França, no pós-guerra, originado nos setores mais progressistas, tendo como direção principal do tratamento a possibilidade de assistência ao paciente em sua comunidade. Tal abordagem foi incorporada a partir dos anos 1960 como política oficial de saúde e, a partir dela

> [...] os territórios passam a ser divididos em setores geográficos, contendo uma parcela da população não superior a setenta mil habitantes, contando, cada um deles, com uma equipe constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que têm a função de assegurar o tratamento, a prevenção e a 'pós cura' das doenças mentais. Desta forma, são implantadas inúmeras instituições que têm a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois de uma internação psiquiátrica. (AMARANTE, 1995, p. 35).

Entretanto, apesar de buscar diminuir o número de internações, a Psiquiatria de Setor não abandonou totalmente a lógica hospitalar. Em suma, a experiência de uma nova psiquiatria francesa não fazia críticas ao modelo estrutural de psiquiatria tradicional, não ia além do hospital psiquiátrico. Além disso, a prática dessa experiência não alcançou os resultados

desejados tanto pela resistência imposta por grupos de intelectuais que a viam como extensão da ideologia psiquiátrica como pela pressão higienista dos setores conservadores que temiam a invasão dos loucos nas ruas (AMARANTE, 1995).

Propondo ser uma terceira revolução psiquiátrica (após Pinel e Freud), por ter chegado a uma nova estratégia de intervenção nas causas dos transtornos mentais, nasceu nos Estados Unidos a Psiquiatria Preventiva que tinha como objetivo a prevenção das doenças mentais e promoção da saúde mental. O contexto político e cultural estadunidense de meados da década de 1960 que figurava problemáticas como a Guerra do Vietnã, o aumento do uso de drogas e o aparecimento de movimentos de contracultura foi o cenário para o surgimento de uma psiquiatria que buscava promover a redução da doença mental nas comunidades. Com isso, instaurou-se a crença de que todas as doenças mentais poderiam ser ou prevenidas ou detectadas com antecedência, o que produziu um imaginário de salvação para os problemas e precariedades da assistência psiquiátrica. O ideal do preventivismo americano foi reforçado ao considerar "que os doentes somente procuravam o serviço de saúde ou o médico quando estavam doentes [sendo necessário] sair às ruas, entrar nas casas e penetrar nos guetos para conhecer os hábitos, identificar os vícios, e mapear aqueles (...) que venham a ser 'suspeitos'. (AMARANTE, 1995, p. 37).

Ao pensar uma abordagem preventiva, leva-se em conta o conceito de adaptação e desadaptação social e a distinção entre normal e patológico. Assim, a possibilidade de desenvolver um transtorno é tida como desadaptação e busca-se como meta a adaptação, isto é, a detecção rápida para uma cura veloz e que não resulte em prejuízos para o indivíduo e o meio social. Ademais, como pontua Amarante (1995), o preventivismo assumiu o papel de um novo projeto de medicalização da ordem social e expansão dos preceitos médico-psiquiátricos, ao operar mecanismo que visavam atingir objetivos administrativos como a redução de custos para manutenção de leitos de pacientes em hospitais psiquiátricos, e que não tinham como meta uma real mudança na natureza da hospitalização. Apesar disso, é nesse contexto do projeto preventivista que surgiu inicialmente o termo 'desinstitucionalização' assumindo, na época, um sinônimo para designar o conjunto de medidas de desospitalização, isto é, de redução das internações e criação de serviços alternativos, situando-se no terreno de contraposição ao processo de alienação e exclusão social.

Considerando a falta de coesão existente entre o saber médico no trato com a loucura, um grupo de psiquiatras ingleses composto por Ronald Laing, David Cooper, Aaron Esterson, entre outros, deu início, em 1960, ao movimento conhecido como Antipsiquiatria que denunciou a prática psiquiátrica vigente e buscou um diálogo entre razão e loucura, vendo a

loucura ‘entre’ e não ‘dentro’ dos homens. Assim, a Antipsiquiatria inglesa procurou uma separação dos princípios teóricos que o modelo assistencial vigente vinha adotando, diferenciando-se dos movimentos anteriores por objetivar não a reforma, mas uma verdadeira mudança nas bases estruturais que funda o saber psiquiátrico e no conceito de loucura.

> A loucura é um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado. É a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a experiência individual e comportamental, inventando o louco, tido como perigoso e passível de perda de voz (AMARANTE, 1995, p. 44).

Como apontou Oliveira (2011) ao citar o trabalho de Roudinesco (1998), a Antipsiquiatria surgiu num ambiente de contestação política e contracultura na Inglaterra, mas foi a seu próprio modo, sendo implantada na maioria dos grandes países que exerciam práticas psiquiátricas clássicas. Apesar das especificidades de cada local, no geral, o movimento da Antipsiquiatria era contrário a tudo que a psiquiatria clássica acreditava e por esse motivo defendia o fechamento total dos hospitais psiquiátricos por pregar que as práticas aplicadas naqueles locais se pautavam na violência e produziam ainda mais sofrimento, além de ir contra a nosologia que reforçava a cronificação dos sujeitos. Por esse movimento a loucura, é com efeito, fabricada por razões e mecanismos políticos, sendo o avanço principal da Antipsiquiatria ter percebido “que relações de poder são travadas em todos os instantes e em todos os lugares, daí decorrendo as neuroses e psicoses individuais.” (OLIVEIRA, 2011, p. 151).

Assim, as formas de tratamento propostas pela Antipsiquiatria seriam ameaçadoras à ordem estabelecida, ao entender que os comportamentos considerados “doentios” não devem ser vistos no sujeito isolado, mas produzido a partir de suas relações sociais. O mais adequado seria, então, considerar não o indivíduo como doente, e sim suas relações como estando adoecidas e, dentro desse aspecto, ao ignorar o mundo social do que no qual o sujeito está inserido seria desconsiderar suas possibilidades de cura (OLIVEIRA, 2011). Dessa forma, o método terapêutico proposto previa a análise do delírio do louco, que não deve ser repreendida por estratégias químicas ou físicas, mas acompanhada por métodos de investigação sendo psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão (AMARANTE, 1995).

Outra experiência de fundamental importância para o redirecionamento dos tratamentos em saúde mental foi iniciada na década de 1960 pelo médico italiano Franco Basaglia que, ao assumir a direção do hospital psiquiátrico da cidade de Gorizia, se deparou com a decadente realidade dos manicômios, que expunha os internos trancados nos pavilhões, o que imediatamente recordou-o dos anos em que passou como preso político durante a Guerra e

despertou o desejo de mudar tal realidade. Basaglia entrou em contato com os trabalhos de Foucault (História da Loucura) e Goffman (Manicômios, Prisões e Conventos) que se tornaram referências primordiais para seu projeto de desconstrução do saber e poder dominantes da psiquiatria (AMARANTE, 1996).

> Para Basaglia, mudar a psiquiatria é mudar a instituição e suas práticas; mudar a instituição e suas práticas é mudar o saber psiquiátrico. Embora a ação prático-teórica seja voltada num primeiro momento para o problema do manicômio, o projeto de transformação iniciado por Basaglia não se restringe ao hospital psiquiátrico. O manicômio fornece a condição de possibilidade epistêmica da psiquiatria, o que faz com que este seja um lugar prático e simbólico de eleição para o processo efetivo de desinstitucionalização. (AMARANTE, 1996, p. 76)

Graças aos trabalhos de Basaglia que a desinstitucionalização deixou de ser compreendida como a ausência de mecanismos de controle para a loucura, e ainda, diferenciou-se da proposta estadunidense de ser uma simples desospitalização; ela passou a integrar um conceito mais amplo, que remonta à ideia de desconstrução. A partir disso, ao colocar em práticas seus preceitos em Gorizia, Basaglia lutava contra a institucionalização do ambiente externo, e do corpo hospitalar (médicos, enfermeiros, pacientes), isto é, aspirava a transformação no âmbito da sociedade, como um todo, na forma com que ela lida com a loucura, e não apenas numa reforma interna do manicômio. Nesse aspecto, a desinstitucionalização deve ser entendida em níveis teóricos e políticos, ao não se restringir a mudanças no interior dos hospitais psiquiátricos, mas a transformações no conjunto de saberes e práticas psiquiátricas (AMARANTE, 1996).

No Brasil, a influência de Basaglia e da Psiquiatria Democrática italiana foi essencial para moldar os rumos seguidos pelo movimento que lutava em prol de uma reforma psiquiátrica brasileira e tinha como objetivo substituir o modelo hospitalocêntrico - centrado nas internações e medicalização - e priorizar o modelo de cuidado psicossocial em que o sujeito devia ser visto em sua totalidade e integrado ao contexto social, sendo a atenção integral e intersetorial. Essa questão será desenvolvida nos tópicos abaixo.

1.2 A(s) trajetória(s) do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira

A reforma psiquiátrica é entendida como um processo que vem acontecendo a seu próprio ritmo, devido às contradições históricas, sociais e políticas, em diferentes países, que objetiva a reformulação do modelo psiquiátrico clássico. Segundo a direção metodológica seguida por Birman e Costa (1994) o percurso de reforma do modelo psiquiátrico foi impulsionado por uma crise teórica e prática que se deu a partir dos anseios de mudança do

objeto da psiquiatria que deixa de ser o tratamento da doença mental e se volta à promoção de saúde mental.

Diversas correntes de pensamentos formularam redimensionamentos buscando alterar o paradigma psiquiátrico baseado no binômio doença-cura. Assim, a reforma psiquiátrica pode ser entendida enquanto processo histórico de formação crítica e prática que tem por objetivo pensar estratégias e criar propostas de transformações do modelo psiquiátrico clássico vigente até então. No Brasil, conforme Amarante (1995), esse processo surge mais concretamente com o movimento de redemocratização a partir da segunda metade da década de 1970 e será melhor trabalhado nos tópicos abaixo.

A trajetória higienista abrange o período da constituição da medicina mental brasileira, no século XIX, até a Segunda Guerra, e diz respeito à fase em que se dá o projeto de medicalização social em que a psiquiatria assume o poder de dispositivo de controle político, de controle do indesejado no meio social. A partir da década de 1950, a prevenção da psiquiatria higienista, a profilaxia, passa a objetivar alcançar o projeto de promoção da saúde mental e não mais apenas a prevenção das doenças mentais. É válido ressaltar que, apesar do surgimento de uma nova trajetória com seus objetivos específicos, não significa que a existente anteriormente se extinguiu; da mesma maneira que as mudanças de paradigmas na assistência psiquiátrica não acontecem de forma uniforme e ao mesmo tempo em todas as partes do país (AMARANTE, 1995).

Tem-se como um possível marco inicial da reforma psiquiátrica no Brasil os anos de 1970, com a trajetória alternativa, momento de contestação e início dos movimentos que questionam o saber psiquiátrico, como é o caso do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). É a partir de organizações e sindicatos de trabalhadores da saúde que começam a surgir as primeiras denúncias de violência, negligência e maus-tratos aos pacientes, além de condições de trabalho precárias e má remuneração de funcionários. No campo teórico pensadores como Foucault, Goffman, Bastilde, Basaglia, entre outros, ganham importante destaque por trabalharem temáticas sobre a natureza da função social de práticas médicas e, principalmente, psiquiátricas (AMARANTE, 1995).

O segundo momento da reforma é marcado pela trajetória sanitarista que ocorreu durante os primeiros anos da década de 1980 e tem como plano de fundo o contexto do período da nova república, na qual os anseios pela construção de um projeto político popular e democrático são realçados. Parte importante da trajetória sanitarista foi o processo de cogestão dos hospitais psiquiátricos com a percepção das necessidades de uma boa administração e planejamento em saúde para que os serviços se tornassem mais efetivos e acessíveis, tendo

começado a se pensar em aspectos como universalidade, regionalização, equidade, integralidade e participação comunitária. Nesse sentido, entende-se por serviço alternativo tudo que se difere da psiquiatria tradicional e asilar, o que abarca desde a psiquiatria preventiva, até as técnicas sanitárias de organização do subsistema de saúde mental. O essencial a destacar sobre esse período do movimento de reforma é que, apesar de buscarem mudanças, não objetivavam ainda romper com o paradigma da institucionalização, isto é, procurava-se uma reforma do modelo já existente, mas não uma desconstrução para se pensar em maneiras de reconstruir as formas de atenção e cuidado (AMARANTE, 1995).

Paulo Amarante (1995) demarca a segunda metade da década de 1980, época em que o país vivia em um clima político que lutava pela redemocratização após 20 anos de ditadura militar, como início da trajetória de desinstitucionalização. Nesse período, o movimento pela reforma psiquiátrica se distancia do movimento da reforma sanitária a partir da construção do lema "Por uma sociedade sem manicômios".

> Parte da explicação deste afastamento pode ser encontrada no fato de que, apesar de todos os desvios de rota, de todas as contradições e paradoxos, o movimento psiquiátrico sempre mantém um viés desinstitucionalizante isto é, mantém em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença – ao passo em que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social (p. 94).

Assim sendo, essa trajetória é caracterizada pela implantação de serviços públicos substitutivos à internação manicomial, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Estabeleceu-se que era preciso pensar em estratégias para construir no cotidiano das instituições a necessidade de criar novas formas de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, transcendendo os modelos institucionais, buscando chegar nos usuários, familiares e comunidade. A organização de diversas associações de usuários e familiares por todo Brasil foi importantíssima para destacar o novo lugar que o 'louco' ocupa ao deixar sua posição passiva de objeto da intervenção psiquiátrica para assumir o protagonismo dentro do cenário da saúde mental, como reforça Paulo Amarante (1995, p. 121):

> O louco/doente mental (..) [torna-se] agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevistas no teclado psiquiátrico ou nas iniciativas do próprio MTSM. Seja nos espaços destas associações, seja em trabalhos culturais, atua-se no surgimento de novas formas de expressão política, ideológica, social, de lazer e participação, que passam a edificar um sentido de cidadania que jamais lhes foi permitido.

Saber sobre as trajetórias da reforma psiquiátrica é o primeiro passo para compreensão da importância desse movimento no processo histórico de transformação de saberes e práticas sociais. O caminho trilhado pelo movimento foi sinuoso, marcado por tensões e desafios. Foi

preciso muitos congressos, conferências e debates para que as transformações nas diretrizes de cuidado à saúde mental começassem, de fato, a acontecer.

1.3 Marcos políticos e conquistas do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira

Como exposto por Paulo Amarante (1995) o movimento da reforma psiquiátrica teve como ator e sujeito político fundamental o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), tendo em vista a trajetória desse movimento que consolidou críticas ao saber psiquiátrico e elaborou propostas de reformulação do sistema assistencial. Dessa forma, o estopim para as revoltas e movimentações em busca de mudança originou-se com uma greve, em abril de 1978, acompanhada por pedidos de demissão em massa de 260 estagiários e profissionais que trabalhavam em quatro estabelecimentos psiquiátricos administrados pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão responsável pela formulação das políticas de saúde mental no país. Os profissionais revoltaram-se com as condições de trabalho, devido a desvio de funções – profissionais graduados eram contratados como estagiários bolsistas já que a DINSAM não realizava concurso público desde 1957 –, ameaças e violências direcionadas tanto aos próprios funcionários como aos pacientes, além de diversas irregularidades nas unidades.

Os profissionais que deflagraram as situações precárias nos hospitais psiquiátricos e manicômios psiquiátricos do Rio de Janeiro receberam apoio do MTSM e conseguiram se manter em destaque na grande mídia por meses, resultando em apoio vindo de várias partes do país. Com isso, o MTSM se articulou e definiu seu objetivo de inserir-se na luta antimanicomial como "um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade" (AMARANTE, 1995, p. 52). Dentre as principais reivindicações do movimento apresentadas durante o ano de 1978 tem-se questões salariais, formação de recursos humanos, relações entre instituição, clientela e profissionais, apontamentos críticos acerca do modelo médico-assistencial e condições de atendimento – falta de profissionais, medicação, baixo número de leitos e precárias condições de higiene.

Mesmo após diminuição de cobertura da mídia, o movimento conseguiu mais apoiadores e coparticipantes e, para que sua voz continuasse sendo ouvida, articulou-se para encontrar espaço em eventos científicos. Foi assim que no final de outubro daquele ano ocorreu o Congresso de Abertura, no qual pela primeira vez os movimentos em saúde mental – destaca-

se movimentos, no plural, pois estes vinham se disseminando pelos estados do país cada qual com seus membros e lutando por melhorias a nível regional e nacional – participaram de um encontro com os setores mais conservadores que estavam concentrados na Associação Brasileira de Psiquiatria e estabeleceram uma frente ampla em defesa das mudanças na política de saúde mental e voltadas, também, em crítica ao modelo ditatorial militar em que o Brasil estava inserido à época (AMARANTE, 1995).

No início da década de 1980 no contexto de crise previdenciária e insatisfação popular com o sistema de saúde vigente, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS), responsáveis por administrar as redes e instituições de saúde no país, estabeleceram uma nova modalidade de convênio chamada de cogestão que previa a colaboração do MPAS no custeio e planejamento das unidades hospitalares do MS. Segundo Amarante (1994), a cogestão implicava no poder privado e público gerindo juntos e recebendo os recursos para administração dos hospitais, buscando aos poucos, a substituição de um modelo privatista pautado em produzir serviços pagos, aumentar o número de atendimentos e gerar lucros financeiros, por um modelo assistencial público, eficiente e universalizado. Assim, a cogestão foi o processo precursor de novas tendências no campo das políticas públicas, entre elas a que culminou na aprovação do Sistema Único de Saúde em 1988.

Devido à criação e promulgação do plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) houve a ampliação em nível nacional de experiências desenvolvidas a partir da cogestão, além de outras que tinham como bases os princípios de integração, hierarquização, regionalização e descentralização do sistema de saúde. Ao CONASP cabia operacionalizar a melhoria da qualidade dos serviços, aumento da cobertura (especialmente para que chegasse a população rural) e controle estatal do sistema (AMARANTE, 1995).

Cabe destacar que esses avanços em prol de um tratamento mais humanizado e menos hospitalizante não se deram sem oposição de associações que defendiam os ideais manicomiais, a mais marcante opositora as políticas que foram sendo criadas foi, talvez, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), principal representante do setor privado. A criação da FBH, em 1966, data do contexto do golpe militar de 1964 a partir do qual houve uma consolidação do processo de privatizações da assistência médica previdenciária, quando o Estado deixa de lado investimentos para criar uma rede própria, e opta pela compra de serviços privados. A FBH caracterizava-se como uma entidade de prestadores de serviços privados de saúde geral, no campo da psiquiatria, era formada por “empresários da loucura”, termo pelo qual ficaram conhecidos os investidores de hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1995).

No ano de 1977, como detalha Amarante (1995), os recursos da Previdência Social destinados à hospitalização psiquiátrica foram de 96%, enquanto para os serviços extra hospitalares foi de apenas 4%. Foi a partir do plano CONASP que as verbas direcionadas a FBH diminuíram e concentraram-se na proposição de instituir um sistema de universalização da assistência que contava com a regionalização do sistema de saúde, coordenação tripartite – dividida entre a Previdência Social, Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde – e hierarquização dos serviços segundo o grau de complexidade.

A trajetória iniciada com os processos de cogestão e com a criação do CONASP continuou em voga durante toda a década de 1980, período em que ocorreram diversos encontros, conferências, congressos e outros eventos científico para debater questões sobre o sistema de saúde no país, dentro os mais relevantes estão a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), em 1986, e o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (1987), que ficou conhecido com o Congresso de Bauru. Não obstante, na segunda metade da referida década, graças às conquistas alcançadas com o movimento da reforma psiquiátrica, houve o surgimento de novas modalidade de atenção assistencial que representavam uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico, como a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo no ano de 1987 (AMARANTE, 1995).

A 8ª CNS teve a participação de mais de quatro mil pessoas, dentre os participantes estavam membros dos grupos profissionais da saúde e dos partidos políticos, além de que pela primeira vez em um congresso do tipo houve a participação de pessoas da sociedade civil e das comunidades. Os temas discutidos giraram em torno de três eixos principais: Saúde como Direito (o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado foi posto em voga), Reformulação do Sistema Nacional de Saúde (aprovou-se pela proposta de criação de um Sistema Único de Saúde e pela separação entre saúde e previdência devendo-se criar um Ministério próprio para coordenar o sistema de saúde) e Financiamento Setorial (põe-se que deve ser criado um orçamento social no qual os recursos financeiros destinados às políticas sociais sejam repartidos entre os setores e seja formado o Fundo Único Federal de Saúde). Outra importante questão analisada na 8ª CNS, segundo consta no relatório final produzido (BRASIL, 1987), refere-se a participação do setor privado na saúde que, como aprovada nas discussões, deveria se "dar sob o caráter de serviço público 'concedido' e o contrato regido sob as normas do Direito Público." (p. 02).

Inspirados pela 8ª CNS com a intenção de produzir um encontro de natureza participativa e não de ordem técnica e restrita, o MTSM – que vinha passando por uma renovação teórica/política, pelo distanciamento entre o Movimento e o Estado e aproximação

de usuários da saúde mental e familiares – organizou seu segundo congresso nacional em que ocorreram discussões sobre a extinção dos manicômios, a organização dos trabalhadores da saúde mental, e reflexões sobre as prática concretas realizadas até então pelo Movimento.

O II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru em dezembro de 1987, teve a primeira manifestação pública organizada pela extinção dos manicômios contando com 350 trabalhadores da saúde mental presentes em prol de denunciar a psiquiatrização e a institucionalização, difundir na comunidade as discussões sobre a loucura e expandir o projeto de desinstitucionalização em sua dimensão antimanicomial baseado na tradição basagliana (AMARANTE, 1995). O lema "Por uma sociedade sem manicômios" foi instituído como foco principal da luta do Movimento, e, como exposto no manifesto produzido a partir do congresso

> O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (MTSM, 1987.).

O ano de 1989 se destacou por duas importantes conquistas dos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica. A primeira foi o estabelecimento de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que, aliados aos CAPS, foram possibilitados pela redefinição do espaço hospitalar em experiências de parcerias com a regionalização dos mecanismos de saúde e representaram para o país experiências exitosas em serviços substitutivos. Já a segunda conquista de 1989 se deu no campo jurídico-político com a apresentação do projeto de Lei de número 3.657/89, do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que regulamentava os direitos das pessoas com transtorno mental e indicava a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por recursos não manicomiais de tratamento.

No entanto, somente em 2001 a Lei Paulo Delgado é sancionada em caráter nacional, com algumas modificações em seu texto original, sendo conhecida oficialmente como Lei Federal de número 10.216, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento ambulatorial e de base comunitária em detrimento à internação em hospitais psiquiátricos. Porém, a lei acaba não instituindo, de forma clara, mecanismos para a progressiva extinção dos manicômios.

1.4 Alternativa à manicomialização: os serviços substitutivos

O processo de desinstitucionalização de pessoas internadas há longo tempo bem como a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos torna-se política pública no país a partir dos anos

1990, sendo impulsionado em 2002 quando uma série de normatizações do Ministério da Saúde institui os mecanismos claros e eficazes para a redução de leitos e a expansão de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Alguns dos programas criados para tornar viável tal mudança foram o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, o Programa de Volta para Casa, além da expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (BRASIL, 2005).

O PNASH/Psiquiatria, instituído em 2002, foi o primeiro processo avaliativo sistemático e anual dos hospitais psiquiátricos com a intenção de favorecer um diagnóstico da qualidade de assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos, que buscava ainda indicar aos prestadores de serviço critérios para que a assistência psiquiátrica oferecida esteja de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo SUS, descredenciando da rede os hospitais que estejam fora da qualidade desejada de atendimento à população. Após o processo de avaliação, preconiza-se que os hospitais sejam classificados em: boa qualidade, qualidade suficiente, necessitando de adequações e de baixa qualidade, sendo esses últimos encaminhados para descredenciamento pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos – conhecidos mais popularmente como residências terapêuticas – foram implementados para garantir assistência e moradia temporária tanto para egressos dos hospitais psiquiátricos como para a população geral de pessoas com transtornos mentais em vulnerabilidade que necessitam de moradia. As residências terapêuticas são casas dispostas no espaço urbano dos municípios que devem garantir o direito à moradia e a busca de reintegração na comunidade. Cada residência, em tese, deve acolher no máximo oito moradores que são apoiados no dia a dia por um cuidador responsável que auxilia o coabitar entre os moradores, em busca da autonomia dos usuários. A inserção do usuário nas residências terapêuticas é um passo importante na inclusão social do morador, sendo as residências referenciadas a um CAPS operando junto à rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).

Outra estratégia efetiva para a reintegração social das pessoas com histórico de hospitalização foi a criação do Programa de Volta para Casa, pela lei federal 10.708 sancionada em 2003. O programa tem como objetivo o pagamento de auxílio reabilitação para os egressos dos hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (BRASIL, 2005). Quando criado, o valor pago era de R$240,00 mensais sendo o benefício recebido pelo período de um ano, podendo ser renovado após encerramento do prazo caso se entenda como uma estratégia ainda necessária para o processo de reabilitação do usuário. Atualmente, o valor é de R$412,00 (BRASIL, 2021), percebe-se que o reajuste pelo qual passou desde o ano de sua

criação não é condizente com a realidade econômica brasileira, visto que o valor não chega a meio salário mínimo. Outro obstáculo para a democratização do programa diz respeito à carência de documentação pessoal, tendo em vista que muitos egressos dos hospitais psiquiátricos não possuem documentos básicos como certidão de nascimento ou registro gerais, os quais são exigidos para o cadastro. O processo de vulnerabilidade vivenciado por essas pessoas impede o exercício da cidadania e do direito fundamental à identificação.

As condições de inclusão exigem que o beneficiário esteja em alta hospitalar e acompanhado por um CAPS ou outro serviço público de saúde mental disponível no município em que reside. Cabe ressaltar que fica a cargo dos municípios aderir formalmente ao programa por meio do termo de adesão e habilitação através da portaria responsável. Tornar responsabilidade dos municípios gerir as ações de saúde é um dos elementos essenciais no processo de reforma psiquiátrica, pois promove a descentralização do poder e facilita a obtenção da saúde para a população. A municipalização da saúde reduz os riscos de fragmentação dos serviços e oferece possibilidade de compreensão das necessidades de cada população (AMARANTE, 1995).

Parte importante para consolidação da Reforma Psiquiátrica foi a construção de uma rede de atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. Essa rede não se ancora apenas nos conjuntos de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que, por si só, não conseguem suprir outras demandas de inclusão social do sujeito com transtornos mentais, é crucial para a construção da rede a presença de um movimento constante e permanente voltado aos outros espaços da cidade em busca da promoção de autonomia e de cidadania às pessoas com transtornos mentais. A construção da rede de atenção à saúde mental se baseia e orienta suas ações e equipamentos na ideia de território, sendo este a designação tanto da área geográfica como da distribuição da população, das instituições e cenários em que se desenvolve a vida comunitária (BRASIL, 2005).

Dessa forma, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída em 2011 pela Portaria nº 3088[3], anteriormente denominada Rede de Saúde Mental, ampliou a concepção de saúde para além de "mental", levando em consideração os preceitos da ampla atenção aos aspectos sociais do processo de saúde e doença. Além disso, com essa mudança, a rede passou a agregar também os usuários de álcool e outras drogas como necessitantes de cuidados e de atenção psicossocial.

[3] Em 2017, essa portaria foi revista pelo Ministério da Saúde e alguns de seus preceitos foram substituídos por meio da Portaria 3588, que resultou no enfraquecimento dos serviços substitutivos e maior implantação de dispositivos de lógica manicomial. Tal mudança marca o retrocesso nas políticas assistenciais de saúde, debato mais sobre isso no último tópico do capítulo 3.

A portaria destaca como diretrizes da RAPS o respeito aos direitos humanos, a garantia de autonomia e liberdade aos pacientes, o combate aos estigmas e preconceitos, e a atenção humanizada centrada nas necessidades dos usuários (BRASIL, 2011).

Os serviços substitutivos principais que compõem a RAPS são os CAPS, as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, os Ambulatórios de Saúde Mental e os Hospitais Gerais. Estes são caracterizados por serem serviços exclusivamente públicos, de base municipal e com controle gestor e fiscalizador advindo da consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Os CAPS figuram como exemplos principais da viabilidade de construção de uma rede de serviços substitutivos – e não complementares – à internação psiquiátrica. Tal serviço começou a surgir de forma tímida e escassa na década de 1980, somente com a instituição da portaria nº 336/2002 passou a receber uma linha específica de financiamento do Mistério de Saúde para ampliação da atuação (BRASIL, 2002). O CAPS tem como preceito funcionar como serviço ambulatorial de atenção diária, acolher usuários com transtornos mentais graves, prestar atendimento clínico ambulatorial e promover a reinserção social dos usuários por meio de acesso à trabalho, lazer e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Segundo o Ministério da Saúde (2021), o número de unidades CAPS no Brasil é de 2742, distribuídas em 1846 municípios por todos os estados do país. Em Goiás, os dados mais recentes informam que, atualmente, há 78 CAPS espalhados por 60 municípios (CNES, 2021), uma quantidade considerada pequena se levarmos em conta que o Estado possui uma população estimada de mais de 7 milhões e 200 mil habitantes (IBGE, 2010). Como informado pelos profissionais do PAILI, o CAPS costuma ser o local mais frequente onde é realizado o tratamento dos pacientes encaminhados para acompanhamento pelo Programa. Sendo assim, entende-se a ampliação das unidades e das equipes dos CAPS em Goiás como necessária para manutenção dos atendimentos de qualidade não só às pessoas com transtornos psicológicos submetidas medida de segurança, como à população geral que passa por sofrimento psíquico e/ou fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

A portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002) determina que para um melhor atendimento e organização, os CAPS devem se diferenciar pelo porte, capacidade de atendimento e modelo de usuários atendidos. O CAPS I atende municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes, tendo capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. O CAPS II oferece serviços de médio porte que cobrem municípios com mais de 50 mil habitantes, sendo necessária uma equipe mínima de 12 profissionais que precisam estar aptos a realizar o atendimento de cerca de 360 usuários mensalmente. Já os CAPS III dão cobertura a municípios com mais de 200 mil habitantes, são serviços de alta complexidade e, por isso,

devem funcionar 24 horas, e possuir equipe mínima de 16 profissionais para atender aproximadamente 450 pessoas por mês. Este diferencia-se dos CAPS tipo I e II por contar com leitos para internações curtas (de máximo 7 dias) para os casos necessários.

Nas localidades com mais de 200 mil habitantes regulamente-se a presença de unidades CAPS de atendimento especializados, a saber, o CAPSi – direcionado ao acompanhamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais – e o CAPSad especializado no atendimento a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, devendo este último, ser implementado tanto nas grandes metrópoles como em municípios com indicadores epidemiológicos relevantes ao atendimento dessa população (BRASIL, 2005).

Diante do elucidado nos parágrafos anteriores, e ao compreender a saúde como direito de todos e dever do Estado, retomo o sujeito de pesquisa deste trabalho, o louco infrator para afirmar que o tratamento a ele direcionado deve basear-se nos moldes do atendimento integral e com possibilidade de acesso universal aos serviços de saúde. A pessoa com transtorno mental em medida de segurança precisa ser reconhecida como um cidadão de direitos que pode e deve usufruir da rede de saúde mental e do cuidado em liberdade.

CAPÍTULO 2 – ENCARCERAMENTO DA LOUCURA E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA

No primeiro capítulo apresentei reflexões dos saberes psiquiátricos sobre a loucura e os movimentos de reforma psiquiátrica, bem como os avanços trazidos por ela. Já neste, trabalho com a temática da visão do louco como sujeito perigoso e transgressor da lei, trato a respeito do caráter inconstitucional das medidas de segurança e da problemática do conceito de periculosidade como critério para cessação. Além disso, ancorada principalmente nos escritos de Foucault, exponho o poder disciplinar incidente nas prisões e nos hospícios e classifico os manicômios judiciários como duplo local de segregação.

As dúvidas centrais que embasaram este capítulo giram em torno do pensamento de que se o louco infrator é inimputável, ou seja, tomando a etimologia da palavra "aquele que não pode ser responsabilizado por suas ações" e se a medida de segurança possui um caráter de tratamento, por que a pessoa com transtorno mental que comete crimes não é atendida pela Lei 10.216? Por que o inciso IX do art. 2º que diz ser direito da pessoa com transtorno mental "ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental" é ignorado ao enviarem pacientes para hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ao invés de preservar o tratamento em liberdade? Com isso posto, nos tópicos que se seguem pretendo lançar luz a algumas possibilidades de respostas, ou melhor, de entendimentos, sobre tais questionamentos.

2.1 A constituição da loucura como transgressão

O alienismo, precursor da psiquiatria moderna como conhecemos hoje, surgiu na França do século XVIII tendo como marco de fundação os trabalhos do médico Philippe Pinel nos hospitais gerais de Paris. O contexto histórico em que se estava inserida a sociedade naquele momento denotava o desejo de modernidade e o poder da ciência como geradora de progresso das civilizações. Para atingir o progresso esperado era necessária uma intervenção médico-científica que prometia recuperar alienados e tratar os transtornos mentais que dominavam os "sem razão" por meio da internação manicomial cujo objetivo era recuperar os insanos e devolvê-los aptos a participar do meio social, visto que a política liberal e o modelo de produção capitalista que vinham se instaurando exigiam um cidadão livre e capaz de exercer trocas econômicas. Assim, começou a surgir a noção da loucura como desvio, como aquilo que não se enquadra às normas e regras estabelecidas; o louco, por um lado, era digno de piedade por conta da ausência de seu entendimento racional, e, por outro, gerava medo e insegurança por

ser considerado perigoso devido à incapacidade de adaptação às normas sociais, transgredindo as leis e trazendo riscos para a população (CASTEL, 1991 apud TEIXEIRA, 2019).

Dessa maneira, cabia ao alienismo, enquanto nova disciplina, a tutela ao louco tendo como principal recurso o manicômio como local não só de tratamento, mas de observação e análise das doenças mentais e especialmente de repressão e isolamento do louco em nome da proteção do perigo em potencial que esses indivíduos representavam. O manicômio se constituía pela sua arquitetura que assegurava a pedagogia moral da loucura sob o pretexto de reeducação social (PESSOTTI, 1996 apud TEIXEIRA, 2019). Sendo assim, princípios classificatórios foram designados para separação das diferentes classes de alienados em alas especiais de acordo com a classificação nosográfica, sendo a mania, a melancolia, a demência e o idiotismo as quatro principais espécies de alienação identificadas. Pela admissão de que a doença mental era causada por distúrbios da sensibilidade físico-moral e que era preciso recuperar as paixões desvirtuadas dos doentes, o tratamento empregado era tanto de ordem física, como sangria e banhos quentes e frios, quanto de ordem moral, com medidas disciplinares e ocupacionais (TEIXEIRA, 2019).

Foucault (2001) reconhece a constituição da psiquiatria mais como um ramo especializado da higiene pública do que como teoria médica, pois, segundo ele, tal disciplina se institucionalizou como domínio da proteção social contra os perigos e desordens que viriam acompanhados pela doença.

> De fato, foi preciso, por um lado codificar a loucura como doença; foi preciso tornar patológico os distúrbios, os erros, as ilusões da loucura; foi preciso proceder a análises (sintomatologia, nosografia, prognósticos, observações, fichas clínicas, etc.) que aproximam o mais possível essa higiene pública, ou essa precaução social que ela era encarregada de garantir, do saber médico e que, por conseguinte permitem fazer esse sistema de proteção funcionar em nome do saber médico. Mas, por outro lado (...) foi preciso ao mesmo tempo codificar a loucura como perigo, isto é, foi preciso fazer a loucura aparecer como portadora de certo número de perigos, como essencialmente portadora de perigos e, com isso, a psiquiatria, na medida em que era o saber da doença mental, podia efetivamente funcionar como a higiene pública. (FOUCAULT, 2001, p. 148-149)

Carrara (1998), ao citar o trabalho de Castel (1978), demarca o final do século XVIII e início do século XIX como período histórico em que a recém-criada psiquiatria moderna deixou de atuar apenas no interior dos asilos e passou a ser requisitada nos tribunais para auxiliar os magistrados na compreensão de certos crimes cometidos por indivíduos com algum traço de alienação mental. As monomanias, caracterizadas por Pinel e por seu discípulo Esquirol, representavam grosso modo um tipo de loucura marcada pela presença de delírios parciais que, na maioria das vezes, eram delírios persecutórios que levavam o sujeito a cometer algum delito.

Contudo, existiam também outras classificações para as monomanias, como a monomania religiosa, a monomania erótica, a monomania homicida ou suicida, entre outras. Com o tempo, a monomania passou a designar uma perturbação mental que se referia às desordens das paixões e afetos.

O livro de Sérgio Carrara (1998) "Crime e loucura" aborda a questão do crime na passagem do século, expõe os pensamentos das principais correntes da criminologia e faz uma leitura dos manicômios judiciários como espaço tanto jurídico quanto psiquiátrico. Carrara elabora de forma detalhada as particularidades das monomanias e como os psiquiatras a integravam na explicação de certos crimes. Como não é pertinente ao presente trabalho me estender nesse conceito, deixo uma citação do livro de Carrara que ilustra como as desordens mentais, no âmbito jurídico penal, serviram de escopo para justificar a criminalidade e o consequente encarceramento do louco que por sua suposta conduta imprevisível deveria ser temido por sua inerente periculosidade.

> (...) estão desenhadas em largos traços as duas noções que serviram muito bem aos alienistas para explicar atos criminosos, transgressores ou insólitos que se colocavam em dois contextos bastantes distintos. A monomania instintiva dava conta de explicar atos considerados excessivos em relação a uma história de vida ou trajetória individual comedida, medíocre, normal. A loucura moral explicava, por seu lado, atos contextualizados por uma história individual percebida como excessiva, extravagante, excêntrica ou acidentada, frente à representação daquilo que seria o homem médio, medíocre ou normal. (CARRARA, 1998, p. 75).

Outra noção que deve ser introduzida, para que se possa compreender o tema da loucura como transgressão à lei, é a teoria da degenerescência. Formulada no ramo da psiquiatria por Bénédict-Augustin Morel, essa teoria teve como hipótese a degeneração enquanto patologia mental composta por um conjunto de desvios à normalidade humana que seria transmitida hereditariamente e que, a cada geração, os defeitos transmitidos tenderiam a se acentuar, o que justificou, na época, projetos de intervenção de cunho higienista (CARRARA, 1998; IBRAHIM, 2014).

Com as teorias sobre a monomania e a degenerescência, a psiquiatria aliada ao saber jurídico estabeleceu a internação asilar como instrumento de defesa social contra os loucos (FOUCAULT, 2001 apud IBRAHIM, 2014). Instituiu-se, assim, o imaginário de que a loucura era sempre e por si só perigosa, além disso, seria impossível de ser prevista por um olhar leigo, apenas o médico psiquiatra possuía os conhecimentos requisitados para identificar o grau de periculosidade dos loucos. Nesse sentido, mesmo com a identificação da loucura feita precocemente pelo psiquiatra, continuava não sendo possível saber se o indivíduo louco viria ou não a cometer algum delito grave contra outrem, restando assim a prevenção desse risco

iminente por meio da prisão psiquiátrica. A respeito das prisões como instâncias de controle, trato no tópico abaixo.

2. 2 Sobre as prisões e o poder disciplinar

No final dos anos 1700, o suplício do condenado, isto é, a exposição pública de castigos ao sujeito que cometesse alguma infração, foi aos poucos e em cada país a seu próprio tempo, deixando de ser prática punitiva recorrente. O saber penal foi se transformando e as formas de punição tornaram-se menos explícitas aos olhos, "a certeza de ser punido é que deve desviar o homem do crime e não mais o abominável teatro." (FOUCAULT, 1975/2014), p. 14). O castigo deixou de ser a dor no corpo, o sofrimento físico e assumiu suas curvas na suspensão de direitos, o direito de existir - pela guilhotina que ceifa a vida de forma rápida - e em especial, do direito à liberdade com as prisões. Mas a privação da liberdade por si só não funcionaria como castigo sem seus complementos punitivos ao corpo, como a redução alimentar, a privação sexual, as masmorras, o isolamento completo (FOUCAULT, 1975/2014).

De acordo com Foucault (1975/2014), o sistema punitivo calcula a pena não em função do crime cometido, mas de sua possibilidade de reincidir, ou seja, pune não a ofensa passada, mas a desordem futura. Assim, o autor demarca que a técnica de punir repousa sobre seis regras importantes: 1) regra da quantidade mínima: sabe-se que um crime é cometido porque traz vantagens, então, se a desvantagem da pena for maior que a desvantagem do crime, poderá haver mais interesse em evitar a pena do que em arriscar o crime; 2) regra da idealidade suficiente: para que haja punição é preciso utilizar não o castigo, mas a representação deste, é, pois, a ideia da dor e do desprazer a própria pena mais que a 'sensação' de sofrimento em si, a representação da pena deve ser maximizada; 3) regra dos efeitos laterais: a pena deve surtir efeitos intensos em quem não a cometeu, ela deve ser e representar sofrimento máximo para os que a imaginam; 4) regra da certeza perfeita: dita que as leis sobre cada crime devem ser perfeitamente claras, a ideia do crime deve vir vinculada ao castigo dele resultante; 5) regra da verdade comum: estabelece que a verificação do crime deve obedecer os critérios de qualquer verdade só podendo ser admitida uma vez que seja inteiramente comprovada; 6) regra da especificação ideal: versa sobre a necessidade do código penal em contemplar de forma exaustiva e explícita os tipos de infrações de modo que não haja brechas na lei que permitam ao criminoso a impunidade.

A disciplina (ou poder disciplinar) existe desde a Antiguidade, mas se fundamentou de maneira mais elaborada e próxima da qual conhecemos hoje a partir do século XVIII, quando foi aperfeiçoada como uma nova técnica de gestão dos homens que tem como características

básicas: 1) a organização espacial dos indivíduos com distribuição em espaços classificatórios e combinatórios; 2) o controle do tempo que objetiva uma maior produção com o máximo de rapidez, ou seja, interessa-lhe como é feito o processo de desenvolvimento de uma ação mais do que seu resultado; 3) a vigilância constante como um dos principais instrumentos de controle; e 4) o registro contínuo de conhecimento do indivíduo, com anotações e transferências de informação de modo hierárquico (FOUCAULT, 1979/2021).

Todos os sistemas disciplinares possuem um mecanismo penal próprio e característico composto por micro penalidades: do tempo, da atividade, da maneira de ser, dos discursos, da sexualidade etc. Assim, a disciplina possui uma maneira muito específica de punir, tudo que foge à regra, todos os desvios são passíveis de penas, visto que, como já citado, os castigos têm a dupla função de punir e, principalmente, reduzir os futuros desvios. Em suma, como aponta o filósofo francês, as disciplinas inserem a sanção normalizadora que estabelece uma medida de classificação do que é aceitável, que delimita o normal e o anormal, o que é considerado correto e o que foge à regra, ou seja, ela *normaliza* as condutas com a intenção de produzir corpos úteis (FOUCAULT, 1975/2014).

A maior potência das disciplinas de controle está não em cuidar do corpo em massa como unidade indissociável, mas trabalhá-lo detalhadamente, exercendo coerção de maneira sutil, tendo em vista a eficácia dos movimentos e sua organização interna. As disciplinas foram sendo construídas e se tornaram fórmulas de dominação únicas e singulares diferentes, como marca Foucault, da escravidão, da vassalidade e da domesticidade; elas realizam o controle minucioso das operações do corpo que levam a uma sujeição desses corpos e imposição de uma relação de docilidade-utilidade, cuja finalidade é a fabricação de corpos submissos, corpos dóceis. Os processos disciplinares, existem em diversas instâncias da vida exercendo controle nos conventos, nos exércitos, nas escolas, nos hospitais e, é claro, nas prisões. A prisão como instituição foi criada antes mesmo que a lei a definisse como local de cumprimento de penas; por meio de um trabalho preciso exercido sobre o corpo do sujeito, a instituição-prisão surgiu como aparelho capaz de tornar os indivíduos dóceis e úteis.

Em “Vigiar e Punir: nascimento da prisão” (1975/2014) Foucault faz uma análise histórica da evolução das legislações penais e dos métodos punitivos e prisionais; tem como objetivo, em suas próprias palavras, realizar “uma genealogia do atual complexo científico-judiciário onde o poder de punir se apoia” (p. 27). O autor reconhece que na prática penal moderna, não se julgam apenas os crimes cometidos, crimes estes como objetos jurídicos dos códigos penais, são julgados também os instintos, as anomalias, as inadequações de quem o

cometeu. Nesse sentido, as medidas de segurança não se destinam a sancionar a infração, mas a exercer controle sobre o indivíduo à ela submetido, no intuito de neutralizar sua periculosidade, modificar suas disposições criminosas, só sendo possível de exercer tal função, pois estão ancoradas no saber médico através da produção de laudos psiquiátricos.

> E o papel do psiquiatra em matéria penal? Não será o perito em responsabilidade, mas de conselheiro de punição; cabe-lhe dizer se o indivíduo é "pergioso", de que maneira se proteger dele, como intervir para modificá-lo, se é melhor tentar reprimir ou tratar. Bem no começo de sua história, a perícia psiquiátrica tivera que formular proposições "verdadeiras" sobre a medida da participação da liberdade do infrator no ato que cometera; ela tem agora que sugerir uma receita sobre o que poderia chamar seu "tratamento médico-judicial". (FOUCAULT, 1975/2014, p. 26)

Nesse sentido, Foucault analisa os discursos psiquiátricos presentes nos exames realizados com os suspeitos de algum delito como uma das formas de tecnologia de poder utilizadas pelas práticas penais. Na aula de 8 de janeiro de 1975, parte integrante do compilado de palestras que formam a obra "Os Anormais", Foucault (2001) expõe o exame psiquiátrico como instrumento capaz de qualificar uma série de características, comportamentos e maneiras de ser como delito, condições que, como tal, não são previstas enquanto delitos, mas que se apresentam como origem e motivação para que o indivíduo tenha cometido determinado crime. O papel do exame psiquiátrico seria, então, "legitimar, na forma de conhecimento científico, a extensão do poder de punir a outra coisa que não a infração" (p. 23).

Ao trazer a discussão para a realidade brasileira - que em seu código penal muito se assemelha aos códigos penais de países europeus os quais Foucault utilizou para embasar grande parte de seus escritos - tem-se posto no Art. 149 no Código Penal (BRASIL, 2020) que quando houver dúvida acerca da integridade mental, o juiz, o Ministério Público, a defesa ou os familiares do acusado podem solicitar a realização de exame médico-legal para avaliação da insanidade mental. Esse exame, realizado por peritos médicos psiquiatras, possui caráter de verificação da verdade e realidade dos fatos e pressupõe que o perito tenha "personalidade imparcial; ausência de preconceitos; temperamento racional, seguro, sólido em seus conhecimentos e facilidade em assumir atitudes decisórias e conclusivas quanto ao periciando" (CHEDID, 2012, p. 418 apud SANTOS FILHO, 2018, p. 44). Em sua dissertação Santos Filho (2018) contesta as orientações das características pessoais que seriam necessárias para atuação do perito psiquiatra, principalmente por se embasar em quesitos subjetivos e com pouco rigor teórico, e acrescenta que

> (...) a prática pericial reafirma-se enquanto tecnologia de disciplina, marcadamente, incidente sobre os corpos dos sujeitos. Enquanto dispositivo disciplinar, a perícia psiquiátrica, sob o pretexto da detecção do sujeito doente, constrói o sujeito anormal pelo mapeamento de suas verbalizações, gestos e comportamentos. A partir dessa construção, pretensamente uma investigação

> científica, impõe-se o objetivo final da perícia: a prescrição de um destino ao sujeito. (p. 46).

Destino esse que, a depender do juiz, pode ou não levar à medida de segurança, já que os exames realizados pelos peritos respondem a quesitos que compõem o laudo pericial, entretanto fica a critério do juiz de ofício responsável pelo processo aceitar ou rejeitar, no todo ou em parte, o laudo apresentado (BRASIL, 2020). Se considerado que, em decorrência de doença mental ou desenvolvimento mental completo ou retardado, o sujeito era incapaz de entender o caráter ilícito do fato criminal cometido, este é submetido à medida de segurança (Art. 26) cujo cumprimento se dá em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou em tratamento ambulatorial (Art. 96). No tópico abaixo debato as problemáticas a respeito das medidas de segurança e do conceito de periculosidade que as sustentam.

2. 3 Aplicação da medida de segurança e periculosidade criminal

Em seu livro "Loucos por liberdade: direito penal e loucura", Haroldo Caetano (2019) faz uma leitura das origens da medida de segurança a partir da história do direito penal e das diferentes vertentes da criminologia. O autor afirma que para os representantes da Escola Clássica a responsabilidade penal era derivada da culpabilidade e as penas impostas tinham uma função essencialmente retributiva. Já para a Escola Positivista, as sanções penais possuíam caráter preventivo, como meio de defesa e proteção do organismo social, tomando como base a periculosidade inerente do "sujeito criminoso". O principal nome da criminologia positivista foi, sem dúvida, o médico italiano Cesare Lombroso que no século XIX sistematizou uma série de conhecimentos de diversas áreas, em especial dos fisionomistas, para traçar o perfil dos criminosos[4]. Com isso, definiu características físicas, como estrutura torácica, estatura, peso, comprimento dos membros, e tamanho dos crânios que eram levadas em conta ao se identificar um possível delinquente nato.

Lombroso afirmava, então, que o crime não era uma entidade jurídica, não poderia ser derivada da estrutura social, mas sim de um fenômeno biológico que descrevia certas raças como primitivas e inferiores às outras, nas quais estariam os criminosos (PENTADO, 2016). Segundo a Escola Positiva, o crime era tido como sintoma de uma patologia psicossomática, ou

[4] Caetano (2019) pontua o caráter racista e evidentemente preconceituoso sobre os quais Lombroso baseava sua teoria ao definir as tipologias físicas do criminoso nato: "não tardou para que os criminosos fossem identificados com as pessoas pobres ou com menos poder, os quais desde sempre povoaram os presídios que, não pode acaso, constituíram o campo das pesquisas do psiquiatra italiano" (p. 66). Aponta, ainda, a influência do pensamento lombrosiano nas teorias higienistas que serviram "como argumento de legitimação da perseguição das raças inferiores, particularmente os judeus, durante a ascensão nazista na Europa" (p. 67)

seja, era uma doença de ordem individual pela qual o sujeito criminoso deveria ser tratado e prevenido com medidas pedagógicas e terapêuticas que visavam neutralizar o delinquente. Nesse sentido, Motta (2004), ao apresentar os escritos de Foucault, comenta que os saberes criminais retiram a noção jurídica de responsabilidade e a substituem pelo grau de periculosidade que o sujeito apresenta: "os réus reconhecidos pela lei como os responsáveis, isto é, os doentes, os loucos, os anormais, vítimas de impulsos irresistíveis, são de fato os mais perigosos. A pena não deve ser uma punição, mas um mecanismo de defesa da sociedade." (p. XVIII).

Os determinantes criminológicos da Escola Positiva serviram de contribuintes para a organização do Código Penal da Itália, que entrou em vigor em 1930 durante o regime fascista de Mussolini e inspirou, em muitos pontos, o Código Penal brasileiro, tendo sido as medidas de segurança importadas do código italiano (CAETANO, 2019). Delmanto (1991 apud SOARES-FILHO; BUENO, 2016), ao tratar a definição de medidas de segurança afirma que elas se assemelham às tradicionais penas, diferindo-se somente em sua natureza e fundamento. As penas são sanções retributivas-preventivas, baseadas na culpabilidade do sujeito, enquanto as medidas de segurança buscam ter caráter preventivo, levando em conta a periculosidade do indivíduo que cometeu o ato infracional.

Para as prisões, os criminosos. E para os loucos, resta os manicômios. O Código Penal francês de 1810 dá a deixa, em seu artigo 64 ao afirmar que "não há crime nem delito se o indivíduo estiver em estado de demência no momento do crime." (FOUCAULT, 2001, p. 39). O princípio da porta giratória, como proposto por Foucault, se apresenta na esfera penal e propõe que, onde existe a loucura, o crime sai. Ao trazer a discussão para o contexto brasileiro, antes da criação do Código Penal de 1940, era essa a lógica existente no país em seu sistema penal anterior, visto que a legislação brasileira nunca havia imposto sanções de caráter penal aos inimputáveis. No Código Criminal do Império, de 1830, e no Código republicano, de 1890, o indivíduo considerado louco que houvesse cometido crime deveria ser entregue à sua família, ou recolhido e internado em casas especiais para acolhê-los (assim como era feito com qualquer outro indivíduo louco da época), mas não respondia a qualquer tipo de sanção penal (ROSSI, 2015).

A partir de 1940, a medida de segurança começa a figurar na legislação brasileira e para aplicação de tal sanção pressupunha-se: 1) a prática de fato previsto como crime, e 2) a periculosidade do agente (Art. 76). Ao se basear no pressuposto de periculosidade, a medida de segurança era aplicável também ao agente imputável, apenas com a reforma penal de 1984 ela passa a figurar como alternativa aos autores inimputáveis e semi-imputáveis. Sendo assim, a

partir da década de 1980, para que a medida de segurança seja aplicada é necessário que se preencha três requisitos: a prática do injusto penal; a comprovação de inimputabilidade ou semi-imputabilidade devido a transtorno mental ou desenvolvimento mental incompleto – constatado por exame de sanidade mental; e, assim como no código penal anterior, levando em conta a periculosidade do agente (LEBRE, 2012).

O Código de Processo Penal (BRASIL, 2020) difere inimputabilidade – nos casos em que o réu é absolvido no processo (por conta dos requisitos descritos no parágrafo anterior) e submetido à medida de segurança – de semi-imputabilidade, isto é, quando o agente é condenado, mas tem sua pena substituída pela medida de segurança (Art. 26). Caetano (2019) ao cita Nicolitt (2014) explica que existem dois tipos de sentença de absolvição: a sentença absolutória própria, ou seja, quando o agente é totalmente absolvido, não sendo imposta qualquer sanção ou resposta penal ao acusado; e a sentença absolutória imprópria que é dada nos casos de inimputabilidade, pois, apesar de ser teoricamente absolvido, o réu é submetido à medida de segurança.

Outra forma passível de aplicação de medida de segurança é prevista no art. 183 da Lei de Execução Penal (LEP) (BRASIL, 1984) que versa sobre os casos em que durante o cumprimento da pena privativa de liberdade o sujeito manifesta doença ou perturbação mental. Nesses casos, o juiz pode substituir a pena por medida de segurança, que passa a ser irrevogável não admitindo o retorno da situação jurídica anterior (CAETANO, 2019). A execução das medidas pode se dar tanto em internação em HCTP que impõe a privação de liberdade, ou em sujeição a tratamento ambulatorial em liberdade. Conforme o CP 1984, os locais de internação para cumprimento da medida devem ser dotados de características hospitalares onde o sujeito é submetido a tratamento. Porém, como veremos no próximo tópico, os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico se caracterizam como estabelecimentos que não têm como principal preocupação o tratamento de seus pacientes e não visam a realização de práticas terapêuticas, mas ao contrário, servem de local para reprodução de práticas manicomiais.

Por ter como possibilidade de "tratamento" a internação compulsória, a submissão judicial de medidas de segurança viola a Lei 10.216 que estabelece que a internação de pessoas com transtornos mentais somente pode ser utilizada nos casos em que os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Em consonância a isso e, como agravante, tem-se que a medida de segurança não tem limite máximo estabelecido previamente ao início de sua execução, apenas o prazo mínimo (que varia de 1 a 3 anos) de duração é demarcado. Em 2015, mais de trinta anos após o CP atual entrar em vigor, o Superior Tribunal de Justiça estabeleceu a Súmula 527 que definiu que o tempo de duração da medida não deve ultrapassar o limite

máximo da pena relativa ao delito praticado (CAETANO, 2019). A incerteza quanto a duração é uma das maiores problemáticas em relação à medida de segurança, sobre esse assunto compartilho da opinião de Caetano (2019, p. 54) ao afirmar que

> [...] as medidas de segurança se caracterizam desde o seu ingresso na legislação penal brasileira, entretanto, justamente pela gravidade das condições impostas aos indivíduos submetidos. Em muitos casos, principalmente por conta do seu caráter detentivo e indeterminado, por não ter limite máximo de duração, eram muito mais gravosas do que a própria sanção penal objetivamente considerada, severidade que ganha dimensão ainda maior em face das terríveis condições de funcionamento dos manicômios judiciários brasileiros.

Por meio dos referenciais adotados no presente trabalho, entende-se a medida de segurança como uma condenação penal de medida terapêutica que fere diversos princípios da Constituição Federal de 1988 que estabelece no inciso LVII do art. 5º que ninguém pode ser considerado culpado até que a sentença condenatória seja definitiva (BRASIL, 1988). Ou seja, sem condenação não há culpa. Os conceitos de culpa, condenação e pena são indissociáveis sendo, então, incoerente a determinação de medidas de natureza sancionatória sem o pressuposto da culpabilidade. Dessa forma, como destaca Caetano (2019), as medidas de segurança ferem os princípios da legalidade, da igualdade, da presunção de inocência, além de ferir também o princípio da dignidade humana.

Os trabalhos de Peres e Nery Filho (2002), Barros-Brisset (2011), Lebre (2012), Rossi (2015) e Caetano (2019) convergem ao entender as medidas de segurança como formas de controle social ancoradas no conceito de periculosidade criminal. Periculosidade essa, como definido por Rauter (1997 apud LEBRE, 2012), associada a certo exercício de uma futurologia pseudocientífica, pois diz sobre a probabilidade de algo que talvez venha a acontecer no futuro.

> Ocorre que essa ideia de risco, para tentar fugir de uma abstração racionalmente inaceitável, acaba sendo construída a partir da gravidade implícita do fato criminoso, o que gera uma absurda incongruência neste instituto: pois acaba imputando-se efeitos sancionatórios a uma medida que se propunha exclusivamente terapêutica (SILVA, 2001 apud LEBRE, 2012).

Como já citado, as conclusões de Lombroso e de outros pensadores da criminologia positivista serviram de escopo para estabelecer a periculosidade como elemento central na aplicação de sanções criminais como forma de prevenção a novos delitos, principalmente para os indivíduos considerados loucos por conta da imprevisibilidade e da falta de autocontrole dos impulsos que viria acompanhada da loucura. Ao se levar em conta a periculosidade como fator para avaliar a possibilidade que determinado indivíduo apresenta de cometer novamente um crime, passa-se a julgar não o delito praticado, mas a personalidade de quem o cometeu (ROSSI, 2015). Ao trazer a discussão desse conceito para o século XX, Mitjavila e Mathes (2012, p. 1387) ao citar Foucault apontam:

> a teoria da periculosidade tornou-se "a grande noção da criminologia e da penalidade" do final do século XIX, e sobrevive atualmente sob novas roupagens e nuances, mas persistindo na função discursiva de fazer com que o indivíduo passe a ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não de seus atos, não em termos das infrações concretas e sim das potencialidades comportamentais que elas representam.

O conceito de periculosidade encontra-se na intersecção entre os saberes jurídicos e médicos, sendo os peritos psiquiatras forenses os responsáveis tanto por avaliar a inimputabilidade do indivíduo como a cessação de periculosidade. Muitos autores que realizam pesquisas nessa área questionam a suposta relação entre criminalidade e doença mental, mas boa parte aponta como elemento essencial para identificação de periculosidade o rótulo diagnóstico nosológico. A literatura nos mostra que a psiquiatria brasileira possui certa tendência na utilização de modelos interpretativos que preconizam a participação de elementos de natureza individual e familiar na etiologia das doenças mentais e da criminalidade, observando-se uma perda progressiva das determinantes sociais, culturais, econômicas e políticas desse fenômeno, o que resulta em uma "desresponsabilização das instâncias públicas e coletivas e à responsabilização crescente dos indivíduos e suas famílias na provisão de cuidados e no controle da criminalidade." (MITJAVILA; MATHES, 2012, p.1391).

Em pesquisa realizada nos laudos de cessação de periculosidade de indivíduos cumprindo medida de segurança no HCTP Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro, foi observado que não há um padrão formal seguido durante a realização dos exames - como ocorre de forma mais sistematizada em laudos de sanidade mental e dependência toxicológica, por exemplo – os procedimentos periciais não são totalmente descritos e as informações são incompletas. A análise dos laudos indicou que os critérios mais utilizados na avaliação de periculosidade foram a presença ou ausência de sintomatologia produtiva e negativa, o comportamento do periciado na instituição e a existência ou não de apoio sócio-familiar. Já os itens menos valorizados foram a gravidade do delito e o histórico criminal e psiquiátrico. A autora do estudo ressalta que nos casos de internação psiquiátrica não penal, a alta está ligada, principalmente, a remissão dos sintomas, mas no caso dos manicômios judiciários apenas essa ausência não determina a liberação do indivíduo, é necessário a presença do apoio familiar, pois, quando não observado, pode levar (e, em inúmeros casos, já levou) a permanência perpétua da medida de segurança (MECLER, 2010).

Diante a tudo que foi exposto nesse tópico, compartilho do ponto de vista de Valéria Rondon Rossi que em seu artigo expõe a incoerência das medidas de segurança se apresentarem como uma intervenção em saúde sendo que tem como preceito a periculosidade do agente: "a periculosidade criminal implica necessariamente um juízo de probabilidade de o sujeito vir a

cometer novos delitos, mas nada diz sobre seu sofrimento mental ou necessidade de cuidado." (2015, p. 82). Após indicar o falso caráter de tratamento da medida de segurança, e a problemática em considerar a periculosidade como critério para sua cessação, no subitem abaixo apresento o surgimento dos manicômios judiciários no Brasil, e as péssimas condições a que são submetidas às pessoas que neles habitam.

2.4 Manicômio judiciário: duplo local de exclusão

As práticas de internação do começo do século XIX marcaram o momento em que a loucura começou a ser percebida mais em relação à conduta considerada regular e normal do que em relação ao erro e ao julgamento perturbado; o louco se diferia do sujeito normal por sua desordem na maneira de agir, de querer, de tomar decisões. Recolher os loucos em grandes estruturas asilares passou, então, a se justificar pela manutenção da harmonia da ordem social que exigia a proteção contra a desordem do louco, e pela necessidade terapêutica que rogava pelo isolamento dos doentes mentais (FOUCAULT, 1975/2014).

A análise criminológica que Sérgio Carrara (2010) faz sobre o surgimento dos manicômios judiciários no cenário brasileiro delimita a passagem do século XIX ao século XX como o período em que houve um aumento exacerbado da criminalidade nas grandes cidades ocasionado pelo processo de urbanização e industrialização, o que gerou um interesse em torno da questão do crime e de como combatê-lo. Como aponta Foucault (1975/2014), a prisão com seu duplo fundamento jurídico-econômico e técnico-disciplinar aparece como a forma mais eficaz, imediata e civilizada de pena para o indivíduo criminoso. Criminoso este que, como as teorias positivistas em voga acreditavam, pertencia a um "tipo nato" que teria seu psiquismo danificado pela doença que o faria cometer delitos.

O crime tomado como objeto da psiquiatria era visto, então, como sintoma de uma doença mental. Já como objeto da antropologia, seria pensado como um atributo peculiar a certas categorias humanas, que inserem o sujeito como possuidor de características desviantes devido a configurações psicossomáticas particulares e adquiridas hereditariamente. Carrara acrescenta que "em fins do século XIX, os caminhos indicados pelas entradas abertas pela psiquiatria e pela antropologia criminal se cruzam sobre um espaço que é ao mesmo tempo manicômios judiciários e outras instituições do gênero" (2010, p. 22).

Antes da inauguração dos manicômios judiciários no Brasil, aos "criminosos degenerados", a depender de como corria o processo, restava a condenação e prisão nos presídios comuns, ou a absolvição e posterior obrigatoriedade de permanecer nos hospícios de

alienados. Havia casos em que eram colocados em liberdade após o julgamento, pois, ou o hospício não aceitava recolher o condenado, ou ele fugia e desaparecia no decorrer da negociação para o internamento. Assim, fez-se necessário um local adequado para o envio desse tipo especial de criminoso, tendo em vista a inadequação dos meios tradicionalmente instituídos para o controle e repressão aos transgressores, já que nem os asilos nem as prisões se mostravam adequadas à segregação dos degenerados (CARRARA, 1998).

Em 1903, a lei especial de organização da assistência médico-legal aos alienados estabeleceu que cada estado deveria buscar recursos para iniciar a construção de manicômios judiciários e que, enquanto esses não fossem inaugurados, deveriam ser abertas alas especiais nos asilos públicos para o recolhimento dessa população. Carrara (2010) aponta dois outros acontecimentos imprescindíveis para que a opinião pública e a imprensa se manifestassem em favor do estabelecimento de um manicômio judiciário. O primeiro, em 1919, quando o assassinato da esposa de um importante senador carioca, crime cometido por um sujeito considerado degenerado, gerou revolta entre os moradores e os jornalistas do Rio de Janeiro que se engajaram na luta para a criação do manicômio judiciário da cidade, porém "ao defenderem a construção do estabelecimento, não enfatizavam o seu caráter terapêutico ou humanitário; antes, apontavam sua urgente necessidade para uma repressão mais eficaz aos delinqüentes" (p. 26). O segundo acontecimento ocorreu já em janeiro de 1920, quando internos da Seção Lombroso (ala destinada ao recolhimento dos loucos criminosos) do Hospital Nacional fugiram de suas celas e iniciaram uma rebelião na qual atearam fogo em colchões e agrediram funcionários, sendo necessária grande força policial para contê-los.

Diante de toda essa conjuntura, a campanha para construção do manicômio judiciário na então capital do país surtiu efeito e, em 1921, foi criado o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro[5] como a primeira instituição hospital-prisão brasileira. Os manicômios judiciários representam um local de dupla segregação e que, de acordo com Carrara, articulam duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas, de um lado por serem a junção de instâncias disciplinares promotoras de exclusão (o hospício e a prisão); e de outro por

[5] Na década de 1950, a instituição passou a se chamar Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, em homenagem ao médico psiquiatra de mesmo nome que chefiava a seção dos loucos no hospital. Em 1984, devido ao processo de reforma nas legislações penais, foi novamente renomeada para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho. No ano de 2013 a Justiça determinou a extinção oficial do HTCP Heitor Carrilho, porém esta ainda não foi efetivada. Em 2015 determinou-se a proibição da admissão de novos pacientes, contudo, à época ainda havia 37 pacientes antigos internados. Atualmente, sob administração da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP-RJ), a instituição não funciona mais como hospital, tendo mudado sua nomenclatura para Instituto de Perícias Heitor Carrilho (SANTOS; FARIAS, 2014; G1 RIO, 2015).

recolherem as pessoas duplamente estigmatizadas que representam “dois dos fantasmas mais trágicos que ‘perseguem’ a todos: o criminoso e o louco” (2010, p. 17).

> Para a prisão enviamos *culpados*; o hospital ou hospício recebe *inocentes*. Sem dúvida, a moderna percepção da loucura e do crime é fruto de um processo que, embora tortuoso, já dura mais de dois séculos. Através desse processo, em que se empenharam médicos, juristas e outros profissionais, generalizou-se a idéia de que existe uma diferença essencial entre as transgressões realizadas por sujeitos considerados “alienados” - que não teriam controle nem consciência de suas ações - e aquelas provenientes de indivíduos considerados “normais” - que teriam controle sobre suas ações e plena consciência de seu caráter delinqüente ou desviante. (...) a idéia, de “pena” e a idéia de “tratamento” ainda se excluem, pois, apesar de todas as oscilações por que já passou, a prisão, como reação penal por excelência, nunca deixou de significar explicitamente castigo ou expiação de uma culpa (CARRARA, 2010, p. 18).

Dessa maneira, o manicômio judiciário situa-se enquanto instituição fundada em contradições, pois oscila entre dois modelos bastante característicos: o jurídico-punitivo, ou seja, em que se entende o sujeito capaz de ser moral e penalmente responsabilizado por suas ações, e o psiquiátrico-terapêutico no qual o sujeito é percebido segundo seus impulsos e desejos, não podendo ser responsabilizado por seus atos, visto que não teria plena consciência sobre tais (IBRAHIM, 2014). Já que esse tipo de instituição apresenta no cerne de sua criação uma série de contradições, não é de se estranhar que elas não cumpram com o objetivo de oferecer tratamento em saúde aos presos com transtornos mentais encaminhados a elas. Mesmo após a mudança de nomenclatura para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que evoca a função terapêutica, o que se observa na literatura sobre os HCTP é a reprodução de práticas coercitivas e punitivas encontradas em qualquer outro presídio ou penitenciária comum que, além de violar os direitos humanos mais básicos, vão na contramão das determinações presentes na Lei 10.216 (PITTA; RABELO, 2004 apud CORDIOLI; BORENSTEIN; RIBEIRO, 2006; RIGONATTI et al., 2013; LIRA, 2016; MAGALHÃES; ALTOÉ, 2020).

Além das más condições de cuidado aos internos que incluem alimentação e higiene precárias, vivências coletivizadas, falta de acompanhamento médico e psicológico, e alta medicalização, outra problemática é a falta de perspectiva que os internos têm quanto ao seu futuro no que se refere a liberação do encarceramento que, como apresentado anteriormente, depende da cessação de periculosidade (CORDIOLI; BORENSTEIN; RIBEIRO, 2006). A experiência de inserção em hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos afeta não só os loucos infratores presos cumprindo medida de segurança como também a equipe que trabalha nesses locais. A pesquisa realizada por Monteiro e Araújo (2018) com agentes penitenciários que atuam nos manicômios judiciários Barbacena (MG) expõe que, apesar de entenderem a profissão como necessária ao cuidado dos pacientes, esses trabalhadores enfrentam situações

adoecedoras, devido, entre outras razões, à sobrecarga de trabalho e ao desgaste psíquico de lidar com pessoas em delírios e surtos.

Com a inspeção realizada, em 2015, pelo CFP em 17 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico espalhadas pelo país verificou-se a inadequação das instalações para o atendimento das funções atribuídas legalmente, além da falta de transparência dos gestores para com as informações sobre a situação dos pacientes. No que se refere às instalações, observou-se condições impróprias de conservação dos prédios e das celas/dormitórios incluindo baixa iluminação e ventilação, má qualidade de limpeza e banheiros inadequados. Foi verificada a situação de lotação em nove estabelecimentos, total que pode ser ainda maior, visto a discrepância ou incompletude de informações repassadas por alguns estados. Com relação aos recursos humanos, percebeu-se a pouca quantidade de profissionais de saúde (77 da psiquiatria, 43 da psicologia, 90 da enfermagem) em comparação ao número de agentes penitenciários (611). Assim, levando em conta apenas alguns dos critérios avaliados na inspeção, pôde-se constatar que esse tipo de estabelecimento não oferece o tratamento psiquiátrico adequado aos internos como é previsto na legislação e que justificaria a existência de tais locais de aprisionamento para pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes.

> Apesar da reforma do Código Penal de 1984 ter mudado o nome dos manicômios judiciários para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, estas instituições continuam a funcionar em ambiente carcerário e em nada lembram um estabelecimento voltado para o cuidado em saúde; não obedecem a qualquer tipo de regulamentação sanitária, nem atendem a qualquer regramento criado para normatizar os estabelecimentos psiquiátricos, ou de saúde mental; praticamente não estabelecem nenhuma articulação com a rede de atenção psicossocial, nem desenvolvem atividades que visem a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, ou que sejam voltadas para a desinstitucionalização e reinserção social (com exceção do HCTP do Rio de Janeiro), sendo, portanto, completamente avessas à política de saúde mental vigente no país (CFP, 2015, p. 128-129).

Em Goiás[6], nunca houve uma instituição específica para internação do louco infrator, assim, as pessoas que respondiam a medida de segurança eram submetidas a mesma realidade que se vê em muitos locais do país, a permanência de cumprimento da medida nos presídios comuns. No inquérito realizado em 1996 pelo Ministério Público do Estado de Goiás (MPGO),

[6] O maior símbolo de aprisionamento do louco no Estado foi, sem dúvidas, o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, inaugurado em Goiânia em 1954, sendo o primeiro manicômio público do Centro-Oeste. O hospital fez parte de uma política de expansão das instituições asilares pelo Brasil e, desde seu projeto de construção (e posterior inauguração em 1954), teve como meta o pretensioso processo de modernização, civilização e melhoramento da raça tomando como base fundamental as teorias eugenistas da medicina ancorada nos ideais de sanitarismo e higienismo (SANTOS, R.O.R, 2018). Em 1995, o Hospital Adauto foi desativado devido às péssimas condições de suas instalações, o que representou um avanço no âmbito da implementação das mudanças trazidas pela reforma psiquiátrica. Porém, foi também um desafio, visto que, a rede de atenção à saúde mental ainda não havia se formado para dar suporte à população que restava recorrer ou a ambulatórios psiquiátricos, ou a internação em clínicas privadas (ARANTES, TOASSA, 2017).

foram identificados quase trinta homens com transtornos mentais encarcerados no Centro Penitenciário Agroindustrial de Goiás, dentre eles, sujeitos que já estavam naquelas condições há mais de vinte anos. Com a denúncia acerca de tal panorama de violações dos direitos humanos e da Lei de Execução Penal, em 1999, a Vara de Execução Penal de Goiânia proibiu a internação na penitenciária de novos pacientes submetidos à medida de segurança, e determinou a liberação dos que lá se encontravam presos ilegalmente (CAETANO, 2019). Após isso, tentou-se construir um manicômio judiciário, mas, por questões burocráticas, o projeto nunca saiu do papel e, em 2006, por iniciativa do MPGO, foi instituído o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - o qual será melhor trabalhado no próximo capítulo - para acompanhar o cumprimento das medidas de segurança no Estado.

Devido às contradições na fundação do manicômio judiciário (ou HCTP) sob a falsa justificativa de tratamento, aliado às péssimas condições vivenciadas nesse espaço que não promovem em nada qualquer melhora psicológica e, ao contrário, produzem ainda mais adoecimento, entende-se necessária a desconstrução desses locais. Porém, a instituição manicomial (seja ele manicômio judiciário ou não) não se refere somente ao espaço físico, aos prédios, muros e grades em que são cumpridas as medidas de segurança, mas representa um ideal de segregação e exclusão de pessoas com transtornos mentais presente há séculos em nossa realidade. Assim, faz-se necessária a construção de campos do saber de bases epistemológicas desinstitucionalizantes que questionem os fundamentos das práticas manicomiais e ofereçam outras formas de cuidado em liberdade.

CAPÍTULO 3 – O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR DO ESTADO DE GOIÁS

Essa pesquisa se iniciou com uma pergunta norteadora: o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator rompe com a lógica antimanicomial? Na busca pela resposta artigos foram lidos, livros foram analisados, diferentes edições das cartilhas de divulgação do Programa foram relidas e grifadas, mas ainda não era o suficiente. Faltava algo. Faltava conhecer de perto a sede do Programa, os profissionais responsáveis por ele. Faltava ouvir de quem faz se esse 'fazer' de fato é desinstitucionalizante. Movida pela necessidade de esclarecer essas questões e, principalmente, por um desejo pessoal em conhecer de perto o PAILI, em meados de setembro de 2021 realizei o primeiro contato com a coordenadora do Programa para avaliar a viabilidade de uma visita ao local. A coordenadora foi receptiva, assim como uma das psicólogas que também contatei. Alguns meses depois, com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob parecer favorável de número 5.077.539, às procurei novamente para agendar a visita, que ocorreu no começo de fevereiro de 2022.

Com isso em vista, após ter, nos dois capítulos anteriores: 1) exposto um histórico acerca da compreensão e tratamento da loucura ao longo dos séculos; 2) aponto os esforços e avanços do movimento de reforma psiquiátrica em prol de um tratamento psiquiátrico mais humanizado; e 3) indicado o louco infrator como inserido em um processo de dupla exclusão, reservei para o terceiro capítulo a tarefa de apresentar o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator. Optei por dividir o capítulo em três tópicos. No primeiro apresento o Programa, sua implementação e os objetivos que buscava cumprir. Em seguida, relato as percepções obtidas com a visita de campo e a partir das interlocuções - orientadas por um roteiro semiestruturado - com os(as) profissionais, além de tentar apontar o lugar ocupado pelo PAILI no cenário de desinstitucionalização. Por último, retomo o papel da psicologia e, em especial, dos(as) profissionais psicólogos(as) na luta pela garantia do direito à saúde mental de qualidade para as populações em vulnerabilidade social, como é o caso das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

3.1. Apresentando o Programa

Como já exposto, as medidas de segurança não têm, em sua teoria, caráter punitivo, devendo ser cumpridas, portanto, em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Contudo, no estado de Goiás não havia instituições com esse perfil para onde seriam encaminhados os

pacientes/prisioneiros para cumprimento da medida de segurança, sendo mantidos reclusos dentro dos presídios comuns. A partir de inquéritos produzidos pelo Ministério Público do Estado de Goiás (MPGO), denunciou-se o caráter inconstitucional de tratamento recebido por esses indivíduos presos em locais impróprios. Assim, tentou-se construir no estado um HCTP, porém, dentre obras embargadas, locais concedidos inadequados e outros contratempos, nunca se chegou de fato a ser construído um manicômio judiciário em Goiás. Em consequência disso, como narra o promotor de justiça idealizador do Programa, Haroldo Caetano (2019)

> Nesse ínterim, veio a edição e vigência da Lei 10/216/2001, que, ao reorientar a atenção em saúde mental no Brasil, trouxe o embasamento jurídico necessário para o redesenho da execução de medidas de segurança (...). Diante da persistente situação de inexistência do manicômio judiciário e, naquele momento, da inovação legislativa de 2001 (...) o Estado de Goiás instituiu o PAILI no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde (...). Nesse primeiro momento, no ano de 2003, o PAILI surge como uma equipe de técnicos designados para efetuar o levantamento de dados relacionados às pessoas em medida de segurança cujos processos estavam à época em execução no Estado de Goiás para, assim, traçar um diagnóstico mais completo da situação (p. 188)

Posteriormente, o Ministério Público propôs o redimensionamento do PAILI para tornar-se política permanente no âmbito da execução das medidas de segurança. Assim, em outubro de 2006 foi instituído de fato e como hoje se conhece o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator indo ao encontro das disposições presentes na Lei Antimanicomial em prol da garantia e proteção dos direitos das pessoas com transtorno mental. De acordo com as diretrizes do convênio de implementação do programa, compreende-se o PAILI como sendo "administrativamente subordinado à Secretaria de Estado da Saúde e com atuação auxiliar aos juízos da execução penal, é o órgão responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás ." (MPGO, 2013, p. 40).

Outro documento que rege sobre as orientações do Programa é a Portaria de Criação do PAILI no Âmbito da Secretaria de Estado da Saúde (N. 019/2006-GAB/SES) que estabelece como população-alvo não somente aqueles absolvidos no processo e submetidos à medida de segurança, como também as pessoas que foram condenadas à pena, mas que no transcurso da execução penal manifestarem sofrimento mental. Isso vai de encontro ao Art. 183 da Lei de Execução Penal (LEP) ao determinar que, quando o indivíduo privado de liberdade manifesta doença mental ou perturbação da saúde mental, a pedido do Juiz, do Ministério Público ou da autoridade administrativa responsável, poderá haver a substituição da pena pela medida de segurança (CAETANO, 2019). O que, em Goiás, significaria que o sujeito seria liberado do local onde cumpria sua pena encarcerado, e passaria a ser acompanhado em liberdade – ou em internação psiquiátrica, caso necessário.

Como consta em sua cartilha de divulgação (MPGO, 2013), o PAILI contemplou uma verdadeira mudança de paradigmas na execução de medidas de segurança no Estado, deixando o viés da segurança pública em segundo plano e priorizando o acolhimento dos usuários do programa em serviços das redes públicas e conveniadas de saúde. Ao ser submetido à medida de segurança, o paciente com transtorno mental considerado inimputável é encaminhado ao PAILI, onde a equipe indica o serviço de saúde em que será realizado o tratamento e, caso o paciente esteja preso, realiza o processo de soltura.

Os projetos terapêuticos, ou seja, os planos de tratamento do paciente são montados de forma singular, caso a caso, e executados nos CAPS, em Unidades de Atenção Básica à Saúde, ou em outro equipamento da Rede de Atenção Psicossocial; tendo, ainda, importante participação da Estratégia de Saúde da Família que atua no acompanhamento dos pacientes e seus familiares (MPGO, 2013). Para cada paciente, um técnico referente – como são chamados os membros da equipe multiprofissional do programa – é definido como responsável por acompanhar de perto o tratamento e pela articulação intersetorial com objetivo da inserção do usuário na comunidade. Vale citar que é esperado da equipe do PAILI reuniões semanais para discussão e compartilhamento de casos, garantindo que as atuações não sejam realizadas de forma isolada. A partir dessas discussões, relatórios são emitidos pelo PAILI e enviados ao Poder Judiciário com o intuito de atualizá-los sobre a evolução de cada caso, fazendo uma ponte entre paciente e judiciário (SOARES; DINIZ, 2016).

Com relação aos custos de manutenção do programa, a pesquisa de Saddi et al. (2017) revelou que no mês em que se realizou a coleta de dados, isto é, outubro de 2015, o gasto total do PAILI, somando pagamento de servidores, terceirizados e contratos, foi de R$76.741,13. Durante a visita realizada questionei à coordenadora acerca das verbas recebidas pelo PAILI na intenção de atualizar os valores de manutenção do Programa. A coordenadora informou que o custeio do Programa é feito pelo órgão responsável, ou seja, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, e ela não soube esclarecer sobre os valores ou onde tais informações poderiam ser encontradas.

Para além das mudanças que o PAILI proporcionou na execução de medidas de segurança no estado de Goiás, o Programa trouxe como proposta a substituição do exame de cessação da periculosidade pelo exame de avaliação psicossocial. A partir dessa avaliação é produzido o relatório psicossocial no qual é verificado se ainda se faz necessário o acompanhamento do tratamento pelo PAILI e, caso constatado que não, encaminha-se o processo judicial para a extinção da medida de segurança (CAETANO, 2019). Dessa forma, o que passa a ser avaliado, ao analisar se a supervisão do programa ao tratamento segue necessária

são questões relativas aos resultados alcançados no processo de reinserção social do usuário e não mais o critério da periculosidade que, como expus no capítulo 2, é comumente usado pelos juízes para determinar o fim da medida de segurança mesmo com todas as incongruências em torno desse termo.

3.2. O fazer do PAILI atualmente

Desde a inauguração do Programa, em outubro de 2006, quinze anos se passaram e mais de 800 pessoas em cumprimento de medida de segurança foram acompanhadas. Partindo do objetivo de conhecer melhor a atuação do Programa, suas conquistas, desafios e problemáticas, neste tópico faço um relato de experiência da visita à sede do PAILI. Busco elencar os pontos mais relevantes observados e analisar as informações relatadas pelos profissionais com os quais conversei acerca de questões como ambiente e rotina de trabalho, funcionamento da equipe multiprofissional, demanda de atendimentos, dificuldades e possibilidades encontradas dentro da instituição, entre outros temas que constam no roteiro semiestruturado (ANEXO 3). Além disso, exponho dados quantitativos atualizados fornecidos pela coordenação do programa a respeito dos acompanhamentos feitos pelo PAILI.

A visita à sede do PAILI foi realizada no dia 02 de fevereiro de 2022 por mim e pela minha orientadora, que só esteve presente durante a apresentação inicial do local e das rotinas de trabalho. A sede do Programa fica localizada em um imóvel alugado em um bairro nobre de Goiânia onde o acesso é facilitado, sendo que a rua do imóvel é paralela a uma grande avenida, com pontos de ônibus próximos. Como informado pela coordenadora do programa, a sede foi transferida para esse endereço há cerca de um ano, visto que as instalações anteriores apresentavam problemas estruturais e se tornaram pequenas para o número da equipe. O novo local é amplo e espaçoso, conta com um quintal grande e salas onde a equipe técnica faz seu trabalho. Foi percebido a falta de acessibilidade, pois o local não apresenta rampas e nem outros dispositivos aparentes de acessibilidade. Enquanto mostrava as instalações, a coordenadora foi nos apresentando à equipe que conta atualmente, em fevereiro de 2022, com 21 servidores. Além da coordenadora fazem parte da equipe: seis psicólogos(as), três assistentes sociais, três enfermeiros(as), uma médica psiquiatra, cinco assistentes administrativos (entre eles uma advogada que assumiu o trabalho jurídico em desvio de função, já que o programa não conta com um profissional do Direito). Observa-se que a equipe multiprofissional é composta por servidores de diferentes áreas, sendo que todos exercem a função de técnico referente. Ademais,

há dois motoristas e cinco funcionários(as) terceirizados(as), um em serviços gerais e quatro vigilantes plantonistas.

Logo no início da visita, Raimunda[7], uma das servidoras mais antigas do PAILI, se ofereceu para explicar como é o processo de admissão, acompanhamento e desligamento de um novo paciente. Raimunda reforçou que o objetivo do PAILI é servir de ponte entre a Justiça e os serviços de saúde que prestam atendimento a cada paciente, fazendo o acompanhamento e buscando trazer de volta o paciente ao convívio social. Para cada paciente é encaminhado um profissional da equipe que exerce a função de técnico referente e fica responsável pelo acompanhamento daquele paciente. Segundo informado, atualmente, cada técnico é responsável por em média 40 pacientes.

O encaminhamento ao PAILI inicia-se após avaliação psicológica e laudo produzido pela Junta Médica Oficial do Poder Judiciário do Estado de Goiás que indica a inimputabilidade ou semi-imputabilidade do sujeito. A partir desse laudo o juiz da vara de execução responsável pelo processo criminal decreta a medida de segurança. É, então, notificado ao PAILI, via e-mail, o ofício relatando a necessidade de acompanhamento do, antes réu, agora paciente, pela equipe do Programa. No ofício inicial é demandado se o paciente ficará em tratamento ambulatorial ou em internação. A preferência do Programa é para o tratamento ambulatorial, nos casos em que se vê necessária a internação, essa não pode ser maior do que 30 dias. Contudo, uma problemática elencada por Raimunda e José (um dos profissionais de psicologia do Programa) diz respeito à resistência de alguns juízes – especialmente os de comarcas do interior – em aceitar que o paciente faça o tratamento em liberdade. Foi relatado pelos profissionais que, muitas vezes, por ser em cidades pequenas, o judiciário tende a deixar o paciente internado ou a não estabelecer a extinção da medida devido à gravidade do crime cometido, a repercussão que causou na cidade, e mesmo por pressão dos moradores que não aceitariam o sujeito em liberdade.

Após o recebimento da notificação de um novo paciente, o Programa faz uma busca para contatá-lo. Além disso, os familiares também são contatados, já que a família é entendida como parte integrante do processo de tratamento, sendo responsabilidade destes acolher e auxiliar o paciente. Quando a família é resistente em aceitar ajudar o paciente, é feito um trabalho de conscientização e sensibilização para que entendam a importância deles no processo de acompanhamento. Caso continuem não querendo ser responsabilizados, é informado ao juiz e este pode solicitar uma audiência de justificação na qual se estabelece a necessidade de a

[7] Para garantia do sigilo todos os profissionais mencionados ao longo deste capítulo são identificados por nomes fictícios.

família arcar com os cuidados do paciente. Como comentou José, após falar com o juiz os familiares "ficam com medo das consequências" e assumem o papel de cuidado.

Durante o primeiro contato com o paciente, a equipe do PAILI investiga se ele já faz acompanhamento em saúde mental, em caso positivo, o Programa aciona os profissionais responsáveis e comunicam a necessidade de envio de relatórios periódicos sobre a evolução do tratamento. Já nos casos em que o paciente não faz acompanhamento, o técnico referente entra em contato com a secretaria de saúde do município para verificar os serviços da RAPS disponíveis na localidade. Assim, a unidade é acionada e notificada sobre a necessidade de envio dos relatórios sobre o tratamento. O técnico referente também tem como função acompanhar a realidade social do paciente. Raimunda relata casos em que auxiliou familiares de pacientes a conseguir auxílios governamentais, a tirar documentação tardia, entre outros.

Raimunda e José pontuaram que o trabalho principal do técnico referente é acompanhar a adesão do paciente ao tratamento e comunicar ao juiz até que o período da medida de segurança seja extinto. Foi estipulado pela equipe que a cada três meses seja encaminhado um ofício à vara responsável para comunicar sobre o andamento do tratamento, se está sendo seguido corretamente, os avanços e intercorrências. Porém, em alguns casos o juiz pede que essa notificação seja feita mensalmente, bimestralmente, ou pelo período temporal que considerar necessário. Raimunda explicou que a duração do cumprimento da medida de segurança é proporcional ao que consta no Código Penal, não podendo ultrapassar o tempo de reclusão para o delito praticado.

Para que a extinção da medida seja dada, o paciente passa novamente por uma avaliação da Junta Médica para verificar a cessação de periculosidade, ou seja, se o paciente ainda apresenta riscos à sociedade. Os técnicos afirmam que a periculosidade é um conceito muito incerto, por isso, o PAILI ao invés de trabalhar com a cessação da periculosidade, utiliza alguns critérios desenvolvidos para o Exame de Avaliação Psicossocial. Sobre esse assunto, Joana, uma das psicólogas que atuam no programa, afirma:

> A gente ainda tem dificuldades com esse termo [periculosidade], tem algumas coisas que a gente tem que caminhar nesse sentido. A maioria dos juízes recorrem a esse recurso. Mas foi criado alguns critérios, alguns itens para serem avaliados que o médico psiquiatra do PAILI junto com o técnico referente pode fazer ao invés de ir para Junta Médica por causa daquela coisa de dificuldade na agenda, de um médico de lá não conhecer também tão bem o paciente. A gente entende que a gente conhece mais os pacientes do que lá [na Junta Médica]. (...) E a gente vê que alguns municípios já aceitam [o exame psicossocial], mas não são todos tem alguns que a gente sugere. Aí ele fala "legal, você está me dizendo que tá tudo bem, mas eu vou recorrer à Junta". E tem juízes em número menor ainda que com o relatório do técnico do PAILI, sem mesmo assinatura do psiquiatra, só com o relatório do enfermeiro, do

> assistente social, ou do psicólogo já coloca em extinção essa medida. (...) Então nós ainda estamos conquistando espaço, ganhando a confiança. A gente entende que o psicossocial foi o avanço, e que ainda precisa ganhar mais espaço. Mas que já foi um avanço (Joana).

O exame de avaliação psicossocial utiliza um modelo específico com dez critérios fixos que avaliam questões como a adesão do paciente ao tratamento, o uso de medicamentos, as condições familiares e de trabalho, as possibilidades de acompanhamento na rede sem a supervisão do Programa, dentre outros pontos que se mostrarem importantes para o caso. Segundo consta na Cartilha do PAILI (MPGO, 2013, p. 26), os quesitos avaliados no exame psicossocial - que, posteriormente dá origem ao relatório psicossocial - são:

> 1. Há quanto tempo o(a) paciente é acompanhado(a) pelo PAILI?
> 2. Quais serviços da rede de atenção em saúde mental vêm sendo utilizados pelo(a) paciente?
> 3. Como tem sido a adesão do(a) paciente ao tratamento?
> 4. Onde reside o(a) paciente? Mora só ou com familiares? Tem companheiro(a)? Tem filhos?
> 5. O(a) paciente faz uso de medicamentos? Quais?
> 6. O(a) paciente trabalha? Em que atividade?
> 7. O(a) paciente recebe algum benefício previdenciário ou assistencial? Qual (ou quais)?
> 8. Houve algum evento, durante o acompanhamento do(a) paciente pelo PAILI, que demonstrasse falha no tratamento a ele(ela) dispensado?
> 9. A rede de atenção em saúde mental do município está em condições de continuar o acompanhamento do(a) paciente independentemente da supervisão do PAILI?
> 10. Há outras informações que sejam relevantes para a análise da situação psicossocial do(a) paciente?

Novamente, cabe a cada juiz aceitar somente a avaliação do Programa para extinguir a pena, ou recorrer ao exame na Junta Médica. Em alguns casos, Raimunda expõe que o juiz estipula um período de "condicional" antes da extinção. Isso quer dizer que quando o paciente está em condições de ter a medida retirada, ele permanece mais um tempo de "teste" sendo acompanhado pela equipe antes de ter a medida extinta.

Ao longo dos relatos percebeu-se como problemática a falta de uniformidade nas decisões dos juízes das diferentes varas que variam a depender da forma como cada um entende a lei e da comarca em que atua. Em alguns casos, os juízes não têm conhecimento da Lei 10.216 e cabe ao programa informá-los sobre o funcionamento e papel do PAILI no acompanhamento da medida de segurança. Na Cartilha do Programa, tem-se como pressuposto a autonomia que os serviços da rede de saúde teriam para ministrar o tratamento que julgassem mais benéfico para o paciente. Contudo, essa liberdade de ação acaba condicionada à Justiça, já que as medidas de segurança são administradas pelo Poder Judiciário e pelas varas de execuções

penais. Nesse sentido, o Programa pode orientar qual a melhor forma de cumprimento da medida (ambulatorial ou em internação), mas a decisão de seguir ou não a orientação do Programa segue sendo do juiz.

Outro apontamento a se fazer é em relação a carência de dados estatísticos mais aprofundados e qualitativos do Programa que não realiza balanços anuais dos atendimentos realizados. Quando questionei à Joana sobre isso, ela me informou que para informatização desses dados a intenção é implementar uma planilha na qual os técnicos referentes poderão preencher de acordo com a demanda que cada um atende. Mas ressalta que:

> Por enquanto é uma das profissionais do administrativo que realiza essa contagem com cada técnico, ela vai até cada referente para pegar esses dados de medida extinta, onde faz o tratamento, residência. É feito de uma maneira pode se dizer rudimentar, mas estamos buscando implementar essa planilha para facilitar esse trabalho (Joana).

Percebe-se, com isso, a necessidade de pesquisas que busquem a atualização de informações com o levantamento e análise de dados dos pacientes acompanhados, para que se possa ter claro as noções qualitativas sobre o perfil dos atendidos, como foi o caso do trabalho publicado em 2020 por Esber, Diniz e Soares. As pesquisadoras analisaram prontuários de pacientes encaminhados ao PAILI entre os anos de 2006 a 2014, o que resultou no mapeamento do perfil psicossocial dos usuários dividido em três eixos: socioeducacional e familiar; clínico e criminal; além do perfil das vítimas dos usuários.

Os resultados informam que 94,8% dos acompanhados pelo PAILI são homens com idades que variam de 18 a mais de 60 anos, tendo a faixa etária predominante dos 31 a 40 anos (38,7%). Sessenta e cinco por cento têm como nível de escolaridade apenas ensino fundamental, mais de 72% eram solteiros e 72,5% foram recebidos de volta por suas famílias de origem após o encaminhamento ao Programa. Com relação aos crimes cometidos e diagnósticos psiquiátricos tem-se que 46,2% foram submetidos à medida de segurança por homicídio ou tentativa de homicídio e 53,3% dos pacientes possuem diagnóstico de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Além disso, foi constatado que ao momento do crime, em 51,3% dos casos os usuários estavam sob efeito de álcool e/ou outras drogas ilícitas. Por último, levantou-se que a maioria das vítimas nos crimes cometidos pelos encaminhados ao PAILI eram homens (59,1%), sendo 87% adultos (ESBER, DINIZ, SOARES, 2020).

Durante a visita, a equipe do PAILI disponibilizou um quadro com o quantitativo geral e atual do número de acompanhamentos realizados pelo Programa, sendo este o único controle que nos foi informado que é feito pela equipe dos acompanhados, já que não possuem dados mais organizados.

Em janeiro de 2022 havia 331 pacientes sendo acompanhados pelo Programa, deles, 223 estavam em tratamento ambulatorial divididos entre os CAPS (147) e outros serviços da RAPS (76). Em internação havia 54 pacientes (8 em hospitais psiquiátricos e 46 em clínicas conveniadas). Além disso, 22 se encontravam presos, 18 não foram localizados pela equipe e 14 não aderiram ao tratamento[8]. Com relação ao total de pacientes acompanhados, os dados disponibilizados contabilizam que desde a criação do Programa foram encaminhados ao PAILI 848 pacientes. Destes, 417 fizeram acompanhamento até a extinção da medida, 16 foram transferidos para outro estado e 84 faleceram antes da extinção da medida de segurança. Ao total 108 municípios operam com o PAILI e a taxa de reincidência é de 5%.

Segundo Joana, a melhor forma de analisar a efetividade do Programa é pela baixa reincidência. De acordo com o prescrito no artigo 63 do Código Penal (BRASIL, 2020), a reincidência é definida como o cometimento de um novo crime após ter passado por condenação e respondido judicialmente por um crime anterior. Tendo em vista esse conceito, a reincidência no PAILI é muito menor se comparada ao índice das prisões brasileiras, como indica a pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça, em 2019, ao apontar que a taxa de retorno ao sistema prisional de pessoas com mais de 18 anos era de 42,5% (BRASIL, 2019). Portanto, considerando a baixa reincidência é possível afirmar que o PAILI cumpre sua meta de reinserção social paciente além de destacar

> a viabilidade e o sucesso do modelo psicossocial, comunitário e não manicomial na atenção à saúde de pessoas com transtorno mental que cometem crimes. Evidencia também a capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em dar respostas assistenciais positivas a essa demanda, por meio da política pública de saúde mental de base psicossocial (ESBER, DINIZ, SOARES, 2020, p. 314).

Retomando o exposto no primeiro capítulo desta monografia, tem-se que, no Brasil, a proposta de reforma psiquiátrica pela qual lutarma os movimentos antimanicomiais buscou alcançar a desinstitucionalização enquanto desconstrução dos saberes e práticas tradicionais psiquiátricas, objetivando fundamentar novas visões e realidades possíveis para o melhor tratamento em saúde mental. Mais que a desospitalização, ou o fechamento de leitos e diminuição de internações psiquiátricas, a desinstitucionalização busca uma verdadeira mudança nas bases científicas e epistemológicas que sustentam a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura. Além de criticar o modelo anterior centrado no hospital como local de cuidado, a reforma psiquiátrica foi primordial para a mudança legislativa que instituiu

[8] Tais dados são puramente quantitativos para o controle da equipe, não sendo especificado os nomes dos hospitais e clínicas em que os pacientes estão internados, o motivo pelo qual 22 pacientes ainda se encontram presos e qual o conceito de "não adesão" ao tratamento.

a política de saúde mental que propôs um sistema de serviços de bases comunitárias e na proteção de direitos humanos da pessoa com transtorno mental (AMORIM; DIMENSTEIN, 2018).

Assim como o inciso IX do art. 2º da Lei antimanicomial, o PAILI defende e prioriza que o tratamento das pessoas com transtorno mental encaminhadas à medida de segurança seja "preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental"; por não permitir internações de caráter manicomial, o Programa busca garantir para o paciente "VIII - ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis"; além disso salvaguarda o prescrito no inciso III ao proteger os pacientes "contra qualquer forma de abuso e exploração". Entretanto, mesmo tendo sido informado que alguns juízes circunscrevem a internação para os pacientes, os técnicos afirmaram que são poucos os casos em que isso ocorre e, no geral, é possível preservar que, como delimita o art. 4º "A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes" (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, ao avaliar o funcionamento do PAILI e o modelo de tratamento que o Programa prioriza, é certo inseri-lo como um serviço desinstitucionalizante que trouxe transformações importantes para o decurso da execução de medidas de segurança em Goiás. Mais do que o viés jurídico que tem a reincidência como fator principal para avaliar o sucesso de uma instituição, serviço ou programa destinado a fazer-se cumprir as sanções penais, o PAILI pode ser avaliado levando em consideração a consonância do Programa com o disposto na Lei 10.216.

3.3. A Psicologia no PAILI: dos desafios e das possibilidades desinstitucionalizantes

O papel assumido pela Psicologia desde o início de sua difusão como ciência e profissão no Brasil foi de um instrumento que servia à ideologia burguesa e à sociedade capitalista ao voltar-se as categorizações de doenças, síndromes e transtornos individuais, isolados de um contexto social mais amplo. Nesse sentido, Bock (2003 apud SENRA, GUZZO, 2012) destaca que o caráter ideológico da Psicologia é marcado por uma concepção "universal" dos fenômenos psíquicos que a distancia da realidade social e coloca o indivíduo como único responsável pelo seu desenvolvimento, ignorando o papel exercido pela sociedade ao compreender os fenômenos psicológicos como manifestação e resultado individual. Em suma, por décadas a Psicologia se manteve e se consolidou enquanto ciência individualista, simplificada, a-histórica, que deixava em segundo plano os aspectos sociais tendo como foco o

trabalho restrito aos consultórios particulares (MARTIN-BARÓ, 1997; BOCK, 1999 apud SENRA, GUZZO, 2012).

Segundo pesquisa solicitada pelo CFP ao Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE, 2004), o atendimento clínico individual ou em grupo representava 55% das ocupações dos(as) psicólogos(as); já as áreas das políticas públicas de saúde, segurança ou educação era a escolha de atuação de somente 11% dos(as) psicólogos(as) entrevistados(as). Em estudo realizado por Cruces (2006) com egressos de cursos de Psicologia, observou-se que 58,6% dos entrevistados apontavam como área de atuação preferida a clínica. Apesar da defasagem de pesquisas mais recentes que confirmem tais inclinações em tempos atuais, a abordagem clínica com atividades "clássicas" de psicoterapia em consultórios particulares tem sido majoritariamente a área de atuação mais comum entre os(as) psicólogos(as). Entretanto, Senra e Guzzo (2012) reconhecem que mesmo com essa dominação da clínica, o envolvimento e a presença de profissionais de psicologia nas políticas públicas - em especial as de saúde - vem crescendo. Ademais, ao citar Yamamoto (2007 apud SENRA, GUZZO, 2012), as autoras afirmam a importância da inserção e envolvimento dos profissionais de Psicologia nessa área, principalmente em sua participação na luta antimanicomial.

Durante a entrevista com Joana, ao ser questionada sobre sua formação acadêmica e se houve "lacunas" que dificultaram a atuação no PAILI, a psicóloga declarou não ter sido suficiente o que aprendeu na graduação. Ressaltou, ainda, o fato de ter se formado na década de 1990 (antes de entrar em vigor a Lei 10.216): "a questão do serviço substitutivo, de CAPS estava muito precoce então eu não tive essa formação na academia. Eu precisei ir atrás e buscar". Essa carência na formação foi igualmente percebida nas pesquisas de Barros (2014) e Macedo et al. (2015) que entrevistaram profissionais de psicologia atuantes em serviços de proteção social, como o CRAS. Os resultados obtidos por ambos demonstraram que, durante a graduação, a maior parte dos entrevistados aprenderam pouco sobre perspectivas de atuação em políticas públicas ou em psicologia comunitária, só entrando em contato com elas no campo de trabalho.

A formação do(a) profissional psicólogo(a) brasileiro é um assunto que gera muitos debates e que é vista como deficitária no que se refere à qualificação técnica e, principalmente, à formação epistemológico-científica. Por mais plural e completo que seja o curso, dificilmente apenas a graduação cumpre o papel de preparar o profissional para atuar em qualquer área, por isso a procura por cursos de especialização e pós-graduação cresce cada vez mais (WITTER; FERREIRA, 2005 apud LISBOA; BARBOSA, 2009).

Além disso, a mercantilização do ensino é um termo utilizado para se referir às políticas educacionais modernas, como percebido no estudo de Lisboa e Barbosa (2009) que buscou caracterizar os 396 cursos de graduação em Psicologia aprovados pelo Ministério da Educação existentes à época. Os pesquisadores identificaram que as instituições que ofereciam cursos para formação inicial de psicólogos(as) eram predominantemente privadas e concentradas nas regiões mais ricas do país (Sul e Sudeste), sendo assim, mantida a "lógica de uma educação superior voltada para o mercado, e não necessariamente para as necessidades da população: busca-se o lucro onde o capital se encontra." (LISBOA; BARBOSA, 2009, p.727).

Nesse sentido, para romper com as práticas mercadológicas e individualistas e buscar uma atuação mais ética e comprometida com a transformação social, cabe pensar no(a) psicólogo(a) como profissional que deve desempenhar um trabalho conscientizador, como definido por Martín-Baró (1996) ao se amparar no conceito disseminado por Paulo Freire. Pensar no *quefazer* da psicologia é tomar como ponto de partida certas perguntas críticas a respeito do caráter de sua atividade e do papel que está desempenhando na sociedade, isto é, orientar seu trabalho centrado não no onde, mas no *a partir de quem* e, não tanto em como, e sim em *benefício de quem.*

> Mas, ainda, não basta dizer de compromisso social. Para que uma profissão assuma para si a proposta de enfrentar a sociedade desigual e injusta, a serviço da emancipação humana, é preciso que ela rompa com suas próprias amarras históricas de uma profissão comprometida com a classe social dominante e que se mantém reproduzindo e mantendo o status quo. (Martín-Baró, 1997; Prilleltenski, 1994 apud SENRA; GUZZO, 2012, p. 296).

Expresso concordância com Senra e Guzzo (2012) ao afirmarem que tal compromisso social na Psicologia pode, muitas vezes, assumir conotações diversas, sendo importante destacar que este discurso de compromisso social deve sempre estar atrelado a uma prática que seja coerente com tal propósito. Não basta superar o elitismo, é preciso direcionar a atuação da Psicologia para novos campos, com elaboração de novas visões conceituais e com novos métodos de intervenção. Com isso em vista, pode-se inserir o PAILI como um Programa que trouxe mudanças importantes no tratamento da pessoa com transtorno mental submetida à medida de segurança, devendo os profissionais de Psicologia atuantes no Programa contribuir para a manutenção e qualidade dos atendimentos prestados.

Um dos maiores avanços trazidos pelo PAILI diz respeito ao empenho do Programa em garantir o tratamento em liberdade para os pacientes, prezando pela convivência social e familiar, acreditando ter essa um papel importante no processo de melhora dos pacientes. Como defende Silvia Lane, os aspectos psicológicos dos sujeitos são constituídos por uma dialética subjetividade-objetividade, portanto, não se pode falar de um sujeito separado da realidade

social da qual participa (BOCK et. al., 2007). Não seria possível, então, falar de reinserção social do louco infrator que é "tratado" em manicômios judiciários sem acompanhamento adequado em saúde e privado de liberdade e da tão necessária convivência em sociedade.

A partir da implementação do SUS e do aumento dos programas de saúde e atenção básica houve o processo de reorganização nos modelos de trabalho, tendo as atuações em equipes multiprofissionais sido assumidas como pressuposto e como diretriz operacional para o funcionamento da maioria dos equipamentos da rede pública de saúde. Como resultado, "a equipe multidisciplinar vem se fortalecendo, tendo como base a crescente aceitação do modelo biopsicossocial de saúde que se refere ao bem-estar físico, mental e social, em contraste com o modelo biomédico" (FELÍCIO, 2012, p. 3).

O trabalho no PAILI também compreende a atuação em equipe multiprofissional, na qual todos exercem a função de técnicos referentes, como afirmou Joana "não existe uma especificidade de psicólogo". A profissional reforça que, a depender do contexto e do paciente, existe, sim, um direcionamento que o profissional da psicologia pode dar "como um enfermeiro tem um olhar mais voltado para a enfermagem, claro que a gente tem um olhar mais voltado para questões emocionais e atuação até com familiar".

Jafelice e Marcolan (2018), ao tratarem a temática do trabalho multiprofissional nos CAPS, citam Millhomem e Oliveira (2007) e afirmam que as práticas multiprofissionais na área da saúde, muitas vezes, encontram empecilhos para serem organizadas e acabam se transformando em práticas individuais nas quais os profissionais de diferentes áreas realizam sua atuação de forma independente e sob forte influência da autoridade médica. Nas equipes multiprofissionais que atuam na saúde mental, o saber do médico psiquiatra acaba sendo tomado como superior, assumindo o papel de coordenação sob as outras disciplinas.

Tal influência da psiquiatria pôde ser percebida no PAILI, especialmente no que se refere à avaliação do exame psicossocial. Mesmo que todos da equipe exerçam a mesma função de técnicos referentes sem que se tenha uma hierarquia, os profissionais das outras áreas não são reconhecidos como aptos para assinarem sozinhos o relatório da avaliação psicossocial que deve, sempre, passar pela médica psiquiatra. Foi informado pela coordenação do Programa que, na maioria dos casos, os relatórios são produzidos em conjunto (psiquiatra e técnico responsável pelo paciente), mas não podem ser enviados às varas sem assinatura da profissional da medicina psiquiátrica.

Não obstante, durante a fala da psicóloga do PAILI, chama atenção o destaque dado à médica da equipe, como nos trechos abaixo quando narra sobre prescrição de medicação e sobre os primeiros contatos feitos com os pacientes encaminhados.

> Em municípios que não têm psiquiatra o paciente vem até aqui e a nossa médica avalia, o que não é nenhum papel dela, mas para cuidar melhor desse paciente ela medica. Aí o médico clínico geral da cidade dele [do paciente] fica mais confiante de prescrever aquela medicação até o momento em que não tiver alguma intercorrência e se houver a gente troca de novo (...). A médica tem interesse grande em conhecer [os pacientes], porque apesar da gente ter de fazer o mesmo trabalho, desempenhar a mesma função a gente conta com a médica [psiquiatra] para fazer o que chamamos de [avaliação] psicossocial. A médica gosta de conhecer o paciente quando ele tá chegando, porque lá na frente o juiz pode solicitar dela um psicossocial. (Joana)

Retomando a questão da atuação do profissional de Psicologia no Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, como já destacado, a prática psicológica desempenhada não se refere àquilo que, tradicionalmente, e no senso comum se espera de um(a) psicólogo(a) que seria a realização de atendimentos psicoterápicos individuais ou em grupo. Primeiramente, devido ao fato de o PAILI não ser um serviço de assistência em saúde, mas de acompanhamento ao tratamento dos indivíduos submetidos à medida de segurança. E, segundo, por se tratar de uma política pública de saúde mental, o foco dos(as) psicólogos(as) da equipe multidisciplinar é voltado a orientar a família dos pacientes, promover a reinserção social e manutenção do paciente na comunidade, participar da formação dos demais trabalhadores em saúde mental (BANDEIRA, 1992) e, mais especificamente ao considerar o Programa, servir de agente de ligação entre os serviços de saúde e o judiciário e, concomitantemente, garantir a qualidade do tratamento de cada paciente.

Entretanto, conhecimentos específicos da psicologia como o manejo para um acolhimento e a escuta terapêutica devem estar sempre presentes independentemente do campo de trabalho do(a) profissional. Sobre a questão da escuta especializada, Joana afirma que são muitos os casos em que familiares ligam ou procuram o Programa preocupados com a situação dos pacientes e com dificuldades em questões assistenciais.

> A carência dessas pessoas é tão grande que só de fazer uma escuta qualificada, de deixar a pessoa falar já é tão terapêutico, e sempre que necessário a gente está disposto a fazer isso. As vezes liga um familiar falando que quer ir conversar; e a gente lida com uma questão muito grande, que é difícil e que não são poucos os casos que é a vulnerabilidade social. Às vezes o próprio familiar tem transtorno, tem uma condição socioeconômica muito difícil, e aí a gente se vê fazendo até mais do que seria o papel do PAILI. A gente já conseguiu benefício previdenciário, dar entrada em documentação, conseguiu auxílio… E a gente vê que se uma mãe consegue ter um mínimo de assistência isso vai refletir no cuidado com o marido, ou com um filho [pacientes].

Nesse trecho, é exposta uma questão comum vivenciada por profissionais das políticas públicas de saúde que é a vulnerabilidade social em que estão inseridas as pessoas atendidas. Grosso modo, o conceito de vulnerabilidade social refere-se a situação de falta ou dificuldade de acesso a bens materiais e de serviços, a perda ou fragilidade de vínculos afetivos, de

pertencimento e sociabilidade, a desvantagens pessoais resultante de deficiências ou transtornos, a exclusão social pela pobreza, ou no acesso às demais políticas públicas, a inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal, dentre outras condições de riscos a que podem estar expostos os cidadãos e grupos (PNAS, 2004).

Entende-se que o fortalecimento da Psicologia deve estar ligado ao comprometimento que essa ciência tem com a realidade concreta do cotidiano das populações. Assim, numa perspectiva da Psicologia Social Comunitária, atuar como psicólogo(a) inclui buscar formas de maximizar as condições de saúde para a população, sendo essas diretamente ligada às possibilidades de estudo, moradia, alimentação, cultura e trabalho. Como ressalta, ao garantir tais direitos básicos, as relações das pessoas consigo mesmas, com os outros e com o mundo social podem tornar-se mais dignas e humanas (FREITAS, 1996).

É de suma importância frisar que, no campo da saúde pública, a reforma psiquiátrica como um processo político de transformação do modelo de assistência às pessoas em sofrimento mental, promoveu uma significativa inserção de profissionais da Psicologia nos serviços de saúde mental do SUS. Tendo em vista que o transtorno mental passou a ser compreendido como um processo social complexo, e não mais como um desvio individual, fez-se necessário transformações técnicas e metodológicas para o atendimento em saúde mental que se baseou nas perspectivas de atenção psicossocial. Assim, as intervenções da saúde pública foram orientadas pelo modelo psicossocial ao desenvolverem o projeto institucional dos CAPS, entendido como um dispositivo essencial e estratégico na rede substitutiva de saúde mental (CFP, 2013).

> Eu considero que o CAPS, sem dúvida nenhuma, seria o serviço ideal, o mais adequado [para o tratamento dos pacientes que o PAILI acompanha], sem dúvida nenhuma. Pela própria característica e pelo que o serviço se propõe. Há a dificuldade de que em municípios menores não tem [CAPS].(...) O ideal seria o CAPS pela proposta que está mais próxima do serviço substitutivo, de ir pela proposta de reinserção e de não ser um tratamento voltado para questões medicamentosas (Joana).

A fala acima retrata o destaque que a equipe do PAILI dá ao CAPS como serviço de tratamento adequado para suprir as necessidades psicossociais do paciente. Para orientar o trabalho dos profissionais de Psicologia nos CAPS, o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas do CFP lançou, em 2013, o documento de Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Centros de Atenção Psicossocial o qual tece orientações de âmbito teórico e prático. Nos aspectos teóricos, afirma-se que não há uma abordagem mais "adequada" que o profissional inserido nesse campo deva seguir, mas é importante considerar como o referencial teórico escolhido dialoga com as percepções de tratamento da loucura, a coerência com os princípios que regem o SUS e que são orientadores da reforma psiquiátrica e

a possibilidade de desenvolvimento de práticas de atenção psicossocial aos usuários. Em relação às técnicas e práticas, a orientação se assemelha, visto que não há um conjunto pré-determinado de atividades que se indicam que sejam realizadas, o que deve ser levado em conta no desenvolvimento das práticas nesse campo é procurar responder às exigências e desafios de cada contexto diante das necessidades de intervenções terapêuticas individualizadas do usuário e voltadas as condições e possibilidades que cada território apresenta.

Assim, nos serviços substitutivos de viés antimanicomial e desinstitucionalizante a loucura deve ser vista e trabalhada, e não silenciada e excluída. Tanto o CAPS como qualquer outro equipamento da RAPS cujo modelo de assistência se pauta nos ideais não manicomiais devem ser espaços em que se possa realizar o acolhimento e cuidado da pessoa com sofrimento mental desde os momentos mais graves de crise, até as intervenções mais cotidianas da rotina de trabalho, na elaboração de projetos individuais de cuidado, na realização de grupos e oficinas terapêuticas, nas atividades voltadas para reinserção social do paciente, entre outras (CFP, 2013). Em suma, o fazer dos(as) psicólogos(as) que atuam nos serviços substitutivos da rede de saúde mental deve se orientar por princípios éticos que envolvem além da defesa dos direitos humanos do usuário,

> O direito à liberdade, o consentimento com o tratamento, o respeito à cidadania e aos direitos humanos, a participação do usuário no serviço; articulam-se aos conceitos de território, desinstitucionalização, porta aberta, vínculo, trabalho em equipe e em rede. Este conjunto formam os pontos de orientação que organizam e dão sentido ao cuidado nestes lugares (CFP, 2013, p. 92)

Por se orientar segundo os preceitos da Lei 10.216, o PAILI tem como diretrizes principais a garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental, o objetivo de reinserção social do paciente e a preferência pelo tratamento ambulatorial (MPGO, 2013). Mesmo não sendo um serviço próprio de tratamento, mas de supervisão ao tratamento dos submetidos à medida de segurança, o Programa lida com muitas questões semelhantes às encontradas nos demais serviços de saúde. Frente a esses desafios, entende-se como necessária a educação permanente em saúde para os profissionais que atuam no âmbito da saúde mental. Como já demonstrado, a formação acadêmica não é suficiente para a qualificação desses profissionais, assim, é preciso fortalecer ações educacionais que objetivem o desenvolvimento de habilidades específicas para atuar no campo da saúde mental, como a participações em supervisões, fóruns de discussão, realização de assembleias com os usuários e seus familiares etc. (CFP, 2013).

Durante toda essa monografia procurei expor as mudanças e conquistas da reforma psiquiátrica principalmente no que se refere ao fechamento dos hospícios, a diminuição das internações e a substituição da orientação de tratamento cujo instrumento principal era o

hospital para passar a se colocar em evidência as novas possibilidades de assistência pública em saúde mental de caráter comunitário. Assim, não posso finalizar esse capítulo sem discorrer brevemente acerca das precarizações nas políticas de saúde mental que vêm retomando as práticas manicomiais e dificultando o acesso ao cuidado em liberdade, o que afeta diretamente o tratamento ambulatorial das pessoas com transtorno mentais, e também do louco infrator.

Em dezembro de 2017 foi instituída a Portaria 3.588 que propõe mudanças significativas no modelo de atenção psicossocial ao apresentar alterações na RAPS direcionando a política de saúde mental na tentativa de incluir dispositivos de características opostas à lógica do tratamento em liberdade e enfraquecendo os serviços substitutivos da rede. Para a constituição da Portaria, os movimentos sociais que representam os usuários e seus familiares, ou mesmo os conselhos e órgãos que representam a sociedade civil não foram consultados, tendo sido constituída a partir de debates de corporações médicas e ignorando as outras categorias profissionais que atuam na rede de saúde mental. Percebe-se, assim, o caráter antidemocrático de sua elaboração e a maneira como a velha lógica de ignorar e silenciar os usuários da saúde mental foi seguida (CESMG, 2018).

Entre as principais mudanças designadas na Portaria 3.588 estão: o incentivo a construção de Hospitais-Dia e hospitais psiquiátricos como parte integrada da RAPS - salienta-se que na vigência da Portaria anterior (3.088/2011) tais locais existiam enquanto serviço, mas eram tidos como serviços em desconstrução cujo objetivo era sua superação; o estabelecimento de Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral que aumenta o número mínimo de leitos psiquiátricos, que antes funcionavam intermediados pelos CAPS, e que passariam a figurar verdadeiras enfermarias psiquiátricas retomando à lógica manicomial de manutenção de pessoas em tratamento nos hospitais sem considerar sua vinculação territorial e comunitária; e a criação do CAPS ad IV proposto numa lógica hospitalocêntrica centralizada na figura do médico e de atendimentos padronizados, desconsiderando os projetos terapêuticos singulares (CESMG, 2018).

A mudança na política nacional sobre drogas que versa sobre o tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas foi igualmente afetado, não só pela criação do modelo de CAPS ad IV como pela publicação da Portaria 3.449/2018 que institui comitê especial para consolidar diretrizes operacionais para a regulação e parcerias com comunidades terapêuticas. Além das controvérsias apresentadas no capítulo 1 sobre os modos de "tratamento" nas comunidades terapêuticas, outra problemática existentes nessas instituições deve-se ao fato de instituir uma política de abstinência total aos usuários, o que vai contra a lógica de redução de danos que não prevê a abstinência imediata, mas um conjunto de

estratégias que visam reduzir os riscos associados ao consumo de substâncias dirigidas aos usuários ou dependentes que não podem ou não conseguem interromper o uso. Desde 2016, com a publicação de outra portaria que incluiu as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os investimentos públicos na manutenção desse tipo de instituição vêm crescendo de forma avassaladora (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Tem-se como exemplo disso o edital anunciado em 2018 que aprovou abertura de 7 mil leitos em CT 's, no valor de R$87 milhões, enquanto os CAPS não têm qualquer aumento no repasse financeiro desde 2011 (CESMG, 2018).

O desmonte da RAPS, a falta de profissionais e sucateamento de recursos para a manutenção da rede, a retomada do modelo manicomial pautado nas internações prolongadas, o aumento do financiamento de instituições como as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos representam retrocessos na política pública de saúde e atendimento em saúde mental e vão na contramão das conquistas advindas do movimento pela reforma psiquiátrica. Esse movimento de retomada do modelo psiquiátrico e hospitalocêntrico que tem na internação sua base primordial de orientação vem acontecendo em todo país, e em Goiás não é diferente. Por isso faz-se tão necessário a ampla divulgação e defesa dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, de base comunitária, munido de equipes multiprofissionais e com o objetivo de diminuir o estigma e a exclusão da pessoa em sofrimento mental e reinseri-la na sociedade, como é o caso do PAILI.

Com a visita ao Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator e graças às interlocuções realizadas com os profissionais que lá atuam, pude perceber que a forma de supervisão e direcionamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei para os serviços de tratamento em liberdade é motivo de grande orgulho para a equipe. Apesar dos desafios e dificuldades inerentes aos serviços públicos de saúde (principalmente devido aos retrocessos já mencionados), o fato de o PAILI conseguir proporcionar um tratamento em saúde mental integrado à RAPS e dialogando com os profissionais dos CAPS, e de outros equipamentos da rede que tratam os pacientes encaminhados, representa o avanço no cuidado à essas pessoas que por tanto tempo foram - e, na maior parte do Brasil, ainda continuam sendo - excluídas, estigmatizadas e esquecidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desta monografia procurei evidenciar os saberes médico e jurídicos como instâncias disciplinares e normalizantes que definem o normal e o desviante e exercem um poder disciplinar sobre os indivíduos que fogem à norma. Atualmente, para definição da inimputabilidade, o saber do juiz sai de cena para que o saber do médico psiquiatra possa constatar por meio de exame pericial se o sujeito tem ou não alguma condição que o considere incapaz de responder pelo delito (ou omissão) praticado. As perícias respondem a quesitos pré-definidos e oferecem subsídios para as decisões judiciais, porém, independentemente de seus resultados, o juiz tem total autonomia para considerar ou não o indivíduo como inimputável e submetê-lo à medida de segurança.

A aplicação de medida de segurança ao inimputável por si só já é contraditória visto que impõe uma sanção penal ao sujeito considerado isento de culpa. Como há crime sem culpa? Mais contraditório ainda é que a pessoa seja encaminhada para cumprir uma sanção que se pretende terapêutica em locais que nada têm de terapêuticos, que se assemelham mais a prisões do que a hospitais, cujas práticas ferem os direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais preconizados pela Lei Antimanicomial. Lei essa que, como evidenciei no capítulo 1, foi criada a partir da luta do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira que denunciou as práticas manicomiais de segregação e maus-tratos e proporcionou o redimensionamento no modelo assistencial em saúde em que a lógica de um tratamento em liberdade, inserido no contexto comunitário do qual o paciente faz parte passou a ser o ideal. Tendo como inspiração a antipsiquiatria que buscou a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, a reforma manicomial impulsionou e validou a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, o que, infelizmente, não foi suficiente para a eliminação total dos manicômios, bem como dos manicômios judiciários locais em que os direitos assegurados pela Lei 10.216 não incluiu o chamado louco infrator.

A realidade dos manicômios judiciários brasileiros é a mesma encontrada nos manicômios de caráter não judicial, não representando um local de passagem para um tratamento terapêutico, mas sim uma instituição de recolhimento dos desviantes e indesejados que permaneciam durante anos, muitas vezes, até o final de suas vidas abandonados pelo Estado e pela família. Como apontado por Esber, Diniz e Soares (2020) na pesquisa realizada nos prontuários dos pacientes do PAILI, a reinserção familiar foi uma grande conquista proporcionada pelo acompanhamento do Programa e pela característica do tratamento ambulatorial recebido pelos participantes, visto que um número significativo destes foi acolhido

pela família após iniciar o tratamento em saúde mental. No entanto, promover essa conscientização nos familiares sobre a importância de sua participação e apoio para o bom desenvolvimento do processo terapêutico também é um desafio enfrentado pela equipe do PAILI que tem como um de seus papéis de atuação buscar a reinserção familiar e social do paciente. Nesse sentido, uma das possibilidades temáticas para futuras pesquisas é o estudo sobre o papel da família no tratamento em saúde mental de pessoas com transtornos e sobre a necessidade do fortalecimento de vínculos familiares/comunitários dos pacientes em sofrimento mental.

A revisão bibliográfica de temáticas como o percurso do movimento pela reforma psiquiátrica, a loucura como transgressão à ordem social, o processo de segregação e controle dos corpos desviantes e todos os outros temas trabalhados foi densa e desafiadora, mas essencial para a construção dessa monografia. Além disso, considero que a pesquisa de campo realizada na sede do PAILI, bem como a entrevista com a profissional de Psicologia e as interlocuções com os demais membros da equipe constituíram o diferencial do trabalho e ajudaram a lançar luz sobre a pergunta proposta no começo dessa investigação: Como o PAILI promove a desinstitucionalização do louco infrator submetido à medida de segurança? Responder a esse questionamento de maneira definitiva é uma tarefa complexa, mas após o percurso de pesquisa pude traçar algumas reflexões e, de maneira resumida, entendo que o caráter desinstitucionalizante do PAILI ancora-se no fato de que, ao romper com a lógica manicomial judiciária, o Programa consegue mais que somente garantir o tratamento em liberdade, mas pode também promover o restabelecimento dos vínculos familiares, possibilitar a reinserção do paciente na comunidade, viabilizar que o tratamento leve em consideração a territorialidade e auxiliar na promoção da cidadania.

Apesar das conquistas alcançadas pelo Programa, alguns desafios para a manutenção dos ideais desinstitucionalizantes foram identificados, é o caso da influência que o saber psiquiátrico ainda cumpre. Isso me pareceu exposto quando a psicóloga do Programa relatou que os laudos de avaliação psicossociais devem sempre conter a assinatura da psiquiatra que, apesar de fazer parte da equipe de técnicos referentes, como qualquer profissional de outras áreas (como psicologia e enfermagem), tem seu saber mais valorizado pelos magistrados. Com isso subentende-se que as considerações da especialista em psiquiatria geram mais credibilidade e confiabilidade para a instância jurídico-criminal, o que vai de encontro ao apresentado no segundo capítulo acerca dos escritos de Foucault em relação ao poder disciplinar e a apreciação que os saberes jurídicos confiavam aos saberes médicos por conta do controle normalizante que ambos exercem.

Outra problemática se refere à falta de uniformidade nas decisões de juízes, sendo que como informado pelos profissionais do PAILI, alguns desconhecem a Lei 10.216 e outros ainda insistem em designar que a medida de segurança seja cumprida em internação compulsória. Ademais, o conceito de periculosidade que, em tese, teria sido superado pelo Programa ao adotar o exame de avaliação psicossocial, na prática possui dificuldades em ser aceito por alguns juízes que preferem recorrer à Junta Médica e solicitar o exame de cessação de periculosidade.

Frente a tudo que foi apresentado ao longo desta monografia, ao pensar nos objetivos iniciais que me propus a tentar investigar, entendo que algumas questões foram inicialmente compreendidas, porém é preciso reconhecer a incompletude do trabalho e as lacunas que ainda restam. Assim, as elucidações que a presente pesquisa trouxe podem servir de escopo para a elaboração de novas produções acadêmicas que abarque temáticas relativas ao campo de atuação do(a) psicóloga(a) inserido(a) nos diferentes dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Outra possibilidade é a produção de pesquisas que objetivem aprofundar os estudos sobre o acompanhamento psicossocial e, pensando no PAILI como objeto, refletir criticamente acerca do desenvolvimento das avaliações e relatórios psicossociais produzidos pelo Programa, ou seja, qualificar teórica e metodologicamente o saber da equipe técnica.

Conclui-se, assim, que não basta somente a implementação de um serviço substitutivo para que mudanças nos moldes de tratamento em saúde mental ocorram, é necessária uma avaliação constante de seu funcionamento. É preciso que as inovações sejam divulgadas e que recebam investimentos para que as mudanças possam acontecer em caráter macroestrutural. Nesse sentido, o PAILI estabelece como parte de sua atuação o papel de conscientizar os integrantes do judiciário sobre a Lei 10.216 e suas disposições com relação ao tratamento psicossocial em liberdade. Ademais, diante dos retrocessos das políticas públicas em saúde mental, entende-se como fundamental que os(as) profissionais da Psicologia, não apenas aqueles que atuam nesse campo como os de outras áreas de atuação mesmo os(as) psicólogos(as) em formação que ainda não iniciaram suas carreiras profissionais, defendam e lutem em prol da garantia de direitos às pessoas com transtornos mentais e a destinação de investimentos públicos em práticas não manicomiais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136 p.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Editora Fiocruz, 1996. 141 p.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em Saúde Mental e práticas de cuidado no contexto do Serviço Residencial Terapêutico no Rio Grande do Norte. In: LIMA, Aluísio Ferreira de (org.). **(Re) pensando a Saúde Mental e os processos de desinstitucionalização:** histórias, intervenções e desafios ético-políticos. 1.ª ed. Curitiba: Appris, 2018. 225 p.

ARANTES, Débora Jerônima; TOASSA, Gisele. Movimento da reforma psiquiátrica em Goiânia, GO: trajetória histórica e implantação dos primeiros serviços substitutivos. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 47-60, 2017.

BANDEIRA, Marina. Desinstitucionalização: estão os profissionais de psicologia preparados? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 8, n. 3, p. 373-384, 1992.

BARROS, João Paulo Pereira. Psicologia e políticas sociais. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 4, n. 1, p. 156-170, 2014.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Genealogia do conceito de periculosidade. **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p. 37-52, 2011.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Um dispositivo conector-relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 1, p. 116-128, 2010.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, Paulo (Org.), **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica** (pp. 41-72). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BOCK, Ana Mercês Bahia et al. Sílvia Lane e o projeto do" Compromisso Social da Psicologia". **Psicologia & Sociedade,** v. 19, n. spe2, p. 46-56, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/ Portaria_336.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Volta Para Casa**, Brasília, 06 out. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa>. Acesso em: 15 de jan. 2022.

BRASIL. Código penal (1940). **Código penal e de processo penal**. Márcia Maria Bianchi Prates (org.). Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2020. 265 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Reentradas e reinterações infracionais:** um olhar sobre os sistemas socioeducativo e prisional brasileiros. Brasília: CNJ, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei de Execução Penal**. Lei nº 7210 de 11 de julho de 1984.

BRASIL. **Lei n° 10.2016, 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 Federativa do Brasil, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p.

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

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011** (republicada 2013). 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] República Federativa do Brasil, 23 dez. 2011/2013.

CAETANO, Haroldo. **Loucos por liberdade**: direito penal e loucura. Goiânia: Escolar Editora, 2019. 224 p.

CARRARA, Sérgio Luis. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.

CARRARA, Sérgio Luis. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. 229 p.

CESMG. Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. C**artilha Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios.** 2018. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Comentarios_sobre_a_Portaria_3588.pdf&ved=2ahUKEwixntHsj_72AhWAupUCHTrDCHUQFnoECAQQBg&usg=AOvVaw3hr6lrEqfUwsvUB3uHjiL1> Acesso em 05/04/2022.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Inspeções aos manicômios**. Brasília: 2015.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.** Brasília: 2013

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas, 2011.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas-2017**; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combae â Tortura; Procuradoria Federal dos Diretos do Cidadão/Ministério Público Federal. Brasília: CFP, 2018

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP n° 010/2005. Código de Ética Profissional do Psicólogo**, XIII Plenário. Brasília, DF: CFP, 2005.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta de estabelecimentos**: Centros de Atenção Psicossocial no Estado de Goiás. 2021 Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=CAPS>. Acesso em: 09 de jan. 2022.

CORDIOLI, Maria Sirene; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida. Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. **Escola Anna Nery**, v. 10, n. 4, p. 671-677, 2006.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p.

CRUCES, Alacir Villa Valle. **Egresso de cursos de Psicologia**: preferências, especializações, oportunidades de trabalho e atuação na área educacional. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CRUZ, Marcelo Lebre. **A inconstitucionalidade da medida de segurança face à periculosidade criminal.** 2009. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdades Integradas do Brasil, UniBrasil. Curitiba, 2009.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde,** v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 05 de abr. 2022.

DEPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, Período de janeiro a junho de 2021.** Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em: 08 de mar. 2022.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2013. 382p.

ESBER, Karen Michel; DINIZ, Maria Aparecida; SOARES, Carnele Borges. Mapeamento do perfil dos usuários do programa de atenção integral ao louco infrator/Paili entre 2006 e 2014. In: REIS, Daniela Castro dos; CAVALCANTE, Lília Iêda Chaves; OLIVEIRA, Assis de Costa (org.) **Autores de agressão**: subsídios para uma abordagem interdisciplinar. 1. ed. Curitiba: Appris, 2020. p. 299-324.

FELÍCIO, Wesley Fernando. A Psicologia e a multidisciplinaridade na Saúde. **Psicologia. pt: o portal dos psicólogos**, p. 1-9, 2012.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1961/1978. 608 p.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 1970/2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 11ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979/2021.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais:** curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. 479 p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 42ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1975/2014. 302 p.

FREITAS, Maria de Fátima Quintal de. Contribuições da psicologia social e psicologia política ao desenvolvimento da psicologia social comunitária. **Psicologia & Sociedade**, v. 8, n. 1, p. 63-82, 1996.

G1 RIO. **Justiça do RJ proíbe novas internações no Heitor Carrilho**. Rio de Janeiro, 06 de dez. 2015. Disponível em: <https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/12/justica-do-rj-proibe-novas-internacoes-no-heitor-carrilho.html>. Acesso em: 23 de abr. 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . **Censo Brasileiro de 2010**. População estimada do estado de Goiás. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/panorama>.Acesso em 09 de mar. 2022.

IBOPE. Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística. **Pesquisa de opinião com psicólogos inscritos no Conselho Federal de Psicologia,** 2004. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/faq/faqDocumentos/Pesquisa_IBOPE.pdf >. Acesso em: 03 de mar. 2022.

IBRAHIM, Elza. **Manicômio Judiciário**: da Memória Interrompida ao Silêncio da Loucura. Curitiba: Appris, 2014. 182 p.

JAFELICE, Giovana Telles; MARCOLAN, João Fernando. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2131-2138, 2018.

LEBRE, Marcelo. Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem. **Responsabilidades,** Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 285-301, 2012.

LIRA, Kalline Flávia Silva de. Hospitais de custódia, tratamento psiquiátrico e violação dos direitos humanos. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, v. 4, n. 2, p. 143-159, 2016.

LISBOA, Felipe Stephan; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. Formação em Psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, n. 4, p. 718-737, 2009.

MACÊDO, Orlando Júnior Viana et al. Ações do profissional de psicologia no centro de referência da assistência social. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, p. 809-823, 2015.

MAGALHÃES, Rayanne Pinto; ALTOÉ, Sonia Elisabete. Dentro e fora: tecendo reflexões sobre um hospital de custódia. **Pesqui. prát. psicossociais,** São João del-Rei , v. 15, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 23 de mar. 2022.

MARTÍN-BARÓ, Ignácio. O papel do psicólogo. **Estudos de psicologia**, v. 2, n. 1, p. 7-27, 1996.

MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 70-82, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 mar. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 28ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)/ Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)/ Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD). Brasília, 2021.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS (MPGP). PAILI: **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Haroldo Caetano da Silva (coord.). 3ª ed. Goiânia: MPGO, 2013. 60p.

MITJAVILA, Myriam Raquel; MATHES, Priscilla Gomes. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. **Physis**: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1377-1395, 2012

MONTEIRO, Rodrigo Padrini; ARAÚJO, José Newton Garcia. Manicômio Judiciário e Agentes Penitenciários: entre Reprimir e Cuidar. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 38, n. spe2, p. 144-158, 2018.

MOTTA, Manoel Barros da. Apresentação. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos.** Ética, sexualidade, política. In: MOTTA, Manoel Barros da (Org.). Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. V-LXII

MTSM. Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. **Manifesto de Bauru**. In: II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, Bauru, 1987.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, n. 1, p. 141-154, 2011.

PENTEADO, Nestor Sampaio. **Manual esquemático de criminologia**. Saraiva Educação SA, 2016. 216P.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 2, p. 335-355, 2002.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 569-580, 2014

PNAS - Política Nacional de Assistência Social. **Versão oficial**. São Paulo: Cortez, 2004.

RIGONATTI, Luiz Felipe et al. O papel do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: Previsão legal e realidade. In: **Medida de Segurança** – uma questão de saúde e ética. Org. CORDEIRO, Quirino; LIMA, Mauro Gomes Aranha. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, p. 227-236, 2013.

ROSSI, Valéria Rondon. Medida de Segurança: a violação do direito à saúde a partir do conceito de periculosidade. **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, v. 4, n. 3, p. 75-93, 2015.

SADDI, Fabiana da Cunha et al. Acolhendo Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a lei dentro da Rede de Saúde – o desenho inovador do PAILI-GO. **Dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira**: limites e possibilidades. Rio de Janeiro: Gramma, p. 109-131, 2017

SANTOS FILHO, Júlio Manoel dos. **A produção do sujeito anormal**: uma análise de práticas periciais em Goiás. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, Goiânia, 2018.

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental,** v. 17, n. 3, p. 515-527, 2014.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. DIEST - Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Nota Técnica, 2017.

SANTOS, Ronivaldo de Oliveira Rego. **O PROJETO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA EM UMA HISTÓRIA DA LOUCURA NO BRASIL (1930-1950)**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em História - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2018.

SENRA, Carmem Magda Ghetti; GUZZO, Raquel Souza Lobo. Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, p. 293-299, 2012.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2101-2110, 2016.

SOARES, Carlene Borges; DINIZ, Maria Aparecida. Os serviços substitutivos em saúde mental e as alternativas à lógica manicomial: o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) como prática inovadora. In: **O Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade**. Org. VENTURINI, Ernesto; MATTOS, Virgílio; OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres. Brasília: CFP, p. 288-313, 2016.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia,** v. 19, n. 2, p. 540-560, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/44288/30186> . Acesso em: 30 mar. 2022.

ANEXO 1:

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

O **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **"Desinstitucionalização do louco infrator: A experiência do PAILI Goiás e a atuação da Psicologia"**, coordenado pela pesquisadora Gardenia de Souza Furtado Lemos e, desenvolvido em conjunto com a pesquisadora Maria Luiza Neves do Carmo, na Universidade Federal de Goiás.

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados durante o mês de **fevereiro de 2022**.

Declaramos ciência de que nossa instituição é co-participante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso das pesquisadoras responsáveis com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados.

Goiânia, ... de ..... de 202.....

_____

Assinatura/Carimbo do responsável pela instituição pesquisada

ANEXO 2:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada **"Desinstitucionalização do louco infrator: A experiência do PAILI Goiás e a atuação da Psicologia"**. Meu nome é Maria Luiza Neves do Carmo, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é psicologia. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra ficará comigo. Esclareço que em caso de recusa na participação**,** em qualquer etapa da pesquisa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail **marialuizanevs@gmail.com** e, através do seguinte contato telefônico: **(62)98557-3128**, inclusive com possibilidade de ligação a cobrar. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215, que é a instância responsável por dirimir as dúvidas relacionadas ao caráter ético da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP-UFG) é independente, com função pública, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, criado para proteger o bem-estar dos/das participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, visando contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos vigentes.

A presente pesquisa tem como objetivo geral compreender o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) como uma política pública de saúde mental que possibilitou o tratamento em liberdade das pessoas com transtorno mental cumprindo medidas de segurança, além de buscar entender a atuação do profissional de psicologia no manejo dos casos acompanhados pelo programa. Você será convidado (a) a participar de uma entrevista na qual serão feitas questões referentes à sua atuação como psicólogo (a) no PAILI e para isso deverá reservar um período de 1h para participar da pesquisa. Você tem direito ao ressarcimento das despesas decorrentes da cooperação com a pesquisa, inclusive transporte e alimentação, se for o caso.

Em caso de danos, você tem o direito de pleitear indenização, conforme previsto em Lei.

Se você não quiser que seu nome seja divulgado, está garantido o sigilo que assegure a privacidade e o anonimato. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas. Em relação aos riscos de realizar esta pesquisa, sua participação pode implicar em riscos mínimos, como cansaço durante realização da entrevista ou desconforto ao responder questões acerca do cotidiano de sua atuação profissional. Caso isso aconteça, comprometo-me em propiciar o máximo de benefícios tais como a possibilidade de elaboração e ressignificação de sua trajetória profissional. Cabe ressaltar que você pode interromper sua participação a qualquer momento sem quaisquer implicações.

Durante todo o período da pesquisa e na divulgação dos resultados, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, identificar-lhe, será mantido em sigilo. As informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas. Todo material ficará sob minha guarda por um período mínimo de cinco anos. Para condução da entrevista é necessário o seu consentimento para utilização de um gravador, faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

( ) Permito a utilização de gravador durante a entrevista

( ) Não permito a utilização de gravador durante a entrevista

As gravações serão utilizadas na transcrição e análise dos dados, sendo resguardado o seu direito de ler e aprovar as transcrições. Pode haver também a necessidade de utilizarmos sua opinião em publicações, faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

( ) Permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

( ) Não permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

Pode haver necessidade de dados coletados em pesquisas futuras, desde que seja feita nova avaliação pelo CEP/UFG. Assim, solicito a sua autorização, validando a sua decisão com uma rubrica entre os parênteses abaixo:

( ) Declaro ciência de que os meus dados coletados podem ser relevantes em pesquisas futuras e, portanto, autorizo a guarda do material em banco de dados, e permito a utilizar esses dados para pesquisas futuras.
( ) Declaro ciência de que os meus dados coletados podem ser relevantes em pesquisas futuras, mas não autorizo a guarda do material em banco de dados, e não permito utilizar esses dados para pesquisas futuras.

Declaro que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, em eventos e/ou publicações científicas, sejam eles favoráveis ou não.

1.2 Consentimento da Participação na Pesquisa:

Eu, ..., abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado "Desinstitucionalização do louco infrator: A experiência do PAILI Goiás e a atuação da Psicologia". Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) responsável Maria Luiza Neves sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, ... de ..... de .....

_____

Assinatura por extenso do (a) participante

_____

Assinatura por extenso da pesquisadora responsável

ANEXO 3:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 - Dados pessoais/formação:

● Idade, gênero, origem

● Tempo e local de formação

● Grau de formação (graduação, pós-graduação, mestrado, doutorado, etc)

● Experiências profissionais anteriores

● Formação específica para atuação nessa área

● Abordagem teórica em que baseia sua atuação

2 - Condições de trabalho

● Onde você exerce suas atividades? Relate o espaço físico

● Qual seu horário de trabalho?

● Qual foi sua forma de ingresso como psicólogo (a) no programa? Seu vínculo

● Como é organizada a estrutura de trabalho no PAILI Goiás? Quantas pessoas fazem parte da sua equipe/setor/divisão? E do quadro completo?

3 - Atuação no PAILI:

● Há quanto tempo você trabalha no PAILI Goiás?

● Como é a sua rotina no trabalho? Como é o seu ambiente de trabalho?

● Qual perfil do público atendido pelo PAILI Goiás?

● Qual é a demanda de atendimento?

● Como é a admissão de um(a) novo(a) participante no programa?

● Relate os passos de fluxo e manejo desde a admissão até o desligamento de um(a) participante.

● Como são montados os projetos terapêuticos individuais de cada pessoa encaminhada ao PAILI?

● Como é trabalhar em uma equipe multidisciplinar? Os profissionais de outras áreas auxiliam na elaboração dos projetos terapêuticos individuais? Como?

● Para quais equipamentos ou políticas públicas são feitos encaminhamentos ou acompanhamento conjunto? Como acontecem? Quais potencialidades e desafios?

● Como é acompanhada e analisada a efetividade do PAILI?

● Para você, na prática, o programa cumpre com o que é proposto em sua teoria?

● Fale de potencialidades e avanços do PAILI e também de incompletudes e desafios, no seu ponto de vista.

● Quais as maiores dificuldades encontradas em sua atuação como psicólogo (a) do PAILI?

● Você entende que sua formação acadêmica foi satisfatória para atuar nesse programa? ou percebe alguma “lacuna”? Quais?