

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

MANOEL VALENTE FIGUEIREDO NETO

**IDENTIDADES E DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL SOB A
ÉGIDE DO PODER JUDICIÁRIO: A MEDIDA DE SEGURANÇA E O HOSPITAL
AREOLINO DE ABREU**

TERESINA - PI

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MANOEL VALENTE FIGUEIREDO NETO

IDENTIDADES E DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL SOB A
ÉGIDE DO PODER JUDICIÁRIO: A MEDIDA DE SEGURANÇA E O HOSPITAL
AREOLINO DE ABREU

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da
Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas,
na Universidade Federal do Piauí, como exigência
para obtenção do título de Mestre em Políticas
Públicas, na linha de pesquisa Cultura, Identidade e
Processos Sociais.

Orientação: Dr^a. Lúcia Cristina dos Santos Rosa.
Co-orientação: Dr. Francisco Oliveira Barros Júnior.

TERESINA - PI

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

F475i FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente.

Identidades e direitos da pessoa com transtorno mental sob a égide do Poder Judiciário: a Medida de Segurança e o Hospital Areolino de Abreu. / Manoel Valente Figueiredo Neto. Teresina: 2010.
203 fls.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) Universidade Federal do Piauí.
Orientadora: Dr^a. Lúcia Cristina dos Santos Rosa.
Co-orientador: Dr. Francisco de Oliveira Barros Júnior.

1. Direitos e identidades da pessoa com transtorno mental. 2. Identidades socioantropológicas. 3. Políticas Públicas em Saúde. 4. Saúde Mental e Ciência Jurídica. 5. Psiquiatria Forense. 6. Direito Penal – Medida de Segurança. 7. Direito Administrativo – Políticas Públicas. I. Título.

C.D.D. – 341.481

A aprovação desta Dissertação não significa endosso da Professora Orientadora, do Professor Co-Orientador, da Banca Examinadora e da Universidade Federal do Piauí, às ideias, opiniões e ideologias que constam na pesquisa. Sua responsabilidade é inteiramente do autor.



Autoriza-se, para fins acadêmicos, científicos e sociais, a reprodução total ou parcial desta Dissertação, desde que citada a fonte. Todos os direitos reservados a Universidade Federal do Piauí, a Manoel Valente Figueiredo Neto e a Lúcia Cristina dos Santos Rosa. A violação dos direitos autorais (Lei n. 9.610/98) é definida como crime (artigo 184 do Código Penal).

FOLHA DE APROVAÇÃO

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente. *Identidades e direitos da pessoa com transtorno mental sob a égide do Poder Judiciário: a Medida de Segurança e o Hospital Areolino de Abreu.*

Dissertação aprovada com louvor acadêmico em dez de março de dois mil e dez no auditório Noé Mendes do Centro de Ciências Humanas e Letras - Universidade Federal do Piauí - como requisito para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

BANCA EXAMINADORA:

Doutora **Lúcia Cristina dos Santos Rosa** – ORIENTADORA – PRESIDENTE

Possui Graduação pela Faculdade de Serviço Social de Piracicaba. Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2000). Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2000).

Doutor **Francisco Oliveira Barros Júnior** – CO-ORIENTADOR - VICE-PRESIDENTE

Possui Graduação em Licenciatura Plena em Ciências Sociais pela Universidade de Fortaleza. Mestrado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Doutorado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000).

Doutor **Alexandre Vaz Parente** – MEMBRO

Possui Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo. Mestrado em Medicina (Saúde Mental) pela Universidade de São Paulo. Residência médica pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (2001). Doutorado em Medicina (Saúde Mental) pela Universidade de São Paulo (2007).

Doutor **Nestor Eduardo Araruna Santiago** – MEMBRO

Possui Graduação em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestrado em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais. Doutorado em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais (2005).

Doutor **Robertonio Santos Pessoa** – MEMBRO

Possui Graduação em Direito pela Universidade Federal do Piauí. Mestrado em Direito pela Universidade de São Paulo. Doutorado em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco (2003).

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa aos que lutam por causas que entendem como suas. Aos que sabem que recorrer por direitos é não ser egoísta e que a luta por um direito, mesmo que aparentemente individual, é um grande bem para a coletividade.

A todos que, para superar as resistências, são defensores ativos de seus próprios direitos. E que por imperativo ético, como também para defesa de seus direitos, são defensores dos direitos humanos de todos.

Àqueles cuja exclusão e a inquietude motivaram a realização desta pesquisa: as pessoas com *diversidade* mental.

Humanos (Manoel Valente, 2009)

Aos que vivem

Revivem

Em mundos

Eivados

Aos que imploram

Deploram

Em tudo

Aflorados

Aos que amam

Declamam

Em sentidos

Exaltados

Aos que choram

Deixaram

Nas saídas

Seus rastros

AGRADECIMENTO

A minha família, pelas tentativas de compreensão nos momentos de dedicação. Em especial a minha mãe, professora Rita Neuma, quem viveu intensamente comigo os momentos de integralização dos créditos teóricos. Ao meu pai, professor Hélio Araújo, que de seu jeito único, me faz captar diversas valorizações no viver. Aos meus irmãos, Ciro Ricardo, Marcus Leonardo, Heli Figueiredo e Hélio Segundo, que são meus elos do passado com o futuro e me ensinam a, no presente, buscar aptidões que sempre tragam a minha felicidade em primeiro plano.

Aos professores que me acompanharam durante minha existência acadêmica. Àqueles das disciplinas de História, Geografia, Filosofia e Artes que incentivaram e proporcionaram visão crítica. Àqueles de Sociologia Geral e Jurídica, Linguística, Teoria do Estado e Ciência Política que proporcionaram aprimoramento e (des)construção de saberes.

Aos professores do Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas, em especial ao sociólogo Dr. Francisco Barros Júnior, que desde o primeiro momento apoiou minhas escolhas acadêmicas, incentivou e abriu portas para um mundo de conhecimentos até então não vistos, sempre com ética, responsabilidade e compromisso. Ao antropólogo Dr. Fabiano Gontijo que mostrou vivências em conhecimentos.

Aos meus amigos do mestrado, que viveram comigo momentos de amadurecimento teórico e pessoal. Que participaram das discussões e dos embates filosóficos. Que me auxiliaram na busca em compreender, ainda mais, a diversidade das pessoas.

Aos meus amigos de faculdade de Direito, que, enquanto companheiros e testemunhas de minhas inquietações, ajudaram a otimizar habilidades. Que mostraram total entendimento no momento de integralização dos créditos do Mestrado e que vibravam com minhas investidas e posicionamentos acadêmicos.

Por último, gostaria de agradecer a Dra. Lúcia Cristina dos Santos Rosa, quem despertou o interesse pela pesquisa em saúde mental e quem mostrou os caminhos de uma pesquisa consciente e comprometida com a dignidade que habita todos os seres humanos. Quem foi a grande idealizadora da complexidade do presente trabalho, que apostou em minha capacidade acadêmica, incentivando nos momentos de dificuldades, apontando caminhos nos momentos de entravamentos teóricos e sendo além de orientadora, uma grande amiga.

Mas o ilustre médico, com os olhos acesos da convicção científica, trancou os ouvidos à saudade da mulher, e brandamente a repeliu. Fechada a porta da Casa Verde, entregou-se ao estudo e à cura de si mesmo (Machado de Assis. *O Alienista*).

Eu tenho dito que não sei o que é a loucura. Pode ser tudo ou nada. É uma condição humana. Em nós, a loucura existe e está presente como está a razão (Franco Basaglia. *Conferências brasileiras*).

O que sinto é que em cada um de nós habitam loucuras e em nossos momentos de maior ou menor *clímax*, elas se revelam (Manoel Valente).

RESUMO

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente. *Identidades e direitos da pessoa com transtorno mental sob a égide do Poder Judiciário: a Medida de Segurança e o Hospital Areolino de Abreu*. 203 fls. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Piauí. Orientadora: Dr^a. Lúcia Cristina dos Santos Rosa. Teresina: 2010.

Os conhecimentos de identidade mudaram no decorrer dos tempos e os atuais processos da globalização fazem surgir novas identidades e fragmentam o indivíduo. A presente dissertação parte dos estudos sobre as identidades da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal para analisar os seus direitos e as políticas públicas que as envolvem. Para tal, aborda temas propícios, como a execução da Medida de Segurança, a Psiquiatria Forense e as Políticas em Saúde Mental. O objeto de estudo são as identidades das pessoas com transtorno mental na cidade de Teresina, capital do Piauí, que cometeram ilícito penal e, por serem consideradas inimputáveis, estão à disposição da Justiça. Neste sentido, delimita a pesquisa no Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, local em que há o recebimento de pacientes penais, que são internados temporariamente ou com maior fluxo de rotatividade, conforme determinação soberana do Juiz. O estudo compõe-se, necessariamente, da pesquisa bibliográfica e da pesquisa de campo que se operacionalizou neste Hospital de agosto de 2008 a março de 2009. A abordagem metodológica é a qualitativa. Como método adota a Teoria Enraizada, combinada com a História de Vida, utilizando entrevistas que não tinham questões pré-formuladas, mas que sempre partiam do seguinte questionamento: “Fale-me sobre você, quem é você aqui neste Hospital?”. No decorrer da pesquisa, faz análises críticas, subdividindo-se em três momentos, titulados Tomos, sendo que cada um ganha relativa independência. O primeiro aborda as identidades da pessoa com transtorno mental que cometeram ilícito penal e sua relação com a globalização e com a sociedade. O segundo analisa a Justiça Penal e a influência da Psiquiatria Forense, verificando a Medida de Segurança, os dados oficiais e as novas perspectivas. E o terceiro apreende os direitos da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal e as políticas de saúde brasileiras, apontando para a exclusão social e para o papel da sociedade civil. Por fim, propõe que a eficácia plena da cidadania está necessariamente imbricada na autonomia de tais pessoas e no modo que o olhar delas vê os seus direitos e as Políticas Públicas que as abrangem.

Palavras-chave: Pessoa com Transtorno Mental. Identidades. Direito. Medida de Segurança. Saúde Mental.

ABSTRACT

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente. *Identities and rights of the person with mental upheaval under the aegis of the Judiciary Power: the Measure of Security and the Areolino de Abreu Hospital*. 203 fls. Dissertation (M. Sc. in Public Politics). Universidade Federal do Piauí. Advisor: Dr^a. Lúcia Cristina dos Santos Rosa. Teresina: 2010.

The knowledges about identity have changed through the times and the current globalization processes make arise new identities and fragment the individual. The present dissertation departs from studies about the identities of the people with mental upheaval who committed illicit criminal to analyze their rights and the public politics that involves them. For this, the dissertation approaches propitious themes, as the execution of the Measure of Security, Forensic Psychiatry and the Mental Health Politics. The object of study is the identities of the people with mental upheaval in the city of Teresina, capital of the Piauí, who had committed illicit criminal e, for being considered unimputable, are in the disposal of Justice. In this direction, it delimits the research in the Psychiatric Hospital Areolino de Abreu, place where is receiving criminal patients, who are confined temporarily or with bigger flow of rotation, as according to sovereign determination of the Judge. The study is composed, necessarily, of the bibliographical research and the field research that was making in the Hospital from August, 2008 to March, 2009. The methodological approach is qualitative. As a method, it adopts the Grounded Theory, agreed with the History of Life, using interviews that did not have daily pre-formulated questions, but that they always left of the following questioning: "Tell me about you, who you are in this Hospital". During the research, it makes critical analyses, subdividing itself in three moments, entitled Tomes, being that either gains relative independence. The first one approaches the identities of the people with mental upheaval who had committed illicit criminal and their relations with the globalization and the society. The second one analyzes Criminal Justice and the influence of Forensic Psychiatry, verifying the Measure of Security, official data and the new perspectives. And the third one Tome apprehends the rights of the person with mental upheaval that committed illicit criminal and the Brazilian health politics, highlighting the social exclusion and the paper of the civil society. Finally, it considers that the full effectiveness of the citizenship necessarily is imbricated in the autonomy of such people and the way that they see their own rights and the Public Politics that enclose them.

Keywords: Person with Mental Upheaval. Identities. Right. Measure of Security. Mental Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Profissionais do Hospital Areolino de Abreu.....	28
Quadro 02 – Tipos de atendimentos prestados no Hospital Areolino de Abreu e respectivo convênio.....	28
Quadro 03 – Leitos do Hospital Areolino de Abreu.....	29
Quadro 04 – Equipamentos pertencentes ao Hospital Areolino de Abreu.....	30
Quadro 05 – Instalações físicas do Hospital Areolino de Abreu para Assistência.....	31
Quadro 06 – Serviços Especializados do Hospital Areolino de Abreu para Assistência.....	32
Quadro 07 – Serviços e Classificações do Hospital Areolino de Abreu para Assistência.....	33
Quadro 08 – Sinestias no louco infrator (imagens retiradas do documentário “A Casa dos Mortos”, com efeitos gráficos).....	49
Quadro 09 – Desenho gráfico de Maurits Cornelis Escher, 1956.....	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Estruturação Metodológica da Pesquisa.....	37
Tabela 02 – Articulação dos Eventos relacionados à Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil - República Velha.....	138
Tabela 03 - Articulação dos Eventos relacionados à Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil - Governo Provisório (1930-1934), Constitucionalista (1934-1937) e Estado Novo (1938-1945).....	140
Tabela 04 - Articulação dos Eventos relacionados à Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil – República Nova (1945-1964).....	143
Tabela 05 - Articulação dos Eventos relacionados à Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil – Período do Regime Militar (1964 – 1985).....	146
Tabela 06 - Articulação dos Eventos relacionados às Políticas de Saúde e Saúde Mental no Brasil na Nova República (Década de 1980).....	148
Tabela 07 - Articulação dos Eventos relacionados à Política de Saúde no Brasil na década de 1990.....	154
Tabela 08 - Articulação dos Eventos relacionados à Política de Saúde no Brasil na primeira década do século XXI.....	160

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	15
1 DIRETRIZES.....	23
2 ANÁLISES SOBRE O HOSPITAL AREOLINO DE ABREU.....	25
3 METODOLOGIA CIENTÍFICA	35
3.1 Percurso metodológico: estratégias na abordagem.....	38
3.2 A sistematização da Dissertação em Tomos.....	47
TOMO I - IDENTIDADES DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL QUE COMETEU ILÍCITO PENAL.....	48
CAPÍTULO 1 – A OBTENÇÃO DE CATEGORIAS CONCEITUAIS RELATIVAS ÀS IDENTIDADES DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL QUE COMETEU ILÍCITO PENAL.....	57
1.1 Das narrativas analisadas.....	57
CATEGORIA 01: AS RELAÇÕES ENTRE AS IDENTIDADES DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL E A <i>GLOBARBARIZAÇÃO</i>	58
CATEGORIA 02: A IDENTIDADE SOCIALMENTE CONSTRUÍDA DO LOUCO INFRATOR: ENTRE AS INSÍGNIAS DE CRIMINOSO E LOUCO.....	59
CATEGORIA 03: A DECEPÇÃO E A CONFIANÇA NO HOSPITAL AREOLINO DE ABREU.....	61
CATEGORIA 04: POLÍTICAS PÚBLICAS E IDENTIDADES ESTIGMATIZADAS.....	62
CAPÍTULO 02 – UM VÍNCULO DINÂMICO ENTRE A IDENTIDADE DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL E O MUNDO <i>GLOBARBARIZADO</i>	64

CAPÍTULO 3 – A IDENTIDADE SOCIALMENTE CONSTRUÍDA DO LOUCO INFRATOR: ENTRE AS INSÍGNIAS DE CRIMINOSO E LOUCO.....70

CAPÍTULO 4 – O ESTABELECIMENTO DA CONFIANÇA E AS IDENTIDADES NO HOSPITAL AREOLINO DE ABREU.....77

CAPÍTULO 05 – À GUIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS QUE CONTEMPLAM IDENTIDADES ESTIGMATIZADAS.....82

TOMO II - INTERDISCIPLINANDO A PSIQUIATRIA FORENSE COM A JUSTIÇA PENAL: A PROBLEMÁTICA DA MEDIDA DE SEGURANÇA.....88

CAPÍTULO 1 – DADOS OFICIAIS DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: PROBLEMATIZANDO PELA SITUAÇÃO DO PIAUÍ.....98

CAPÍTULO 2 – ANOTAÇÕES SOBRE O INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA.....105

CAPÍTULO 3 – PRESSUPOSTOS JURÍDICOS PARA APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA.....111

3.1 Antecedentes históricos.....111

3.2 Pressupostos da Justiça Penal.....115

CAPÍTULO 4 – EXECUÇÃO, SUSPENSÃO E EXTINÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA.....120

CAPÍTULO 5 – NOVAS PERSPECTIVAS: A DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA.....123

**TOMO III - OS DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL QUE
COMETEU ILÍCITO PENAL: REFLEXOS NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS.....129**

CAPÍTULO 1 – HISTORICIZANDO DIACRONICAMENTE OS DIREITOS COM
AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL DO
BRASIL.....134

CAPÍTULO 02 – A SITUAÇÃO DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL
QUE CUMPREM MEDIDA DE SEGURANÇA: A EXCLUSÃO SOCIAL E A
REALIDADE BRASILEIRA.....161

CAPÍTULO 03 – O PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL NA OPERACIONALIDADE
DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL.....166

CAPÍTULO 04 – AS PERSPECTIVAS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS
RELACIONADAS À SAÚDE MENTAL.....170

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....177

REFERÊNCIAS.....184

ANEXOS

As reflexões feitas no presente estudo dizem respeito à pesquisa desenvolvida pelo advogado Manoel Valente Figueiredo Neto, no Mestrado Acadêmico de Políticas Públicas, na Universidade Federal do Piauí, pertencente à 7ª turma, biênio 2008/2009, sob a orientação da professora Dr^a. Lúcia Cristina dos Santos Rosa.

Compõe-se, necessariamente, da pesquisa bibliográfica, advinda, principalmente, das disciplinas cursadas neste Programa de Pós-Graduação *stricto sensu*, juntamente com as buscas ocasionadas pelas inquietações pessoais e as essenciais direções acadêmicas fornecidas pela professora orientadora; e, da pesquisa de campo que se operacionalizou no Hospital Areolino de Abreu, realizando-se de agosto de 2008 a março de 2009.

A pesquisa parte do pressuposto teórico de que os transtornos mentais são alterações no funcionamento psíquico que modificam o desempenho da pessoa na vida social, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica e na tolerância aos problemas cotidianos que lhes são apresentados. Conforme Kaplan e Sadock (2008), sua manifestação é multifatorial, constituído por fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Um ponto de maior preocupação são os momentos de crises que apontam para a necessidade de maior atenção e cuidado em relação a estas pessoas. Estima-se que são nestes pontos que elas ficam mais suscetíveis ao cometimento de ilícito penal.

Muitos são os desafios que o presente estudo enfrenta. Entre estes, encontra-se a própria exclusão social que a pessoa com transtorno mental sofre e a descrença de que estas podem ser sujeitos de direito. Outro desafio, de índole mais acadêmica, diz respeito à linha de pesquisa que a presente pesquisa esta inserida no Mestrado de Políticas Públicas da UFPI. Pertencente a linha “Cultura, Identidade e Processos Sociais”, interessa a presente pesquisa desvendar quais os significados que os usuários que recebem/participam das Políticas Públicas atribuem a elas, ao contrário do que somente o Estado poderá atribuir.

E, particularmente, em relação ao que se chama de *louco infrator*, que agrega no imaginário social tanto os emblemas de louco como de perigoso em potencial, houve o desafio do estudo de se desenvolver em meio à falta de um tratamento jurídico individualizado. Assim, mostrou-se de grande relevância discutir as identidades deste segmento em meio à transstitucionalização existente entre o Poder Judiciário e a Secretaria de Saúde.

Nos últimos anos, os conceitos em torno de identidades ganharam grande destaque. Eles englobam aspectos da vida contemporânea, sendo que a identidade se tornou um prisma, através dos quais outros aspectos tópicos da vida contemporânea são localizados, agarrados e examinados. O que se pode chamar de *Era da Identidade* (BAUMAN, 2009)

encontra-se cheia de som e fúria. A busca pela identidade divide, separa, aprisiona ou liberta; porém “a precariedade da solitária construção da identidade faz com que os construtores de identidade busquem um bode expiatório para pendurar nele seus medos e ansiedades vividos individualmente e executar os ritos de exorcismo na companhia de outros indivíduos, similarmemente temerosos e ansiosos” (BAUMAN, 2009, p. 192).

As concepções de identidade mudaram no decorrer dos tempos: do conceito ligado ao sujeito do Iluminismo para o conceito sociológico e, depois, para o do sujeito pós-moderno. Conforme Stuart Hall (2007), o aspecto da identidade cultural moderna é formado através do pertencimento a uma cultura nacional e os processos de mudança fazem surgir novas identidades e fragmentam o indivíduo.

Assim, o tipo diferente de mudança estrutural, que transforma as sociedades modernas, muda as identidades pessoais, abalando a idéia que os sujeitos têm de si mesmo como sujeitos integrados. Esta perda de um sentido de si estável é chamada, conforme Hall (2007), de *deslocamento* ou *descentração* do sujeito. Percebe-se que:

A identidade é realmente algo formado, ao longo do tempo, através de processos inconscientes, e não algo inato, existente na consciência no momento do nascimento. Existe sempre algo “imaginário” ou fantasiado sobre sua unidade. Ela permanece sempre incompleta, está sempre “em processo”, sempre “sendo formada” (HALL, 2007, p.38).

Dessa forma, Hall (2007) analisa que em vez de entender identidade como algo finalizado, deve-se falar de identificação e vê-la como um processo em andamento. A identidade surge não tanto da plenitude da identidade que já está dentro de nós como indivíduos, mas de uma falta de inteireza que é preenchida a partir de nosso exterior, pelas formas através das quais nós imaginamos ser vistos por outros. Então, continuamos buscando a identidade e construindo biografias que tecem as diferentes partes de nossos *eus* divididos numa unidade porque procuramos recapturar esse prazer fantasiado de plenitude.

Pierre Bourdieu (1983) considera os espaços em que os indivíduos vivem de *campos sociais*. Cada um desses indivíduos possui uma posição e um conjunto de recursos simbólicos, ou seja, uma determinada identidade. Assim, em cada dimensão do espaço, o conjunto de recursos simbólicos de que dispõe o indivíduo forma a sua identidade naquela dimensão.

Nos ensinamentos de Cuche (2001), a compreensão subjetivista indica que a identidade de um grupo é um modo de categorização de forma a organizarem suas trocas. Afirma que a diferença identitária não é consequência direta da diversidade cultural, mas das

interações desses grupos e dos procedimentos que esses grupos se utilizam para apresentar as diferenciações. Isto significa que as identidades podem ser constantemente construídas, na medida em que os próprios membros dos grupos atribuem uma significação à pertença cultural, em função da situação relacional em que se encontram.

Paralelamente, a pessoa humana que comete ilícito penal portando transtorno mental que a leve a não entender o caráter ilícito do fato ou que a faça não se determinar de acordo com esse entendimento é considerada inimputável. E, nos termos do Código Penal (artigo 26, *caput*), “é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

A Ciência Jurídica entende a amplitude do termo *doença* mental e já reconhece o acolhimento psiquiátrico do termo transtorno mental, como questão discursiva ideológica. O desenvolvimento mental incompleto refere-se àquele que ainda não foi concluído devido alterações biológicas ou sociais pelas quais os indivíduos passam. E a expressão desenvolvimento mental retardado traduz aquele que não atingiu a maturidade psíquica, que, mesmo com maioridade, travestiza-se de criança (ALVES, 2004).

O Código Penal adotou para a aferição da inimputabilidade do agente o critério biopsicológico. Tal método exige a averiguação da efetiva existência de um nexos de causalidade entre o estado mental e o crime praticado. A questão não é apenas diagnosticar a pessoa como portadora de transtorno mental. Depende a responsabilidade penal do período ou grau de evolução desta enfermidade ou da estrutura psíquica do indivíduo e da natureza do crime.

Deve o perito fazer o exame psiquiátrico pericial e avaliar e investigar os diversos fatores que motivaram o delito e em quais circunstâncias psicológicas ele ocorreu. Porém, mesmo sendo este exame indispensável, sempre que houver dúvidas em relação à sanidade mental do acusado, cabe unicamente ao Estado-Juiz a decisão de aplicar a pena ou outro instituto protetivo.

Neste contexto, é aplicado ao inimputável que houver praticado uma conduta típica e ilícita o instituto da Medida de Segurança, que considera que o mesmo não deve cumprir pena, pois não é tido como culpável devido não ter produzido o resultado a título de dolo ou culpa. Rogério Greco (2008) afirma que as Medidas de Segurança têm uma finalidade diversa da pena, pois, segundo ele, destinam-se à cura ou, pelo menos, ao tratamento daquele que praticou um fato típico e ilícito.

Assim sendo, aquele que for reconhecidamente declarado inimputável, deverá juridicamente ser absolvido. “Aplicando-se-lhe, contudo, Medida de Segurança, razão pela qual esta sentença o absolve, mas deixa a seqüela da Medida de Segurança, que é reconhecida como uma sentença absolutória imprópria” (GRECO, 2008, p. 680).

Ocorre que, tendo-se como referência o estágio de desenvolvimento dos conhecimentos referentes à pessoa com transtorno mental, discute-se que com o advento da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o instituto da Medida de Segurança já não pode mais ser aplicado.

Tal instituto é utilizado na aplicação do Direito pelos Juízes de forma anômala, pois, na realidade, muitos Juízes optam por manter tais pessoas com transtorno mental na custódia do Estado em Hospitais Psiquiátricos, como é o caso do Hospital Areolino de Abreu, em Teresina, que recebe muitas pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal e que têm que ficar compulsoriamente internas, em tratamento psiquiátrico. Atente-se que

A Lei 10.216 denuncia assim a noção mesma de periculosidade como conceito operável juridicamente, pois a exigência de um atestado de que qualquer um de nós jamais representará risco para a sociedade é absurda. O risco é inerente a nossa sociedade e pode-se buscar controlá-lo, nunca eliminá-lo. Trata-se, portanto, de se buscar promover a reinserção social do portador de sofrimento mental, ainda que em conflito com a lei. A medida de segurança, a par de revelar-se instituto não passível de haver sido recepcionado na ordem constitucional de 1988, após o advento da Lei é, não somente ilegal, mas claramente inconstitucional (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p. 25).

É neste sentido que a pesquisa, ao estudar as identidades das pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal e estão sob a custódia do Estado, será importante para o atual quadro das Políticas Públicas relacionadas a este fato por contribuir com a análise do que ocorre no atual momento de discussão dos Direitos destas pessoas. Mostra-se como sendo necessária para a implementação de novos Programas de Políticas Públicas que confirmem maior adequação dos Direitos Fundamentais à pessoa humana com transtorno mental. Assim, o presente estudo justifica-se pela real possibilidade de ampliar formulações acadêmicas e propostas práticas que venham a contribuir com as Políticas Públicas de Saúde Mental, amparando-se de relevância teórica e prática.

O objeto de estudo desta pesquisa são as identidades das pessoas com transtorno mental na cidade de Teresina, capital do Piauí, que cometeram ilícito penal e, por serem consideradas inimputáveis, estão à disposição da Justiça. Assim, em estreita relação com as

suas identidades se encontram os seus direitos, que se inserem dentro do arcabouço dos Direitos Fundamentais e norteiam as Políticas Públicas relacionadas à Saúde Mental.

Conforme Rosa (2006), a assistência psiquiátrica no Piauí está, desde as suas origens, centrada no modelo hospitalocêntrico/ hospiciocêntrico. Avalia que todo desenvolvimento histórico da assistência psiquiátrica nesse Estado está imbricadamente relacionada com a trajetória do Asilo de Alienados, que se constitui em epicentro de inovações terapêuticas e assistenciais do jogo político no campo psiquiátrico. Neste sentido, em relação ao Piauí, até o ano de 2005

Apesar dos avanços legislativos, no plano assistencial os novos serviços no Estado tem sido criados morosamente, sobretudo, em função da pressão produzida pela implementação de redução de leitos inscrita na política do governo federal. No Estado existem apenas seis centros de atenção psicossocial e alguns em processo de estruturação de seus processos de trabalho e de atuação administrativa, posto que não é recolhida a APAC. (...) Os gestores e a maioria dos trabalhadores resistem em se constituir como um ator propulsor dos processos reformistas (ROSA, 2006, p. 110).

Se tal fato ocorre com a pessoa com transtorno mental em geral, a situação se torna mais grave com o conhecido “louco infrator”, mais estigmatizado, marginalizado e invisível socialmente, haja vista as dificuldades em assumir a defesa de seus direitos, pois agregam a imagem de loucos e criminosos, o que possivelmente confirma, pela prática do ilícito penal, parte do imaginário social de que são perigosos.

A invisibilidade deste segmento se agrava mais ainda, pois na cidade de Teresina, capital do Estado do Piauí, não há o chamado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para a assistência as pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal. Aliás, na região Nordeste, o Piauí e o Maranhão são os únicos Estados que não têm o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), portanto, o louco infrator acaba tendo que ficar entre os Hospitais Psiquiátricos e as Penitenciárias – o que, per si, já é um agravante.

Observa-se que, nesta capital, estas pessoas praticamente não cumprem a Medida de Segurança assim como é proposta. Persistem em uma situação anômala, pois ficam à disposição da Justiça (custódia do Estado), no geral na Casa de Custódia Major César (quando do sexo masculino) ou na Penitenciária Feminina (quando do sexo feminino). E verificações não-oficiais atentam para a estimativa de um número de 50 pessoas nesta situação, a maioria do sexo masculino.

Tal segmento, quando têm seu quadro clínico agravado, é encaminhado ao Hospital Areolino de Abreu, sob o manto da internação compulsória (determinada pelo Juiz). Assim, não é o corpo médico da saúde mental que avalia ou determina a internação, mas, um

outro agente, o agente legitimado pela lei. Tal fato constituiu historicamente um campo tensionante entre a Justiça e a Psiquiatria.

Esta última, por sua vez, quando avalia o quadro clínico e determina a “alta médica” observa sua prática tolhida, pois nem sempre a retirada do Hospital é imediata (e, pelo contrário, os casos empíricos apontam para uma grande morosidade nas questões jurídicas que dizem respeito a esta situação). Constitui-se comumente um campo de forças em que, com a determinação da *alta médica* o Hospital Areolino de Abreu, no geral, busca reciclar o leito, contactando com os agentes da Justiça para retirar o denominado *louco infrator* do âmbito hospitalar para as instituições penais.

A morosidade deste trânsito faz com que tais pessoas fiquem no Hospital por tempo indeterminado. Figura uma situação que parece que nenhuma instituição reivindica para si a atenção/o cuidado a tal segmento, sendo ao mesmo tempo da responsabilidade dos dois campos – médico e da justiça, e simultaneamente de nenhum, embora na prática figure mais como do campo jurídico, haja vista a força da determinação legal, que impõe o *cumpra-se*.

Neste contexto, tende a se configurar a *transinstitucionalização*, ora o “louco infrator” está na alçada das instituições penais ora encontra-se nas hostes das instituições médicas. Ora tal pessoa é considerada criminosa/perigosa, no discurso jurídico, ora é considerada louca, doente, oscilando sua identidade entre as insígnias de louco e criminoso.

É neste sentido que se delimita o objeto de estudo da presente pesquisa no Hospital Areolino de Abreu. Neste local há o recebimento de pacientes penais, que são internados temporariamente (período máximo para avaliação de 3 anos) ou com maior fluxo de rotatividade, conforme determinação soberana do Estado-Juiz.

Assim, como o Estado do Piauí não dispõe de um local específico para tratamento dos pacientes que cometeram crimes, quando confirmado que tais crimes foram praticados sem o discernimento do ato, o Hospital Areolino de Abreu mostra-se como uma possibilidade de referência no tratamento humanizado, não se podendo desrespeitar os direitos que são assegurados a este segmento.

Referido hospital não pode se negar a cumprir uma ordem judicial que determina infratores à lei com problemas de esquizofrenia, por exemplo, de serem tratados na instituição. A propósito, em tese tais pacientes devem receber tratamento igualitário em relação aos demais, sendo que a única ressalva é quanto à separação entre alas femininas e masculinas.

Não obstante, referido hospital é o local em que ocorre a assistência psiquiátrica no Piauí para aqueles que são considerados inimputáveis pelas decisões jurídicas e é o local para onde estes são encaminhados para tratamento, sendo “expressão do centramento da atenção no modelo hospitalocêntrico, essa organização constitui o epicentro dos debates políticos e das inovações terapêuticas na área psiquiátrica do estado do Piauí” (ROSA, 2008, p.210).

Tendo-se como referência que um passo importante para a cidadania e para a concretização dos Direitos Humanos é *ouvir as vozes* dos que foram silenciados historicamente, o presente trabalho espera dar visibilidade a um segmento duplamente estigmatizado: por *ser* louco e por ter cometido fato definido juridicamente como crime. Espera-se, assim, com esta dissertação, *vocalizar* o que as pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal idealizam, levando em consideração suas próprias concepções enquanto pessoas que vivenciam o cotidiano das tensões entre o discurso e o poder-saber Psiquiatria-Justiça, sabendo através de seus corpos os efeitos das decisões que pouco levam em conta suas necessidades pessoais.

Então, a presente dissertação parte das premissas da reforma psiquiátrica brasileira, constituída no cenário de democratização política e da reforma sanitária, e implementada no contexto do debate sobre a reforma do Estado na década de 1990. Procura, através das identidades que as pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal atribuem a si, fazer a verificação da efetividade dos direitos delas a partir de discussões sobre o que vêm a ser Políticas Públicas que contemplem estas identidades, ação que ainda requer estudos posteriores sobre sua condição de representar uma transformação no horizonte da Reforma Psiquiátrica, entendida como uma superação do modelo manicomial e hospitalocêntrico, e das práticas vivências nas realidades do Estado do Piauí.

1 DIRETRIZES

Apesar do fascínio que o estudo acerca da loucura provocou no pesquisador durante a realização desta pesquisa, a mesma não se volta para uma *compreensão introspectiva* do transtorno mental. A presente pesquisa está envolta do seu objetivo principal que é compreender os significados identitários construídos pela pessoa com transtorno mental que está em cumprimento de ordem judicial penal (internação compulsória) no Hospital Areolino de Abreu e os reflexos para sua constituição como cidadã, sujeito de direitos e para as Políticas Públicas.

Referido objetivo principal é o norte da dissertação, por isso pode ser entendido como o objetivo geral. Ele ocasiona o alcance de outros objetivos, quais sejam: analisar as práticas, que mobilizam signos, sentidos e estratégias, das pessoas com transtorno mental internas no Hospital Areolino de Abreu por terem cometido ilícito penal; identificar e criticar as informações oficiais e não-oficiais relacionadas ao Hospital Areolino de Abreu sobre as pessoas com transtorno mental que estão sob a custódia do Estado, refletindo para os seus direitos e sua conformação como cidadã; verificar a situação da pessoa com transtorno mental no contexto da realidade teresinense e das Políticas Públicas de Saúde Mental, tendo-se como referência os estudos acerca da Medida de Segurança e das Políticas Públicas que envolvem a Saúde Mental.

Neste cenário, como a identidade de tal segmento (louco infrator) tende a ser limitada pelos dois campos discursivos (médico e jurídico), havendo a correlação de forças entre as duas instituições é que se observou a possível riqueza em se discutir a reconstrução da identidade do louco infrator a partir dos próprios sujeitos que vivenciam tal situação. Desse modo indaga-se:

- Que significados as pessoas que têm transtorno mental e cometeram ilícito penal atribuem a si e a sua localização na sociedade?
- Como se compreendem enquanto sujeitos políticos e como *os discursos de poder* afetam as significações feitas às suas identidades?
- Quais *rituais* da vida cotidiana tais pessoas utilizam para suas construções identitárias?
- Como o Hospital Areolino de Abreu, enquanto espaço de internação compulsória, interfere na construção das pessoas como sujeitos sociais e qual o impacto de tal situação na aplicação da Medida de Segurança?

- Quais as caracterizações jurídicas das Medidas de Segurança e qual sua relação com a Psiquiatria e com as identidades destas pessoas?

- Como se pensar Políticas Públicas de Saúde Mental que, *a priori*, coloquem como prioridade os sujeitos envolvidos?

Estes questionamentos deverão ser respondidos (e refeitos) pelo leitor ao longo de sua leitura nesta pesquisa, pois eles serviram para ajudar na delimitação dos aspectos a serem pesquisados e correspondem a possíveis fontes para pesquisas vindouras.

Morin (2000) defende a idéia de que o conhecimento tem uma *vocação emancipatória*, na qual, quanto mais se conhece e se compreende, mais se é capaz de, reconhecendo os limites do *verdadeiro*, dedicar-se à sua procura e, por meio desse processo incessante de busca, emancipar-se relativamente de certas concepções.

Quando a dissertação trabalha com identidades e relaciona-as com Justiça Penal, Psiquiatria Forense e Políticas Públicas, aborda um fenômeno complexo, pois envolve valores, relações, interações, práticas, significados e uma diversidade de interlocuções teóricas. Nesse sentido é necessário o leitor construir um pensamento mais reflexivo e aberto, utilizando os pressupostos do pensamento complexo. A interlocução com a complexidade permite um diálogo problematizador para a compreensão da integralidade da relação identidades-Justiça-Psiquiatria-Políticas Públicas.

Assim, a complexidade abordada na presente dissertação é um problema e não uma solução. Surge como dificuldade, como incerteza e não como clareza e como resposta (MORIN, 2005). A complexidade produz sua autonomia na incompletude das identidades estudadas, porque, a rigor, somente realidades incompletas podem ser autônomas. Autônomo não é o que pode separar-se, isolar-se, incomunicar-se, mas o que carece de complemento e atualização para manter-se em horizonte próprio.

Então, a presente dissertação trata da complexidade nas identidades da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal e o leitor deverá ficar atento para tal fato. Não se trata de buscar o conhecimento geral nem a teoria unitária, mas de encontrar um método que detecte as ligações, as articulações. Isso implica um princípio organizador do conhecimento que outorgue força à integração, à articulação, assim como a distinção e a oposição (MORIN, 2007).

2 ANÁLISES SOBRE O HOSPITAL AREOLINO DE ABREU

A presente pesquisa não tem pretensões de realizar uma análise institucional e jurídica do Hospital Areolino de Abreu (HAA). Entretanto não teve como não salientá-las na confecção da dissertação, já que seus procedimentos fundamentam algumas ações das pessoas com transtorno mental que estão à disposição da Justiça, assim como auxiliam na obtenção de possíveis soluções para a problemática das pessoas com transtorno mental nas agendas das Políticas Públicas.

O HAA, CNES: 2323346, CNPJ: 06553564009860, logradouro na Rua Joe Soares Ferry, 2420, Bairro primavera, CEP: 64002520, tipo de unidade: hospital especializado, esfera administrativa estadual, gestão orçamentária municipal, natureza da organização Administração Direta da Saúde (MS,SES e SMS), com dependência mantida.

É o único hospital psiquiátrico público estatal de referência no Piauí e atende pacientes tanto de Teresina, como vindos a Teresina de várias partes do Estado e até de Estados vizinhos, como Maranhão, Pará e Ceará. Constitui o epicentro das questões políticas e técnicas na área da saúde mental do Piauí, sendo que as matérias mais relevantes em saúde mental do Piauí convergem necessariamente para os embates sociais e políticos que se estabelecem neste estabelecimento.

Os dados que seguem referem-se ao Hospital Areolino de Abreu e foram obtidos junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (BRASIL, 2009) vinculado a Secretaria de Atenção à Saúde e correspondem até a atualização de maio de 2009.

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 04 de outubro de 2000. Após acordo na Comissão Intergestores Tripartite a PT 376 permaneceu em consulta pública até dezembro de 2000. Com a incorporação das sugestões recebidas dos gestores estaduais e municipais do SUS e da sociedade em geral, editou-se em 29/12/2000 a PT/SAS 511/2000 que passa a normatizar o processo de cadastramento em todo Território Nacional.

O Sistema representa um desejo há muito aspirado por todos que utilizam as informações de saúde como base para elaboração do seu trabalho, tanto no aspecto operacional quanto gerencial, visto que os dados cadastrais se constituem um dos pontos fundamentais para a elaboração da programação, controle e avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no país, assim como a garantia da correspondência entre a capacidade

operacional das entidades vinculadas ao SUS e o pagamento pelos serviços prestados (BRASIL, 2009).

É um gigantesco empreendimento no sentido de adquirir o conhecimento efetivo de como está formado o universo de estabelecimentos que cuidam da saúde da nossa população, desde nos grandes centros, até nas mais longínquas localidades, tornando visível esse cenário a toda sociedade, fortalecendo o controle social.

Segundo Mezomo (1995), a prestação de serviços médicos e de saúde tem sua legitimidade no respeito dos princípios de equidade, qualidade, eficiência, efetividade e aceitabilidade. Estes mesmos princípios (com pequenas alterações em algumas definições) foram encontrados como principais guias das reformas do setor da saúde nos países da América Latina e Caribe, em estudo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (2004).

Estes princípios podem ser resumidos da seguinte forma: a equidade significa a oferta de recursos de atenção à saúde à população segundo os critérios da justiça social, que se adequem às necessidades da comunidade, com facilidade de acesso, com segurança e que atendam às expectativas dos profissionais neles envolvidos. A qualidade é a correspondência entre aquilo que o serviço se propõe a oferecer e o que realmente é oferecido. A eficiência indica que a relação entre resultados obtidos e os custos dos recursos empregados é favorável. A efetividade é a medida da obtenção dos objetivos globais dos serviços de saúde. E a aceitabilidade é a avaliação positiva do serviço pela comunidade (MELO, 2007).

Neste contexto, o HAA mostra-se como um estabelecimento do tipo hospital psiquiátrico situado em um bairro de população de baixa renda. Seu foco primordial é atender aos habitantes piauienses e dos estados circunvizinhos com seus serviços.

Criticamente, pode-se dizer que referido Hospital fraciona seus serviços em *pavilhões*. São divididos segundo o sexo e a idade, destacando-se o pavilhão geriátrico, um hospital dia (com 30 leitos), um serviço ambulatorial com serviço de emergência e um serviço de intercorrências clínicas. Conseqüentemente, caracteriza-se por uma estratégia de alto custo, segundo a tipologia de estratégias genéricas de Porter (1991).

Além disso, contíguo à área do HAA tem-se o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Dr Martinelli Cavalca, um serviço intensamente dependente dos seus recursos, sobretudo os humanos, mas também recursos material e em informática. Analisa-se que parte de seus recursos humanos gerem os Serviços de Residências Terapêuticas do Piauí.

Desse modo, pode-se firmar entendimento crítico de que há uma centralidade em relação aos recursos humanos da saúde mental no HAA que disponibiliza parte dos mesmos

para os serviços que deveriam ser substitutivos, mas que acabam se tornando extensão do mesmo em função das dependências que se estabelecem e mostram-se como de múltiplas naturezas. Com este enunciado, a presente pesquisa se assume e mostra decisivamente que se posiciona em relação à saúde mental no Piauí com susceptibilidade.

A partir deste momento da pesquisa, faz-se uma análise dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (2009) que foram sistematizados, didaticamente, em Tabelas.

Como se pode observar no Quadro 01, o Hospital Areolino de Abreu possui um amplo quadro de funcionários, totalizando oficialmente 228 pessoas. Porém, no desenvolver da pesquisa de campo verificou-se que em relação aos serviços prestados, o Setor de Pessoal do Hospital Areolino de Abreu aponta para cerca de 800 pessoas que trabalham para este local. Este fato, por si só, já demonstra a quantidade de verba pública investida neste estabelecimento.

Sobre tal fato, a observação exigida através da pesquisa de campo, pelo convívio com as pessoas com transtornos mentais em pendência com a justiça, no próprio interior do HAA, permitiu avaliar que o *habitat* do HAA ainda é caracterizado por traços predominantemente manicomial, conforme denominado por Moffatt (1991). Criticamente, isto representa que embora haja a Política Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos – PNASH, a impressão é que a qualidade assistencial ainda não sofreu alterações reformistas.

Ambientalmente, observa-se que todo serviço é caracterizado por grades, portas trancadas, enclausuramento, isolando seus pacientes do exterior. Há falta de privacidade, havendo uma massificação, em que todas as atividades parecem ser coletivas. A propósito, “outra característica ambiental dos hospícios é a sensação de que tudo está um pouco engordurado, meio sujo (...) a impressão produzida pelo habitat é de abandono (...) este cheiro inconfundível, mistura de gordura rançosa e odores corporais (...) pela falta de ventilação (...) não há mudança (...). Fato este que, do ponto de vista da reabilitação, torna-se um grande problema para a readaptação da pessoa ao variado mundo de fora” (MOFFATT, 1991, p. 20) .

Muito embora o HAA seja um hospital escola, abrigando desde 1986 a Residência em Psiquiatria da Universidade Federal do Piauí e constituindo campo de estágio para várias disciplinas, tais como: Enfermagem, Medicina, Serviço Social, dentre outras, observa-se que há pouca integração docente-assistencial.

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	39
Outros	189
PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	0

Quadro 01 – Profissionais do Hospital Areolino de Abreu.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (BRASIL, 2009).

A estrutura interna do HAA aponta que, enquanto estabelecimento hospitalar, possui diversas unidades distintas. Além disso, nestas unidades distribuem-se profissionais com formações e campos epistemológicos de atuação distintos como: assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonaudiólogos, auxiliares, nutricionistas, técnicos de laboratórios, maqueiros, serventes, porteiros, recepcionistas, etc.

Pelo Quadro 02, analisa-se que é pelo Sistema Único de Saúde que o Hospital mantém sua estrutura, pois firma-se convênio com este Sistema e ele passa a ser o mantenedor subsidiário das atividades ali desenvolvidas, já que o Hospital conta com verba pré-estabelecida. Ressalte-se que, embora com representação insignificante (do ponto de vista do montante recebido total), o mesmo recebe parte de seu custeio dos 17 apartamentos que dispõe, no geral oferecido para pessoas com planos privados de saúde, geralmente PLAMTA, BB, dentre outros.

Atendimento Prestado	
Tipo de Atendimento:	Convênio:
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS
Fluxo de Clientela:	
ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA	

Quadro 02 – Tipos de atendimentos prestados no Hospital Areolino de Abreu e respectivo convênio.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (BRASIL, 2009).

Em relação à quantidade de leitos, o Quadro 03 aponta que 160 leitos do Hospital são mantidos pelo SUS, contrastando com 172 leitos do total. A observação empírica permitiu verificar que a comunicação de falta de leitos (falta de vagas) é uma constante. Conforme

estabelece o SUS, o HAA já deveria ter sido municipalizado, haja vista ser o gestor municipal o executor direto dos serviços, enquanto ao gestor estadual caberia apenas a coordenação da política no plano estadual. Apesar disto, a SESAPI, representando o Estado do Piauí é obrigada a manter vários serviços de saúde mental sob sua jurisdição, pois, possivelmente, há uma resistência à municipalização, em função do *peso* que representa o HAA, o Capsi e as residências terapêuticas em termos técnicos, orçamentários e até mesmo políticos.

Leitos		
OUTRAS ESPECIALIDADES		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
PSIQUIATRIA	172	160
HOSPITAL DIA		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
SAUDE MENTAL	30	30

Quadro 03 – Leitos do Hospital Areolino de Abreu.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (BRASIL, 2009).

Conforme FURTADO & SOUZA (2000), a produção de equipamentos médico-hospitalares no Brasil é bastante recente (anos 50). Ao longo dos últimos 30 anos a modernização dos equipamentos médico-hospitalares no Brasil foi realizada de forma caótica, sem um planejamento adequado em critérios técnicos e/ou na real necessidade do setor. A demanda por esses produtos é favorável à sofisticação, já que grande parte dos profissionais da medicina e, principalmente, hospitais particulares e clínicas, buscam como diferencial competitivo oferecer a seus pacientes equipamentos com as melhores e mais modernas tecnologias; e a rápida mudança das tecnologias nesse setor também favorece essas alterações nos produtos (NEPP, 2008).

Em relação aos equipamentos pertencentes ao HAA, verifica-se pelo Quadro 04 que aparentemente o serviço conta com o necessário. Porém, mostra-se interessante uma avaliação da qualidade e atualidade destes equipamentos. Paralelamente, como a principal tecnologia em saúde mental é leve (como informa Merhy, 1992), ou seja, o relacionamento humano, o contato e o vínculo humano constituem a base da atenção, é importante maiores investimentos exatamente na capacitação, no treinamento e na supervisão dos profissionais que gerem o cotidiano assistencial.

A pesquisa de campo apontou que no dia a dia é muito comum se observar um paciente cuidando do outro, ficando em muitas horas do dia o pavilhão sem nenhum

trabalhador do HAA. Ou seja, os próprios paciente acabam sendo cuidadores, num sistema de ajuda mútua, construída e gerida pelos mesmos. Dessa maneira, a função custodial do HAA se sobressai. Parece haver pouca articulação com a rede sócioassistencial extra-hospitalar.

Equipamentos			
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
EQUIPO ODONTOLOGICO	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
MONITOR DE PRESSAO NAO-INVASIVO	12	12	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROENCEFALOGRAFO	1	1	SIM
Resíduos/Rejeitos			
Coleta Seletiva de Rejeito:			
RESIDUOS BIOLOGICOS			
RESIDUOS COMUNS			
NENHUM			

Quadro 04 – Equipamentos pertencentes ao Hospital Areolino de Abreu.
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (BRASIL, 2009).

No que se refere à categoria de gestão de serviços, as questões, em geral, envolvem a preocupação com a eficiência organizacional, mais especificamente com a redução de custos. Ao analisar o Quadro 05, verifica-se que os dados remetem para a gestão com aumento de custos, já que os serviços de apoio são todos próprios, o que significa custos elevados para manter funcionários e serviços que em muitos momentos de lapso temporal podem se mostrar ociosos.

Ainda conforme o Quadro 05, quando se pensa nas instalações de urgência e emergência e nas ambulatoriais em uma quantidade pequena para a quantidade de setores do hospital, imagina-se que não estão descentralizados, e, se centralizados, podem significar uma falta de adequação dos serviços para os usuários. Quando se analisa tal situação, verifica-se que possivelmente há um numero significativo de pessoas com pouca supervisão e treinamento, oferecendo uma assistência cotidiana de qualidade nem sempre assegurada, haja vista que se observa que muitos dos recursos humanos do HAA também sofrem muito com seu objeto de trabalho.

Assim, analisa-se que devem ser citados programas de melhoria na qualidade e redução dos custos, com descentralização; boa relação custo-benefício no processo assistencial; e profissionalização do Hospital Areolino de Abreu e melhor gerenciamento em

geral (principalmente financeiro e de recursos orçamentários) que possibilitem a promoção da assistência interdisciplinar.

Instalações Físicas para Assistência		
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	2	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
AMBULATORIAL		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS ESPECIALIZADAS	7	0
ODONTOLOGIA	2	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	3	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
Serviços de Apoio		
cod.: Serviço:		Característica:
10 AMBULANCIA		PROPRIO
04 CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS		PROPRIO
03 FARMACIA		PROPRIO
08 LAVANDERIA		PROPRIO
11 NECROTERIO		PROPRIO
05 NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)		PROPRIO
01 S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)		PROPRIO
09 SERVIÇO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS		PROPRIO
02 SERVIÇO SOCIAL		PROPRIO

Quadro 05 – Instalações físicas do Hospital Areolino de Abreu para Assistência.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (BRASIL, 2009).

Em relação aos custos de um estabelecimento hospitalar, sabe-se que as principais saídas de recursos são para a remuneração dos seus profissionais e ao pagamento de fornecedores de produtos médico-hospitalares. Esses últimos, dependendo da especialidade, podem ser muito caros devido ao grau de especialização e tecnologia empregados. Tal fato tem influência direta com relação aos serviços especializados do HAA para Assistência, pela análise dos dados do Quadro 06, verifica-se que os dados sobre o gasto em produtos médicos hospitalares não é precisamente definido. Analisa-se que provavelmente a maior parte dos recursos é para a remuneração dos seus profissionais, mas os dados não são precisos.

Serviços Especializados						
Cod.: Serviço:	Característica:	Ambulatorial:		Hospitalar:		
		SUS:	não SUS:	SUS:	não SUS:	
148 HOSPITAL DIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
115 SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	
145 SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	
145 SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
122 SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
140 SERVIÇO DE URGENCIAS	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	

Quadro 06 – Serviços Especializados do Hospital Areolino de Abreu para Assistência.
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (BRASIL, 2009).

Segundo Malik e Pena (2003), os principais desafios mencionados por administradores de hospitais públicos e particulares no Brasil foram categorizados segundo sua relação com a competitividade do mercado, a gestão dos serviços, as políticas de saúde e a gestão dos recursos humanos. Como se verifica no Quadro 07, o HAA mostra-se como de baixa competitividade, sendo que o Ministério da Saúde, desde a década de 90, em efeito aos dispositivos da Constituição da República de 1988, tem implementado uma política de desestímulo à construção de Hospitais Psiquiátricos, que até a década de 1980 configurou-se de recursos especiais do Governo Militar que estimulava a construção destes serviços, constituindo uma verdadeira psiquiatrização de muitos problemas sociais, violando assim os Direitos Humanos, por criar verdadeiras *indústrias de loucos*.

A política do Ministério da Saúde é voltada para a criação de leitos ou unidades psiquiátricas nos Hospitais Gerais, para que a pessoa com transtorno mental seja cuidada em espaços onde as demais pessoas também são, para que não haja sua segregação. Ainda prevê a criação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPs III), serviços, que funcionam 24 horas e os 7 dias na semana, para casos de emergência/urgência psiquiátrica, para atuar nas crises.

Sabe-se que atualmente a maioria das clínicas e hospitais privados ou têm convênio com o SUS ou atendem prioritariamente aos planos de saúde, que impõem um número de dias para internações. A pesquisa de campo através dos relatos de profissionais de saúde que trabalham no HAA apontou que um serviço criado em Teresina há 10 anos, a denominada Clínica Gesta, foi fechado em 2008, exatamente pelos atrasos nos planos de saúde, ficando insustentável sua manutenção.

Assim, o HAA, pelo seu objeto de ação e pela própria política do Ministério da Saúde, não tem por que ser competitivo, até porque o objeto de sua ação deve ser a cidadania, uma atenção de qualidade que realmente promova a vida digna e a saúde mental. Porém, quando se imagina a situação local, devido a questões políticas, o Hospital acaba por se fixar como única opção em cuidados de situações de crise psiquiátrica. Conforme os dados da tabela 07, analisa-se que a não-competitividade por parte do HAA em relação aos outros hospitais só faz aumentar a necessidade de outros serviços dos pacientes que se socorrem neste Hospital.

Serviços e Classificação				
Código:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNES:
148 - 001	HOSPITAL DIA	SAUDE MENTAL	NÃO	NAO INFORMADO
115 - 002	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	8003645
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	8003645
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	8003645
122 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 000	SERVICO DE URGENCIAS	SEM CLASSIFICACAO	NÃO	NAO INFORMADO

Quadro 07 – Serviços e Classificações do Hospital Areolino de Abreu para Assistência.
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (BRASIL, 2009).

Os dados obtidos relativos ao HAA apontam para a grande estrutura física deste hospital. Neste caso, em particular, ressalte-se que a pesquisa de campo apontou que a grande estrutura não corresponde necessariamente à excelência nos serviços prestados. Marcado por um modelo ainda baseado no *hospitalocentrismo*, o Hospital mostra-se como um grande ambiente de descaso público. Mostra-se como um grande arrecadador de dinheiro público, recebendo verbas federais, estaduais e municipais.

Conforme a Associação Brasileira de Psiquiatria (2006), o Hospital Psiquiátrico, num sistema descentralizado e hierarquizado de Saúde Geral e Mental, deve ser local de atendimento, ensino e pesquisa. É um local necessário para o investigar e fazer progredir o conhecimento sobre as doenças psiquiátricas. Deve estar articulado com Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Médica e Psicossocial, Ambulatórios, Unidades de Emergência, Residências Terapêuticas e outros recursos necessários para assegurar o cuidado mais adequado para a necessidade de cada paciente.

É neste sentido que se pede vênua acadêmica para mapear algumas sugestões. Sugere-se que a gestão do HAA seja abordada em futuras pesquisas, a fim de se verificar até que ponto pode se pensar em Políticas Públicas que realmente contemplem a pessoa que está ali internada. Seria interessante, também, que futuros trabalhos se preocupassem em acessar outras fontes de dados tais como: outras identidades, como as dos funcionários, parentes dos internos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, administradores.

Uma sugestão para futuros trabalhos seria também buscar fatores críticos em temas tais como: gestão de pessoas, clima organizacional, motivação, utilização de verbas públicas, humanização da assistência, avaliação do orçamento empregado comparado com os resultados consignados. Ademais, sendo um hospital-escola, era de se esperar que tal serviço fosse uma excelência na atenção em saúde mental no Estado. Apesar de todas as mazelas, como afirmam alguns familiares que foram escutados na pesquisa de campo, “ruim com ele, pior sem ele”.

3 METODOLOGIA CIENTÍFICA

Tendo-se como referência as peculiaridades do objeto de estudo, a presente pesquisa teve a preocupação de detalhar a sua metodologia de modo profundo. Tal situação, aliada as sugestões do Dr. Alexandre Parente nos Exames de Qualificação, resultaram na Tabela 01 que faz a estruturação metodológica da pesquisa.

ESTRUTURAÇÃO METODOLÓGICA	
Desenho do Estudo	Desenvolveu-se um modelo de estudo de delineamento exploratório. Constituiu-se por um momento de corte transversal, utilizando de uma entrevista para obtenção das informações relativas a história de vida e de um momento retrospectivo, com análise dos documentos (prontuários médicos, processos criminais e laudos psiquiátricos).
Local de estudo	A pesquisa de campo foi realizada no Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, localizado na cidade de Teresina, situado na Rua Joe Soares Ferry, 2420, Bairro Primavera. Sendo tipo de unidade hospital especializado, esfera administrativa estadual, gestão orçamentária municipal, natureza da organização Administração Direta da Saúde (MS,SES e SMS), com dependência mantida.
Temporalidade	A pesquisa iniciou-se oficialmente no Hospital em 07/07/2008 com a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da UFPI, perdurando de agosto de 2008 a março de 2009.
Critérios de obtenção dos sujeitos da pesquisa	No universo do Hospital analisado, escolheram-se primeiramente as pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal e estavam sob o manto da aplicação da Medida de Segurança (sob custódia do Estado). Em seguida, dentre estas, escolheram-se aquelas que estavam a um tempo superior a um ano no Hospital. Por fim, fizeram-se as entrevistas e foram utilizadas àquelas em que se chegou ao “ponto de saturação” (LAPERRIÈRE, 2008), destas se obteve o número de

	quatro sujeitos.
Crítérios de inclusão	Indivíduos condenados pela Justiça Penal a cumprirem a Medida de Segurança. Indivíduos cujos processos possuam a noção jurídica de periculosidade já formada. Histórico do uso de violência ou agressividade no crime cometido.
Crítérios de exclusão	Recusa do paciente ou de seu responsável legal em participar da pesquisa. Processo <i>em andamento</i> ou em fase recursal.
Caracterização dos sujeitos	Quando do cruzamento dos dados das entrevistas e da escolha daquelas que seriam utilizadas na pesquisa, foram utilizados quatro sujeitos que possuem as seguintes características em comum: são pessoas com transtorno mental (três prontuários enquadram em <i>esquizofrenia paranóide</i> , no outro não há informação); estão compulsoriamente em cumprimento de Medida de Segurança; três são do sexo masculino e uma do sexo feminino; cometeram crime de atentado contra a vida, sendo que referidos crimes se deram no ambiente familiar; há histórico do uso de violência e agressividade no crime cometido. Atenção: devido às prescrições éticas nas quais a presente pesquisa se comprometeu, não poderão ser fornecidas outras informações.
Abordagem metodológica	Coerente com o problema e os objetivos dessa pesquisa, optou-se pela abordagem qualitativa (GOLDENBERG, 2001).
Métodos e procedimentos utilizados	Adotou-se a Teoria Enraizada (LAPERRIÈRE, 2008), combinada com a História de Vida (MEIHY, 2005), utilizando-se entrevistas que não tinham questões pré-formuladas, mas que sempre partiam do seguinte questionamento: “Fale-me sobre você, quem é você aqui neste Hospital?”.
Instrumentos	Entrevista para obtenção da História de Vida. Prontuários dos sujeitos da pesquisa. Os processos criminais correspondentes. A avaliação clínico-psiquiátrica, através de laudo emitido pela junta pericial.

<p>Considerações éticas</p>	<p>A pesquisa está de acordo com o conteúdo da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e das resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000 e 340/2004). Foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob número 0091.0.045.000-08. Teve como pesquisador responsável a professora Dr^a. Lúcia Cristina dos Santos Rosa. Foi aprovado em sete de julho de 2008. O relatório final foi entregue ao CEP em novembro de 2009.</p>
------------------------------------	--

Tabela 01 – Estruturação Metodológica da Pesquisa.

Fonte: GOLDENBERG, 2001; LAPERRIÈRE, 2008; MEIHY, 2005.

3.1 Percurso metodológico: estratégias na abordagem

Após a aprovação na seleção do Mestrado Acadêmico de Políticas Públicas da UFPI, houve o primeiro contato entre orientando (Manoel Valente Figueiredo Neto) e orientadora (Dr^a. Lúcia Cristina dos Santos Rosa). Nesta ocasião, em janeiro de 2008, os anseios e inquietudes sociais e acadêmicas em comum brotaram a idéia de formular um projeto de pesquisa que contemplasse as pessoas com transtorno mental e sua inserção frente ao Poder Judiciário quando do cometimento de ilícito penal. A grande inovação era pensar as Políticas Públicas não pela situação do Estado, mas pela situação destas pessoas. Foi quando surgiu a necessidade do estudo das identidades.

Daí nasceu o projeto de pesquisa titulado “Identidade(s) e direitos da pessoa com transtorno mental à disposição da Justiça: entre as insígnias de criminoso e louco”. O mesmo sofreu reformulações acadêmicas profundas até a data de abril de 2008, por um contato sistemático e periódico entre orientando e orientadora. No final de abril, o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob número 0091.0.045.000-08. Teve como pesquisador responsável a professora Dr^a. Lúcia Cristina dos Santos Rosa.

O projeto de pesquisa foi aprovado em sete de julho de 2008. Depois da obtenção desta aprovação começou-se a pesquisa de campo propriamente dita. Nos meses de agosto, setembro e outubro de 2008 houve, na verdade, uma aproximação do pesquisador com o local de estudo. O contato propriamente com os sujeitos da pesquisa e a realização das entrevistas ocorreu em novembro, dezembro de 2008 e janeiro de 2009. Em fevereiro e março de 2009 houve mais visitas ao Hospital, para esclarecimento de pontos que se mostraram necessários.

O objeto de estudo da pesquisa são as identidades das pessoas com transtorno mental na cidade de Teresina, capital do Piauí, que cometeram ilícito penal e, por serem consideradas inimputáveis, estão à disposição da Justiça. Assim, em estreita relação com as suas identidades se encontram os seus direitos, que se inserem dentro do arcabouço dos Direitos Fundamentais e norteiam as Políticas Públicas relacionadas à Saúde Mental.

Como a identidade de tal segmento (louco infrator) tende a ser limitada pelos dois campos discursivos (médico e jurídico), havendo a correlação de forças entre as duas instituições é que se observou a possível riqueza em se discutir a reconstrução da identidade do “louco infrator” a partir dos próprios sujeitos que vivenciam tal situação. Desse modo problematizou-se: Que significados as pessoas que têm transtorno mental e cometeram ilícito penal atribuem as suas identidades na transinstitucionalização entre o Hospital Areolino de

Abreu/Sistema Judicial Penal? Como se compreendem e como o discurso médico e jurídico afetam as significações feitas as suas identidades? Quais identidades as pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal constroem neste espaço delimitado? Quais rituais da vida cotidiana tais pessoas utilizam para suas construções identitárias? Como este espaço de internação interfere na construção das pessoas como sujeitos sociais? Quais os elementos recorrentes dos Direitos Fundamentais que influenciam na inserção do portador de transtorno mental como um cidadão pleno?

O objetivo geral da pesquisa é compreender os significados identitários construídos pela pessoa com transtorno mental que está em cumprimento de ordem judicial penal (internação compulsória) no Hospital Areolino de Abreu e os reflexos para os seus direitos e para as Políticas Públicas. São objetivos específicos: analisar as práticas, que mobilizam signos, sentidos e estratégias, das pessoas com transtorno mental internas no Hospital Areolino de Abreu por terem cometido ilícito penal; identificar e criticar as informações contidas nos *documentos* do Hospital Areolino de Abreu sobre as pessoas com transtorno mental que estão sob a custódia do Estado, refletindo para os seus direitos; verificar a situação da pessoa com transtorno mental no contexto da realidade das Políticas Públicas brasileiras, tendo-se como referência um possível paralelo entre os Manicômios Judiciários e o Hospital Areolino de Abreu.

Considerando as peculiaridades do objeto de estudo, o problema e os objetivos da presente pesquisa, a mesma se encontra inserida na abordagem qualitativa de investigação. Ela “corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2005, p.22), que não visa à formulação de leis gerais, mas à compreensão singular e profunda do sentido da ação social dos sujeitos abordados pela pesquisa, nos processos sociais investigados (GOLDENBERG, 2001).

Como método adota-se a Teoria Enraizada (*Grounded Theory*) que “visa, em primeiro lugar, à elaboração de uma teoria, decerto enraizada na realidade empírica, porém não constituindo dela uma descrição; os casos empiricamente observados não foram aí considerados em si mesmos, mas sim, como instâncias do fenômeno social observado” (LAPERRIÈRE, 2008, p. 353). Ressalte-se que a utilização desta Teoria não exclui outros métodos, aliás, “dada sua influência, a teorização enraizada se encontra frequentemente utilizada em combinação com outros métodos, sendo os mais recorrentes a etnografia, a história de vida e a etnometodologia” (LAPERRIÈRE, 2008, p. 354).

Foi assim que se utilizou a Teoria Enraizada combinada com a História de Vida. Num primeiro momento utilizou-se da História de Vida e num segundo momento, devido à densidade (estrutura profunda) que a pesquisa tinha atingido recorreu-se a Teoria Enraizada. Estas escolhas metodológicas se deram pela contínua reflexão sobre o problema escolhido.

Tratando-se de uma pesquisa tipicamente com abordagem qualitativa, com o instrumento de coleta de dados utilizado sendo a História de Vida, a entrevista realizada não possuiu um roteiro pré-fixado, nem uma sequência lógica. Mas partia-se sempre da seguinte frase: *Fale-me sobre você, quem é você aqui neste Hospital?* Este foi o ponto central do resultado dos estudos sobre as identidades das pessoas com transtorno mental que ora se apresentam nesta pesquisa.

Por se tratar de História de Vida teve-se a preocupação de o entrevistado falar espontaneamente, evitando-se as manifestações esperadas aprioristicamente. A dificuldade dos sujeitos, apresentada geralmente devido sua situação de transtorno mental e o uso dos medicamentos fornecidos pelo Hospital Psiquiátrico em que se fez a pesquisa deu lugar à necessidade de aceitar os fatos que eram relatados, muitas vezes apresentados como autorreflexão sobre os acontecimentos, atitudes tomadas e seu significado. Este procedimento permitiu a apreensão do processo de construção da identidade – a realidade em movimento, de questões e seus significados e sentidos, assim como também as expectativas e projetos de vida.

A propósito, de acordo com Meihy (2005), a História de Vida sempre reflete uma situação social. Trata-se, portanto, de um retrato autorizado do depoente, em que “a verdade está na versão oferecida pelo narrador, que é soberano para revelar ou ocultar casos, situações e pessoas” (MEIHY, 2005, p. 149).

A riqueza do instrumento se deu mediante a livre associação das idéias, que se esclareceu ao pesquisador em suas idas e vindas durante a análise das informações colhidas. As questões apresentadas levaram a entrevista por rumos inesperados, algumas vezes distantes do foco almejado. Em leituras e análises atentas, surgiram os motivos para as compreensões das posturas assumidas pelas pessoas com transtorno mental diante das condições vivenciadas. Assim, permitiu-se a constatação das identidades e a elaboração de categorias em torno delas.

Solicitar esclarecimentos sobre os fatos narrados, algumas vezes, tornou-se necessário. Mas isso ocorreu numa relação dialógica do pesquisador com as pessoas com transtorno mental como forma de evitar dirigir a sequência dos fatos na memória dos

informantes, fazendo-os voltar-se para direções que eles não julgam importantes e sem significado.

Tendo-se como referência as características de pesquisa qualitativa, a presente pesquisa considerou quatro pessoas com transtorno mental que estavam sujeitas a medida de segurança por terem cometido ilícito penal. A escolha desses sujeitos que cometeram ilícito penal se baseou na condição de estabelecer diálogo e na disponibilidade oferecida pelo Hospital Areolino de Abreu. E também foram escolhidos, principalmente, devido às possibilidades verificadas pelo pesquisador de utilização dos dados obtidos no sentido de saturar as informações para se atingir categorias conceituais (elaborar uma teoria) e alcançar os objetivos propostos. Ademais, os sujeitos são tratados como informantes e os nomes utilizados são fictícios.

Neste contexto, a pesquisa foi realizada conforme os seguintes procedimentos:

a) Estudo bibliográfico com proposta de escolha crítica e reflexiva

A pesquisa bibliográfica buscou atualização para dar suporte aos objetivos. Procurou instrumentalizar a pesquisa, bem como, fundamentar teoricamente a análise das informações e construção das informações. Para tal utilizou-se em um primeiro momento a revisão de literatura, que é realizada com o objetivo de servir como uma reordenação teórica. Assim, a revisão da literatura pôde ser vista como o momento em que se situou o objeto de estudo no contexto, pois ao se encontrar uma série de estudos prévios que serviram como ponto de partida para a pesquisa, foi-se afunilando a discussão.

Ademais, tal escolha aconteceu devido o problema em estudo ser gerado por teorias, não sendo gerado ou explicado por uma teoria particular, mas por várias. Assim, insere-se o problema de pesquisa dentro de um quadro de referência teórica para explicá-lo. A propósito, publicações existentes sobre o tema e os aspectos que já foram abordados serviram como uma ótima forma de se atingir os fins almejados (CRUZ; RIBEIRO, 2009).

b) Estudo jurídico-institucional do local a ser realizada a pesquisa de campo

Além da necessidade de uma pesquisa bibliográfica, houve a necessidade de um estudo sobre o Hospital Areolino de Abreu. Ressalte-se que a presente pesquisa não teve pretensões de realizar uma análise institucional e jurídica no Hospital Areolino de Abreu, entretanto não teve como não salientá-las na pesquisa, já que seus procedimentos fundamentam algumas ações das pessoas com transtorno mental que estão à disposição da Justiça.

c) Pesquisa de campo

Baseou-se nos documentos institucionais do Hospital Areolino de Abreu (sobretudo prontuários) e com o contato direto com as pessoas com transtorno mental que estavam no espaço delimitado do Hospital Areolino de Abreu sob a égide do Poder Judiciário por haverem cometido ilícito penal.

Para os documentos institucionais do Hospital, utilizou-se uma metodologia bem simples. Em relação aos dados da Administração Hospitalar, observava-se o que se tinha, e tomavam-se notas, em seguida, confrontava-se com os dados acessados através da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde. Em relação aos prontuários que eram observados, também analisava-os fisicamente, os ofícios que o Poder Judiciário emitia obrigando a internação e tomavam-se notas tanto destes documentos como dos oficiais, sempre procurando-se respeitar a relação médico paciente e os preceitos éticos que nortearam a pesquisa.

Apoiou-se no método da História de Vida, com entrevista livre (sem roteiro), mas partindo-se sempre da seguinte indagação: *Fale-me sobre você, quem é você?* Este método serviu para se atingir as categorias conceituais sobre as identidades destas pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal. Atente-se que os avanços e recuos da cronologia da pessoa com transtorno mental, da fantasia e da idealização que costumam permear narrativas quando elas envolvem lembranças, memórias e recordações não representam obstáculos para a pesquisa e, pelo contrário, serviram como um incentivo para se procurar cada vez mais a saturação das informações, ou seja, os pontos em que eles se inter cruzavam e se dialogavam.

Neste sentido, Farias (1994) adverte que as entrevistas de história de vida trabalham com memória e, portanto, com seletividade, o que faz com que o entrevistado aprofunde determinados assuntos e afaste outros da discussão. Mas, como ensina Bosi (2000), o que interessa quando se pesquisa com história de vida é a narrativa da vida de cada um, da maneira como ele a reconstrói e do modo como ele pretende seja sua, a vida assim narrada.

Becker (1998) acrescenta que a história de vida aproxima-se mais da realidade empírica, a história valorizada é a história própria da pessoa, nela são os narradores que dão forma e conteúdo às narrativas à medida que interpretam suas próprias experiências e o mundo no qual são elas vividas. E a definição de história de vida dada por Goy (1987) arremata o tema ao acrescentar ser a história de vida “um arquivo entrelaçando o verdadeiro, o vivido, o adquirido e o imaginado” (1987, p. 743).

A História de Vida mostrou-se, desta forma, um instrumento privilegiado para análise e interpretação, na medida em que incorpora experiências subjetivas mescladas a contextos sociais. Ela forneceu, portanto, a base consistente para a compreensão das identidades da pessoa com transtorno mental que cometeram ilícito penal e estavam sob a custódia do Estado no Hospital Areolino de Abreu. A propósito, a história de vida foi extraída de entrevistas prolongadas, nas quais a interação entre pesquisador e pesquisado se deu de forma contínua, “o entrevistador se mantém em uma ‘situação flutuante’ que permite estimular o entrevistado a explorar o seu universo cultural, sem questionamento forçado” (THIOLLENT, 1982, p. 86).

A partir desta situação de categorias conceituais obtidas pelo método da História de Vida, tendo em vista os interesses acadêmicos do pesquisador, utilizou-se da Teoria Enraizada para poder se formular uma(s) teoria(s) sobre estas categorias e se desenvolver o trabalho para outros eixos temáticos (o que se chama aqui de tomo II e tomo III), tomando-se sempre as perspectivas sobre identidades como diretrizes.

d) Da compreensão das informações obtidas

Das narrativas obtidas pelo método da História de Vida tomou-se notas escritas em um caderno denominado pelo pesquisador como Diário de Campo, mantendo-se os dados inicialmente na forma bruta. Num segundo momento, textualizou-se como resultado de um produto trabalhado, com a preocupação de manter o sentido da fala, apenas eliminando-se as perguntas, removendo-se inadequações gramaticais e reparando-se as palavras sem peso semântico.

As leituras e releituras permitiram estabelecer dois níveis de análise: 1) todas as falas das narrativas que estabeleciam identidades; 2) momentos das falas de um entrevistado que dialogavam com a fala dos outros, pontos de confluência, o que possibilitava a saturação das informações obtidas.

O primeiro nível constitui-se da categorização das falas apresentadas em quatro categorias conceituais, de acordo com os temas recorrentes, obtidos pela pesquisa bibliográfica. Nessa etapa de análise procurou-se privilegiar os sujeitos, levando-se em consideração os temas que apareceram, considerando-a como uma categoria específica da identidade e articulada com os temas evidenciados.

O segundo nível de análise se pautou na saturação das informações obtidas pela história de vida, que revelou um dado momento *típico*, *emblemático* ou também denominado *de vanguarda*, segundo Kolyniak e Ciampa (1997). Trata-se daquele que, individualmente,

sob as condições materiais e históricas existente, encarna uma tendência de movimento social e histórico, tornando concretas de algum modo essas tendências sociais que vêm se delineando no grupo estudado, como parte de um movimento mais amplo na sociedade.

Assim, obtiveram-se as categorias conceituais sobre as identidades das pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal e estavam no Hospital Areolino de Abreu sob a compulsoriedade da Medida de Segurança. Em seguida, fez-se a análise e interpretação destas categorias conceituais pelo método da teoria enraizada, sendo que “a teorização enraizada insistirá na importância das perspectivas dos atores sociais na definição de seu universo social, sem, contudo, ignorar o contexto, micro e macrosocial, no qual se inscrevem suas ações” (LAPERRIÈRE, 2008, p. 355-356). Para tal, baseando-se em Laperrière (2008), utilizou-se as seguintes regras analíticas para tratamento das informações:

1. Definição do objeto de pesquisa como um fenômeno social. assim, logo no início, o objeto de pesquisa foi examinado em uma situação delimitada, mas não será aí encerrado, sendo que uma das bases do método consiste na comparação de situações internas contrastantes.
2. Seleção e descrição do local e do grupo pesquisado, analisando-se o Hospital Areolino de Abreu em função da pertinência teórica em relação ao problema de pesquisa. Baseia-se principalmente nos dados de campos – observações e entrevistas – porém recorre-se a outras fontes como documentos institucionais, prontuários, para poder permitir ao pesquisador melhor compreender e delimitar o fenômeno pesquisado.
3. Construção e aprofundamento das categorias conceituais a partir da História de Vida conforme as observações obtidas no Hospital Areolino de Abreu. A questão não reside apenas em caracterizar precisamente estas categorias, mas sim em estabelecer seus limites estruturais e descobrir como ele constitui uma instância adequada para ser comparada a outros fatos. As caracterizações pertencentes a um mesmo universo foram reunidas em uma categoria conceitual. Em seguida, o pesquisador delimitou os atributos que detalharam os conteúdos destas categorias.
4. Processo de codificação (análise comparativa contínua). O método comparativo está no centro da análise na teorização enraizada e visa fazer emergir, sucessivamente, as similitudes e os contrastes entre as informações, com o objetivo de delimitar suas características e suas relações, bem como os determinantes de suas variações. Cada novo incidente observado é comparado ao conteúdo das categorias já formadas, o que leva ao aprimoramento de suas propriedades ou à criação de outras categorias, se

necessário. No final, quando qualquer novo incidente não mais acarretar a reformulação dos conceitos e das categorias, a saturação será atingida, e os limites da aplicação e da generalização possível dos conceitos se encontrarão, então, demarcados.

5. Amostragem teórica das informações. Procede-se a amostragem quando a saturação é atingida. Isto ocorre quando qualquer novo incidente não mais acarretar a reformulação dos conceitos e das categorias e os limites da aplicação e da generalização possível dos conceitos se encontrarão, então, demarcados. Minimiza-se e maximiza-se, sucessivamente, as diferenças entre as diversas situações pesquisadas, a fim de assegurar a maior precisão e densidade possível às categorias conceituais. A amostragem teórica das informações é um cruzamento que se faz entre eles e é um momento crucial, elas servem para fazer progredir o desenvolvimento das categorias conceituais e a verificação das hipóteses. Assim, contribui para a própria saturação, em que nenhuma informação nova venha a modificar a teoria construída.
6. Obtenção de precisões teóricas. Elaboram-se teorias que respondam aos objetivos da pesquisa, sendo que

O produto de uma teorização enraizada pode constituir uma descrição válida de uma situação, não em termos da exaustividade empírica –não sendo abrangidos todas as figuras e todos os detalhes dos casos –, mas teórica, no sentido de que os processos que ela permitiu delinear como estando no centro do fenômeno observado foram verificados empiricamente até a saturação. Em resumo, o que descreve uma teoria enraizada é uma dinâmica, verificada por uma série de incidentes empíricos que a confirmam plenamente, mas que não representam necessariamente a totalidade dos incidentes existentes em relação ao fenômeno pesquisado (LAPERRIÈRE, 2008, p. 374).

e) Da redação sistemática da dissertação.

Conforme as análises obtidas, tendo como principal objetivo compreender as (re)significações identitárias da pessoa com transtorno mental que está em cumprimento de ordem judicial penal no Hospital Areolino de Abreu e os reflexos para sua condição cidadã, os seus direitos e para as Políticas Públicas fez-se a dissertação. No tomo I, para se alcançar o seu capítulo 01, utilizou precisamente da História de Vida, chegando-se a certas categorias conceituais sobre identidades da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal e estava à disposição da Justiça. Os demais capítulos do tomo I, assim como os demais capítulos dos outros tomos da dissertação, já trazem análises que se fazem frutos da aplicação

da Teoria Enraizada, assim, a todo momento vai se construindo teorias, conforme a saturação das informações obtidas pelas categorizações das identidades das pessoas com transtorno mental em análise.

Não obstante, cabem algumas considerações sobre a ética na pesquisa. A pesquisa está de acordo com o conteúdo da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e das resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000 e 340/2004).

O relatório final foi entregue ao CEP em novembro de 2009. No que pese aos fatos, faz-se valer as seguintes considerações: não se manteve contato com os sujeitos que estavam isolados ou considerados pelo corpo administrativos como incapazes de estabelecer diálogos; buscava-se sempre que o sujeito da pesquisa não fosse incomodado em seus hábitos/rotinas cotidianos realizados neste Hospital; quando o pesquisador analisou que estava incomodando ou que sua presença estava ocasionando mudanças de hábitos/rotina, retirava-se do recinto, procurando chamar o mínimo de atenção possível dos internos; não foi feito nenhum tipo de registro sistemático que exigisse esforço intelectual ou físico por parte pessoa com transtorno mental, como poses para fotos, pedir para que escrevessem, desenhassem ou métodos análogos. Os objetivos e os procedimentos adotados pela pesquisa foram explicitados no momento da entrevista.

Ademais, as informações que se tomaram notas e as entrevistas utilizadas na pesquisa foram todas armazenadas pelo pesquisador após a entrega do relatório final perante o Comitê de Ética e a apresentação pública da Dissertação perante a banca examinadora.

3.2 A sistematização da Dissertação em Tomos

A dissertação, para uma melhor didática e facilidade de manuseio tanto para o leitor quanto para o próprio pesquisador, foi dividida em tomos, que são como eixos temáticos. A idéia de tomo segue a tradição jurídica romana que entende tomo como a divisão das matérias de uma obra científico-literária. Assim, a pesquisa segue uma linha crítico-dialética e divide-se em três momentos, compondo três tomos independentes, mas harmônicos e interligados, a saber:

Tomo I – Apresenta uma perspectiva antropológica sobre identidades, abordando categorias conceituais das identidades das pessoas que cometeram ilícito penal e estão a disposição do Poder Judiciário. Utiliza, em especial, os conhecimentos da Sociologia, Antropologia e Psicologia Social.

Tomo II – Utiliza uma perspectiva jurídica para interdisciplinar o que se chama de Justiça Penal com a Psiquiatria Forense, verificando a situação das Medidas de Segurança no contexto das penas e da inconstitucionalidade e analisando aspectos relativos a dita periculosidade e seu uso. Utiliza, em especial, conhecimentos da Ciência Jurídica e da Psiquiatria Forense.

Tomo III – Aborda a perspectiva da política para se chegar a noções inteligíveis de políticas públicas e de como se pensar políticas públicas para as pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal tendo em vista as suas identidades em espaços típicos de aplicação de Medida de Segurança e da realidade brasileira. Utiliza, em especial, conhecimentos da Ciência Jurídica, do Serviço Social e da Sociologia.

IDENTIDADES DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL QUE COMETEU ILÍCITO PENAL



Quadro 08 – Sinestésias no louco infrator (imagens retiradas do documentário “A Casa dos Mortos”, com efeitos gráficos).

Fonte: DINIZ, 2009.

Logo no início deste Tomo I traz-se o Quadro 08, que possui imagens retiradas do documentário “A Casa dos Mortos” (DINIZ, 2009). Estas imagens, até mesmo para contribuirmos com o anonimato dos sujeitos que estão expostos, encontram-se com modificações gráficas no efeito negativo (*photoed*). Elas levam em consideração tanto o impacto que referido documentário teve sobre os amadurecimentos do presente estudo, bem como a multiplicidade de expressões que se podem extrair delas. Tais fatos refletem para o grande diferencial da pesquisa: as identidades.

O documentário “A Casa dos Mortos” aborda o cotidiano de um manicômio judicial em Salvador (BA), com foco narrativo na história de *Bubu*, um poeta com doze internações em manicômios judiciários. Ele desafia o sentido dos hospitais-presídios, consideradas neste documentário como instituições híbridas que acabam por sentenciar a loucura à prisão perpétua. E se mostra como autor de sua própria vida, mas também de seu destino de morte.

O poema “A casa dos mortos”, escrito durante as filmagens do documentário e desenvolvido durante as cenas, desvela as mortes esquecidas dos manicômios judiciários. É assim que o documentário traz três histórias, e aproveita para em cada uma tratar de um ato de morte. Jaime, Antônio e Almerindo são homens anônimos, considerados perigosos para a vida social, cujo castigo será a tragédia do suicídio, o ciclo interminável de internações, ou a sobrevivência em prisão perpétua nas casas dos mortos (DINIZ, 2009).

O grande impacto que este documentário teve sobre o presente estudo é justamente o modo que o mesmo aborda as identidades das pessoas acometidas com transtorno mental que cometeram ilícito penal e encontram-se sobre a égide do Estado. Trata-as como mutantes, plurais e, principalmente, necessárias a vida e fundamentais para a condição de ser e de se situar num dado contexto.

Neste contexto, sabe-se que os últimos anos foram marcados pela grande intensidade discursiva em torno do conceito de identidades. Não se trata apenas de estudos de identidade estarem ganhando cada vez mais autonomia, “mais do que isto, podemos dizer que a *identidade* agora se tornou um prisma, através do qual outros tópicos da vida contemporânea são localizados, agarrados e examinados” (BAUMAN, 2008a, p.178).

Como tema central do presente trabalho, apresenta-se uma compreensão de identidade como múltipla, diversificada e socialmente construída. Assim, esta noção de identidade é articulada pelas diversas experiências pessoais vivenciadas pela pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal, permitindo salientar uma possível artificialidade

eficaz de todo o processo de (re) significações identitárias que ocorre em relação a esta no Hospital Areolino de Abreu, local escolhido como campo observacional desta pesquisa.

O debate sobre as identidades perpassa o campo das ciências sociais e humanas. Stuart Hall (1996), por exemplo, se interroga sobre quem necessitaria da identidade. Aponta a identidade como um conceito crucial, porque funciona como articuladora entre os discursos e as práticas que procuram interpretar-nos, falar-nos ou colocar-nos no nosso lugar enquanto sujeitos sociais de discursos particulares, por um lado, e, por outro, os processos que produzem a subjetividade, que nos constroem como sujeitos que podem falar e ser falados.

Os estudiosos da problemática da identidade consideram que, embora a linguagem da identidade atravesse inúmeras disciplinas, o uso do termo apresenta uma grande variabilidade em seu significado conceitual e em seu papel teórico. Conforme os ensinamentos de Almeida (1999), a noção usual de identidade, tal como é utilizada por muitos estudiosos deste assunto, diz respeito a algo que permite localizar e definir o indivíduo, “seja em termos de sua personalidade, seja em termos de sua posição e de seus papéis sociais, seja ainda em termos dos grupos a que pertence ou aos quais se filia” (ALMEIDA, 1999, p. 18).

A identidade é bem mais que uma realidade biológica ou psicossocial. Ela está intrínseca à elaboração contextual que cada sociedade, ao longo de seu percurso histórico, elabora como normas sociais, como formas de controle social e com forma de relações de poder.

A noção de identidade nasce das relações e intercâmbios sociais que permitem ao mesmo tempo uma identificação e uma diferenciação em torno do que nos rodeia. Esta identificação e diferenciação é que garante a singularidade de saber quem somos nós e evita nos confundirmos com os outros. Assim, a construção da identidade é ao tempo inteiro um processo de separação entre eu singular e eu coletivo (INIGUEZ, 2001).

Consoante os ensinamentos de Ciampa (1999, p. 58) ao perguntarmos *quem é você?*, *quem é ele?*, *quem sou eu?* estamos pesquisando a identidade, ou seja, aquilo que apresentamos aos outros ou o que os outros reconhecem em nós. Ciampa (1986) entende a identidade como uma metamorfose porque estamos inexoravelmente sujeitos a mudanças intrapessoais, paradoxalmente somos os “mesmos” e somos “diversos” e as interações sociais permitem esta estranha dinamicidade. Provém daí sua crítica à cristalização da identidade em papéis fixos. A identidade é, então, algo que se atribui ao sujeito, uma construção relativa ao ser.

As respostas às questões sobre *quem somos?* estão geralmente embasadas em habilidades, atividades sociais e em traços de possíveis defeitos e qualidades. “Tais respostas

individualizam o sujeito, diferenciando-o dos demais, mas ao mesmo tempo englobam-no em determinados grupos como: familiar, religioso, profissional, político, econômico, étnico etc” (ALMEIDA, 2006, p. 47).

No entendimento de Cuche (2001), a identidade se refere, ao mesmo tempo, à inclusão e exclusão. É constantemente construída e também reconstruída no interior das trocas sociais e se caracteriza pelo conjunto de suas vinculações em um sistema social. Assim, “a identidade permite que o indivíduo se localize em um sistema social e seja localizado socialmente” (CUCHE, 2001, p. 177).

Ao defender a manifestação dinâmica da identidade, Cuche (2001) afirma que esta possui um caráter de alteridade: “Não há identidade em si, nem mesmo unicamente para si. A identidade existe sempre em relação a uma outra. Ou seja, identidade e alteridade são ligadas e estão em relação dialética. A identificação acompanha a diferenciação” (p. 183). Pode-se relacionar esta análise à compreensão de Pierre Bourdieu (2005) de identidade como luta de poder.

Os ensinamentos de Bourdieu (2004) apontam que a identidade social é aquela que se percebe através do que cada grupo mostra de si mesmo e que se remete à incorporação mental coletiva de esquemas de percepção, desembocando através daquilo que representa este grupo de uma maneira individual ou coletiva. Neste sentido, a definição do ser social, enquanto detentor da identidade social, é dada não unicamente a partir das condições objetivas que definem as categorias sociais, mas, como diz Bourdieu (*apud* CHARTIER, 2002, p.143), “do ser percebido por si mesmo ou pelos outros. Daí a luta constante de classificações. E daí também uma visão dinâmica do mundo social, baseada não unicamente na idéia de hierarquia”.

Paralelamente, Goffman (2004) compreende a identidade como um produto social, ou seja, não pode ser concebida através de atributos essenciais, mas unicamente ocasionais. Aponta que existem três idéias no conceito de identidade.

A primeira é a idéia implícita da noção de unicidade, que é a marca positiva ou de apoio à identidade. Por exemplo, “a imagem fotográfica do indivíduo na mente dos outros ou o conhecimento de seu lugar específico em determinada rede de parentesco” (GOFFMAN, 2004, p. 66), sendo que somente uma pessoa pode encaixar-se nestas imagens no passado, presente e futuro.

A segunda é a noção de que muitos fatos da vida de um indivíduo são idênticos aos de outros indivíduos, porém “o conjunto de fatos conhecidos sobre uma pessoa íntima não se encontra combinado em nenhuma outra pessoa no mundo, sendo este um recurso adicional

para diferenciá-la positivamente” (GOFFMAN, 2004, p. 66 e 67). E a terceira é algo capaz de diferenciar um indivíduo de outro “na essência de seu ser, um aspecto geral e central dele, que o torna diferente, não só no que se refere à sua identificação, daqueles que são muito parecidos com ele” (GOFFMAN, 2004, p. 67).

É neste sentido que ao invés de falar em identidades, herdadas ou adquiridas, estaria mais próximo da realidade do mundo globalizado falar de identificação. Cuche (2001) afirma sua preferência pelo conceito de identificação de Galissot (*apud* Cuche, 2001), em detrimento do conceito de identidade. Isto porque “a identificação pode funcionar como afirmação ou como imposição de identidade. A identidade é sempre uma negociação, uma concessão entre uma ‘auto-identidade’ definida por si mesmo e uma ‘hetero-identidade’ ou uma ‘exo-identidade’ definida pelos outros” (CUCHE, 2001, p. 184).

Seria a identificação uma atividade interminável, sempre incompleta, em que todos nós, por necessidades ou escolhas estaríamos engajados. “A busca frenética por identidade é (...) o efeito colateral e o subproduto da combinação das pressões globalizantes e individualizadoras e das tensões que elas geram” (BAUMAN, 2008a, p.193).

A luta por uma possível identidade legítima da loucura é tentadora para quem lida com as pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal e a análise da mesma é tematizada nesta pesquisa de modo plurivalente. Foi neste sentido que as relações conceituais entre as múltiplas formas do que chamamos de *(re) significações identitárias* mostraram-se difíceis de deslindar e de precisar teoricamente.

Analisar o imaginário da loucura remete à perspectiva de que a expressão *condutas humanas* abrange tanto os fatos observáveis quanto as experiências subjetivas nos planos de cognição e dos afetos, pois, a relação socialmente construída da loucura é um modo de aproximação desse imaginário com os aspectos relacionados às experiências do comportamento humano, influenciados por crenças e representações do cotidiano (LIMA, 2009).

Mas a presente pesquisa procura encarar este desafio e faz um paralelo entre a teoria advinda do Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas da UFPI e as informações adquiridas na pesquisa de campo realizada no Hospital Areolino de Abreu, entre os meses de agosto de 2008 a março de 2009.

O presente estudo, ao utilizar uma concepção dinâmica da problemática da identidade, acaba por salientar que a identidade é socialmente construída, reconstruída e distribuída nas interações sociais. Assim, as identidades das pessoas com transtorno mental que estão no Hospital Areolino de Abreu mostram-se como construções num processo

contínuo de interações sociais. Tem origem, muitas vezes, nas manifestações de controle, por parte dos indivíduos e grupos e dos espaços social e físico circundante neste Hospital, incluindo o campo jurídico que o permeia e até mesmo o determina.

As contradições e dissonâncias da vivência experimental que se verificou nestes meses de pesquisa no Hospital Areolino de Abreu apontam para o acompanhamento da tentativa de manutenção de um sentimento de identidade contínuo pelas pessoas com transtorno mental, uma tentativa destas pessoas fazerem, ao tempo inteiro, um trabalho biográfico constante.

Este sentimento de continuidade individual expressa-se na articulação de reelaboração de uma identidade já socialmente construída do louco. A pesquisa de campo apontou pra o fato de que a produção pelas pessoas com transtorno mental de alteridades e de outras situações reais e imaginárias mostraram-se simultaneamente a um processo de autoprodução identitária firmada em aspectos negativos, uma tentativa de reificação e de fixação identitárias que justifiquem continuamente o fato de serem loucas, e uma produção constante de novas realidades que confirmam coesão a sua situação de exclusão.

Para as pessoas com transtorno mental observadas, o diálogo com os outros mostrou-se essencial na construção de uma consciência individual (identidade como uma questão relacional). Constatou-se que, muitas vezes, são os outros que as definem como isso ou aquilo. Tal diálogo, que é multivocal e que se mostrou produzido na interseção da necessidade de se ligar ao outro e da necessidade de diferenciação do outro, remeteram para a identificação com um papel doentio, alienante e de anormalidade.

É desse modo que a aproximação ao outro se mostra secundada por um contínuo movimento de recentramento na sua posição de louco e na posição de que seus atos são sempre distanciados da racionalidade. Neste sentido, a identidade pessoal encontra-se em constante articulação na sua dimensão temporal, num projeto de vida. Esta permanência no tempo, a relação da identidade pessoal com o tempo, “pode ser entendida como um trabalho constante num espectro de variações, como uma síntese do heterogêneo. Ou seja, a linearidade dos relatos é um fato provisório, construído e em constante reelaboração” (MENDES, 2002, p. 506).

Constatando-se o desafio nas *(re) significações identitárias* que podem ser atribuídas a pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal, o presente estudo permeia-se pela circulação crescente de discursos públicos que buscam conferir mais dignidade a esta pessoa e ao ambiente delimitado do Hospital Areolino de Abreu. Analisa as categorias socialmente construídas sobre o transtorno mental e os recursos individuais e

coletivos para afirmar ou reafirmar as identidades da pessoa não apenas como detentora de transtorno mental, mas também enquanto produtora do que se chama *doença* mental.

Neste sentido, Foucault (2009) analisa que o doente, sendo espaço de manifestação da doença, torna-se um texto passível de diferentes leituras em busca de significados, tanto para ele mesmo, no processo de desencadear sintomas, como também para o corpo clínico, quando persegue sinais e indícios ao examiná-lo.

Assim, enquanto pesquisador e testemunha modesta e cúmplice, uma das preocupações do presente texto foi de ser tão indeciso quanto os atores e as situações que foram estudadas. Se apontam que uma determinada relação não é consciente, é controversa ou é artificial, são levadas em consideração as pistas que estas informações fornecem para uma possível compreensão mais provável de uma dita realidade.

Não foi intenção desta pesquisa traçar um perfil sóciodemográfico das pessoas que se encontram no Hospital Areolino de Abreu por terem cometido ilícito penal. Apesar disto, algumas características, tais como tempo de aplicação da Medida de Segurança, idade, procedência e presença (ou não) de visitas familiares ajudaram a entender certos aspectos subjetivos dos sujeitos.

Neste sentido, existiram trabalhos em nível local que ajudaram a superar desafios que se fizeram presentes quando estas questões mostraram-se necessárias para o amadurecimento de certas informações obtidas. Cite-se o trabalho de orientação da professora Adriana Parente (OLIVEIRA et al, 2008) que aborda a caracterização dos casos de internação compulsória por atos criminosos em um Hospital Psiquiátrico e teve como local de estudo o Hospital Areolino de Abreu e como universo da pesquisa o número de casos de internação compulsória no ano de 2007 (referido estudo detectou 32 casos de internação compulsória).

Outro estudo também interessante foi o “Condição Masculina na Vivência com o Transtorno Mental”, coordenado pela professora Lúcia Rosa (ROSA; GUIMARÃES; BRANCO; 2008), dinamizando duas pesquisas a partir do Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Piauí. A primeira objetivando traçar o perfil sociodemográfico das pessoas do sexo masculino em tratamento no Hospital Areolino de Abreu, no segundo período de 2007. E a segunda analisando o significado da vivência masculina com o transtorno mental, a partir dos impactos das várias esferas vivenciadas, destacando-se: as identidades, as relações com o universo de trabalho, as relações de amizade e vida familiar.

Ressalte-se também o estudo desenvolvido por Ediwyrton de Freitas Morais Barros (2009) que traça um perfil sóciodemográfico de indivíduos em cumprimento de medida de segurança em Teresina, bem como avalia seus antecedentes mórbidos e de

tratamento, verificando as comorbidades associadas e conhecendo os aspectos criminológicos e vitimológicos relacionados. Os resultados apontaram que houve o relato de antecedentes psiquiátricos para 91,4% da amostra (35 homens, em 2008), mas apenas um terço fazia tratamento regular. Apenas 17,1% da amostra possuíam antecedentes criminais. Os diagnósticos mais freqüentes foram esquizofrenia (68,5%) e retardo mental (20%). A vítima preferencialmente pertencia ao convívio íntimo dos criminosos (74,3%), sendo atacada por arma branca ou objeto contundente.

O estudo desenvolvido por Barros (2009) na capital de Teresina desvendou que não houve significância em relação ao uso de álcool e criminalidade e que o tempo médio de recolhimento prisional na amostra é de 4,6 anos. Entende que eventualmente pacientes com transtornos mentais podem agir com violência, em especial em síndromes psicóticas, vitimando pessoas próximas. Todavia, ressalta que “a inadequação do tratamento clínico anterior ao crime parece contribuir incisivamente para o desfecho delituoso do transtorno psíquico” (BARROS, 2009, p.10).

Ao se ter as *(re) significações identitárias* que evidenciam as identidades da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal como ponto de partida para (re)pensar as Políticas Públicas correspondentes, compreende-se o desafio que fora lançado na abordagem desta pesquisa. Não se trata de descrição em termos meramente objetivos. Não se pode se ater apenas às informações que são estabelecidas nos momentos que se seguem. Mas o leitor deverá compreender e evidenciar os significados contidos nelas, até mesmo o que se oculta por detrás das palavras, nas entrelinhas, revelando-os através da análise das suas próprias narrativas enquanto sujeitos sociais, da sua idiosincrasia.

CAPÍTULO 1 – A OBTENÇÃO DE CATEGORIAS CONCEITUAIS RELATIVAS ÀS IDENTIDADES DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL QUE COMETEU ILÍCITO PENAL

1.1 Das narrativas analisadas

Este primeiro momento foi composto pelas histórias de vida cujos autores são pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal e que, devido esta justificativa, encontram-se na condição de internas no Hospital Areolino de Abreu, compulsoriamente pelo instrumento penal denominado Medida de Segurança.

Procurou-se compreender como as identidades se constroem e são construídas por meio de um fio condutor das ideologias predominantes, o que ocasiona constantes (re) significações identitárias. Permitiu-se assim uma reflexão sobre as políticas de identidade presentes e como se manifestam no agir dos sujeitos de modo individual e também coletivo, tendo-se como referência a noção de identidades em campos sociais.

A propósito, Pierre Bourdieu (1983) considera os espaços em que os indivíduos vivem como campos sociais. Cada um desses indivíduos possui uma determinada identidade, sendo que esta se caracteriza por uma posição e um conjunto de recursos simbólicos utilizados nas situações que estão inseridos. Assim, em cada dimensão do espaço, o conjunto de recursos simbólicos de que dispõe o indivíduo forma a sua identidade naquela dimensão.

Nos ensinamentos de Cuche (2001), a compreensão subjetivista indica que a identidade de um grupo é um modo de categorização de forma a organizarem suas trocas. Afirma que a diferença identitária não é consequência direta da diversidade cultural, mas das interações desses grupos e dos procedimentos que esses grupos se utilizam para apresentar as diferenciações. Isto significa que as identidades podem ser constantemente construídas, na medida em que os próprios membros dos grupos é que atribuem uma significação à pertença cultural, em função da situação relacional em que se encontram.

Ao citar expressamente as falas dos informantes, procura-se trazer um olhar mais vívido, um olhar por detrás das palavras do preciosismo científico. E é neste sentido que se mostrou importante assumir a abordagem qualitativa, com todas as suas implicações teóricas e ideológicas. E assumir uma perspectiva da ciência que, de ante mão, assume suas falhas.

Foram destacadas quatro categorias conceituais, ou seja, quatro momentos de reflexão teórica advindos da saturação e amadurecimento das informações – através da Teoria

Enraizada (LAPERRIÈRE, 2008) – contidas nas narrativas recolhidas na pesquisa de campo pelas Histórias de Vida (BOSI, 2000), devido trazerem um nexos de casualidade. Neste Tomo I, são estas categorias que proporcionam as análises teóricas elaboradas nos capítulos 02, 03, 04 e 05. Eis as categorias e, em seguida, os capítulos, respectivamente:

CATEGORIA 01: AS RELAÇÕES ENTRE AS IDENTIDADES DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL E A GLOBALBARIZAÇÃO

As pessoas com transtorno mental analisadas mostraram que entendem o contexto da globalização que vivem e suas relações com o mundo do consumo. Frequentemente, estiveram em relação de conflito com o consumo, com a necessidade de consumir e com as relações até então estabelecidas pela multiplicidade de *informações* em nível global. Eis algumas falas que representam essa realidade:

“[...] eu sempre estranhei minha mãe passar tanto tempo parada em frente aquele negócio [máquina de costura], ela já não gosta mais de conversar comigo, só pensa em ir para frente dali, ligar ali e ficar lá, sem se importar com o que acontece comigo. Ela fica lá para poder ter dinheiro para comprar coisas, para comprar até minha saúde. Como eu não fico parado lá, eu não tenho meu valor [...]” (Informante A).

“[...] no decorrer da vida, em função de algumas coisas sempre procurar gastar, mas a vida fez com que caminhasse por outro lado. Primeiro, comecei a juntar meu dinheirinho, não queria mais saber de pessoas que só queriam gastar, sempre, sempre, a única coisa que elas pensavam eram em gastar, mais e mais, se não gastassem não tinham seu valor, ninguém ligava para elas, por isso procurei não gastar, não queria saber de ligarem para mim. Depois, em função de uma dificuldade de minha irmã, fui ter que gastar, mas nunca quis gastar, é melhor juntar que gastar com estas besteiras passageiras, que não servem muito[...]” (Informante B).

As narrativas revelaram a frustração na localização social no tempo/espaço. Revelam também que essas pessoas mantêm uma trilha de atividades que convencionalmente rompe com as expectativas da globalização de produtividade, como citam:

“[...] prestei para outros coisas e passei muito tempo trabalhando, mas a opção foi terminar de fazer aquilo tudo e cuidar mais de minha saúde [...]. Aí a oportunidade que me deram foram muito ruim, não confiavam na minha capacidade e nunca tinha o meu devido valor, é como se a única coisa que eu servisse e para estar aqui [interno no Hospital] [...]” (Informante C).

“[...] tenho uns sonhos... um sonho de viver, sabe... Assim, eu adoro televisão... Na televisão não se precisa viver muito para viver e para trabalhar. Para comprar aquilo que você deseja, para ser valorizado neste mundo [...]. Eu pensei... O que a gente tem que fazer é se conformar, você vale aquilo que você pode fazer... e quem não pode fazer nada, não tem nada, só é útil pra vim para cá mesmo. [...] Você tenta tanto, e nada dá certo, ninguém lhe aceita, todos estão atrás de você, querem puxar seu tapete.. enrolam, enrolam, lhe enrolam, e não conseguem acreditar que você também pode enrolar... Entendeu?... Só sabem dizer.. vá para o hospital, vamos chamar a polícia, vá para o hospital, polícia-hospital, polícia-hospital [...]” (Informante D).

Do cruzamento destas informações colhidas, obteve-se a formulação conceitual da situação temporal e espacial do objeto de estudo no que vem a se chamar de *globalbarbarização*. Assim, as informações remeteram para o poder de compra, o gasto econômico, o tempo no trabalho e a valorização da mão-de-obra em eras de produtividade.

CATEGORIA 02: A IDENTIDADE SOCIALMENTE CONSTRUÍDA DO LOUCO INFRATOR: ENTRE AS INSÍGNIAS DE CRIMINOSO E LOUCO

As pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal e que foram observadas na presente pesquisa compartilham suas vidas e esperanças ao lado de seu seio social, demonstrando reações aos estímulos e às atitudes dos outros. Tendem ao entendimento de sua localização no social a partir do cotidiano das suas próprias relações, assumindo escolhas que remetem para a concepção que fazem dela, tanto como emblemáticas de loucas como também enquanto emblemáticas de criminosas.

O diálogo e o reconhecimento do outro está presente, de modo transparente nas falas, demonstrando a valorização dessas relações. A sociedade para estas pessoas é um ponto central na construção de suas identidades, como declaram:

“[...] é interessante o que dizem de mim, a vizinhança não me deixa mais em paz, uns me apoiam, dizem que foi macumba que jogaram em mim, outros dizem que sou um animal, e outros nem sequer me olham na cara, apenas dão uma triscada com o olhar quando passam ... Eles me disseram que eu posso matar qualquer um deles, que não penso no que faço, que eu nem me importo se matar qualquer um [...]” (Informante A).

“[...] hoje eu já não me sinto nela [na sociedade]... Eu sou extremamente de bem com a vida, se for dar ouvido para o que dizem de mim eu fico é mal, eu fico é triste... acho que toda vez que faço algo errado é porque dei ouvido para o que disseram de mim. As pessoas falam coisas para me ofender... é como se elas quisessem saber mais de mim do que eu mesmo... errei uma vez porque ele me abusava [cometeu parricídio], não sou este criminoso que falam que sou como se todo dia eu matasse alguém [...]” (Informante B).

“[...] tenho um filho na minha casa que é extremamente importante. Tenho um cachorro, que é ... eu brinco na rua que é meu filho, mas ele é praticamente assim... que eu cuido dele mesmo, as pessoas ficam falando que sou igual a ele, que não penso, que sou doido. Mas eu não abano o rabo para gente ruim não, estas pessoas que dizem que sou doido e que sou assassino, que quando chego perto trancam as suas portas e não deixam eu na rua. A única coisa que eles servem é para me dizer que eu sou doido, a única coisa que eles servem é para me dizer que eu sou criminoso, acho que é por isso que vim para cá e estou triste [simulação de choro], pois estou longe do meu filho, você sabe né? É um cachorro [simulação de risos] [...]” (Informante C).

“[...] me falam que eu era assim, aí passei a ver como eu sou assim. É importante o que as pessoas dizem, pois me ajudam a me entender melhor, a saber mais o que faço. Nem sempre lembro o que faço, e quando sei de coisas que eu não lembro, isso me deixa mal. Eu não quis ferir ninguém, mas não sei o que faço, a não ser pelo que dizem que faço ... eu sou criminoso sim, pois quem faz o que faço é criminoso [...]” (Informante D).

Da interrelação destas informações teve-se a percepção da multiplicidade de respostas sociais (heterogeneidade nos olhares), a noção de identidade relacional (como o que vem a ser positivo e o que vem a ser negativo se relacionam na concepção que cada um tem de si). Assim, foi-se percebendo a construção social do *louco infrator* e os impactos que tal construção tem na formulação de si mesmo.

CATEGORIA 03: A DECEPÇÃO E A CONFIANÇA NO HOSPITAL AREOLINO DE ABREU

As pessoas com transtorno mental estudadas procuram entender a sua situação nos discursos de poder relacionados a confiança. Sua autoapresentação foi feita identificando-se na relação com os discursos feitos em torno deles, como geralmente se iniciam as respostas à pergunta: *Quem é você aqui no Hospital Areolino de Abreu?*

“[...] eu vou me falar um pouco. Sou uma pessoa de poucos amigos, aqui não foi diferente, aqui eu sou um qualquer, um no meio dessa boiada, mas eu noto que sou diferente deles, eles estão doentes e eu não estou. O médico aqui disse que eu estou doente, mas eu não acredito, tu é médico? Ah, não sei o que eles têm, quando estou perto não consigo me controlar, falo pelos cotovelos, por isso prefiro os enfermeiros eles me ajudam mais, são mais educados [...]” (Informante A).

“[...] os profissionais daqui é que sabem de mim, se eles soubessem aproveitar essa força que eles têm como profissão, não só como profissão, como profissional, eu acho que nós estaríamos, a nossa saúde não estaria... em alguns lugares tão, tão... tão doidos como um bocado de gente aqui [...]” (Informante B).

A forma de cada um se preocupar com o desenvolvimento pessoal de sua identidade, mostra possíveis tentativas no enfrentamento da política da falta de confiança que ocorre neste Hospital e que trazem malefícios sobre tais pessoas. As histórias de vida estudadas revelam o seguinte:

“[...] eu voltei do doutor e disseram que eu estava exaltado, eu não estava, apenas gritei com a mulher de branco porque ela queria que eu ficasse parado o tempo todo e quando fico sentado o tempo todo eu não consigo viver, parece que falta a minha respiração. Aí o doutor disse que eu tava exaltado e eles me prenderam e me deram o remédio, agora todo mundo fica dizendo que sou exaltado e que devo ter calma que devo respirar que devo isso ou aquilo. Acabam falando tanto de mim que já nem sei mais quem sou eu e quem é o que eles falaram, eles são muito perigosos [...]” (Informante C).

“[...] o pessoal daqui às vezes me esconde muito ... ‘não pode fazer isso, não pode fazer aquilo’. Por que você não pode fazer? Onde está escrito? O que não posso fazer é matar ninguém aqui, mas ser livre eu

posso, correr eu posso. Mas tem muita coisa que eu não entendo, que eu não sei bem como acontecesse, por exemplo, algumas pessoas me falam que eu não posso fazer isso porque sou doente, outras me dizem que não posso fazer aquilo porque não consigo, ah, isso mexe demais comigo, se elas disseram que eu não consigo, é porque elas não sabem que eu consigo, mas eu posso conseguir, sei que posso, num posso? [...]” (informante D).

As informações colhidas neste momento textual remetem para o fato da associação com animal, no sentimento individual de transição entre racionalidade-irracionalidade, o saber consistente dos profissionais que estão em volta do objeto de estudo, a sensação de que seus desejos não são levados em consideração, a sensação de doença enquanto incapacidade. Tais situações proporcionaram conceituações sobre a decepção e a confiança no seio do Hospital Psiquiátrico vivenciado.

CATEGORIA 04: POLÍTICAS PÚBLICAS E IDENTIDADES ESTIGMATIZADAS

A pesquisa apontou que a capacidade e autonomia da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal não é tida como prioridade na agenda das políticas públicas no Hospital Areolino de Abreu. Algumas dessas pessoas demonstram preocupação com a formulação de políticas que as contemplem. Os recortes que seguem são expressivos e incluem as dimensões sociais nas quais estão inseridas estas pessoas.

“[...] acho que você tem que ser uma pessoa mais valorizada no mundo, mais entendida, mais capacitada para poder falar em seu nome.... eu tenho vontade de ir a luta, mas é muito difícil, sempre dizem para eu calar a boca, que não tenho valor, me sinto meio assim, um cão sem dono, um desviado [...]” (Informante A).

“[...] hoje não sei suficientemente dizer se estou forte, só sei dizer que já não sou eu mesmo e que cada vez é mais difícil não parar de pensar. Aqui [no Hospital Areolino de Abreu] tem muita coisa errada, tem muita falta de atenção, jogam a gente, trancam a gente e nem escutam um pio nosso, é sempre como se nós não soubéssemos de nada [...]” (Informante B).

“[...] eu estou aqui há 100 anos, conto os dias pelos sol e lua que aparecem, e não vejo nada de bom, só umas festinhas que tem dança. Aqui é muito ruim, parece que é uma gaiola, não, não, gaiola não,

aqui parece mesmo um canil, às vezes é tanta gritaria que mal consigo dormir, só consigo pensar no momento em que eu poderei sair deste local e ser levado a sério [...]” (Informante C)

“[...] cada vez mais é difícil eu imaginar como será a minha vida quando eu sair daqui. Ninguém escuta o que tenho para falar. O doutor manda eu tirar minha roupa e me limpar. Mas na hora de escutar o que tenho para falar, ele finje que não escuta, aí eu grito para ele me escutar, mas não escuta não, aí eu falo mais [...]” (Informante D).

Pelo cruzamento destas informações, verificou-se a desvalorização na pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal, a falta de forças para superar obstáculos impostos institucionalmente e socialmente, a temporalidade na rotina, a lentidão dos acontecimentos, a associação aos cuidados com o tratar de animais e a falta de poder nas vozes. Tais fatos constatados possibilitaram a formulação conceitual da relação entre identidades estigmatizadas e a formulação das políticas públicas.

CAPÍTULO 02 – UM VÍNCULO DINÂMICO ENTRE A IDENTIDADE DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL E O MUNDO *GLOBARBARIZADO*

(...)

Eita, globalbarização

O diabo zela a politipanela
Quando acende vela
Reza Ave-Maria todo o dia
Esse capeta pelo rabo
Soque esse diabo

Ah, ah, pinta-la-inha
Bê cana-bentinha
Cê cê de marré-deci

(*O Pib Da Pib*, Tom Zé)

Fazer uma conexão da temática identidade com a globalização mostra-se como um vínculo dinâmico, posto que a própria globalização sugere mudanças de estado contínuo, com os seus crescentes choques de inovações tecnológicas, crises advindas do capitalismo e modelos referenciais na ciência. A propósito, conforme Bauman (2005), a globalização atingiu um ponto em que não há volta e todos dependem uns dos outros, e a única escolha que se tem é assumir mutuamente a vulnerabilidade de todos para se garantir mutuamente a segurança comum.

A globalização vista como o *mundo-come-um-todo* manifesta-se como a conexão entre diferentes regiões ou contextos sociais, formando-se uma rede de relações entre formas sociais e eventos locais e distantes, o que quer dizer uma aproximação como nunca entre os indivíduos e uma ressonância instantânea dos fatos, eventos, ações e produtos neste sistema global. Configura-se como um contexto histórico muito rico, contraditório por excelência, em constante mutação e, por isso, marcado pela incerteza (SIQUEIRA, 2009).

Verifica-se que as ações continuadas que desencadearam o que se chamou de globalização são definidas como a culminação da longa fase de crescimento econômico que começou na época da 2ª Guerra Mundial e que ainda avançaria irresistivelmente, incluindo cada vez mais países e mercados em sua esfera. Mercadorias e dinheiro de qualquer parte do mundo alcançariam qualquer outra parte, saltando por cima das fronteiras políticas e das

barreiras étnicas e culturais, universalizando o consumo, num correlato econômico da *aldeia global* (termo criado pelo sociólogo canadense Marshall McLuhan).

As tomadas de posição sobre o atual processo de globalização a analisam como algo ambivalente (ou positivo, ou negativo). Os apologistas defendem este processo como um novo tempo/espço. Consideram que abre possibilidades para realização dos indivíduos através de um progresso social e econômico positivos (com melhores padrões de vida), da inovação tecnológica (maior facilidade de locomoção, de contato com o mundo, de ganho de tempo, de acesso à informação) e da liberdade cultural. Possuem uma concepção bastante clara dos desenvolvimentos técnicos propiciados pelo capitalismo global, porém minimizam as conseqüências socioeconômicas e as políticas negativas para os indivíduos neste contexto (SIQUEIRA, 2009).

Os críticos radicais acentuam a globalização como a responsável pelo aumento em escala crescente das taxas/índices de pobreza, da violência e da destruição ambiental. È tida como destruidora das tradições locais, provoca uma homogeneização cultural sem precedentes e subordina as regiões mais pobres às mais ricas. E através de uma postura idealista, afirmam que a globalização é determinada pelo neoliberalismo, faltando-lhes a distinção entre o que é um fenômeno estrutural objetivo (globalização) e o que é um programa político-ideológico (neoliberalismo) que procura se adaptar a este fenômeno (SIQUEIRA, 2009).

Pode-se mesmo ter o entendimento de que o surgimento do movimento internacional de crítica à globalização neoliberal é uma demonstração de que a humanidade não se adapta tão simplesmente à lógica do mercado, especialmente porque esta lógica aprofundou a desigualdade social e não vem ao encontro aos interesses da maioria. Assim, mostra-se evidente que democracia e liberdade não são uma oferta do mercado ou do Estado e que somente poderão ser alcançadas através da sociedade organizada (ANDRIOLI, 2009).

Nestas ambivalências que envolvem as posturas sobre a globalização encontram-se inseridos paradigmas e preconceitos ideológicos que servem para justificar posições teóricas e políticas. Enfoques voltados unicamente para a riqueza ou então para a pobreza da sociedade acabam por representar julgamentos moralistas absolutos que obstaculizam um entendimento efetivamente crítico da globalização.

Neste contexto, as identidades em uma era de globalização se inserem nestas ambivalências e se referem ao processo de alongamento das modalidades de contextos sociais que se fixaram em redes através da superfície da Terra como um todo. E a globalização pode ser definida como a intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam

localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos em outras escalas (GIDDENS, 1991).

O termo globalização não é uma referência tida como unânime. Sua origem está associada a academia norte-americana, enquanto a academia européia ainda prefere o termo mundialização. Otávio Ianni (1992) fala em *macdonaldização*, ressaltando que o imperialismo cultural é ampliado e facilitado pela existência de uma mídia internacional oligopolizada. Milton Santos (2000) utiliza o termo *globaritarismo* (globalização mais totalitarismo).

Neste contexto é que se propõe o termo *globarbarizado*. Apresentado ao presente estudo por Barros Júnior (2008), é necessariamente uma junção de globalização mais barbárie. Tal termo remota para a poesia do músico Tom Zé, em epígrafe no presente capítulo, referindo-se à concepção que reflete para a ordem econômica mundial como multiplicadora das desigualdades sociais

Na perspectiva histórica, o termo barbárie remete aos gregos e aos romanos que consideravam em tal condição aqueles que pertencessem ao que eles denominavam outra raça ou civilização e que falasse outra língua que não a deles. Semânticamente, o termo assume hoje outros significados. E este significado atual é o que se deseja frisar neste momento, o de que ou quem é cruel, desumano, feroz.

A globalização move e é movida pelo consumo. A sociedade de consumidores desvaloriza a durabilidade, igualando velho a defasado, impróprio para continuar sendo utilizado e destinado ao lixo. Quem tem valor é quem pode consumir e quem produz artefatos físicos e/ou mentais para serem consumidos.

Sabe-se que a hegemonia de um modelo social cujo propulsor é o consumo acaba por fazer prevalecer uma deturpação na escala de valores, pela qual os aspectos materiais se sobrepõem nitidamente aos aspectos humanos. A excessiva estima que se confere ao material ou mesmo aos símbolos que os representam faz com que esses suplantem em importância, prestígio ou desejabilidade os valores fundamentais e essenciais ao ser humano, que deveriam ter prioridade em qualquer época e lugar, tais como solidariedade, compaixão, dignidade e liberdade.

O *sucesso* ou a *felicidade* é medido pela quantidade e qualidade de bens e serviços que um indivíduo consegue consumir e/ou acumular, os quais se tornam parâmetros para se aquilatar o sucesso individual neste tipo de sociedade. E tudo isto independe de seu caráter e valores morais, os quais assumem um valor secundário nesse contexto social, pois o que importa é o ter, e não o ser, ou o parecer, e não necessariamente o ser (BASTOS, 2009).

Do ponto de vista cultural, a esfera pública transformada em esfera pública estatizada, transforma a cultura em matéria de consumo de massas, o contato com a arte e a literatura não se dá mais na intimidade do indivíduo como ser singular, reflexivo e autônomo, tal contato se dá coletivamente, através de programas de televisão, rádio, ou seja, através de meios de comunicação de massa. Assim, as opiniões são formadas de maneira uniforme e consensual, e a cultura tão essencial ao humano, vai sendo modelada de acordo com as aspirações dos consumidores, como se mercadoria fosse (HABERMAS, 2003).

Assim, a sociedade de consumidores funciona metaforicamente como uma florescente indústria de remoção do lixo. O consumismo confere razão de ser e aposta no engano, que é um sintoma do equilíbrio da economia, de que está firme, sendo o consumismo a vanguarda do regime sob o qual a sociedade de consumidores é capaz de assegurar sua sobrevivência (BAUMAN, 2008).

E o sentimento de frustração que se abate sobre o indivíduo hipermoderno, sedento de ebulição interior, não tem como causa única e exclusiva este consumismo desenfreado e estimulado. Conforme Lipovetsky (2007), visto em profundidade, pode-se dizer que a raiz do problema reside no universo de tentativa de racionalidade da modernidade conjugado com a presença de instituições burocratizadas, que não permitem mais o contato direto e sensível do indivíduo com suas próprias crenças e verdades.

É neste sentido que, conforme Baudrillard (2004), a política planetária nos obriga a romper com a noção de desenvolvimento, inclusive o desenvolvimento durável ou humano (forma menos agressiva de desenvolvimento). A própria palavra desenvolvimento significa o crescimento técnico e econômico como uma locomotiva de um desenvolvimento social e humano que se efetua segundo o modelo ocidental, que abrange também um subdesenvolvimento psicológico, moral e carências cada vez mais evidentes. Aliás, o desenvolvimento, com seu caráter fundamentalmente técnico e econômico, ignora o que não é calculável, mensurável, como a vida. Ele não leva em conta as riquezas humanas não-calculáveis como a generosidade e os atos gratuitos.

É desta forma que a globalização – sendo um estado contínuo, como preconiza sua própria proposta – transborda-se de crueldade, desumanidade e assume a sua forma feroz, que se opta chamar de *globalbarbarização*. E em relação à pessoa com transtorno mental, esta forma historicamente formada e delineada exclui, aprisiona, limita e encontra como uma das únicas serventias desta pessoa o consumismo passivo, um ciclo vicioso que tarifa remédios e

serviços hospitalares como rótulos de produtos (BARROS, 2008). As seguintes falas revelam esta realidade:

“[...]Ela fica lá para poder ter dinheiro para comprar coisas, para comprar até minha saúde. [...]” (Informante A).

“[...]não queria mais saber de pessoas que só queriam gastar, sempre, sempre, a única coisa que elas pensavam eram em gastar, mais e mais, se não gastassem não tinham seu valor, [...]” (Informante B).

“[...]não confiavam na minha capacidade e nunca tinha o meu devido valor [...]” (Informante C).

“[...] você vale aquilo que você pode fazer... e quem não pode fazer nada, não tem nada [...]” (Informante D).

É neste sentido que se compreende que na execução cotidiana dos seus papéis sociais, o indivíduo com transtorno mental que cometeu ilícito penal se depara com a intensificação de sua fragmentação enquanto sujeito, derivada do próprio transtorno mental e da execução dos papéis sociais que assume. E é assim que vai se impossibilitando a construção de uma autoimagem benéfica que mostre capacidades para se autorepresentarem e para, em determinadas situações, serem considerados capazes.

Goffman (2008) preocupa-se, sobretudo, com a estrutura dos encontros sociais, com a manutenção de uma única definição da situação durante a interação. E para a pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal e está sob a custódia do Estado, esta definição unificadora tem que ser expressa e mantida contra uma grande variedade de potenciais disrupções.

Assim, estes sujeitos mostraram-se definidos de uma maneira dupla: como uma imagem composta a partir das implicações expressivas dos acontecimentos em que participam, e também como jogadores num jogo de rituais simbólicos em que se adaptam às contingências da situação.

No Hospital Areolino de Abreu, a ordem ritualística parece organizar-se basicamente de forma acomodativa, que ensina o indivíduo a *ser doente* e se comportar enquanto tal, a ter sentimentos ligados à sua subjetividade de forma que esta se expresse através das suas atitudes ditas como *anormais*. Então, foi neste ambiente que se teve a noção precisa de que, muitas vezes, o sujeito é construído não apenas das propensões psíquicas internas, mas principalmente a partir das regras morais e institucionais que lhe são inculcadas do exterior.

Apesar disto tudo, *onde há poder há resistência* (FOUCAULT, 2006). Neste sentido, apesar de todo o contexto negar-lhe uma identidade firmada em aspectos positivos, no jogo social estas pessoas buscam reafirmar constantemente sua identidade. Em meio às identidades atribuídas, lutam por construir e reafirmar outros referenciais de identidade.

CAPÍTULO 3 – A IDENTIDADE SOCIALMENTE CONSTRUÍDA DO LOUCO INFRATOR: ENTRE AS INSÍGNIAS DE CRIMINOSO E LOUCO

A loucura torna-se verdade médica. Cria-se uma clínica das enfermidades mentais e uma concepção de terapêutica... Cria-se um corpo de conceitos, a teoria psiquiátrica, que instrumentalizariam esta prática clínica (BIRMAN, 1978, p.2).

Uma das primeiras impressões que se teve ao analisar as informações obtidas através das narrativas foi a da criação da loucura e sua correlação com a noção de *criminoso em potencial*. Foi neste sentido, que se possibilitou compreender noções sobre os diálogos estabelecidos e as construções sociais.

O diálogo com os outros mostra-se essencial na construção da consciência de cada indivíduo. Diálogo este que é multivocal e que, conforme Baxter e Montgomery (1996, p.26), “se produz na interseção de forças centrípetas (necessidade de se ligar ao outro) e de forças centrífugas (necessidade de diferenciação do outro)” e que em relação a pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal permeia-se por pluralidades.

É neste contexto que se pode entender como o sentir individual da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal está moldado pelo sentir social. Bakhtine (1994) mostra que a possibilidade de ver o mundo através do olhar individual é uma parte necessária no processo de compreensão individual. Sugere a noção de *compreensão criativa* que não se auto-renuncia, não renuncia ao seu lugar no tempo e nem a sua própria cultura, pois, na esfera da cultura, a exterioridade é um fato poderoso na compreensão. As histórias de vida revelam:

“[...] é interessante o que dizem de mim [...]” (Informante A).

“[...] não sou este criminoso que falam que sou como se todo dia eu matasse alguém [...]” (Informante B).

“ [...] as pessoas ficam falando que sou igual a ele [um cachorro], que não penso, que sou doido [...]” (Informante C).

“ [...] não sei o que faço, a não ser pelo que dizem que faço [...]” (Informante D).

É neste sentido que a pesquisa de campo constata que a compreensão individual que a pessoa com transtorno mental faz de si remete para o seu olhar individual que é necessariamente influenciado pelo seu sentir social, tanto enquanto emblemática de louco como enquanto emblemática de criminosa.

Este fato indicou que a identidade desta pessoa pode ser tida como uma construção social. Esta ocorre de forma dialética, na qual no universo do Hospital Areolino de Abreu as ideologias sobre a loucura e sobre o crime mostram-se como movimentos de ideias e argumentações que determinam as identidades da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal como suspensas, ou seja, ela fica ao tempo inteiro sem saber realmente como se situar naquele ambiente, sem saber exatamente sua localização. Mas traz em seu âmago a possibilidade de sofrer uma refutação, isto é, possibilidades de se contestar o que se vivencia.

Para Berger e Luckmann (1998), a identidade é uma construção dialética, que se estabelece a partir do indivíduo e da sociedade através dos processos de interiorização, objetivação e exteriorização. Os autores salientam a importância de se considerar que o homem constrói sua própria natureza - constrói a si mesmo e, em conjunto, constrói um mundo humano com a totalidade de suas formações socioculturais e psicológicas. Sendo assim, o indivíduo não nasce já inserido na sociedade, mas a socialização que o torna membro dela.

Este processo de construção dialética situado entre as insígnias do louco que ao mesmo tempo é infrator remete para o entendido a partir do que se chama de *interiorização* (Berger e Luckmann, 1998). A apreensão de fatos objetivos dotados de sentidos vai dialeticamente construindo a identidade do louco infrator. Assim, a compreensão dos outros e a apreensão da realidade social como dotada de sentido faz com que o olhar individual desta pessoa com transtorno mental analisada seja necessariamente e continuamente influenciada pelo sentir social.

Ocorre assim uma relação dialética entre a identificação pelos outros e a autoidentificação, ou seja, entre a identidade objetivamente atribuída e a identidade subjetivamente apropriada. Portanto, “a definição da identidade somente pode se dar, através

da localização em um certo mundo e só pode ser apropriada juntamente com esse mundo” (BERGER E LUCKMANN, 1998, p. 177).

Através da contínua socialização existente no âmbito do Hospital Areolino de Abreu ocorre a progressiva conscientização quanto aos papéis e atitudes em geral que as pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal fazem de si mesmas. Permite-se, assim, a formação do que se denomina de *outro generalizado* (BERGER E LUCKMANN, 1998), que marca as transições da ressocialização. Há assim uma identificação destas pessoas com o que os outros em geral atribuem a elas e com a própria sociedade como cerne da socialização, sendo que

É na forma de outro generalizado que os processos sociais influem na conduta dos indivíduos neles envolvidos e que os completam; quer dizer, que é nessa forma que a comunidade exerce seu controle sobre o comportamento de seus membros individuais; porque, dessa maneira, o processo ou comunidade social entra, como fator determinante, no pensamento do indivíduo (BAZILLI et al., 1998, p. 68)

A sociedade, a identidade e a realidade possivelmente se integram como linguagem nesse processo de internalização. Esta internalização e as conseqüentes *manifestações típicas* de loucura e de infração penal não implicam necessariamente uma visão transcendente do sujeito. Tratam somente de uma ancoragem, de um ponto de confluência e de bifurcação de múltiplas e heterogêneas forças, diálogos, pressões e vozes individuais – o que Bakthin (1994) chamou de *heterofonia*. E é pelos enunciados, constituintes do diálogo, que se processou na presente pesquisa a comunicação e o cruzar dessas tendências contraditórias e foi-se percebendo a construção social que é feita da identidade do louco infrator.

A pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal, parafraseando a dialética relacional de Bakhtine (1994), é um espaço aberto e ocupado por vozes múltiplas, inclusive oriundas de um diálogo interno permanente. Enquanto *sujeito dialógico*, estas pessoas mostram-se como um produto do momento, de uma negociação constante, elaborando suas produções discursivas entre as insígnias de criminoso e louco que são atribuídas socialmente a elas. As histórias de vida atentam:

“[...] Eles me disseram que eu posso matar qualquer um deles, que não penso no que faço [...]” (Informante A).

“[...] é como se elas quisessem saber mais de mim do que eu mesmo[...]” (Informante B).

“[...] A única coisa que eles servem é para me dizer que eu sou doido[...]” (Informante C).

“[...] É importante o que as pessoas dizem, pois me ajudam a me entender melhor, a saber mais o que faço [...]” (Informante D).

Nesta perspectiva, as emoções, as memórias, os desejos e as predisposições das pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal podem ser entendidas como *metáforas da conversação* (BAKHTINE, 1994). Estas não consubstanciam qualquer interioridade essencialista, pois remotam para a percepção de como as pessoas organizam e ancoram o fluxo contínuo e indeterminado das suas experiências.

Tendo-se este entendimento como referência, pode-se formular que a pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal não é um sujeito imutável, com características definidas como muitos procuram fixar, mas sim um trabalho constante de construção, procurando integrar, nesta perspectiva, três contradições essenciais: a relação entre *o dito e o não dito*, entre *o diálogo livre e o constrangido* e entre *o discurso interior e o exterior*.

As propostas teóricas de Bakhtine (1994) apresentam a multiplicidade, abertura e indeterminação dos processos identitários. No trabalho de Paul Ricoeur (1995) são também fornecidas outras pistas para subsidiar uma elaboração teórica palpável desta identidade socialmente construída do louco infrator. Para este autor, a identidade pessoal articula-se na dimensão temporal, num projeto de vida.

Desse modo, a identidade socialmente construída do louco infrator, quando contestada, evidencia o colocar em intriga um sujeito e o seu meio social. Permite integrar na permanência, no tempo, a variabilidade, a descontinuidade e a instabilidade, situando-se entre os emblemas de criminoso e louco. E integra os acontecimentos, as contingências, incorporando-a ao efeito da necessidade individual de se diferenciar, dando um sentimento pessoal de instabilidade num determinado tempo/espaço.

O trabalho de Jodelet (2005) sobre representações sociais da loucura assume grande representatividade. Ele estuda os processos da formação das representações sociais e demonstra o caráter dinâmico da construção social da loucura. Seu estudo aborda famílias que albergavam as pessoas acometidas de transtorno mental, analisando que elas tinham, em sua

maioria, o medo de um contágio da loucura. É a partir dessa premissa que a autora analisa as representações sociais da loucura através dos aspectos materiais, cognitivos e simbólicos da comunidade em convivência com o transtorno mental.

Não obstante, Stuart Hall (1996) analisa que a natureza necessariamente ficcional do processo de construção social não afeta a eficácia discursiva, material ou política das identidades. Elas constroem-se no e pelo discurso, em lugares históricos e institucionais específicos, em formações práticas e discursivas específicas e por estratégias enunciativas precisas.

Assim, tendo em vista os contextos das práticas identitárias que se visualizam nas histórias de vida analisadas e que abordam a construção social da identidade da pessoa transtorno mental que cometeu ilícito penal, pergunta-se: quando o *eu* ou a *subjetividade* é invocada, quem o faz, com que fim e de que forma? Perpertuam-se as *estruturas de dominação* ou criam-se espaços críticos e visões alternativas?

É na tentativa de resposta a estes questionamentos que se tem que as manifestações da socialização que ocorre no Hospital Areolino de Abreu em relação a estas pessoas promovem a interiorização dos outros mundos institucionais vivenciados ou baseados nas instituições, principalmente pelas insígnias de criminoso e louco que estão mescladas nas ideologias que ali se proliferam.

Para Habermas (1976), a construção da identidade se dá na medida em que o sujeito, apropriando-se dos universos simbólicos, integra-se num certo sistema social. E por meio da *individuação* (HABERMAS, 1976) que ela pode ser garantida e se desenvolver, na medida em que esse sujeito se torna independente em relação a esse sistema. Ou seja, por uma crescente independência com relação ao convencionalismo heterônomo.

Trata-se de uma etapa do desenvolvimento que supõe uma diferenciação de papéis na sociedade, permitindo ao indivíduo um distanciamento face às expectativas dos outros ao desempenhar papéis. É um processo em que a formação da identidade dos indivíduos socializados ocorre simultaneamente no meio do entendimento lingüístico com outros, e no meio do entendimento *intra-subjetivo histórico-vital* (HABERMAS, 1976) consigo mesmo.

Assim, verificou-se que as determinações sociais possuem grande poder sobre a pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal e as lacunas e brechas que permitem a elas desenvolver uma autonomia são permeadas por estigmas e políticas públicas que não contemplam a sua maneira de perceber.

Para o entendimento de Habermas (2002), o processo de individualização social possui dois aspectos diferentes: autonomia e conduta consciente de vida. Os aspectos moral e

ético vão rompendo as formas de vida e das instituições internalizadas (a formação convencional da identidade), sob a pressão da diferenciação social e da multiplicação de papéis conflitantes. Dessa maneira, cada indivíduo classifica os acontecimentos na vida social de um modo que o diferencia de qualquer outro. E enquanto ser autônomo e individuado, a pessoa necessita da perspectiva do outro.

Trata-se de viver sob o reconhecimento da sociedade e não do assentimento dela. É o aparecimento da *identidade-eu pós-convencional* (HABERMAS, 2002), em que o sujeito assume conscientemente o seu projeto de vida individual e refletido, ou seja, a história de vida é o produto de suas decisões no seu dado contexto. Dessa maneira, se articula uma identidade do *eu* através de uma pretensão de ser individual e insubstituível, não se prendendo a um determinado tipo social.

Tendo-se como embasamento estas referências teóricas, chega-se a concepção da construção social da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal vista com preconceitos que determinam certo destino de irrecuperabilidade. Ao procurar analisar o significado da construção da identidade da pessoa com transtorno mental que praticou ilícito penal, a presente pesquisa procurou escapar do risco de um congelamento identificatório vitalício com atributos marginalizantes e excludentes.

O deslocamento de uma identidade firmada em atributos negativos e o favorecimento do remanejamento e da elaboração dos traços identificatórios que organizam uma identidade e possibilitam uma constante renovação na interminável tarefa de construção de si mesmo e resistência aos poderes constituídos que buscam reduzir a identidade a uma dimensão imutável devem ser nortes para se obter a cidadania para estas pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal.

Desse modo, a realidade da vida cotidiana da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal é constantemente reafirmada na interação do indivíduo com os outros, consolidando assim a identidade do louco infrator: quem cada um pensa que é, só se sente assim verdadeiramente, não só pela confirmação implícita desta identidade (fornecida pelos contatos diários) como também pela confirmação explícita, carregada de emoção que lhe é conferida pelos outros significantes, como afirmam Berger e Luckmann (1998).

Sendo assim, torna-se visível que a compreensão social de louco infrator é fundamental na realidade subjetiva que interage dialeticamente com a identidade do dito louco infrator. E essa relação permite que os processos sociais formem, mantenham ou transformem a identidade. Permite também que esta identidade possa reagir sobre a estrutura social imposta, mantendo-a, modificando-a ou mesmo remodelando-a.

Então, mapear e levar em consideração os *estigmas, preconceitos, exclusões e invisibilidades* existentes torna-se essencial no processo de garantir e operacionalizar direitos. Vital também se mostra para o processo de formular políticas públicas. Assim, conseguiremos seguir por um caminho que se tem a noção de valorização da dignidade humana.

CAPÍTULO 4 – O ESTABELECIMENTO DA CONFIANÇA E AS IDENTIDADES NO HOSPITAL AREOLINO DE ABREU

Há muita divergência, preconceito, contradições, insatisfação e tensão em nossa sociedade com relação aos assuntos psiquiátricos, psicológicos e sociais (SZASZ, 1974). Ao se pensar a noção de identidade como a forma pela qual nos reconhecemos e somos reconhecidos pelos outros, esbarramos na implicação de que ela só pode ser compreendida a partir da relação entre um *eu* capaz de linguagem e de ação e os outros, constituídos como outros *eus*.

A decepção, como os outros sentimentos, constitui uma experiência universalmente conhecida. É assim que, consoante Lipovetsky (2007), enquanto ente de desejo que constantemente nega aquilo que é, o homem é um ser que espera, e que, por isso mesmo, não pode evitar a decepção. Mas, desejo e decepção caminham juntos. E a dicotomia entre a expectativa e o real, princípio de prazer e princípio de realidade, criam um vazio que muito dificilmente pode ser preenchido.

É neste sentido que a problemática da inserção da pessoa com transtorno mental no Hospital Areolino de Abreu tem sido analisada. A partir das diferenciações sociais, das naturais e das conseqüentes variantes de transtornos mentais, acompanha-se o desejo unânime de recuperação concomitante ao sentimento de decepção em não conseguir sair de uma situação premoldada, originando na pessoa com transtorno mental um vazio sobre ela mesma.

Ao analisar os impactos do transtorno mental nas esferas da identidade, da família, dos amigos e do trabalho, estudo anterior desenvolvido por Lúcia Rosa (2008) verifica que no tocante à questão da identidade, a maioria das pessoas analisadas no Hospital Areolino de Abreu declararam que, apesar de sentirem melhor os sintomas do transtorno, vivenciam momentos de infelicidade e confusão. E avalia que o maior impacto do transtorno mental é o “empobrecimento da rede social, sobretudo de amizade. O risco é o isolamento social, ou a restrição de relações do grupo familiar” (ROSA, 2008, p. 200).

Uma unidade inquestionável deste espaço por parte dos que vivenciam suas práticas é sobre o fato de que muitos acreditam e reproduzem a idéia de que todos que estão lá vivem em eternos momentos de alucinação. Não percebem que, muitas vezes, estes momentos se dão pelo uso exagerado de remédios, sem acompanhamentos individualizados (massificação de prescrições médicas e assistenciais).

Nestes termos, a necessidade de aliar um entendimento dos dados colhidos com a teoria acadêmica vai além das definições oficiais dadas nos prontuários que se analisou. Por isso, ao analisar as situações nos espaços internos deste Hospital há a apresentação do *caleidoscópio identitário* (BARROS, 2008) da pessoa com transtorno mental de forma permeada por múltiplas contribuições e presenças.

Uma análise interessante a ser feita é a da confiança. As histórias de vida revelam:

“[...]O médico aqui disse que eu estou doente, mas eu não acredito, tu é médico? [...]” (Informante A).

“[...] os profissionais daqui é que sabem de mim, se eles soubessem aproveitar essa força que eles têm como profissão[...]” (Informante B).

“[...] Acabam falando tanto de mim [os profissionais da saúde] que já nem sei mais quem sou eu e quem é o que eles falaram, eles são muito perigosos [...]” (Informante C).

“[...] o pessoal daqui às vezes me esconde muito ... ‘não pode fazer isso, não pode fazer aquilo’. Por que você não pode fazer? Onde está escrito? [...]” (informante D).

Foi com as análises decorrentes destas situações que se chegou ao entendimento de que a palavra confiança poderia representar no Hospital Areolino de Abreu a tentativa de compor um modelo em que os pacientes sejam pró-ativos, mas que não é operacionalizável na prática e que não é pauta para as políticas públicas ali estabelecidas. Atente-se que

A confiança está relacionada à ausência no tempo e no espaço. Não haveria necessidade de se confiar em alguém cujas atividades fossem continuamente visíveis e cujos processos de pensamento fossem transparentes, ou de se confiar em algum sistema cujos procedimentos fossem inteiramente conhecidos e compreendidos. Diz-se que a confiança é "um dispositivo para se lidar com a liberdade dos outros" mas a condição principal de requisitos para a confiança não é a falta de poder, mas falta de informação plena (GIDDENS, 1991, p.40).

As confianças estabelecidas no Hospital Areolino de Abreu mostram-se vinculadas não ao risco de vir a ter transtorno mental, mas a contingência do transtorno mental, pois levam a conotação de credibilidade em face de supostos resultados que devem ser precisos e que digam respeito a ações de indivíduos ou as próprias operações do sistema de saúde.

É por isto que o estabelecimento da confiança neste Hospital torna-se conseqüente para o indivíduo. Não há uma clara definição da sua razão de existir, não prioriza programas que coloquem a pessoa com transtorno mental em primeiro plano, associando a atuação destas enquanto sujeitos a determinados paradigmas, e, nas particularidades das pessoas que cometeram ilícito penal, este quadro se agrava. Assim, analisa-se que

A confiança pode ser definida como crença na credibilidade de uma pessoa ou sistema, tendo em vista um dado conjunto de resultados ou eventos, em que essa crença expressa uma fé na probidade ou amor de um outro, ou na correção de princípios abstratos (conhecimento técnico) (GIDDENS, 1991, p.41).

Desse modo, observa-se que a confiança existe no contexto do Hospital Areolino de Abreu, parafraseando Giddens (1991), como: a consciência geral de que a atividade humana – incluindo nesta expressão o impacto da tecnologia sobre o mundo material – é criada socialmente e não dada pela natureza das coisas ou por influência divina; e, o escopo transformativo amplamente aumentado da ação humana, levado em consideração pelo caráter dinâmico das instituições sociais modernas.

Neste contexto, para delinear a relação entre o estabelecimento da confiança e as identidades da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal no Hospital Areolino de Abreu foca-se, conforme Friedman (1997), no entendimento de que a constituição da identidade é um jogo perigoso e elaborado de espelhos. É uma interação temporal complexa entre múltiplas práticas de identificação internas e externas a um indivíduo ou a uma população.

Nas tentativas de se compreender esse processo constitutivo, algumas enunciações mostraram-se relevantes, por situar os espelhos no espaço e o seu movimento no tempo. As seguintes falas revelam:

“[...]Ah, não sei o que eles têm, quando estou perto não consigo me controlar, falo pelos cotovelos [...]” (Informante A).

“[...] hoje não sei suficientemente dizer se estou forte, só sei dizer que já não sou eu mesmo e que cada vez é mais difícil não parar de pensar [...]” (Informante B).

“[...] apenas gritei com a mulher de branco porque ela queria que eu ficasse parado o tempo todo e quando fico sentado o tempo todo eu não consigo viver, parece que falta a minha respiração[...].” (Informante C).

“[...] algumas pessoas me falam que eu não posso fazer isso porque sou doente, outras me dizem que não posso fazer aquilo porque não consigo [...]” (informante D).

Assim, o estabelecimento da confiança no Hospital Areolino de Abreu ao não colocar como prioridade as pessoas com transtorno mental situa os *espelhos* identitários (FRIEDMAN, 1997) delas em um espaço/tempo que elas mesmas não se sentem autônomas, e, conseqüentemente, não se sentem seguras para determinadas posturas.

Quando se procura compreender o estabelecimento da confiança no Hospital Areolino de Abreu, mostra-se necessário captar as identidades e as construções sociais marginais para a constatação utópica de um mundo comum imperfeito, mas partilhável entre o que se tem por diferenciação entre o normal e o anormal. As categorizações de que no mundo não devem existir as ansiedades e as perplexidades que socialmente são atribuídas às pessoas com transtorno mental mostram-se conflitantes com o estabelecer confiança nestas pessoas e justificam uma série de entraves para políticas que prevejam esta confiança (o que o presente estudo começa a chamar de *políticas de confiança*).

É neste sentido que, no âmbito do Hospital Areolino de Abreu, a sensação é de que as pessoas com transtorno mental são verdadeiramente consideradas redundantes, inúteis, disponíveis e que só existe uma única razão social para a sua presença contínua: a manutenção do sistema de exclusão. As práticas que ali se estabelecem mostram o esforço sistemático para excluí-los da sociedade dita normal, ou seja, da sociedade que, segundo Bauman (1998), se reproduz por meio do jogo da oferta ao consumidor e escolha do consumidor, mediado pela atração e sedução.

A convivência no Hospital Areolino de Abreu aponta que se deve aprender a conviver e a imaginar mundos possíveis com os outros. As *políticas de confiança* na pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal perpassam pela concepção de identidade e

firma que eles podem sim se autorepresentar, lutar pelos seus direitos, serem os atores propulsores do engajamento social. E são políticas de responsabilidade moral, de exigência de direitos e de presença no espaço público e de cidadania.

Esta noção de *políticas de confiança* pode ser articuladas com a concepção de Ciampa (2002) sobre a identidade como *metamorfose*. Ela pode ser entendida a partir da afirmação que esse autor faz de que, de modo geral, esta é a forma como o sujeito é identificado inicialmente. Outros atributos são interiorizados e internalizados com o passar do tempo. Toda manifestação deste ser se faz por meio da atividade e é esta quem determina sua identidade: *fulano é*. A predicação, segundo Ciampa (2002), é o que determina o ser, tornando mais fácil a compreensão sobre ele (fulano é louco, é esquizofrênico, é pirado, é delirante, é pinel...).

A partir daí, surge a complexidade do conceito que envolve a noção da reposição, ou seja, a identidade pressuposta é repostada pela idéia de atualização contínua por meio dos ritos sociais que garantem a identidade como algo dado e esperado, e que deverá sempre ser considerado como tal - um ser-posto, “atemporal” (isto é a ilusão da não-metamorfose), sempre idêntico a si mesmo. À medida que este ser vai tomando consciência de si, deixa de apenas ser chamado e passa a se chamar, falar consigo mesmo, refletir - adotar diversos papéis.

Pode-se entender, então, que o papel assumido de interno no Hospital Areolino de Abreu por ter cometido ilícito penal, em termos de identidade, constitui uma personagem e como tal, com uma autoria. Este indivíduo, à medida que ali é ressocializado, vai formando sua individualidade, o que deveria diminuir a sua *heteronomia* e aumentar a sua autonomia.

Porém, não há políticas que fazem tal situação ocorrer. Com isso, ele continua sendo apenas *ator*, não tendo reais oportunidades de tornar-se também *autor*, ao dar a esse papel uma forma permeada pelas experiências vividas numa dada realidade social, por uma história de vida singular, individualizada e única. O papel é o mesmo e o modo como é encarnado traz a marca de um personagem massificado (baseado em CIAMPA, 2002).

CAPÍTULO 05 – À GUIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS QUE CONTEMPLAM IDENTIDADES ESTIGMATIZADAS

A presença do louco na cultura implica convidar a cultura a repensar suas relações com a loucura, para reinventar seus limites e suas possibilidades de conexão (Marta Lobosque).

A noção de identidade abordada por Goffman (2004) preocupa-se com o que chamou de marcas de apoio à identidade e com a combinação única de fatos da história de vida que, incorporados ao indivíduo, acabam por formar a sua identidade. Assim, o indivíduo pode ser distinguido dos outros e, em torno desta diferenciação, constrói-se a história contínua de suas vivências sociais.

Neste sentido, Goffman (2004, p. 11) desenvolve a complexa relação entre identidade e diferença, apresentando a noção de estigma. A sua origem remonta à antiguidade clássica, sendo que designava os sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Estes sinais eram literalmente feitos no corpo (cortes, queimaduras) e evidenciavam algo de ruim no indivíduo, sendo prudente afastar-se dele. Na era cristã o termo ganha outras conotações, sendo os sinais corporais de origem divina em forma de flores na pele; posteriormente, a alusão médica, isto é, marcas corporais de problemas físicos.

Contemporaneamente, os processos de construção do estigma estão associados às formas como alguns atributos dos indivíduos passam a ser considerados socialmente pejorativos. Porém os atributos não são intrinsecamente positivos ou negativos; essa qualificação nasce culturalmente e está relacionada aos estereótipos que a sociedade desenvolve no intuito de diferenciar e, em épocas de *globalbarbarização*, de aproveitar de sua utilidade para esta sociedade do consumo.

A função dos estereótipos é de simplificar e categorizar o real. Torna-o mais facilmente compreensível a realidade quando se tem estereótipos que a represente, e, por isso, eles nascem das interações sociais. Os estereótipos se caracterizam por serem abusivos, ou seja, são aplicados a todos os membros de determinado grupo, com raríssimas exceções, e utilizados de forma superlativa e, freqüentemente, negativa.

Quando se utiliza o estereótipo expõem-se valores e formas de conceber a realidade, geradas nas relações de poder entre grupos sociais. Daí sua indiscriminada utilização nos processos de estigmatização dos sujeitos em ambientes sociais (LIMA, 1997).

Em relação ao sujeito desta pesquisa, os estereótipos que os circundam no Hospital Areolino de Abreu apontam para o aprendizado do estigma como parte integrante da construção da identidade do estigmatizado, ou seja, “a pessoa estigmatizada aprende e incorpora o ponto de vista dos tido como normais, adquirindo, portanto, as crenças da sociedade mais ampla em relação à identidade e uma idéia geral do que significa possuir um estigma particular” (GOFFMAN, 2004, p. 41). As histórias de vida revelam:

“[...]eu tenho vontade de ir a luta, mas é muito difícil, sempre dizem para eu calar a boca [...]” (Informante A).

“[...]aqui [no Hospital Areolino de Abreu] tem muita coisa errada, tem muita falta de atenção, jogam a gente, trancam a gente e nem escutam um pio nosso [...]” (Informante B).

“[...]só consigo pensar no momento em que eu poderei sair deste local e ser levado a sério [...]” (Informante C)

“[...]na hora de escutar o que tenho para falar, ele [profissional da saúde] finje que não escuta, aí eu grito para ele me escutar, mas não escuta não[...]” (Informante D).

Neste sentido, as análises apontam que a pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal e encontra-se neste Hospital, caracterizada como estigmatizada, por outro lado, comporta-se na tentativa de manipular, nos contatos sociais, as informações sobre o que é julgado “defeituoso” em seu comportamento, isto é, esconde o estigma de ser louca e criminosa.

Inicia-se o que se chama de *jogo do gato e rato* (BARROS, 2008), pois os seus discursos vão sempre caminhando no sentido de negar o que os outros dizem dele. Porém, suas tentativas sempre são frustradas, pois o *saber profissional* acaba sendo impositivo, coercitivo e violento.

Nos discursos advindos das histórias de vida analisadas, constatou-se também a tendência de o indivíduo estigmatizado se definir como não-diferente, embora as pessoas com as quais conviva o definam como estigmatizado, o que representa contradição na formulação de sua identidade. A impossibilidade de exercer papéis múltiplos, de sentir-se em *constante metamorfose* e a *cristalização* da sua identidade levam a pessoa com transtorno mental que

cometeu ilícito penal a constante relação aceitação/tentativa de fuga da *camisa-de-força* socialmente imposta.

O papel do(s) outro(s) mostra-se fundamental na constituição da identidade e na produção de políticas públicas que contemplem estas identidades estigmatizadas de criminoso e louco. As políticas públicas que contemplem estas identidades construção e a manipulação da identidade estigmatizada vai apontar que a busca da compreensão da identidade está atrelada à compreensão da diferença. O desvio (diferença) não é pejorativo por si mesmo - é o significado cultural vinculado ao atributo ou comportamento que define o modo como é interpretado. Assim, Goffman (2004, p. 138) alerta que “não é para o diferente que se deve olhar na busca da compreensão da diferença, mas sim para o *comum*”.

Neste contexto, cabe ressaltar que um fator marcante nos momentos da colheita das informações na pesquisa de campo foi o do trabalho da construção identitária que as pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal faziam de si ao serem questionadas sobre a situação que estavam inseridas como internas.

A visão essencializadora atribuídas as identidades destas pessoas procuram firmar a identidade de loucura e mostrar o papel e a persistência das loucuras em suas atitudes como meio de justificar o cometimento dos ilícitos penais, a situação em que estão inseridas e a própria falta de dignidade com que são tratados no ambiente do Hospital em estudo.

Esta interrelação de fatos permite uma determinada abstração das interações e relações sociais concretas em que as identidades são inviabilizadas de serem renegociadas, em que os indivíduos apresentam suas identidades como sendo de loucos, criminosos, incapazes, tendo-se a todo tempo conferir invisibilidade e massificação.

No caso das pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal e que por isto estão no Hospital Areolino de Abreu, as referências identitárias sobre as suas anormalidades estão sujeitas às pressões e às revisões que fazem sempre haver a necessidade destas se justificarem como uma pessoa com anormalidades e com demências e com o dito *alto grau de periculosidade* (expressão verificada nos instrumentos compulsórios do Poder Judiciário e incluídos nos prontuários das pessoas analisadas). Algumas falas ganham destaque:

“[...] acho que você tem que ser uma pessoa mais valorizada no mundo, mais entendida, mais capacitada para poder falar em seu nome [...]” (Informante A).

“[...] hoje não sei suficientemente dizer se estou forte, só sei dizer que já não sou eu mesmo [...]” (Informante B).

“[...] Aqui é muito ruim, parece que é uma gaiola, não, não, gaiola não, aqui parece mesmo um canil, às vezes é tanta gritaria que mal consigo dormir[...]” (Informante C)

“[...] Ninguém escuta o que tenho para falar [...]” (Informante D).

É neste sentido que se formula que se uma *política de identidade* passa sempre por exclusões, como o reconhece Stuart Hall (1996), cabe ao presente estudo não apenas denunciar e desmitificar, mas sim expor e explicitar que as identidades destas pessoas são elementos históricos, culturais e políticos mobilizados para dominar e emudecer que servem para legitimar a ideia de que são *anormais* e que não estão aptos a viver em um mundo comum.

Resta a esperança de mudar este quadro. E, segundo Morin (1993), a esperança funda-se em possibilidades humanas inexploradas e aposta no improvável. Não é uma esperança apocalíptica. É sentimento corajoso nas batalhas diárias e contínuas.

Ela deve restaurar uma concepção, uma visão de mundo, um saber articulado e uma ética. Deve inspirar não apenas um projeto, mas uma resistência preliminar contra as forças gigantescas da *globalbarbarização*. Os que aceitam o desafio vêm de diversos horizontes e não importa sob que estampa se reunirão, o que importa são seus propósitos e os resultados positivos que são capazes de proporcionar.

Então, no jogo ambíguo e contraditório das identidades que se produzem e se reproduzem no Hospital Areolino de Abreu, não foi de se esperar que o presente pesquisador permanecesse incólume e neutro. O esforço que se teve de apresentação das diferentes perspectivas de construções identitárias da pessoa com transtorno mental serviu, principalmente, para uma real percepção da humanidade que habita em todos os sujeitos, com ou sem transtorno mental e para pensar políticas públicas a partir do que ditam os sujeitos e que contemplem identidades estigmatizadas.

A identidade da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal vista desta forma implica entender o nexos entre a transformação de si mesmo e a transformação do mundo, expressando o tempo histórico e as contradições presentes. Refletir sobre esta identidade envolve compreender as ideologias, os poderes e os interesses presentes na

sociedade. E devido estarem o tempo todo se (re) significando, utiliza-se o termo (re) significações identitárias.

A afirmação de identidades estigmatizadas se envolve nas lutas de grupos sociais, num esforço de controlar as condições de vida de seus membros ou dos membros que apóia. Numa “tentativa de resolver conflitos diante das expectativas sociais conflitantes, os indivíduos buscam a transformação e o reconhecimento de suas identidades pessoais” ou de identidades que avaliam ser merecedoras de dignidade (CIAMPA, 2002, p. 134).

Daí a importância dos movimentos da sociedade civil e dos movimentos acadêmicos na formulação de políticas públicas. Tais movimentos firmam, pelo menos em tese, políticas de identidade que podem ajudar a romper com o estigma. E isto é muito importante ao se pensar nas *políticas de identidade* que envolvem as pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal.

As *políticas de identidade* (HALL, 1996) que contemplem a pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal envolvem, portanto, um conflito entre *autonomia* e *heteronomia*, entre o indivíduo e o grupo: entre a voz do próprio indivíduo e a voz do grupo que falando por ele acaba por tentar o tempo inteiro impor quem é ele.

Aí se instala também a discussão da autonomia ou não da pessoa com transtorno mental, o que pode levar os indivíduos a indagarem sobre a autenticidade ou não de suas identidades políticas. Neste sentido, Ciampa (2002) assim expressa:

Sempre é possível perguntar se movimentos que levam a novas identidades podem preservar o espaço político como arena de questionamento e tematização de questões individuais e coletivas, sem que esses movimentos também incrementem maior racionalização do poder e da dominação (CIAMPA, 2002, p.134).

Para o Ciampa (2002), é importante, quando se trata de políticas de identidade, estudarmos aquelas que emergem de determinados grupos (os marginalizados, estigmatizados, oprimidos) na relação com os grupos de setores dominantes (elite do poder) da sociedade.

Pode-se considerar, assim, que as pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal constituem um segmento em busca de mínimas condições de dignidade, de ser reconhecidas, ouvidas, atendidas e respeitadas. Essa busca necessita estar firmemente apoiada na compreensão e superação dos conflitos gerados pela rede de relações historicamente construídas.

Paralelamente, o estudo “Condição Masculina na Vivência com o Transtorno Mental” (ROSA; GUIMARÃES; BRANCO; 2008) aponta que compreender os novos modos

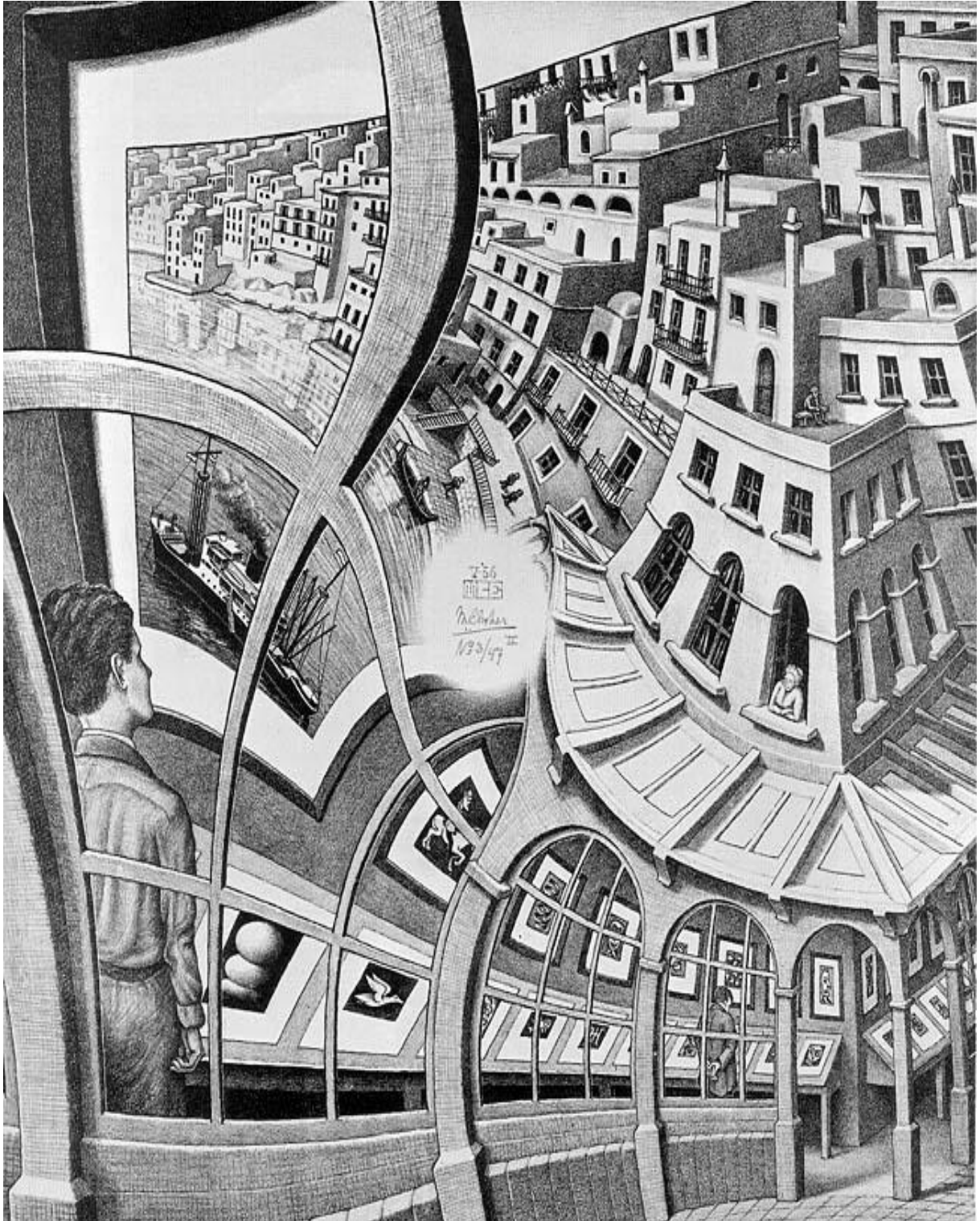
de ser das manifestações dos transtornos mentais implica flexibilidade dos profissionais, respeito à vivência dos usuários dos serviços e curiosidade para interagir com o novo e com a novidade. É assim que sugere que os profissionais têm de estar preparados para contribuir no processo de construção de novas formas de resolver problemas, para facilitar as expressões de dúvidas e sentimentos.

Na saúde mental, prevalece uma lógica de reinserção da loucura pautada nos ideais, mais precisamente na cobrança de reconhecimento do outro. Trata-se de cobrar a cidadania, a igualdade, o tratamento digno do outro, etc. Deve-se apostar na reinserção pelo fato de que todos são cidadãos. Trata-se de obter também o consentimento do sujeito e não meramente o consentimento do outro (VERAS, 2009).

Então, a problemática da pessoa com transtorno mental enquanto pessoa capaz, pode mostrar não somente as políticas de identidade presentes na formação e atuação destas ao longo do processo histórico. Mas também pode revelar tendências emancipatórias individuais e coletivas, através de identidades assumidas e articuladas. Nessa busca, também se pode questionar a autenticidade e a autonomia dos mesmos, pois como salienta Ciampa (2002, p. 135), “como se pode definir quando se trata de escolha original e autêntica do próprio indivíduo?”.

Neste sentido é que são desenvolvidos os outros Tomos da presente dissertação. No Tomo II, modo geral, faz-se a continuidade da pesquisa analisando as relações das identidades, agora firmadas, com o instituto penal da Medida de Segurança. No Tomo III, há a seqüência da pesquisa, analisando-se as identidades e os direitos destas pessoas no contexto das Políticas Públicas brasileiras.

INTERDISCIPLINANDO A PSIQUIATRIA FORENSE COM A JUSTIÇA PENAL: A PROBLEMÁTICA DA MEDIDA DE SEGURANÇA



Quadro 09 – Desenho gráfico de Maurits Cornelis Escher.

Fonte: Escher, 1956.

Este Tomo II inicia-se com o desenho gráfico de Maurits Cornelis Escher, em que se observa a idéia de que o corte da realidade perceptiva não é suficientemente capaz de separar a imagem de seu observador. Tal compreensão encontrou grande relevância no presente estudo ao se ter contato com os impactos dos estudos em Bioética sobre a Psiquiatria, tendo em vista que “nenhum homem está mais propenso a ser ajudado ou manipulado que o doente mental em relação a seu especialista. Isso é muito mais evidente hoje, quando a psiquiatria se encontra diante da opinião pública numa situação contraditória e quase paradoxal” (SGRECCIA, 2004, p.35).

Historicamente, em meados do século XVIII, a Psiquiatria consolidou-se na França como um saber científico autônomo, tendo como “objeto exclusivo as questões relativas à (in)sanidade, à alienação, à (des)razão da mente humana” (MUSSE, 2006, p.21). A loucura passou então a ser vista como doença e, enquanto patologia, ela requeria tratamento em local adequado: os hospitais. Estes locais acabaram por congregando todos os tipos de manifestações da loucura, criando-se assim os Hospitais Psiquiátricos.

Por um lado a Psiquiatria constitui-se enquanto ciência em decorrência das condições criadas pelo Iluminismo. Por outro, resulta constantemente de uma série de reformas que integram sua história desde sua origem, seguitando-se em campos específicos. Tradicionalmente, conforme Sgreccia (2004), a Psiquiatria foi definida como o ramo da medicina que tem por objeto o estudo clínico e a terapia das enfermidades mentais e dos comportamentos de algum modo patológicos. Ocorre que “ela se apresenta como uma ciência complexa e um conjunto de orientações e métodos às vezes até conflitantes entre si. E ulteriores considerações concorrem para tornar essa ciência pouco compacta e não cartesianamente definível” (SGRECCIA, 2004, p. 35).

A Psiquiatria Forense, como subespecialidade da Psiquiatria, lida com a interface entre a lei e a psiquiatria. Para ser um psiquiatra forense é necessário treinamento específico. Os psiquiatras forenses trabalham principalmente em contato com o Poder Judiciário, sendo que, a pedido da justiça, avaliam a *capacidade* do indivíduo, baseando-se nos seus estados/transtornos mentais, determinando/sugerindo recomendações e emitindo laudos psiquiátricos (ALBERTO, 2009).

Ao longo de seus mais de 40 anos de existência, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), como representante dos psiquiatras brasileiros, congregando mais de 5.000 associados em 58 instituições federadas pelo Brasil, exerce grande influência nas concepções jurídicas de saúde mental e no trato jurídico para a pessoa com transtorno mental. Ela vem defendendo, desde os anos 60, a reformulação do modelo da assistência em Saúde Mental no

Brasil. Por isso, não se furta do dever social de registrar que após a promulgação da Lei 10.216 ainda não se efetivou um modelo assistencial que atenda as reais necessidades das pessoas que estão acometidas de transtornos mentais (ABP, 2006).

A prática psiquiátrica deriva de resultados de conhecimentos científicos que foram se construindo na base de estudos científicos rigorosos. Estes estudos contrastam e se opõem a interpretações discursivas e impressionistas dos fenômenos psíquicos e dos problemas do funcionamento mental. Assim, eles levam em consideração que “existe uma fronteira entre a saúde e a doença, e esta fronteira pode ser traçada com confiabilidade científica em um número muito grande de situações clínicas” (ABP, 2006, p.7).

Conforme a Associação Brasileira de Psiquiatria (2006, p.7), “a diferença entre o normal e o patológico não é necessariamente uma questão de grau, de quantidade maior ou menor de atributos mentais ou comportamentais apresentados por todos os seres humanos”. Entende que a diferença entre a saúde e a enfermidade psiquiátrica é antes de tudo uma questão da qualidade das manifestações mentais e comportamentais apresentadas pelos indivíduos e pelos seres humanos grupalmente, que definem sua clara patologia. Assim, considera como tarefa principal da Psiquiatria diagnosticar, prevenir, tratar, e reabilitar indivíduos e grupos humanos que necessitam de cuidados ou tratamentos devidos a estes transtornos mentais e comportamentais.

No contexto das grandes transformações culturais, decorrentes de um mundo globalizado, profundas alterações são observadas em todos os ramos da ciência, o que gera certa complexidade e torna insuficiente o conhecimento trazido individualmente por cada área. Assim, a interdisciplinaridade, em sintonia com as necessidades acadêmicas e sociais, traz uma visão mais ampla e completa do todo, sem excluir as diferentes realidades estudadas por cada área isoladamente. A propósito, “a característica central da interdisciplinaridade consiste no fato de que ela incorpora os resultados de várias disciplinas, tomando-lhes de empréstimo esquemas conceituais de análise a fim de fazê-los integrar, depois de havê-los comparado e julgado” (JAPIASSU, 1976, p.32).

É neste sentido que no presente estudo se interdisciplina a Psiquiatria Forense com a Justiça Penal, sendo que é competência privativa do médico psiquiatra o laudo sobre o estado psíquico da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal. Mas tal laudo poderá ser rejeitado pelo Magistrado que detém livre apreciação das provas no Processo Penal, devendo o mesmo, caso rejeite, fundamentar tal rejeição na sua sentença/decisão de *mérito*. Assim, sabe-se que

O Poder Judiciário, por sua vez, impõe-se duplamente sobre a ciência (psiquiatria) por intermédio do juiz. Num primeiro momento, quando o magistrado interpreta e aplica as normas voltadas para as questões de saúde mental, tendo como parâmetro a dogmática jurídica produzida para tal – o biodireito. Num segundo momento, quando, ao decidir, em razão do princípio do livre convencimento, o juiz não é obrigado a acolher a opinião do especialista, que funciona como um auxiliar da Justiça, quer seja ela exarada num laudo pericial, quer num parecer (MUSSE, 2006, p.29).

No Brasil, a formação da Psiquiatria Forense remete para finais do século XIX. Desde as suas origens que se aliou ao Estado, utilizando, no início, as normas jurídicas para disciplinar regras de comportamento, diferenciando o *normal* do *patológico*, conforme os modelos teóricos e os tratamentos psiquiátricos prevalentes na época (ALBERTO, 2009).

Por ocasião do Seminário Internacional sobre Ética e Situações Limite, realizado na Universidade de São Paulo, Luiz Ferri de Barros (2002) apresentou a conferência sob título “Os Psicóticos e os Normais”, em que discutiu teoricamente a situação de patologia mental em relação à normalidade. Considerou que os juízos de valor e modelos ideais para a definição daquilo que é normal ou patológico não se restringe à avaliação de fenômenos sociais ou psicológicos, existindo, na tentativa humana de encontrar a *lógica da natureza*, uma contínua busca da *ideia de uma normatividade do ser vivo*. Para ele, esta seria *uma projeção a toda a natureza viva da tendência humana ao aperfeiçoamento*.

Tais juízos de valor sobre *normal* e *patológico*, quando assim aplicados ao julgamento de funções biológicas, não apenas alçam esta questão a patamares de impossível resolução como podem representar campo de perigosa incursão, como hoje se testemunha nas pesquisas e intervenções genéticas, atualmente em curso desenfreado (BARROS, 2002).

Atualmente, o campo da psiquiatria forense abrange desde a prática forense em si, de natureza estritamente pericial, a prática penitenciária, em que se estabelece uma relação médicopaciente com pessoas privadas da liberdade, passa pelo tema dos direitos do paciente e da nova legislação em atenção à saúde mental e se completa com as questões de erro médico e de sua avaliação e prevenção (EDITORIAL, 2006).

Nestas condições, localiza-se a situação da pessoa com transtorno mental que comete ilícito penal. O imputável que praticar uma conduta punível sujeitar-se-á somente à pena correspondente; o inimputável, à medida de segurança; e o semi-imputável sofrerá pena ou medida de segurança. Isto é, ou uma ou outra, nunca as duas, como ocorre em outros sistemas, como o do duplo binário. Esta imputabilidade é verificada por exame feito pelo

médico psiquiatra que é quem pode determinar se a pessoa tem ou não transtorno mental e pela natureza do delito (se punível com reclusão ou detenção).

As circunstâncias pessoais do infrator constatadas através de exame médico e a classificação do delito cometido é que determinarão qual a resposta será dada pela Justiça Penal. Se o seu estado pessoal demonstrar a necessidade maior de tratamento, cumprirá medida de segurança. Porém, se, ao contrário, esse estado não se manifestar no caso concreto, cumprirá a pena correspondente ao delito praticado, com a redução prevista (art. 26, parágrafo único).

Alves (2004) sintetiza que para a determinação ou reconhecimento da inimputabilidade do agente com a respectiva isenção da pena, conforme a sistemática adotada pela Justiça Penal, são indispensáveis três elementos ou condições: o elemento biológico (a patologia do transtorno mental), o elemento cronológico e a relação de causa e efeito entre o estado de anormalidade psíquica e o crime cometido no sentido de eliminação total da incapacidade de entender e querer do agente.

Assim, estes elementos são condições que devem ocorrer simultaneamente, se faltar qualquer um deles, haverá caso de semi-imputabilidade,

Em consequência, o agente portador de doença mental ou de um desenvolvimento mental incompleto ou retardado pode ser imputável, penalmente responsável, sofrer pena na ausência de tais exigências ou condições legais. (...) Não se pode, legalmente, perante o nosso Código Penal determinar-se a inimputabilidade do agente para isentá-lo da pena, não bastando, não sendo suficiente, assim (reafirma-se), a simples existência de um estado de anormalidade psíquica, que não vale por si mesmo, e sim em relação às consequências psicológicas, causando a ausência dos atributos psíquicos da imputabilidade (inteligência e vontade) (ALVES, 2004, p.24).

Cumprido, porém, esclarecer que sempre será aplicada a pena correspondente à infração penal cometida e, somente se o infrator necessitar de "especial tratamento curativo", como diz a lei, será aquela convertida em medida de segurança. Em outros termos, "se o juiz constatar a presença de periculosidade (periculosidade real), submeterá o semi-imputável à medida de segurança" (BITENCOURT, 2008, p. 681).

Atualmente, a Ciência Jurídica entende consensualmente que "não há uma relação direta ou necessária entre o estado de anormalidade mental do agente e o crime" (ALVES, 2004, p. 25). A Psiquiatria Forense, em outros ângulos, ousa mais, ao desenvolver estudos que refletem para a direta relação crime-transtorno mental.

Estudo desenvolvido por Josef e Silva (2009) - tendo como método uma revisão crítica da literatura que entenderam como pertinente, distribuindo-se os estudos por suas três vertentes principais: os que tratam da incidência de comportamento violento, especialmente homicida, em *doentes* mentais (este estudo utilizou o termo *doença*); os que verificam a incidência de *doenças* mentais em populações prisionais violentas ou homicidas; e estudos de prevalência baseados na comunidade – aponta para a conclusão de que há evidências de uma maior correlação entre *doença* mental e comportamento violento/homicida, entre *populações normais*, em qualquer que seja a vertente que estudaram. E verificaram que a presença de comorbidade com uso/abuso de álcool/drogas associa-se a um aumento no risco de tais comportamentos.

Josef e Silva (2009) analisam que, ressalvada a multifatorialidade que envolve a questão do comportamento violento e do homicídio, o peso do que denominam *fator doença mental* reflete para a situação que deve ser enfrentada pela psiquiatria.

Certamente, os doentes mentais não estão entre os grupos mais “perigosos” de uma sociedade, e isto deve ser clarificado. Porém, há evidências crescentes da importância de ser fornecido o cuidado adequado e específico, no âmbito psiquiátrico, àqueles que dele necessitam. Isso é especialmente verdadeiro no que diz respeito a pacientes avaliados como potencialmente violentos (DVOSKIN JA), que devem receber um manejo mais amplo e intensivo sob pena de, não raro, vir a sofrer as consequências indesejáveis, sob a forma de uma maior carga de violência para a sociedade (Josef e Silva, 2009, p.702).

Porém, o presente estudo, ao comparar os dados estatísticos do Sistema Penitenciário brasileiro na contemporaneidade (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2006; 2009), verifica que o número de pessoas acometidas de transtorno mental que cometem ilícitos penais é significativamente menor quando comparado ao número de infratores que, em tese, não sofrem de transtorno. Nos termos estatísticos, poder-se-ia dizer que os crimes cometidos por enfermos mentais não são tão preocupantes quanto às infrações mais comuns.

O estudo sobre as identidades da pessoa com transtorno mental que a presente pesquisa realizou sinaliza que, em geral, causa grande temor à sociedade esta pessoa. Isso se deve muito mais a um imaginário social de estigma (GOFFMAN, 2004) sobre suas condutas do que a uma real necessidade de controle do número de crimes cometido por esses indivíduos, pois os mesmos não são tão expressivos assim se comparados aos outros.

Neste contexto, sabe-se que há uma grande controvérsia a respeito do próprio conceito de *doença* mental, questão que extrapola as delimitações desse trabalho, mas que

merece ser mencionada para poder se *debatizar* políticas públicas que contemplem as identidades da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal. De ante mão, firmamos o nosso posicionamento conforme o Conselho Federal de Medicina (Resoluções 1.407/1994 e 1.598/2000) e o CID 10 que utilizam, expressamente, o termo “pessoas acometidas de transtorno mental”.

Conforme a Associação Brasileira de Psiquiatria (2006, p.7), “dentro do domínio da doença, inclusive psiquiátrica, existem formas clínicas leves e tanto estas como as mais graves, não são mitos e sim realidades”. Considera que os transtornos mentais e comportamentais são um conjunto de manifestações qualitativamente diferentes do ponto de vista nosológico e não um fenômeno unitário. Portanto, é tarefa da Psiquiatria Científica e da sua pesquisa, bem como de outras especialidades médicas e de outras ciências da saúde e do homem, investigar suas causas, diagnósticos e tratamentos mais efetivos e seguros.

Não obstante, há muitos teóricos que problematizam a idéia de *doença* mental ou, antes, consideram-na uma construção histórica, muito embora se aceite a hegemonia/influência em seu conceito. “Autores de Medicina legal (sobretudo) preferem a expressão *alienação* mental, e não *doença* mental, pois esta seria mais correta cientificamente” (ALVES, 2004, p. 25).

Tecnicamente, a Psiquiatria vanguardista vem utilizando o termo transtornos mentais, considerando-os como as alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, social, pessoal etc. E considerando doença como as alterações da saúde que tem uma causa determinada e com ocorrência de alterações físicas detectáveis (SCHULTE, 2009). Ressalte-se que para a ciência médica convencional, a *doença* mental seria uma alteração da saúde mental, causada por fatores biológicos, químicos ou neurológicos, sendo seu tratamento preponderantemente farmacológico (CERQUEIRA, 1984).

Outra corrente, herdeira da psicologia e das ciências sociais, entende que os fatores sociais e culturais também influenciam o surgimento do transtorno mental, ao lado das alterações físicas (GONÇALVES, 2005). Entendimentos neste sentido questionam o conceito de *doença* mental, chegando mesmo a desconstruí-lo e a associá-lo a medicamentação, tendo em vista que “a fim de garantir seu monopólio sobre a loucura, os psiquiatras promovem uma *medicamentação* não só dos portadores de transtornos mentais, mas também de toda a sociedade” (MUSSE, 2006, p.22).

Não obstante, ressalte-se que a noção de *saúde* e *doença* é uma construção social, que envolve também a noção de *normal* e *anormal*. O indivíduo é *doente* segundo a

classificação da sociedade e conforme os critérios e modalidades que ela fixa. Isto acaba por implicar que “o saber médico está intimamente articulado com o social” (FERREIRA, 1994, p. 103). E o conceito jurídico de *normal* é dado àquele que tem plena posse e pleno uso (gozo) de suas faculdades mentais (psíquicas), com uma personalidade ou conduta ajustada à maioria do grupo social, ou seja, a Justiça Penal considera como *normal* “o homem mentalmente desenvolvido, médio, comum ajustado psíquica e socialmente” (DIAS, 2004, p. 25).

Nesse sentido, destaca-se Foucault (2009), para quem a Psiquiatria, muito longe de descobrir a verdade da *doença* mental, tratou de construí-la. Szasz (1976), ícone da Antipsiquiatria, pondera que a criação da disciplina Psiquiatria foi parte integrante do processo de substituição de conceitos religiosos por conceitos científicos, que se deu em muitos outros campos. Já nos ensinamentos de Birman (1978), o núcleo central da cura psiquiátrica, muito longe da cura de uma suposta *doença* mental e da volta à normalidade, seria o tratamento moral do indivíduo. Em razão disso, chega-se a questionar (DELGADO, 2001) se o comportamento do indivíduo *cronificado* - caracterizado pelo isolacionismo, embotamento afetivo, presença de hábitos grotescos e dificuldade de realização de atividades práticas - decorre da patologia ou da própria vida asilar.

Assim, note-se que não apenas a questão do tratamento do transtorno mental é controverso, como também a própria definição da patologia mental. De qualquer forma, “as conseqüências negativas da internação prolongada do doente mental são diversas” (DELGADO, 2001, p. 191-192), como a perda do contato com a realidade externa, a submissão às atitudes autoritárias do corpo técnico, o ócio forçado, a sedação medicamentosa, a perda da perspectiva de vida para além da instituição, a perda de amigos e do contato com familiares, a desqualificação permanente do discurso e das atitudes dos internos. Assim,

Em decorrência dessa configuração institucional, o paciente passa a apresentar a chamada neurose institucional, caracterizada por apatia, ausência de interesse e iniciativa, indiferença frente a medidas tomadas contra ele, submissão, resignação diante dos fatos, incapacidade de formulação de projetos pessoais e deterioração dos hábitos pessoais, como a higiene (BARTON, 1974 *apud* DELGADO, 2001, p. 191).

Outros pontos a considerar é que a evolução da globalização, com o desenvolvimento da ciência e da técnica, é plurivalente, coexistindo oposições vindas dos mais diversos rumos entre o real e o irreal, sem que se possa decidir quais são os piores ou os melhores e quais deles vencerá. Conforme Morin (1993), as prodigiosas elucidações que o

conhecimento científico traz são acompanhadas pelas regressões cognitivas da especialização, impedindo a percepção contextual e global.

Os poderes derivados das ciências não são exclusivamente benévolos, mas também destruidores e manipulativos. Assim, o desenvolvimento técnico-econômico, desejado por e para o conjunto do mundo, revela que em quase todas as situações observadas em que a pessoa com transtorno mental infratora está inserida marcam-se por insuficiências e carências.

Neste contexto, o presente Tomo II procura interdisciplinar a Justiça Penal com a Psiquiatria Forense, como uma maneira de mediar conhecimentos que possam ser formulados como fundamentações ou mesmo diretrizes para as Políticas Públicas. Parte da premissa de que muito longe de ressocializar/tratar, o que o internamento prolongado sob o manto da medida de segurança faz é dessocializar definitivamente o indivíduo, além de deteriorar sua identidade, atribuindo-lhe *(re) significações identitárias* por demasiado prejudiciais a sua recuperação/ reinserção social.

CAPÍTULO 1 – DADOS OFICIAIS DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: PROBLEMATIZANDO PELA SITUAÇÃO DO PIAUÍ

As informações relativas ao sistema penitenciário brasileiro historicamente caracterizam-se pela escassez, pelo fato da não uniformidade e da falta de integração entre os dados que são fornecidos pelos Estados, o que certamente dificulta o levantamento de dados oficiais sobre a execução das medidas de segurança no Brasil e, no caso em tela, no Piauí. Tais fatos são entraves para uma análise crítica e mais realista dos problemas enfrentados e para a formulação de soluções mais pertinentes.

Neste contexto, os dados estatísticos que remetem à realidade enfrentada pelas pessoas com transtorno mental que cometem ilícitos no Brasil mostram-se preocupantes. Revela absoluta desproporcionalidade e desnecessidade das medidas adotadas. Com os ditos objetivos de proteger a sociedade e tratar tais doentes mentais, esses são em regra submetidos a tratamentos clinicamente e eticamente questionáveis nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico a que são remetidos, quando existentes, ocorrendo na maioria dos casos o cumprimento da medida de segurança em Hospitais Psiquiátricos ou mesmo presídios/colônias agrícolas.

A Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados elaborou o projeto das Caravanas Nacionais de Direitos Humanos com o objetivo de superar a marca tão característica da atividade política brasileira: a distância que separa os governantes dos concernidos por suas decisões. Os relatórios das primeiras visitas marcam os anos de 2000, frutos das visitas realizadas na I Caravana Nacional de Direitos Humanos em relação à situação dos manicômios judiciais brasileiros. Titulada “Uma Amostra da Realidade Manicomial Brasileira”, a I Caravana investigou a realidade manicomial no Brasil, abrangendo tanto hospitais psiquiátricos comuns, quanto Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, esses ligados à execução penal.

O relatório desta I Caravana oferece aos interessados uma amostra da cruel realidade manicomial brasileira. Ele não abrange todos os Estados, mas reflete que as clínicas visitadas são representativas dos maiores problemas enfrentados em cada um dos Estados visitados.

Porém, este relatório, não obstante, apresenta uma situação que está a indicar a permanência de um modelo anacrônico de atenção à saúde mental no Brasil e, portanto, indica

a necessidade de mudanças urgentes. É uma resultante de uma tomada de posição em favor dos seres humanos que permanecem esquecidos e abandonados atrás dos muros e das grades dos manicômios brasileiros.

Assim, com esta I Caravana, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados apresentou algumas sugestões ao Ministério da Saúde e às autoridades locais nos Estados com o objetivo de contribuir para a superação de parte das dificuldades que foram encontradas. Tal documento obteve grande repercussão e serviu como um dos marcos no direcionamento dos estudos jurídicos relativo a tais pessoas, subsidiando várias pesquisas e projetos e até mesmo justificando estudos.

As recomendações que fizeram possuem o evidente sentido de caracterizarem medidas possíveis e preliminares que permitam avançar na construção de um novo modelo, tendo em vista que os problemas referentes à reforma psiquiátrica no Brasil são complexos. Demandam um período de transição capaz de permitir que o antigo modelo hospitalocêntrico e asilar seja definitivamente superado por um novo modelo capaz de oferecer as pessoas acometidas de transtorno mental condições efetivas de tratamento e integração social.

Em torno destes fatos e de outras sugestões possíveis, considerou-se que seja possível a conjugação de esforços entre a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados e o Ministério da Saúde. Assim, entre as recomendações, houve a sugestão de: que o Ministério da Saúde se posicionasse publicamente em favor da reforma psiquiátrica brasileira, emprestando seu apoio a todas as tratativas políticas necessárias; e que o Ministério da Saúde realizasse uma auditoria nacional nas clínicas e hospitais psiquiátricos brasileiros.

Houve também a sugestão de que o Ministério da Saúde desenvolvesse uma política específica que desestimulasse as internações psiquiátricas abusivas e desnecessárias, remunerando serviços de atenção em saúde mental, inclusive aqueles eventualmente mantidos por clínicas e hospitais, de natureza ambulatorial e comunitária; que o Ministério da Saúde elaborasse uma política específica de atenção e auxílio aos familiares de pessoas com transtorno mental comprovadamente carentes, remunerando seus cuidados em um valor de aproximadamente 50% da diária repassada aos hospitais; e que o Ministério da Saúde fortalecesse todos os serviços alternativos à internação psiquiátrica, notadamente os NAPS e CAPS, generalizando experiências do tipo para todas as regiões.

Outras sugestões foram as de que o Ministério da Saúde realizasse um levantamento minucioso a respeito do consumo de medicamentos nas clínicas e hospitais psiquiátricos brasileiros; que o Ministério da Saúde elaborasse uma portaria específica regulamentando o emprego de eletroconvulsoterapia (ECT) no Brasil no sentido de restringi-

la; que o Ministério da Saúde e o Governo Federal elaborassem uma campanha nacional de combate ao preconceito contra estas pessoas, combatendo os mitos da periculosidade e da incapacidade civil dos pacientes acometidos de *sofrimento psíquico*; que o Ministério da Saúde elaborasse política específica para generalizar a experiência de lares abrigados para pacientes que perderam seus vínculos familiares; e que o Ministério da Saúde estabelecesse um prazo para que os pacientes dependentes químicos (alcoolismo e *drogaditos*) fossem todos transferidos para instituições ou centros de tratamento de natureza não-psiquiátrica.

Foram também recomendações as de que o Ministério da Saúde elaborasse uma portaria específica proibindo a realização de neurocirurgias em pacientes psiquiátricos; que o Ministério da Saúde, após vistoria criteriosa, estabelecesse termo de ajustamento com as clínicas e hospitais onde se verificasse a vigência de uma concepção prisional e asilar no trato com as pessoas com transtorno mental sob pena de descredenciamento; que o Ministério da Saúde, em ação conjunta com os Estados, elaborasse um diagnóstico preciso sobre a realidade dos manicômios judiciários brasileiros.

Com essas medidas, muitos foram os marcos que se tiveram. Mas tais ficaram principalmente adstritos à teoria. Na prática, apesar do decurso de tempo desta I Caravana até os dias atuais, as situações de iniquidades nas quais as pessoas com transtorno mental estão submetidas ainda são muitas e grotescas.

Por óbvio, medidas dessas naturezas conforme foram recomendadas deveriam se fazer acompanhar por um intenso trabalho de preparação, capacitação e esclarecimento. Deveria cumprir, ainda, um relevante papel social, amparando pessoas com transtorno mental em situação de miséria. Porém, a realidade empírica aponta que muito não foi cumprido, nem sequer houve esforços da adoção de Políticas Públicas no sentido de se cumprir.

Além dessas recomendações ao Ministério da Saúde, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal oficiou as autoridades estaduais, governos locais, Assembléias Legislativas e Ministério Público, para que outras medidas ao alcance dessas instituições possam ser tomadas no prazo mais curto de tempo. Fizeram parte da I Caravana de Direitos Humanos os até então deputados Marcos Rolim, Presidente da Comissão de Direitos Humanos; Deputado Fernando Gabeira, Membro da Comissão de Direitos Humanos; Deputado Paulo Delgado, Autor do projeto original da Lei da Reforma Psiquiátrica; Deputado Dr. Rosinha, Autor da Lei Paranaense de Reforma Psiquiátrica.

Porém, ressalte-se que apenas recentemente esforços mais expressivos têm se realizado, através do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), ligado ao Ministério da

Justiça, na tentativa de conferir maior exatidão às situações encontradas no sistema penitenciário brasileiro e, em decorrência lógica, na execução das medidas de segurança.

Nesse sentido, foi formulado o documento “Sistema penitenciário no Brasil: dados consolidados” (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2006). Este documento trata de dados referentes a dezembro de 2004 e dezembro de 2005, baseados em informações fornecidas pelas próprias instituições ligadas à execução penal, através do Sistema Integrado de Informação Penitenciária (InfoPen). Por essa razão, como o próprio DEPEN admite na apresentação do trabalho, esse documento é ainda incompleto, pois muitas instituições não se manifestaram ou forneceram apenas parte das informações requeridas.

Não obstante, trata-se de documentação muito importante no sentido de ter apontado para possíveis contribuições do levantamento total a respeito do sistema penitenciário brasileiro. Com efeito, nova edição do documento foi publicada em 2007 e em 2008 (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2009), mostrando que a tendência de sistematização dos dados do sistema penitenciário brasileiro poderá ser cada vez mais aprimorada.

Conforme levantamento realizado através do InfoPen (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2006), em 2004 havia três mil e cinqüenta e sete (3057) pessoas submetidas à medida de segurança no Brasil, sendo duas mil oitocentos e sete (2807) homens e duzentas e cinquenta (250) mulheres. Em 2005 havia três mil oitocentos e quarenta e cinco (3845) indivíduos cumprindo a medida, sendo que do número total três mil seiscentos e cinquenta e seis (3656) eram homens e cento e oitenta e nove (189) eram mulheres. Mil quatrocentos e quarenta e sete (1447) homens e noventa e oito (98) mulheres cumpriam, naquela data, medida de segurança detentiva (internação), ao passo que dois mil duzentos e nove (2209) homens e noventa e uma (91) mulheres estavam submetidos à medida de segurança restritiva (tratamento ambulatorial).

O levantamento apresenta também a distribuição do número de pessoas que cumpriam medida de segurança por Estados. No entanto, tal quadro apresenta diversas incongruências, pois muitas instituições prestaram informações errôneas ou incompletas, ou simplesmente não as forneceram. Assim, os dados consolidados não representam exatamente a realidade da execução das medidas de segurança em cada Estado brasileiro.

A expectativa é a de que, nos próximos anos, as instituições forneçam dados precisos e atualizados, para que o levantamento corresponda cada vez mais à realidade. De qualquer forma, o esforço é válido no sentido do início de uma sistematização dos números relativos à pessoa com transtorno mental à disposição da Justiça.

O fato de, hoje, o país não possuir um banco de dados com informações constantemente atualizadas e precisas sobre o sistema penitenciário, dificulta a atuação estratégica do Governo Federal em relação ao tema. Além da importância para a divulgação estatística, o objetivo do governo é usar o Infopen como uma ferramenta de gestão no controle e execução de ações, articuladas com os Estados, para o desenvolvimento de uma política penitenciária nacional integrada. Ademais, é evidente que a política penitenciária nacional só se faz com a adesão e a plena integração dos Estados, do Poder Judiciário e do Ministério Público.

Os dados que devem constar no sistema incluem desde a quantidade de vagas em relação à população habitacional dos Estados, o custo mensal do preso, a estrutura funcional dos estabelecimentos, até o grau de instrução e de experiência profissional do apenado. O Sistema foi criado e será gerenciado pelo DEPEN, sendo um programa de coleta de dados, com acesso via Internet, que será alimentado pelas secretarias estaduais com informações estratégicas sobre os estabelecimentos penais e a população prisional.

Assim, o InfoPen mostra-se como um mecanismo de comunicação entre os órgãos de administração penitenciária, criando “pontes estratégicas” para os órgãos da execução penal, possibilitando a execução de ações articuladas dos agentes na proposição de políticas públicas. O objetivo geral do InfoPen é oferecer à União informações confiáveis, subsidiárias à administração do Sistema Penitenciário Nacional e para o direcionamento de Políticas Públicas neste mesmo âmbito (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2009).

Seus objetivos específicos são: interligar todos os estabelecimentos prisionais (estaduais e federais) com o DEPEN do Ministério da Justiça; obter um panorama atualizado sobre a situação prisional e processual dos presos e internados no território brasileiro; e processar outros informes estratégicos que nortearão a adoção de posturas públicas dentro do contexto penitenciário nacional. Os benefícios esperados são a maior eficiência e visibilidade no acompanhamento das penas, dos presos e da realidade de cada estabelecimento de execução penal, o cadastro único de instituições, de presos, de servidores, advogados e visitantes; e suprir de informações o processo de tomada de decisão penitenciária e ações de inteligência e de contra-inteligência penitenciária (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2009).

O levantamento do Sistema Penitenciário Nacional fornecido pelo InfoPen do DEPEN apresenta a distribuição do número de pessoas que cumpriam medida de segurança por Estados. No caso do Piauí este levantamento apresenta diversas incongruências. Os dados consolidados não representam exatamente a realidade da execução das medidas de segurança neste Estado e apontam para graves entravamentos no planejamento das Políticas Públicas.

Nas realidades do Piauí, conforme as referências de junho de 2008 do InfoPen (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2009), a quantidade de internados do Sistema Penitenciário quantifica para medida de segurança modalidade internação, 8 homens e duas mulheres. E para medida de segurança modalidade tratamento ambulatorial, o total de 49 homens e zero mulheres. Sabe-se que os dois locais do Estado que abrigam estas categorias são a Penitenciária Agrícola Major César, na qual é reservado um setor para estas pessoas e o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu.

Contrastando estes dados, a pesquisa de campo apontou para considerações que mostram desconformidades com tais dados e outras pesquisas ajudaram no amadurecimento com relação a estas constatações. Cite-se o trabalho de orientação da enfermeira Adriana Parente (OLIVEIRA et al, 2008) que aborda a caracterização dos casos de internação compulsória por atos criminosos em um Hospital Psiquiátrico e teve como local de estudo o Hospital Areolino de Abreu e como universo da pesquisa o número de casos de internação compulsória no ano de 2007 (referido estudo detectou 32 casos de internação compulsória).

Este estudo (OLIVEIRA et al, 2008), tipicamente quantitativo exploratório, descritivo e retrospectivo, permite uma descrição objetiva dos dados do Hospital Areolino de Abreu no ano de 2007, reduzindo-os a proporções controláveis, o que ampliou a precisão dos resultados. Quanto ao sexo, considerando as internações do ano de 2007, teve-se o número de 65,6 % referente à categoria masculina e 34,4% à categoria feminina. Com relação à faixa etária, o estudo observou 43,8% nas idades entre 30 a 39 anos; 28,1% entre as idades de 20 a 29 anos; e 18,8% entre 40 a 29 anos. Detecta que 31,3% dos prontuários não forneciam informações sobre a vida profissional das pessoas pesquisadas; e quando forneciam houve o seguinte predomínio: lavrador (21,9%), do lar (18,8%), e desempregado (12,5%).

Outro estudo que retrata esta realidade, titulado “Condição Masculina na Vivência com o Transtorno Mental” e coordenado pela professora Lúcia Rosa (ROSA; GUIMARÃES; BRANCO; 2008), dinamiza o perfil sociodemográfico das pessoas do sexo masculino em tratamento no Hospital Areolino de Abreu, no segundo período de 2007. Suas principais ferramentas para a coleta de informações foram o questionário e a entrevista semiestruturada. O desenvolvimento da pesquisa sinalizou a importância do gênero no cotidiano interventivo e investigativo dos trabalhadores em saúde mental. Destaca este estudo que nos prontuários dos sujeitos analisados, majoritariamente aparece como queixa principal a agressividade (52,9%), a agitação (24,47%), sendo esses sintomas evidência do principal diagnóstico dessa população: a Esquizofrenia Paranóide.

Ressalte-se também o estudo desenvolvido por Ediwyrton de Freitas Moraes Barros (2009) que traça um perfil sóciodemográfico de indivíduos do sexo masculino que estão em cumprimento de medida de segurança em Teresina, bem como avalia seus antecedentes mórbidos e de tratamento, verificando as comorbidades associadas e conhecendo os aspectos criminológicos e vitimológicos relacionados. Os resultados apontaram que houve o relato de antecedentes psiquiátricos para 91,4% da amostra (35 homens, em 2008), mas apenas um terço fazia tratamento regular. Apenas 17,1% da amostra possuíam antecedentes criminais. Os diagnósticos mais frequentes foram esquizofrenia (68,5%) e retardo mental (20%). A vítima preferencialmente pertencia ao convívio íntimo dos criminosos (74,3%), sendo atacada por arma branca ou objeto contundente.

Então, verifica-se a disparidade entre os dados oficiais e os dados não-oficiais. Porém, a expectativa é a de que as instituições forneçam dados precisos e atualizados, para que o levantamento corresponda cada vez mais à realidade. A disponibilização de dados fidedignos e com grande proximidade da realidade são de grande valia, mostram as reais dimensões, apontam para a necessidade de investimentos por parte das Políticas Públicas e, por isso, devem ser expostos e não mascarados.

CAPÍTULO 2 – ANOTAÇÕES SOBRE O INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

As medidas de segurança são consequências jurídicas do delito, de caráter penal, orientadas por razões de prevenção especial. Por isto são tidas como critérios de política pública criminal. Consubstanciam-se na reação do ordenamento jurídico diante de determinada situação mental revelada pelo infrator após a prática de um delito. Assim, “o objetivo primeiro da medida de segurança imposta é impedir que a pessoa sobre a qual atue volte a delinquir, a fim de que possa levar uma vida sem conflitos com a sociedade” (PRADO, 2009, p. 704).

Historicamente, conforme Pierangeli (2001, p.421), foram inspiradas “no modelo italiano que aperfeiçoou a proposta difundida por C. Stoos no Projeto de Código Penal Suíço de 1894”. No Brasil, representam inovação do Código Penal brasileiro de 1940. Desde suas origens que ficou evidente que “não é uma pena imposta ao indivíduo, mas antes uma medida preventiva que tem como fundamento a periculosidade apresentada pelo agente, seja ele responsável ou não” (HUNGRIA, 1955, p. 349).

O transcorrer histórico aponta para diversos sistemas jurídicos de medida de segurança. São três os principais sistemas propostos quanto à sua aplicação, são eles: sistema dualista, sistema monista e sistema vicariante.

O sistema dualista, também denominado duplo binário, é resultado da concepção suíça de C. Stoss, que propugna a vinculação da pena à culpabilidade e da medida de segurança à periculosidade. De acordo com esse sistema, é permitida a imposição a um mesmo indivíduo de pena e de medida de segurança, sucessivamente.

O atual Código Penal desvencilhou-se de vez do sistema do duplo binário. Esse esquema, por seu artificialismo, não funcionou em parte alguma, estando hoje em completo descrédito (PADRO, 2009).

Tal descrédito se deu parte pela insuficiência do juízo de periculosidade, parte pela inexistência de estabelecimentos adequados e pela falta de pessoal técnico capacitado. Desse modo,

A reforma penal deixou de aplicar, aos inimputáveis, pena privativa de liberdade e medida de segurança, internando-os em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou podendo submetê-los a mero tratamento ambulatorial, se para o crime praticado fosse aplicável pena detentiva. Mais ainda: enquanto a sistemática penal anterior impunha ao semi-imputável,

sucessivamente, pena privativa de liberdade e medida de segurança, o estatuto vigente aplica somente pena privativa de liberdade (art. 26, parágrafo único), ou "necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação ou tratamento ambulatorial" (COSTA JÚNIOR, 2009, p. 299).

Por outro lado, o sistema monista conjuga três tendências, a saber: I) absorção da pena pela medida de segurança; II) absorção da medida de segurança pela pena; III) unificação das penas e das medidas de segurança em outra sanção distinta, com duração mínima proporcional à gravidade do delito e máxima indeterminada, sendo a execução ajustada à personalidade do delinquente e fins de readaptação social (PRADO, 2009).

Evolutivamente, o sistema vicariante aplica aos imputáveis unicamente a pena ou a medida. O estatuto penal vigente adotou o sistema vicariante (ou unitário). Esclarece a sua própria Exposição de Motivos: "Extingue o projeto a medida de segurança para o imputável e institui o sistema vicariante para os fronteiros. Não se retomam como tal método, soluções clássicas. Avança-se pelo contrário, no sentido da autenticidade do sistema. A medida de segurança de caráter meramente preventivo e assistencial ficará reservada aos inimputáveis. Isso, em resumo, significa: culpabilidade – pena; periculosidade – medida de segurança. Ao réu perigoso e culpável não há razão para aplicar o que tem sido, na prática, uma fração de pena eufemisticamente denominada medida de segurança".

Desde que inimputável o agente, desprovido de capacidade para entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, não poderá ser inculcado, nem suportar a pena. Falta-lhe a indispensável capacidade de culpa, porque a sua escolha não é livre; falta-lhe ainda o pressuposto para absorver a sanção penal, como reprimenda pelo ato praticado.

Trata-se de uma nova vertente do sistema dualista pelo qual se impõe pena ou medida de segurança ao semi-imputável, vedada a aplicação cumulativa ou sucessiva. Assim, a pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (arts. 26, parágrafo único, e 98, CP).

Contemporaneamente, tem-se considerado que a aplicação da medida de segurança implica tanto em critérios de política criminal (segurança pública), como também de saúde pública (MUSSE, 2006). O tratamento da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal deve ocorrer em estabelecimento inserido dentro do Sistema

Penitenciário. Este, porém, deverá ser tido como uma questão de saúde pública, adequando-se às peculiaridades desta pessoa e sendo conduzidos pelos profissionais adequados, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

Segundo o Código Penal brasileiro, são requisitos da medida de segurança que o indivíduo tenha distúrbio mental e que apresente perigo para si ou para terceiros, sendo previsível que ele pratique novos delitos. A sua aplicação deverá necessariamente ser posterior à prática do crime, não tendo que se falar em medida de segurança preventiva. Ademais,

O papel do Judiciário é central na temática da medida de segurança, pois somente ao juiz compete impor o cumprimento da referida medida, seja provisoriamente, seja no momento da prolação da sentença, absolutória ou condenatória, quer no curso da execução da pena ou no período em que ela deveria estar sendo cumprida, pelo condenado ou se entender que o indivíduo absolvido, seja perigoso e não tenha transcorrido o prazo mínimo previsto para o cumprimento da medida de segurança (MUSSE, 2006, p. 120).

A individualização da medida de segurança, bem como acontece com as penas em geral, é competência exclusiva do Poder Judiciário. O Estado-Juiz poderá requerer todo e qualquer meio de prova que entender necessário para firmar o seu convencimento. Contemporaneamente, discute-se sobre as *propostas de individualização administrativa* (MUSSE, 2006), em que caberia ao diretor do estabelecimento destinado à sua execução desta medida a sua devida individualização, conforme cada caso concreto.

Porém, sabe-se que o direito pátrio não adota este posicionamento e o mesmo possivelmente se mostra contrário ao princípio do Juiz Natural, que indica a competência preconizada pela Constituição para o Estado-Juiz dirimir os litígios que lhe são expostos, significando três coisas relacionadas entre si, a saber: “la necesidad de que el juez sea preconstituido por la ley y no constituido post factum; la inderogabilidad y la indisponibilidad de las competencias; la prohibición de jueces extraordinarios y especiales” (FERRAJOLI, 2001, p.590). Ressalte-se que tal questão é instigante para as propostas alternativas como a desinternação progressiva.

Acerca da natureza jurídica das medidas de segurança, discute-se se teriam caráter jurídico-penal ou meramente administrativo. Na prática, tal situação encontra grande relevância. Exemplo é o caso de *transinstitucionalização* entre a Secretaria de Saúde do Piauí – SESAPI e o Poder Judiciário do Piauí.

O Estado-Juiz ordena que compulsoriamente seja cumprida a medida de segurança pela Alta Administração do Hospital Areolino de Abreu. Mas este, através da SESAPI, nem sempre concorda com tal cumprimento e, muitas vezes, considera que lá não seria o local ideal para o cumprimento, chegando algumas vezes a não aceitar. Ocorre que o Poder Judiciário, por entender que a natureza jurídica desta medida é jurídico-penal, determina a internação compulsória. Mesmo problema também coexiste em diversas situações práticas, como nos casos de alta médica, que nem sempre são entendidas pelo Poder Judiciário, recebimento de visitas, concessão de benefícios e etc.

O Código Penal em vigor prevê duas espécies de medida de segurança:

1) Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

Essa espécie é chamada também de medida detentiva. Na falta de hospital de custódia e tratamento, pode ser cumprida em outro estabelecimento *adequado*.

A nova terminologia adotada pela última reforma penal não alterou em nada as condições dos deficientes manicômios judiciários, já que nenhum Estado brasileiro construiu os novos estabelecimentos. Essa espécie de medida de segurança é aplicável tanto aos inimputáveis quanto aos semi-imputáveis (arts. 97, caput, e 98 do CP) que necessitem de especial tratamento curativo.

Analisa-se que *custódia e tratamento psiquiátrico* não passa de uma expressão idealizadora utilizada pelo legislador da Reforma Penal de 1984 para transformar o deficiente manicômio judiciário em um ambiente adequado. Ocorre que, ressalte-se, apesar da boa intenção do legislador, nenhum Estado brasileiro investiu na construção dos novos estabelecimentos.

O que seria *estabelecimento adequado*? A lei não enumera taxativamente, mas possivelmente reflete para tal, quando expressa que o internado tem direito de ser "recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares", para se submeter a tratamento (art. 99 do CP). Ironicamente, por apresentarem características hospitalares, os manicômios judiciários têm sido considerados pelos Juízes como estabelecimentos adequados.

Embora sem definir o que seja local com dependência médica adequada e sem distingui-lo do estabelecimento adequado, a verdade é que, enquanto este se destina à internação, aquele se destina ao tratamento ambulatorial (art. 101 da Lei de Execução Penal), quando não houver hospital de custódia e tratamento.

2) Sujeição a tratamento ambulatorial

A medida de segurança detentiva (internação), que é a regra, pode ser substituída por tratamento ambulatorial se o fato previsto como crime for punível com detenção (não poderá quando for punido com reclusão, que é a pena adotada para crimes considerados de maior potencial ofensivo). Essa medida consiste na sujeição a tratamento ambulatorial, através do qual são dados cuidados médicos a pessoa submetida a tratamento, mas sem internação, que poderá tornar-se necessária, para fins curativos, nos termos do § 4 do art. 97 do Código Penal.

Comparativamente, conforme a Ciência Jurídica portuguesa, para Dias (2005, p. 429) as medidas de segurança “legitimam-se na necessidade de defesa social, para prevenir novas práticas de ilícito-típicos pelo inimputável que já cometera um fato dessa ordem”. Cumpre registrar que a idéia de defesa social por si só não basta.

A medida de segurança só deve ser aplicada quando a restrição da liberdade da pessoa com transtorno mental for consideravelmente menor que a ofensa que provavelmente ocorreria aos bens jurídicos de terceiros, caso não fosse imposta a medida. Desta forma, ela só pode ser aplicada

para defesa de um interesse comunitário preponderante e, por conseguinte, em medida que se não revele desproporcional à gravidade do ilícito-típico cometido e à perigosidade do agente [...] só deste modo se poderá aceitar que a aplicação da medida de segurança, não sendo função da ideia jurídico-penal de culpa, nem encontrando nesta o seu limite, todavia constitua uma reacção aceitável nos quadros do Estado de Direito e de modo algum violadora do respeito absoluto pela dignidade da pessoa (DIAS, 2005, p. 429-430).

Ademais, a contenção da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal, emanada da prevenção especial negativa da medida de segurança, é o que possibilitaria a efetivação de seu tratamento, ou seja, a realização da prevenção especial positiva com reabilitação. Assim,

o propósito socializador deve, sempre que possível, prevalecer sobre a intenção de segurança, como é imposto pelos princípios da socialidade e da humanidade que (...) dominam a nossa constituição político-criminal; e consequentemente que a segurança só pode constituir finalidade autónoma da medida de segurança se e onde a socialização não se afigure possível. Até porque (...) através da segurança, como tal, não se torna possível lograr a socialização; enquanto esta, quando tenha lugar no quadro de uma medida institucional, arrasta consigo um elemento de segurança pelo tempo do internamento respectivo (DIAS, 2005, p. 424-425).

Em outras palavras, conforme o entendimento doutrinário contemporâneo (PRADO, 2009), a finalidade preventivo-especial positiva deve prevalecer sobre a negativa. O tratamento do submetido à medida de segurança é a expectativa primordial da sua execução, enquanto a aplicação legal consiste em aspecto secundário, a viabilizar o primeiro. Então, o aspecto negativo de aplicar o tratamento que a lei penal determina, regra geral, não pode consistir em finalidade autônoma da medida de segurança.

CAPÍTULO 3 – PRESSUPOSTOS JURÍDICOS PARA APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

3.1 Antecedentes históricos

As simbologias de violência e periculosidade associadas às pessoas com transtorno mental mostram-se como uma construção histórica, ocorrendo e se modificando nas diversas épocas. Tal fato influencia decisivamente no entendimento de como se desenvolveram os pressupostos jurídicos para a aplicação de medidas penais protetivas em relação a estas pessoas e ao caso delas terem cometido ilícito penal.

Na Antigüidade, estas pessoas caracterizavam-se como de ordem sobrenatural. Eram concebidas como mensageiras dos deuses e, assim, imprescindíveis para decifrar as mensagens divinas, situando o homem na condição de mais próximo do desconhecido, mais próximos dos deuses (SERRANO, 1982).

Na Idade Média, as pessoas acometidas de transtornos mentais passaram de assessores divinos para pessoas com mentes e espíritos bruxos, contrariando, portanto, os dogmas da sociedade, regida então pela Igreja. As pessoas que não estavam inseridas no regime religioso eram consideradas loucas, como mendigos, desempregados, vagabundos, inválidos, doentes, idosos e promíscuos sexuais. Ao invés dos médicos, existiam os exorcistas e os teólogos e os confinamentos eram os locais ideais para a proximidade com os dogmas da religião (SERRANO, 1982).

Foucault (1997) aponta para a situação de que ao final da Idade Média, por volta do século XV, o problema da lepra *desapareceu* e, com isso, um vazio apareceu no espaço do confinamento. Se toda a preocupação do poder real em torno do controle dos leprosários desapareceu, esse acontecimento não representou o efeito da cura exercido pelas práticas médicas, mas uma ruptura que ocorreu no modo de entender e de se relacionar com a lepra e com o confinamento. Esta situação é relevante, sendo retomada num sentido inteiramente novo para caracterizar outro fenômeno: a loucura.

Já no início da Idade Moderna, devido às transições e a revolução social cuja base consistiu na substituição do modo de produção feudal pelo modo de produção capitalista (NADAI, NEVES, 1989), surgiram os espaços mais precisos destinados ao abrigo daqueles que eram tidos como loucos (incluindo mendicância, desempregados, prostitutas, inválidos). O objetivo era limpar a sociedade e deixá-la decisivamente só com aqueles capazes de

produção. Os desvios de comportamento do que se considerava como normalidade começou a ganhar destaque para assumir seu aspecto patológico (CERVENY, 1994).

É a partir da metade do século XVII, conforme Foucault (1997), que a ligação entre a loucura e o internamento ocorrerá. O internamento mostra-se importante para Foucault (1997) por duas razões: por ele ser a estrutura mais visível da experiência clássica da loucura e porque será exatamente ele que provocará o escândalo na idéia de uma libertação dos loucos.

Os enclausurados nestes espaços viviam nas mais precárias condições de higiene e alimentação. Não recebiam nem sequer tratamento médico adequado, pois a loucura ainda não tinha adquirido o condão de caráter patológico e eram vítimas de trabalhos forçados, até mesmo como forma de punição e diminuição do ócio. Tais espaços eram denominados de hospitais gerais e tinham uma ordem social de exclusão, assistência e filantropia para os desafortunados abandonados pela sorte divina e material (SERRANO, 1982).

Por volta do começo do século XVIII nasce uma nova reflexão sobre a doença que é animada por relações entre a doença e a vegetação. É nessas novas normas médicas que a loucura se integra e o espaço dessa classificação se abre, sem entravamentos, para a análise da loucura (FOUCAULT, 1997).

Com o advento da Revolução Francesa, influenciada pelos ideais do Iluminismo e da Independência Americana de 1776, deu-se início à Idade Contemporânea e houve a abolição da servidão e dos direitos feudais, proclamando-se os princípios universais de "*Liberdade, Igualdade e Fraternidade*" (COGGIOLA, 1994). Tal contexto repercutiu nas tentativas de diminuição das marcantes sequelas da internação.

Na França do século XVIII, Philippe Pinel, considerado o "pai da Psiquiatria" e um dos precursores do tratamento moral (consistia na terapêutica médica por meio do trabalho), separou pela primeira vez os doentes mentais dos outros internos. Objetivava executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los.

Mesmo com a decadência do tratamento moral, seu exemplo foi seguido por vários países, que desenvolveram o tratamento por meio da ocupação (no Brasil, por exemplo, Dom Pedro II utilizava a oficina como instrumento da prática médica). Suas práticas abriram margem para o aparecimento de seguidores interessados em acabar cada vez mais com as práticas brutais.

Foucault (1997) problematiza a idéia de confusão que é atribuída à percepção clássica da loucura e a noção de que a ciência positiva do final do século XVIII diferencia o louco nesse confinamento que internava, no mesmo local, o enfermo, o libertino, a prostituta,

o mendigo, sem indicar nenhuma diferença entre eles. E a partir do desenvolvimento, ao longo do século XVIII, desse conjunto médico-doente, ele passará a apresentar-se como o elemento constituinte do mundo da loucura.

Ao final do século XVIII e principalmente a partir do século XIX, estes fatos de diferenciação do louco com os demais internos gera certa confusão entre criminosos e loucos e provoca espantos na sociedade (FOUCAULT, 2008).

Surge então uma distinção, completamente estranha à Era Clássica. Começou-se a se constituir: doenças físicas e doenças psicológicas ou morais. Essa distinção se tornou possível somente quando, no século XIX, a loucura e a sua cura foram introduzidas no jogo da culpabilidade. Essa diferenciação entre o físico e o moral apareceu somente quando a problemática da loucura se deslocou para uma interrogação do sujeito responsável, associando assim crime e loucura (FOUCAULT, 2008).

O século XIX, então, conseguiu unir os conceitos da teoria médica e o espaço do internamento. Foi aí que nasceu essa relação que era totalmente estranha ao Classicismo, entre medicina e internamento e que possibilitou, assim, o nascimento da Psiquiatria positivada e do Asilo de Alienados do século XIX (FOUCAULT, 2009).

Foucault (1997) afirma que, ao tentar fazer a história do louco, o que ele fez foi a história “daquilo que tornou possível o próprio aparecimento de uma Psiquiatria” (Foucault, 1997, p. 522). Foucault (2009) entende que as condições históricas foi que geraram as possibilidades para o surgimento da Psiquiatria. E as influências do fator cultura possibilitaram a concessão de pressupostos jurídicos para distinguir o louco do criminoso e saber até que ponto o louco é um criminoso.

No século XX, o tratamento moral de Pinel constituiu-se um grande início do movimento de Reforma Psiquiátrica, que teve como ponto de partida as experiências de Franco Basaglia, psiquiatra italiano, a partir da década de 1970. Ele e sua equipe mostraram ser possível haver uma nova Psiquiatria, capaz de romper com os padrões psiquiátricos da loucura como um fenômeno exclusivamente médico-clínico sem, contudo, negar a doença mental, no entanto, negando o monopólio da Psiquiatria sobre a complexidade de tal fenômeno.

Basaglia (1985) acreditava na produção de vida através da utilização de novas descobertas em subjetividades e possibilidades. Seus estudos apontaram para o fato de que se deve objetivar a sociabilização, humanização e produção da pessoa acometida de transtorno mental. Desde o início que defendia a noção de que o louco era, acima de tudo, um cidadão, e assim teria direito a receber uma assistência digna do seu sofrimento.

Apesar das ainda reinantes resistências às idéias de Basaglia, iniciou-se no mundo ocidental um processo de esvaziamento dos hospitais psiquiátricos, face as propostas de construção de outras formas de assistência. Estruturou-se uma equipe aberta muito produtiva e viu-se que era imprescindível o respaldo dos serviços da previdência social, que garantisse um tratamento baseado na dedicação e num maior tempo disponível para cada paciente.

Com forte pressão popular, em 1978 foi aprovada pelo Parlamento italiano a Lei n. 180, que proibia novas internações em manicômios, determinando seu esvaziamento progressivo e definindo a necessidade da criação de estruturas territoriais que respondessem à demanda, abolindo a ligação imediata e necessária entre a doença e a noção de periculosidade social.

Muitos são os avanços que as observações empíricas constataam no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, refletindo para importantes conquistas, apesar da ainda existência do modelo *hospitalocêntrico*. Dentre estes avanços destacam-se: ações de saúde mental em UBS (unidades básicas de saúde), unidades ambulatoriais de atenção intensiva em saúde mental (hospitais-dia, CAPS - centros de atenção psicossocial), centros de convivência, unidade de saúde mental em hospital geral (emergência e enfermaria), isoladamente ou integrados em sistemas de referência e contra-referência.

Neste sentido, tais fatos repercutem na Ciência Jurídica. E em relação à pessoa acometida de transtorno mental que cometeu ilícito penal e encontra-se à disposição da Justiça no manto da medida de segurança verifica-se que este contexto acaba por exigir a existência de pressupostos para que seja aplicada esta medida protetiva (tanto proteger a sociedade do indivíduo que venha a cometer delito, como proteger ele mesmo de sua autoagressão).

Porém, precisamente em relação ao caso brasileiro e ao instituto da medida de segurança, no Código Penal de 1940, observava-se a presença de uma medida de segurança como necessidade jurídica para reprimir e também para prevenir o delito através da verificação da periculosidade do agente infrator da lei. Através dessa medida, cabia aos psiquiatras avaliar o estado daqueles indivíduos que tivessem cometido algum ilícito penal, para apurar se os mesmo eram perigosos.

Em 1984, a Parte Geral do nosso Código Penal foi revista e revisitada. “Passou-se a reservar a qualificação de periculosidade social, de forma muito preconceituosa, apenas para os doentes mentais que venham a infringir a Lei” (COHEN, 1999). Assim, a medida de segurança fica restrita hoje apenas para as pessoas acometidas de transtornos mentais que forem considerados penalmente inimputáveis. Tal fato acaba por vincular “a periculosidade social às doenças mentais e estigmatizando os portadores das mesmas” (COHEN, 1999).

Então, atualmente, conforme o professor associado do Departamento de Medicina Legal e Ética Médica da Faculdade de Medicina da USP Cláudio Cohen (1999), com as inovações no Código Penal de 1984 na legislação brasileira penal apenas as pessoas acometidas de transtornos mentais passaram a ser considerados perigosos. Isto fez com que a população brasileira muitas vezes tenha feito uma associação errônea entre doença mental e criminalidade.

3.2 Pressupostos da Justiça Penal

Existem no sistema jurídico penal brasileiro três figuras quanto a aplicações ou não de pena: o imputável (a quem se aplica pena), o semi-imputável (a quem se pode aplicar pena ou medida de segurança) e o inimputável (a quem se aplica apenas a medida de segurança).

A legislação penal, ao utilizar a Teoria Finalista, considera imputáveis os maiores de 18 anos que possuam os elementos básicos da dogmática da culpabilidade: higidez mental com capacidade de culpabilidade, consciência da ilicitude e exigibilidade da conduta (PUIG, 2009). Faltando um destes elementos, não existirá a culpabilidade e o agente não será punido com pena.

“Imputabilidade é a capacidade de culpabilidade, é a aptidão para ser culpável (...) não se confunde com responsabilidade, que é o princípio segundo o qual a pessoa dotada de capacidade de culpabilidade (imputável) deve responder por suas ações” (BITENCOURT, 2009, p. 303). Por outro lado, o indivíduo é menor de 18 anos, ou quando possui transtornos mentais realmente justificáveis para sua prática não pode vir a ser declarado culpado, não possui a culpabilidade.

Quando o semi-imputável sofre uma condenação, o juiz fixa a pena justa para o caso, conforme seja necessária e suficiente para a reprovação e prevenção do crime, individualizando-a segundo o contexto existente. A pena, além de ser uma sanção menos grave, estabelece o marco da prescrição *in concreto*. Substituída a pena por medida de segurança, esta deveria durar no máximo o tempo da condenação, não *indeterminadamente* como estabelece nosso Código Penal. Não obstante, atende-se para o fato de que há sutentação jurídica em sentido contrário, senão vejamos:

Por isso, sustentamos, jamais o juiz poderá, tratando-se de semi-imputável, aplicar direto a medida de segurança, sem antes condenar o agente a uma pena determinada. Após, em um segundo momento, necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena deverá ser substituída por medida de segurança, isto é, se o juiz constatar que o agente necessita mais de tratamento do que de pena, fará a substituição (BITENCOURT, 2008, p.685).

Já o inimputável não é condenado, ao contrário, é absolvido e, em consequência, sofre a medida de segurança. Assim, a duração da privação de liberdade fica indeterminada. Contudo poderá traduzir-se em uma prisão perpétua. Assim, sugere-se que esta medida não possa ultrapassar o limite máximo abstratamente cominado ao delito praticado.

As duas espécies de medida de segurança - internação e tratamento ambulatorial- têm duração indeterminada, perdurando enquanto não for constatada a cessação da periculosidade, através de perícia médica. A lei não fixa o prazo máximo de duração, e o prazo mínimo estabelecido, de um a três anos, é apenas um marco para a realização do primeiro exame de verificação de cessação de periculosidade.

Três são os pressupostos jurídicos para aplicação da medida de segurança, a saber:

a) Prática de fato típico punível

É indispensável que o sujeito tenha praticado o um ilícito típico. Assim, deixará de existir esse primeiro requisito se houver, por exemplo, excludentes de criminalidade, excludentes de culpabilidade (como erro de proibição invencível, coação irresistível e obediência hierárquica, embriaguez completa fortuita ou por força maior) - com exceção da inimputabilidade -, ou ainda se não houver prova do crime ou da autoria.

b) Periculosidade do agente

Já em Roma, por meio dos relatos contidos nos *Digestos*, percebe-se que os romanos se preocupavam com os loucos, denominando-os de *furiosi*, que eram excluídos do Direito Penal, mas se lhes impunha um estado de simples custódia, para os loucos criminosos, e uma medida intermediária entre a pena e a simples custódia, para os loucos não-criminosos.

Atualmente, entende-se que o problema da transgressão às leis é algo muito mais complexo. O crime não é consequência da doença mental, mas está vinculado à incapacidade do indivíduo de aceitar as normas morais necessárias para a adaptação social. A periculosidade social deve ser um assunto de estudo da psicopatologia forense, da

criminologia, da sociologia, dos legisladores, ou seja, da articulação entre a Saúde e a Justiça (COHEN; FERRAZ; SEGRE, 1996).

Juridicamente, em pleno contato com a Psiquiatria, a medição da periculosidade humana pela Justiça Penal atual envolve não só a observação da periculosidade pós-delitiva do indivíduo, mas também a pré-delitiva, ou seja, a tarefa de prever a capacidade do ser humano delinquir.

A questão da periculosidade pré-delitiva é particularmente complexa. Considera-se que a mesma fere os direitos e garantias fundamentais esculpidos na Constituição Federal brasileira de 1988, principalmente no que se refere ao princípio da presunção de inocência.

As origens deste princípio jurídico remetem para a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789 (artigo 9º), fruto da Revolução Francesa, e para a Declaração Universal dos Direitos do Homem (artigo XI), já no século XX. A legislação nacional traz expressamente na Constituição de 1988 em seu artigo 5º, inciso LVII que “ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado da sentença penal condenatória”.

Conforme Raymundo e Bezerra (2009), o princípio da presunção de inocência, ou da não-culpa é uma das mais importantes garantias constitucionais, constantes na Carta de 1988, pois é em razão dele, que o cidadão assume a sua posição de sujeito de direito na relação processual.

O princípio da presunção de inocência desdobra-se em três aspectos: a) no momento da instrução processual, como presunção legal relativa de não culpabilidade, invertendo-se o ônus da prova; b) no momento da avaliação da prova, valorando-a em favor do acusado quando houver dúvida; c) no curso do processo penal, como paradigma do tratamento do imputado, especialmente no que concerne à análise da necessidade da prisão processual (CAPEZ, 2006, p.44).

Assim, há de se concluir que o princípio da presunção de inocência objetiva preservar o segundo maior direito fundamental – a liberdade – sem o qual o primeiro maior – a vida – não tem nenhum sentido (RAYMUNDO E BEZERRA, 2009).

Portanto, o exame de verificação da pré-periculosidade mostra-se disforme a presunção da inocência. Ora, como ter uma pessoa, independente de transtorno ou não, como inocente se de antemão se apura a sua “periculosidade pré-delitiva” por meio de um exame, nem sempre com critérios tão objetivos.

Não obstante, juridicamente mostra-se indispensável para a aplicação da medida de segurança que o sujeito que praticou o ilícito penal típico seja dotado de periculosidade. Esta pode ser definida como um juízo de probabilidade, tendo por base a conduta antissocial e

a anomalia psíquica do agente, ou seja, a *sensação* por parte do médico psiquiatra de que este voltará a delinquir, conforme aspectos da personalidade do sujeito apurados na perícia médica.

Tecnicamente, o Código Penal brasileiro, conforme Bitencourt (2008, p.682) prevê “dois tipos de periculosidade”: 1) periculosidade presumida - quando o sujeito for inimputável, nos termos do artigo 26, caput; 2) periculosidade real - também dita judicial ou reconhecida pelo juiz, quando se trata de agente semi-imputável (art. 26, parágrafo único), e o juiz constatar que necessita de "especial tratamento curativo".

Porém, na Revista Brasileira de Psiquiatria (volume 21, número 4, 1999), Claudio Cohen (1999) reflete de maneira sutil que atualmente não há que se falar em critérios objetivos para apuração desta “periculosidade presumida”. Avalia que apenas no futuro é que o estudo multiprofissional das características humanas comuns àqueles que infringem a lei poderá viabilizar a identificação da periculosidade pré-delitiva e a prevenção de condutas antissociais. Assim, para ele, apenas no futuro é que esta identificação mais precisa poderá, apesar de todas as dificuldades envolvidas, abrir caminhos para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas para estes desvios na personalidade de alguns seres humanos.

Não obstante, quando se quer avaliar sob o ponto de vista ético e através da psiquiatria a situação particular de uma paciente, deve-se levar em consideração uma tríplice polaridade de referência: “referência à personalidade do próprio paciente, ao tecido social e ao quadro de valores” (SGRECCIA, 2004, p. 34). Cada uma destas ordens depende da outra para se chegar a uma dimensão mais próxima da realidade do ser.

c) Ausência de imputabilidade plena

O agente imputável não pode sofrer medida de segurança, somente pena. E o semi-imputável só excepcionalmente estará sujeito à medida de segurança, isto é, se necessitar de especial tratamento curativo, caso contrário, também ficará sujeito somente à pena: ou pena ou medida de segurança, nunca as duas. Assim, há a proibição de aplicação de medida de segurança ao agente imputável.

Mostra-se relevante a discussão na literatura jurídica em relação à diferenciação que se faz entre medida de segurança e pena. Referida distinção ajuda na discussão sobre a inconstitucionalidade da medida de segurança e mostra-se importante no atual quadro.

Juridicamente, as penas têm caráter retributivo-preventivo; as medidas de segurança têm natureza eminentemente preventiva. O fundamento da aplicação da pena é a culpabilidade; a medida de segurança fundamenta-se exclusivamente na dita periculosidade presumida.

As penas são aplicáveis aos imputáveis e semi-imputáveis; as medidas de segurança são aplicáveis aos inimputáveis “e, excepcionalmente, aos semi-imputáveis, quando estes necessitarem de especial tratamento curativo” (BITENCOURT, 2008, p. 681). As penas são fixadas por lapso temporal determinado. As medidas de segurança são por tempo indeterminado. Só findam quando cessar a periculosidade do agente. A medida de segurança acaba por se tornar bastante similar à pena:

A medida de segurança, por seu turno, não se distingue da pena: ela também representa perda de bens jurídicos e pode ser, inclusive, mais aflitiva do que a pena, por ser imposta por tempo indeterminado. Toda medida coercitiva imposta pelo Estado, em função do delito e em nome do sistema de controle social, é pena, seja qual for o nome ou a etiqueta com que se apresenta (PIEDADE JÚNIOR, 1982, p.217).

Sustenta-se que a medida de segurança não pode ultrapassar o limite máximo de pena abstratamente cominada ao delito, posto que é vedado pelo Estado brasileiro a prisão perpétua. Conforme Zaffaroni (1997), a duração da medida de segurança deveria ser fixada no máximo até o tempo correspondente à pena máxima do crime cometido pelo louco criminoso. Não haveria pena perpétua, e o indivíduo, se representasse ainda perigo para a sociedade, passaria a ser controlado por medicamentos.

CAPÍTULO 4 – EXECUÇÃO, SUSPENSÃO E EXTINÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Verifica-se que a medida de segurança vige por tempo indeterminado, até que, segundo a literatura jurídica (GRECO, 2008), cesse a periculosidade, constatada através de perícia médica (alt. 97, § 1º, do CP). O prazo mínimo estabelecido, de um a três anos, trata-se apenas de um marco para a realização do primeiro exame pericial.

A determinação legal é de que o exame seja realizado no fim do prazo mínimo fixado na sentença e, posteriormente, de ano em ano. Mas esse é o exame legal obrigatório. No entanto, o juiz da execução pode determinar, de ofício, a repetição do exame, a qualquer tempo.

Cumprido ressaltar que a determinação oficial, a qualquer tempo, só pode ocorrer depois de decorrido o prazo mínimo. Assim, o juiz só pode determinar, de ofício, a repetição do exame depois de um a três anos. Antes de escoado o prazo mínimo, referido exame somente poderá ser realizado mediante provocação do Ministério Público ou do interessado (procurador ou defensor), nunca de ofício. Tanto a provocação quanto a decisão devem ser devidamente fundamentadas.

A Lei de Execução Penal assegura o direito de contratar médico particular, de confiança do paciente ou de familiares, para acompanhar o tratamento. Havendo divergências entre o médico oficial e o particular, serão resolvidas pelo juiz da execução (art. 43 e parágrafo único da LEP). Embora a LEP seja omissa, a doutrina jurídica avalia que o médico particular pode participar também da realização do exame de verificação de cessação da periculosidade, como assistente técnico, com base no princípio da ampla defesa (art. 52, inc. IV, da CF).

A medida de segurança só pode ser executada após o trânsito em julgado da sentença (art. 171 da LEP). Para iniciar a execução é indispensável a expedição de guia de internamento ou de tratamento ambulatorial (art. 173 da LEP). A Reforma Penal de 1984 aboliu a medida de segurança provisória ao não repetir o disposto do art. 80 do CP de 1940.

A suspensão da medida de segurança estará sempre condicionada ao transcurso de um ano de liberação ou desinternação, sem a prática de "fato indicativo de persistência" de periculosidade (art. 97, § 3, do CP). Somente se esse período transcorrer *in albis* será definitivamente extinta, suspensa ou "revogada" a medida.

Assim, sendo comprovada pericialmente a cessação da periculosidade, o juiz da execução determinará a revogação da medida de segurança, com a desinternação ou a liberação, em caráter provisório, aplicando as condições próprias do livramento condicional (art. 178 da LEP). Na verdade, essa revogação não passa de uma simples suspensão condicional desta medida, pois, se o desinternado ou liberado, durante um ano, praticar "fato indicativo de persistência de sua periculosidade", será restabelecida a medida de segurança suspensa. Somente se ultrapassar esse período *in albis* a medida de segurança será definitivamente extinta.

Observe-se que a lei fala em "fato" indicativo da persistência da periculosidade e não em crime. Contudo, embora no período de prova o agente seja submetido às condições do livramento condicional (art. 178 da LEP), o simples não-comparecimento ou descumprimento das condições impostas não são suficientes para restabelecer a medida de segurança. O beneficiário deve ser ouvido e o juiz deverá adotar as mesmas cautelas exigidas para a revogação do livramento condicional (arts. 86 e 87 do CP).

Quando há dúvida sobre a integridade mental do autor do delito, o Estado-Juiz deverá determinar de ofício (independentemente do pedido das partes), o incidente de insanidade mental (tecnicamente: Arguição Incidente de Insanidade Mental), ou então poderá deferir requerimento do Ministério Público ou de outros legitimados (advogado, curador, ascendente, descendente, irmão, cônjuge). Obrigatoriamente o incidente da insanidade mental deverá existir em *autoapartado*, sendo que só depois da apresentação do laudo é que ele será apenso ao processo principal.

Conforme artigo 149 do CPP, tal arguição poderá ocorrer na fase do Inquérito Policial, durante o desenvolvimento da ação penal competente ou quando da execução da pena. O parágrafo primeiro deste artigo preconiza que o exame de insanidade mental poderá ser ordenado ainda na fase do Inquérito Policial, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente, sendo que este exame "é o único que a autoridade policial não poderá determinar de ofício a sua realização" (ARAÚJO, 2004, p. 34).

O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento. A legislação penal determina que para o efeito do exame de insanidade mental, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar.

O exame não poderá durar mais de quarenta e cinco dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo (artigo 150, parágrafo primeiro). Caso não haja prejuízo para o desenrolar do processo, o juiz poderá autorizar que sejam os autos do processo entregues aos peritos, para facilitar o exame.

Se os peritos médicos concluírem que o acusado era, ao tempo da infração, irresponsável nos termos da Teoria Finalista (PUIG, 2009), ou seja, o agente com doença mental ou desenvolvimento mental *incompleto ou retardado* (artigo 28 do CP), o processo prosseguirá, com a presença do curador.

Caso se verifique que a doença mental sobreveio à infração o processo continuará suspenso até que o acusado se restabeleça. O juiz poderá, nesse caso, ordenar a internação do acusado em manicômio judiciário ou em outro estabelecimento adequado. O processo retomará o seu curso, desde que se restabeleça o acusado, ficando-lhe assegurada a faculdade de reinquirir as testemunhas que houverem prestado depoimento sem a sua presença.

Se a insanidade mental sobrevier no curso da execução da pena, verificada por perícia médica, será internado em manicômio judiciário, ou, à falta, em outro estabelecimento adequado, onde lhe seja assegurada a custódia. Nos ditames do artigo 682 do CPP, tem-se que em caso de urgência, o diretor do estabelecimento penal poderá determinar a remoção do sentenciado, comunicando imediatamente a providência ao juiz, que, em face da perícia médica, ratificará ou revogará a medida. Se a internação se prolongar até o término do prazo restante da pena e não houver sido imposta medida de segurança detentiva, o indivíduo terá o destino aconselhado pela sua enfermidade, feita a devida comunicação ao juiz de incapazes.

CAPÍTULO 5 – NOVAS PERSPECTIVAS: A DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA

Ratificando as estratégias já estabelecidas para a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e para o incremento dos serviços extra-hospitalares, o Governo Brasileiro, através do Ministério da Saúde aprovou em 2004 o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH). A principal estratégia deste Programa foi promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macrohospitais e hospitais de grande porte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica do SUS nasceu como um mecanismo de gestão em políticas públicas para a redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. De janeiro de 2004 a maio de 2005, referido Programa desativou cerca de 2000 leitos. O Ministério da Saúde reduziu até o final de 2006, 3000 hospitais psiquiátricos de grande porte.

O Manicômio Judiciário, visto como um duplo espaço de exclusão e violência, mostra-se um desafio para a Reforma psiquiátrica brasileira. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou os Manicômios Judiciários em regra não são geridos pelo SUS, mas por órgãos da Justiça. Muito embora o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental esteja em curso em alguns Estados brasileiros, o sucesso do controle da porta de entrada do Manicômio Judiciário é ainda eventual e não existem medidas para realizar uma redução programada de leito/vagas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Observa-se que novas práticas começam a construir um espaço para a pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal nas ações do SUS, inclusive no Programa de Volta para Casa. Tem-se, assim, um passo fundamental para a luta pela garantia da assistência, à saúde pública e de qualidade e à proteção aos Direitos Humanos destas pessoas que há séculos são vítimas de exclusão e preconceito.

Neste contexto, a desinternação progressiva consiste em uma forma diferenciada de executar-se a medida de segurança na sua espécie internação, visando a efetiva reintegração social do interno. Sua estratégia principal reside no aumento progressivo do contato e da vivência do custodiado com o meio social e na diminuição, também progressiva, de sua dependência com relação ao hospital. No intuito de capacitar o interno para a vivência comunitária, são estimuladas atividades relacionadas à educação, ao trabalho e ao lazer.

Por outro lado, a saída dos internos manicomial para moradias extra-hospitalares não garante o sucesso da Reforma Psiquiátrica, que é um processo social complexo e é

permanentemente construído em diferentes esferas. Os hábitos e vícios do manicômio não são deixados para trás instantaneamente, no momento em que saem do asilo e moram em uma casa residencial. Assim, o momento que marca a passagem do hospital para uma residência urbana é carregado de ambigüidade, seja pelo lado dos moradores, seja pelo lado da sociedade vizinha (SILVA, 2006).

Ademais, o tratamento que é utilizado na sistemática da desinternação progressiva tem caráter interdisciplinar. Congrega várias terapêuticas e intervenções distintas. Por isso, pode-se mesmo afirmar que o seu principal objetivo é preparar o interno para sua desinternação, de modo que ela seja adequada e planejada, paulatina e mais segura, tanto para a sociedade quanto para o próprio interno.

Conforme Corocine (2006, p. 213), o programa de desinternação progressiva visa à “reinserção psicossocial dos pacientes com ações terapêuticas interdisciplinares, de forma gradual, ampliando o espaço terapêutico para fora dos muros da instituição e envolvendo o meio familiar, a comunidade”. Assim, busca proporcionar a retomada do contexto sóciohistórico do paciente que foi perdido na sua institucionalização.

A desinternação progressiva objetiva recuperar e reconstruir as relações familiares e sociais dos internos, de modo que sua reintegração social seja alcançada. Neste sentido, a opinião de Ferrari (2001, p. 130) externa que:

Enquanto no internamento fechado o paciente adquire hábitos condutores ao hospitalismo, ao mimetismo, agravando a patologia, cronificando a doença, originando um estado de dependência contínua do ambiente hospitalar, intensificando o distanciamento do meio sociofamiliar, na desinternação progressiva visa-se a integração gradativa entre o paciente e o meio social, oferecendo-lhe formas terapêuticas alternativas, que variam desde saídas extra-institucionais para o trabalho, visitas familiares, passeios pela região, compras na cidade, até o recebimento de aposentadoria, sempre com o devido acompanhamento dos funcionários da instituição pública.

É importante salientar que a desinternação progressiva não consiste em via exclusiva para a saída definitiva do interno da execução da medida de segurança. Contudo, o crescente recurso à desinternação progressiva como meio de reinserir o interno ao convívio social se tem feito sentir, evidenciando a importância da medida.

É pressuposto da desinternação progressiva a abordagem não só psiquiátrica e farmacológica, mas também de abrangência social e psicológica, de modo que se logre o tratamento do transtorno mental do interno, assim como seu adequado retorno ao convívio social. Isso só é possível através da atuação e da interação de diversos profissionais, que

devem somar esforços para conseguir atingir tais objetivos. Nesse mister, sobressai a atuação da psiquiatria, da psicologia, do serviço social, da enfermagem, da assistência jurídica e da segurança penitenciária (CIA, 2008).

Muitas são as dificuldades no longo e complexo processo social de desinstitucionalização da loucura. As moradias para pessoas que ficaram internadas em manicômios por tantos muitos anos, por exemplo, mostram-se como caminhos que contribuem para o processo de Reforma Psiquiátrica. “Vivendo nessas casas, habitando o território, construindo projetos e expectativas de vida, o que não acontecia no espaço mortificante do hospital, vemos, sentimos e ganhamos força para continuarmos a fazer esse caminho de transformações efetivas no que diz respeito à loucura e àqueles que passam por essa experiência” (SILVA, 2006, p.107). Atente-se que

O processo de desinstitucionalização da loucura é inventivo, ou seja, nos permite fazer, mexer no território, pesquisar, problematizar, questionar, encontrar muitas possibilidades e diferentes caminhos. Permite à vida conhecer e experimentar provisoriamente e transformar-se para sua afirmação e expansão. Viver não é apenas existir. É também sentir, amar, experimentar, testar, gostar, não gostar, ter, não ter, comprar, sair, dançar, habitar, conversar, permitir, permitir-se... A vida pulsa, movimenta-se, é movimento. Nesse sentido, ela não está decidida e pronta em momento algum, não está resolvida e determinada. Retirar moradores de manicômios não é a solução última tão esperada. É mais uma atitude, uma conquista que nos leva a outras lutas, outros desafios e aprendizagens (SILVA, 2006, p.106).

É neste contexto que se firma entendimento de que o modelo de decisão judicial fundamentado apenas nas informações médicas, exaradas através das perícias, deve ser reformulado, de modo a exigir-se também a participação de outros profissionais, a começar-se pelos assistentes sociais e pelos psicólogos (CIA, 2008). Assim, deve-se ser estabelecida a obrigatoriedade não apenas das perícias médicas, mas também dos pareceres sociais e das avaliações psicológicas.

Ademais, com relação à psiquiatria propriamente dita uma outra modificação deve ser operada: a participação não só do médico perito no momento de avaliação da desinternação do interno, mas também do psiquiatra que o acompanha, eis que normalmente essas duas funções não recaem no mesmo médico. Em regra, o médico perito desenvolve apenas a atividade de realização das perícias, com a conseqüência de que o psiquiatra do interno não tem participado efetivamente da formulação do juízo a respeito da indicação da

desinternação definitiva do interno. Trata-se de importante questão a demandar transformações na execução das medidas de segurança (CIA, 2008).

A colheita de informações levou a considerações que este fato de encaminhamento para uma penitenciária acontece quando, por exemplo, não obedece a suas normas ou comete falta grave no interior do Hospital, como agredir colegas e funcionários ou inserir substâncias entorpecentes na unidade. Deve-se notar a semelhança dessa sistemática com o que ocorre nos regimes de cumprimento de pena privativa de liberdade, em que, ao mesmo tempo em que é possível e desejável a progressão, há também a existência da regressão para aqueles que cometerem faltas que a justifique. Trata-se, portanto, de prática que permeia as relações dentro da desinternação progressiva, talvez indicando que só é faticamente possível a progressão se a via inversa também puder ser aplicada, a saber, a regressão.

Deve-se reconhecer, no entanto, que a regularização dessa questão defrontar-se-ia com um grande embaraço: a estrutura morosa do Poder Judiciário. Isso porque as decisões no seio da desinternação progressiva devem ser tomadas rapidamente, tendo em vista as transformações da situação clínica do interno. Imagine-se pedir a autorização ao Judiciário para que um interno realize uma Visita Domiciliar Assistida essa semana, por apresentar boa evolução clínica e comportamental, e a resposta advir meses depois, ou semanas depois, em momento em que o interno pode apresentar situação absolutamente diversa daquela que motivou o pedido. Uma realidade assim estruturada certamente criaria obstáculos a todo o programa de desinternação progressiva, sendo portanto inadmissível.

Para que o Judiciário cumpra sua função, uma mudança estrutural seria fundamental, para garantir que as decisões a respeito das autorizações fossem exaradas em tempo hábil. Ademais, para que o Judiciário tivesse condições de opinar autonomamente sobre cada caso concreto, deveria acompanhar mais de perto a execução da desinternação progressiva, sob pena de sua decisão converter-se em mero expediente burocrático, destituído de sentido material (CIA, 2008).

No contexto de políticas públicas que contemplem as identidades das pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal, há a sugestão de que se deve haver uma aproximação do Poder Judiciário à desinternação progressiva, aproximação essa não meramente formal ou burocrática. Mas sim uma aproximação qualificada, apta a aperfeiçoar a medida, no sentido de um efetivo acréscimo da atuação jurídica.

A colheita de informações no Hospital Areolino de Abreu remete para o fato de que entre as medidas mais urgentes, o Judiciário deveria participar da autorização das saídas

dos internos, com a ressalva de que ele é que deve se adequar à dinâmica da desinternação progressiva – ou seja, ao tempo necessário para a tomada de decisões, e não o contrário. Essa tese certamente encontrará resistência, podendo até mesmo ser considerada uma involução da sistemática da desinternação progressiva, por *descaracterizar* a terapêutica dispensada pelo Hospital.

Mas, ao contrário, do ponto de vista jurídico, essas medidas são essenciais para que a desinternação progressiva encontre sua essência no seio do sistema penitenciário. Ela integra, efetivamente, uma sanção penal, em cuja execução os conhecimentos médicos, psicológicos e sociais – e outros tantos – são essenciais para seu sucesso, não fazendo sentido o Judiciário permanecer engessado nas decisões tomadas apenas em seu seio.

Ademais, sabe-se que a ineficiência do tratamento psiquiátrico asilar é cada vez mais evidente e reconhecida (DELGADO, 2001). Ainda quando realizado em condições satisfatórias (corpo técnico preparado, medicamentos adequados, boa estrutura física da instituição etc), o tratamento não obtém êxito. Isso porque o próprio pressuposto da segregação do enfermo não possibilita a cura e a ressocialização do indivíduo. Antes disso, o que se obtém, não raro, é a cronificação da doença, que passa a legitimar a continuidade da segregação. Esse ciclo aprisiona o indivíduo, que se encontra coativamente internado para alcançar uma cura que nunca se efetiva.

Conforme Goffman (2003, p. 294), o tratamento psiquiátrico dispensado nos hospitais psiquiátricos “não tem, em si mesmo, uma probabilidade de acerto suficientemente grande” que justifique a hospitalização e suas decorrências. Uma grande incoerência é apontada: quando há cura ou melhora, o resultado é creditado ao trabalho do hospital; quando elas não ocorrem, o fracasso é explicado pela natureza rebelde da doença e as dificuldades que traz, e não à incompetência do hospital para lidar com aquela situação. Ademais, “mesmo nessa situação de inoperância, justifica-se o tratamento psiquiátrico, que, nessa ótica, deve continuar sendo realizado, exatamente porque não obteve êxito” (GOFFMAN, 2003, p. 309).

Se assim é ainda quando há condições terapêuticas mínimas, o quadro se agrava quando essas são deficientes. No que diz respeito ao Hospital Areolino de Abreu, a possibilidade de êxito quanto à ressocialização dos internos é certamente mais distante, eis que suas condições não são nem um pouco favoráveis: acomodações insalubres, falta de medicamentos, corpo técnico reduzido ou despreparado, realização de tratamentos coletivos e ausência de fiscalização, entre tantos outros fatores a dificultar o desempenho mínimo do tratamento.

Essa constatação é tão grave e evidente, que os próprios internos analisados na pesquisa de campo já apontam para a necessidade de reorientação deste Hospital, no sentido da reconfiguração do tratamento psiquiátrico conforme as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira em curso.

O tratamento da pessoa com transtorno mental infratora deve ser de responsabilidade tanto do sistema penitenciário quanto do Sistema Único de Saúde, eis que deve ser encarado como questão intersetorial de saúde e de justiça (BRASIL, 2002). Trata-se de uma completa mudança muito importante na reconstrução da execução das medidas de segurança. No entanto, a reformulação do tratamento da pessoa com transtorno mental infratora penal possivelmente se tornará realidade a partir da atuação concreta dos Hospitais de Custódia e dos Estados e Municípios em que estiverem localizados.

As políticas devem contemplar as identidades das pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal. Devem levar em consideração que a reintegração do submetido à medida de segurança deve ser preocupação constante e objetivo primeiro, e tal fato coloca, necessariamente, esta pessoa como prioridade nas agendas públicas que os abrangem.

Para tanto, pelas peculiaridades observadas no Hospital Areolino de Abreu, o presente estudo propõe a criação de programas permanentes de reintegração social, preferencialmente baseados em equipes multidisciplinares. Assim como a conscientização dos agentes envolvidos para a equidade das políticas e o atendimento, reconhecimento e comprometimento com a pessoa com transtorno mental. Além da maior articulação dos Hospitais Psiquiátricos com as outras redes sociais em Saúde Mental. Ressalte-se também a necessidade, que avaliamos ser de grande importância, de se levar educação institucionalizada a estes Hospitais, respeitadas a individualização e a adequação do processo de ensino-aprendizagem com o transtorno mental diagnosticado.

OS DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL QUE COMETEU ILÍCITO PENAL: REFLEXOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

*Louco, sim, louco, porque quis grandeza
Qual a Sorte a não dá.
Não coube em minha certeza;
Por isso onde o areal está
Ficou meu ser que houve, não o que há.
Minha loucura, outros que me a tomem
Com o que nela ia.
Sem a loucura que é o homem
Mais que a besta sadia,
Cadáver adiado que procria?*

(Fernando Pessoa)

A Primeira Grande Guerra Mundial, juntamente com a Grande Depressão, foram o marco da crise do mercado e do Estado Liberal. Surgiu em seu lugar, sobretudo nos países desenvolvidos, um formato para o Estado que se mostrava apto para os anseios das pessoas. Denominado Estado do Bem-Estar Social, assumiu-se um papel decisivo na promoção do desenvolvimento econômico e social.

Foi assim que o Estado passou a centralizar um papel estratégico na coordenação da economia, promovendo poupança forçada e alavancando o desenvolvimento econômico. E desenvolveu políticas redistributivas de renda. Ele foi “possibilitado pelo surgimento da burocracia moderna como forma de organização racional, universalista e eficiente” (ESPING-ANDERSEN, 2001, p.91).

O Estado do Bem-Estar Social acabou gerando uma grave crise fiscal, pois os seus custos ultrapassaram a capacidade de financiamento do setor público. Na órbita do Direito, foi marcado pelo modelo de Administração Pública Burocrática, que é lenta, cara, autoreferida, pouco orientada para atender as demandas dos cidadãos, não garantindo nem rapidez, nem qualidade, nem custos baixos para os serviços prestados ao público.

Neste contexto, em relação a tal formação do Estado, observa-se que os Estados periféricos não propiciam as condições de reprodução social da totalidade da força de trabalho nem assume a responsabilidade pelos marginalizados. No caso brasileiro, entende-se que:

Em vez do Estado de bem-estar social, o que temos é uma combinação permanente e alternada de paternalismo e repressão. O que, se bem não impede que toda a população tenda a estar imersa no mercado capitalista, o faça como consumidora marginal dos seus produtos materiais e culturais, incluída aí a aspiração ao bem-estar e ao conforto, próprios de um capitalismo desenvolvido. Mas nunca na condição de população trabalhadora, com todas as suas implicações sócio-econômicas, nem na condição de cidadã, com todas as suas implicações político-ideológicas (FIORI, 1995, p.46).

Contextualizando-se tal fato com os Direitos Fundamentais, percebe-se que a evolução institucional desses direitos mostra que “a consolidação jurídica destes resulta de uma luta interna entre diferentes poderes do Estado, os cidadãos e seu governo. Nesse contexto encontra-se, sempre, num primeiro plano, na atualidade, a limitação do poder executivo” (FLEINER-GERSTER, 2007, p. 136).

É neste sentido que os Direitos Fundamentais são vistos como “os considerados indispensáveis à pessoa humana, necessários para assegurar a todos uma existência digna, livre e igual. Não basta ao Estado reconhecê-los formalmente; deve-se buscar concretizá-los, incorporá-los no dia-a-dia dos cidadãos e de seus agentes” (PINHO, 2007, p.67).

Fleiner-Gerster (2007, p. 139) considera que a interpretação e a concretização da liberdade e dos Direitos Fundamentais “não se relacionam somente com as idéias culturais e filosóficas relativas ao desenvolvimento da personalidade, mas também com a idéia particular que um grupo ou uma nação faz de si mesma”. Observe-se que:

Não significa que os direitos fundamentais se deixam relativizar completamente. Há, de fato, um núcleo elementar de humanidade que independe de toda situação filosófica, ideológica, cultural, histórica e econômica. A conservação da dignidade humana e o respeito da igualdade básica de todos os homens derivam pois, independentemente das circunstâncias de lugar e de tempo, ser concretizadas sempre e em toda parte (FLEINER-GERSTER, 2007, p.140).

Verifica-se que a Constituição de 1988 declara que a saúde é um Direito Social, direito de todos e dever do Estado. Na Constituição, as Políticas Públicas de Saúde devem compreender políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (artigo 196). Porém, em relação à pessoa com transtorno mental os serviços são limitados e de difícil acesso, principalmente quando se fala em saúde pública.

As internações de pessoas acometidas com transtornos mentais no Brasil remontam à metade do Século XIX. Desde então, a atenção a estas pessoas foi quase que sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos. Além do mais, este atendimento hospitalar concentrou-se nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, o que deixou vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental.

A partir da década de 1970, a partir das experiências de Franco Basaglia, psiquiatra italiano, teve-se início experiências de transformação da assistência psiquiátrica, pautadas no começo pela reforma dentro das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas) e mais tarde pela proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo do *hospitalocêntrico*.

Basaglia (1985) acreditava na produção de vida através da utilização de novas descobertas em subjetividades e possibilidades. Seus estudos apontaram para o fato de que se deve objetivar a sociabilização, humanização e produção da pessoa acometida de transtorno mental. Desde o início que defendia a noção de que a pessoa acometida de transtorno mental era, acima de tudo, um cidadão, e assim teria direito a receber uma assistência digna do seu sofrimento.

No Brasil, com a proclamação da Constituição de 1988, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS). Foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental.

Contextualmente às diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental, e atendendo as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde definiu na década de 90 uma nova política de saúde mental. Objetivou redirecionar os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária, incentivando a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, ao mesmo tempo em que se determinou a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado.

Lúcia Rosa (2006) considera que cada vez mais as mudanças no modelo assistencial em relação às Políticas Públicas de Saúde Mental consolidam-se como irreversíveis, orientadas para a comunidade, para um modelo aberto e garantidor de direitos. Porém, tal autora analisa que:

No país, historicamente, as políticas públicas não reconheceram nos segmentos de baixa renda, um cidadão, um sujeito de direitos. Ao contrário, ao combater a desordem urbana, o pobre é percebido e tratado como

desordeiro ou vagabundo, improdutivo ou desinteressado pelo trabalho. Desse modo, criou-se uma “política pública pobre para os pobres”. Assim, não houve uma universalização da atenção psiquiátrica para toda a população brasileira. O serviço público, sobretudo psiquiátrico, tendeu a ser um serviço de baixa qualidade, baixa resolutividade, “um depósito de loucos” (ROSA, 2006, p. 86).

Como foi visto no Tomo I deste estudo, encontrar-se em transtorno resulta em redução ou perda da possibilidade de ganhos, significando um possível deixar de “ser”, marcando o físico e o mental desta pessoa humana. Estar acometido pelas formas mais marginalizadoras e excludentes do transtorno mental (a da pessoa que além do transtorno, cometeu ilícito penal) significa a condenação a viver perambulando em eterna busca por resguardamento aos mínimos direitos. Significa ser tido como incapaz, perigoso, não necessário.

Por isso torna-se necessário uma postura ativa do Estado frente às políticas públicas que contemplem as pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal. O presente Tomo III aborda historicamente os direitos e as políticas públicas em saúde mental no Brasil, a partir de 1889, traçando a percepção da atual conjuntura em Saúde Mental. Verifica, por sua vez, o papel que a sociedade civil exerce quando se objetiva a operacionalização de direito, traçando as perspectivas para as políticas de saúde mental.

CAPÍTULO 1 - HISTORICIZANDO DIACRONICAMENTE OS DIREITOS COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL DO BRASIL

Os direitos da pessoa com transtorno mental internada ou submetida a tratamento ambulatorial por ter cometido ilícito penal “desenvolvem-se lentamente, ao lado da luta pelos direitos dos presos” (PRADO, 2009, p. 715). No Brasil, a matéria só foi efetivamente implantada no Anteprojeto de Lei de Execução Penal de 1981, que garantia aos internados todos os direitos inerentes à sua condição humana e jurídica, observadas as restrições decorrentes da sentença e da lei. Posteriormente, com o advento da Lei de Execução Penal, houve previsão expressa nesse sentido.

O atual Código Penal, em seu artigo 99, aderiu à tutela dos direitos dos submetidos às medidas de segurança, prescrevendo que “o internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”. Dessa forma, procura-se evitar que o inimputável seja recolhido à cadeia ou ao presídio comum, deixando de receber o tratamento psiquiátrico necessário em hospital ou em local com dependência médica adequada.

Objetivando maior amplitude e operacionalidade a pesquisa, houve a necessidade de, diacronicamente, se fazer uma periodização dos fatos históricos das políticas de saúde e de saúde mental que diretamente influenciaram na concepção dos direitos da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal. Tal periodização, por efeitos didáticos, é apresentada a seguir no formato de sistematizados quadros teóricos. A demarcação temporal ocorre com a data de 1889.

A Tabela 02 elabora uma síntese dos eventos em Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil na República Velha. Ao longo da República Velha, que é a denominação convencional para a história republicana que vai da proclamação (1889) até a ascensão de Getúlio Vargas em 1930, o Brasil conheceu uma seqüência de treze presidentes. O traço mais marcante deste primeiro momento republicana encontra-se no fato de que a política esteve inteiramente dominada pela oligarquia cafeeira, em cujo nome e interesse o poder foi exercido (FAUSTO, 2009).

Ressalte-se que a Consolidação da República (1891-1894) ocasionou que em vez de quatro poderes, como no Império, foram adotados três: Executivo, Legislativo e Judiciário. A República foi obra, basicamente, dos partidos republicanos - notadamente o de São Paulo,

unidos aos militares de tendência positivista. Porém, tão logo o grande objetivo foi atingido, ocorreu a cisão entre os "republicanos históricos" e os militares. As divergências giraram em torno da questão federalista: os civis defendiam o federalismo e os militares eram centralistas, portanto partidários de um poder central forte (FAUSTO, 2009).

PERÍODO	FATOS HISTÓRICOS
1889	<p>Houve a primeira legislação de obrigatoriedade da vacina contra a varíola no Brasil para crianças até seis meses de idade.</p> <p>Em 22 de agosto, o prefeito do Distrito Federal (Rio de Janeiro) Cesário Alvim solicitou ao Barão de Pedro Affonso, à frente do Instituto Vacínico Municipal do Rio de Janeiro (criado em 1894), a produção de soros contra a peste bubônica.</p>
1890	<p>Surge o Instituto Soroterápico Federal, na fazenda de Manguinhos, em Inhaúma, sob a direção geral do Barão de Pedro Affonso e a direção técnica de Oswaldo Cruz.</p> <p>Primeiro Código Penal da República considerou como inimputáveis os “portadores de imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil, bem como os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no momento do crime” (art.27).</p> <p>Decreto Federal nº. 142 – A que transfere para os médicos a administração do Hospício Pedro II.</p>
1892	<p>Decreto Federal nº. 896 que determina assistência médico-legal aos alienados, apresentando uma fusão entre medicina-legal, psiquiatria e direito. Seu regulamento versou sobre a assistência aos alienados, oferecida por meio de duas modalidades de serviços: Hospício Nacional e colônias São Bento e Conde de Mesquita.</p>
1903	<p>Rodrigues Alves nomeia Oswaldo Cruz como Diretor Geral de saúde pública, cargo que corresponde atualmente ao de Ministro da Saúde.</p> <p>Houve a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, nº. 1.132, de 22/12/1903 (ementa: reorganizar o atendimento psiquiátrico, oferecidos aos</p>

	doentes mentais), que transferiu a responsabilidade do louco da esfera privada para o âmbito público, possuindo punições severas para aqueles que violassem as suas determinações e sendo considerada a Primeira Reforma da Política de Medicalização.
1904	<p>Epidemia de Varíola assola a capital do Brasil. Entra em vigor o novo Código Sanitário, reformulado por Oswaldo Cruz, que institui a obrigatoriedade da vacinação antivariólica.</p> <p>A medida é duramente criticada pelos jornais de oposição, que a denominaram “Código de Torturas”.</p> <p>Oswaldo Cruz recrudescer as campanhas de saneamento, sofrendo represálias da opinião pública, que culminaram com a Revolta da Vacina. Ao final deste episódio, a obrigatoriedade é revogada.</p>
1907	<p>A febre amarela é erradicada no Rio de Janeiro e Oswaldo Cruz e os demais cientistas de Manguinhos recebem a medalha de ouro no XIV Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Berlim, pelo trabalho de saneamento na capital da República.</p> <p>O Instituto Soroterápico Federal passa a se chamar Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos.</p>
1909	<p>É implementado, no Instituto Oswaldo Cruz, um sistema de disseminação de informação entre os cientistas que se baseava na leitura e resumo, realizados semanalmente, de artigos de periódicos científicos nacionais e internacionais recém-chegados à instituição. Esse sistema é denominado “Mesa das quartas-feiras”.</p> <p>Carlos Chagas descreve o ciclo completo da tripanosomíase americana, um feito ímpar na área de ciências biomédicas. Primeira edição da revista Memórias do Instituto Oswaldo Cruz.</p>
1919	Primeira lei de acidentes de trabalho, prevendo condições de saúde no trabalho e assegurava a saúde mental dos trabalhadores.
1920	Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.

	No decorrer da década 20, a Revista Acadêmica da Faculdade de Direito do Recife traz a higiene e a saúde como temas recorrentes, ajudando na substituição das explicações para temas como criminalidade da antropologia e sociologia para a medicina, com seu modelo sanitarista e com os seus especialistas: higienista e o perito médico-legal.
1921	Lei Carlos Chagas, com ampliação dos serviços de saúde pela ação estatal. Inauguração do Manicômio Judiciário no Rio de Janeiro, tendo sido o seu primeiro diretor o psiquiatra criminal Heitor Carrilho, que organizou suas diferentes seções, burocráticas, técnicas e científicas, até 1954.
1922	Criação do Comitê Internacional de Higiene Mental, da qual o Brasil se filia. Neste mesmo ano inicia-se um processo de assistência social ao trabalhador, denominado Caixas de Aposentadoria e Pensões, mas só incluirá a pessoa com transtorno mental em 1941.
1923	Lei Eloy Chaves - previdência social para ferroviários e portuários, através da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs. Houve a promulgação do Código Sanitário. Foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, no Rio de Janeiro por Gustavo Riedel, tendo como meta aperfeiçoar e reformar a assistência psiquiátrica.
1924	Realização do 1º Congresso Brasileiro de Higiene, que incluía momentos sobre a Saúde Mental.
1927	Decreto n. 5.148-A institui o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais, órgão inicialmente encarregado da administração dos hospitais psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro e, posteriormente, a partir de 1930, à sua incorporação ao Ministério da Educação e Saúde de todos os serviços psiquiátricos do país. Foi considerada a Segunda Reforma da Política de Medicalização.
1928 -1929	Modificações na concepção de tratamento mental da Liga Brasileira de Higiene Mental, sob influência principalmente alemã, preocupando-se com o aperfeiçoamento dos cuidados e cedendo lugar a uma visão de abertura, refletindo nas estratégias de assistência em saúde mental adotadas na época,

	exigindo a formulação de campanhas, serviços abertos, ambulatorios, em detrimento do até então dominante internamento hospitalar.
--	---

Tabela 02 – Articulação dos Eventos relacionados à Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil - República Velha.

FONTE: DIAS, 2007; CERQUEIRA, 1984; DELGADO, 2007; FIOCRUZ, 2009; MUSSE, 2006.

A elaboração das políticas públicas em saúde mental ganha destaque nas agendas governamentais brasileiras no primeiro governo Getúlio Vargas, quando se vivenciou manifestações do Estado de Bem-Estar Social. A Tabela 03 traz uma síntese da constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil no Governo Provisório, Constitucionalista e Estado Novo (1930-1945). Getúlio implantou no país um novo estilo político – o populismo – e um modelo econômico baseado no intervencionismo estatal objetivando desenvolver um capitalismo industrial nacional (processo de substituição de importações).

PERÍODO	FATOS HISTÓRICOS
1930	Houve a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, que incorporou o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais. Substituição de Juliano Moreira, que faleceu, pelo psiquiatra criminal Heitor Carrilho no Conselho Penitenciário do Rio de Janeiro, em que organizou e chefiou o Serviço de Assistência aos Psicopatas do Estado do Rio de Janeiro.
1933	Criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP's, que institui a política de assistência médica previdenciária, destinada a grupos de trabalhadores urbanos mais organizados.
1934	Promulgação da Lei nº. 24.559, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Sistematizou e sintetizou os pilares da Terceira Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois a consolidação da estrutura manicomial do Estado na Era Vargas deu-se como um desafio reformista. Tal decreto vigeu por 66 anos, até a promulgação da lei n. 10.216/2001.

1937	<p>Reforma do Ministério, que passa a se denominar Ministério da Educação e Saúde. Interiorização do Ministério com a criação de 08 regiões, cada uma com Delegacia Federal de Saúde.</p> <p>Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância.</p> <p>Lei criando as Conferências Nacionais de Saúde e as Conferências Nacionais de Educação.</p>
1938	<p>Criação do Conselho Nacional de Serviço Social, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde.</p>
1940	<p>Promulgação do Código Penal que considera irresponsável, logo isento de pena, aquele que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento.</p>
1941	<p>Decreto-Lei n. 3.138/1941 que dispõe sobre a prestação de assistência médica, pelos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, dos doentes mentais que forem seus segurados ou associados. Criação dos Serviços Nacionais de Saúde, abrangendo Doenças Mentais, Organização Sanitária, Organização Hospitalar, Lepra, Tuberculose, Febre Amarela, Peste, Fiscalização da Medicina, Propaganda e Educação Sanitária, do Câncer e da Criança. Houve a 1ª Conferência Nacional de Saúde, de 10 a 15 de novembro.</p>
1942	<p>O Ministério da Educação e Saúde é autorizado a organizar, por intermédio do Decreto nº. 4275, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O novo órgão é criado em decorrência da Terceira Conferência Extraordinária dos Ministros das Relações dos Continentes Americanos, realizada no mesmo ano, no Brasil. Brasil e EUA assinam, em Washington, o Acordo Básico, com o apoio da Fundação Rockefeller que define responsabilidades em relação às garantias sanitárias, a fim de desenvolver na área de extração de borracha na Amazônia as atividades de saneamento, profilaxia da malária e assistência médico-sanitária aos trabalhadores daquele setor da economia.</p> <p>Lei obrigando a notificação de doenças profissionais provocadas por substâncias tóxicas, utilizadas nas indústrias e por condições ambientais inadequadas à saúde.</p>

1943	Decreto-Lei n. 5.452 que aprova a CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas, possuindo o capítulo V “Da segurança e medicina do trabalho”, que viria a ter redação dada posteriormente pela Lei n. 6.514/1977.
-------------	---

Tabela 03 - Articulação dos Eventos relacionados à Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil - Governo Provisório (1930-1934), Constitucionalista (1934-1937) e Estado Novo (1938-1945).

FONTE: DIAS, 2007; CERQUEIRA, 1984; DELGADO, 2007; FIOCRUZ, 2009; MUSSE, 2006.

O período conhecido como República Nova ou República de 46 foi conhecido como período do Desenvolvimentismo. Iniciou-se com a renúncia de Vargas em outubro de 1945. O General Eurico Gaspar Dutra foi o presidente eleito e empossado no ano seguinte. Em 1946 foi promulgada nova Constituição, mais democrática que a anterior, restaurando direitos individuais (FAUSTO, 2009).

Em 1950, Getúlio Vargas foi mais uma vez eleito presidente, desta vez pelo voto direto. Em seu segundo governo foi criada a Petrobrás, fruto de tendências nacionalistas que receberam suporte das camadas operárias, dos intelectuais e do movimento estudantil. Porém, segundo Fausto (2009), Getúlio não conseguiu conduzir tão bem o seu governo. Pressionado por uma série de eventos, em 1954 Getúlio Vargas comete suicídio dentro do Palácio do Catete. Assumiu o vice-presidente, João Fernandes Campos Café Filho.

Na Tabela 04 há uma síntese da Constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil – República Nova (1945-1964).

PERÍODO	FATOS HISTÓRICOS
1945	Após o lançamento das bombas atômicas no Japão, termina a II Guerra Mundial. É criada oficialmente a Organização das Nações Unidas - ONU. O biólogo suíço Jean Piaget visita o Brasil a convite da UNESCO e firma sua corrente teórica em relação à Saúde Mental. O médico Raul Leitão da Cunha torna-se Ministro da Educação e Saúde Pública, no Governo José Linhares, refletindo para a educação em Saúde.
1946	É promulgada uma nova Constituição para o Brasil, que dá competência à União para legislar sobre as diretrizes do Sistema de Saúde.

	<p>São fundadas a Universidade Federal de Pernambuco e a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, que, desde o início, possuem cursos na área de Saúde.</p> <p>São Ministros da Educação e Saúde Pública, no Governo Eurico Gaspar Dutra: Ernesto de Souza Campos, Clemente Mariani Bittencourt, Eduardo Rios Filho (interino) e Pedro Calmon Moniz de Bittencourt.</p> <p>Decreto Lei nº. 8.550 autorizou o Serviço Nacional de Doenças Mentais a realizar convênios com governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos.</p>
1947	Jean Piaget publica “A psicologia da inteligência”, exercendo grande influência nos estudos de Saúde Mental no Brasil.
1948	<p>ONU – Declaração Universal dos Direitos Humanos.</p> <p>Jean Piaget publica “A representação do espaço na criança”.</p> <p>I Congresso Nacional da Campanha Nacional dos Educandários Gratuitos, refletindo para a Saúde física e mental das crianças carentes.</p>
1949	<p>O biólogo suíço Jean Piaget recebe o título de “Doutor Honoris Causa” da Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro.</p> <p>É criada a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC, com ampla articulação na área da Saúde.</p> <p>Entra em vigor o primeiro plano governamental posto em prática no Brasil. O Plano SALTE – Saúde, Alimentos, Transportes e Energia, criado pela Lei Federal nº. 196/1948, mas aprovado através da Lei nº. 1.102 que dispõe sobre sua execução, objetivando atender as metas prioritárias de saúde, alimentação, transporte e energia.</p>
1950	2ª Conferência Nacional de Saúde, de 21 de novembro a 02 de dezembro.
1951	<p>São Ministros da Educação e Saúde Pública, no Governo Getúlio Vargas: Ernesto Simões da Silva Freitas Filho, Péricles Madureira de Pinho (interino), Antonio Balbino de Carvalho Filho e Edgard Rego Santos.</p> <p>É fundada a Universidade Católica de Pernambuco.</p>
1952	É fundada a Universidade Mackenzie, em São Paulo.

1953	<p>Criação do Ministério da Saúde</p> <p>Com a criação do Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Saúde Pública passa a se chamar Ministério da Educação e Cultura.</p>
1954	<p>Lei Federal n. 2.312, que estabeleceu <i>Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde</i>.</p> <p>Criação do Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos, pelo incremento da indústria farmacêutica: antibióticos e psicofármacos.</p> <p>OMS – Legislação em Matéria de Assistência Psiquiátrica – Comissão de Especialistas em Saúde Mental.</p> <p>Pressionado por uma série de eventos, Getúlio Vargas comete suicídio dentro do Palácio do Catete, refletindo para o suicídio nos debates de saúde pública.</p> <p>É fundada a Universidade Federal do Ceará.</p>
1955	<p>São fundadas a Pontifícia Universidade Católica de Campinas e a Universidade Federal da Paraíba.</p>
1957	<p>Fundada a Universidade Federal do Pará.</p>
1958	<p>É fundada a Universidade Federal do Rio Grande do Norte.</p>
1960	<p>Lei Orgânica da Previdência Social – Lops.</p> <p>Kubitschek inaugurou Brasília, a nova capital do Brasil, refletindo para a centralização nos eventos em Saúde.</p> <p>É fundada a Pontifícia Universidade Católica de Pelotas, a Universidade Federal Fluminense e as Universidades Federais de Goiás, Juiz de Fora, Santa Catarina e Santa Maria.</p>
1961	<p>Jânio Quadros, eleito em 1960, assumiu a presidência (mas renunciou em agosto do mesmo ano), pregando a moralização do governo com medidas polêmicas (como a proibição de lança perfume e da briga de galo), refletiu para a moralização dos serviços de saúde.</p> <p>Decreto Federal nº 49.974A, de 21 de janeiro de 1961, que se constituiu no <i>Código Nacional de Saúde</i>, que regulamentou a Lei 2.312/54, davam ênfase ao atendimento psiquiátrico extra-hospitalar.</p>

	É criada a Universidade de Brasília, a Universidade Federal de Alagoas e a do Espírito Santo e a Universidade Católica de Petrópolis e a de Salvador.
1962	Criado em cooperação com o PNUD e o ILPES/ Cepal, em Santiago do Chile, o Centro Pan-Americano de Planejamento de Saúde. É fundada a Universidade Estadual de Campinas e a Universidade Norte de Ensino Superior de Montes Claros, Minas Gerais.
1963 – 1964	João Goulart recuperou a chefia de governo com o plebiscito que aprovou a volta do presidencialismo, havendo no seu governo constantes problemas criados pela oposição militar, em parte devido a seu nacionalismo e posições políticas radicais como a do slogan “Na lei ou na marra” e “terra ou morte”, em relação à reforma agrária, refletindo para as políticas de saúde em relação as populações camponesas. Decreto nº. 52.464 fixa as Normas Técnicas Especiais para a Orientação, Organização, Funcionamento e Fiscalização das Instituições de Assistência Médico- Social, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde, de 09 a 15 de novembro.

Tabela 04 - Articulação dos Eventos relacionados à Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil – República Nova (1945-1964).

FONTE: DIAS, 2007; CERQUEIRA, 1984; DELGADO, 2007; FAUSTO, 2009; FIOCRUZ, 2009; MUSSE, 2006.

Em sequencia, sabe-se que o Regime Militar no Brasil foi um período iniciado em abril de 1964, após um golpe militar articulado pelas Forças Armadas, em 31 de março do mesmo ano, contra o governo do presidente João Goulart.

Conforme Cancian (2009), o Regime Militar restringiu o exercício da cidadania e reprimiu com violência todos os movimentos de oposição. No que se refere à economia e as políticas de saúde, o governo colocou em prática um projeto desenvolvimentista que produziu resultados bastante contraditórios. Tendo em vista que o país ingressou numa fase de industrialização e crescimento econômico acelerados, estes não beneficiaram, porém, a maioria da população, em particular a classe trabalhadora quanto ao acesso à saúde. A Tabela 05 traz uma síntese da constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil neste período (1964 – 1985).

Nos anos 60, os psiquiatras brasileiros já propunham a mudança de um modelo de assistência psiquiátrica centrado ou reduzido ao hospital para um modelo de assistência integral, que dispusesse de recursos capazes de atender às necessidades dos pacientes. Impossível e inadequado pensar em atender milhões de pessoas com transtornos mentais somente ou principalmente em hospitais. A maioria da população a ser assistida necessitava, e ainda necessita, de atendimento em ambulatórios gerais e especializados com a dispensação dos medicamentos prescritos, assim como em outras agências sanitárias (ABP, 2006).

PERÍODO	FATOS HISTÓRICOS
1966	Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, substituindo os antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões por categorias de trabalhadores.
1967	Campanha Nacional de Saúde Mental – Ministério da Saúde. Decreto nº. 60.252. 4ª Conferência Nacional de Saúde, de 30 de agosto a 04 de setembro.
1972	OPAS e Ministério da Saúde assinam “Acordo para a execução de um Programa de Saúde Mental no Brasil”.
1973	A OPAS e a Fundação Kellogg apóiam técnica e financeiramente a criação do primeiro curso de medicina social no Rio de Janeiro, o Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ. Inamps – Manual de Serviço, valorizando a psiquiatria de comunidade para a assistência extra-hospitalar. Resolução nº. 304.
1974	Presidente Ernesto Geisel envia ao Congresso o II Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND. Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social Ministério da Saúde estabelece o sistema hierarquizado e regionalizado de saúde mental. Portaria nº. 32. OMS – Comitê de especialistas, em outubro – Genebra.
1975	Lei 6.229 cria o Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo os campos institucionais da saúde coletiva e da saúde individual.

	5ª Conferência Nacional de Saúde, de 05 a 08 de agosto.
1976	<p>Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS. Criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, por ocasião da 28ª reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), da qual participaram profissionais ligados aos departamentos de medicina preventiva e social do RJ e SP.</p> <p>Em novembro, o CEBES lançou a Revista Saúde em Debate com o objetivo de ampliar e levar adiante as discussões e as análises do setor saúde.</p>
1977	<p>Adotada pela Assembléia Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde – OMS, a meta de saúde para todos no ano 2000, na IV Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas.</p> <p>Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SIMPAS.</p> <p>6ª Conferência Nacional de Saúde, de 01 a 05 de agosto.</p>
1978	<p>Conferência Internacional de Alma Ata, promovida pela OMS e a UNICEF.</p> <p>Atenção Primária de Saúde (APS) é definida então como a estratégia principal para a expansão das coberturas dos serviços de saúde a toda a população e a participação comunitária é incorporada como um dos princípios fundamentais.</p> <p>Criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social – Inamps.</p> <p>Criação do Plano Integrado de Saúde Mental - Pisam.</p> <p>Lançamento do livro “A psiquiatria como discurso da moralidade” de Joel Birman.</p>
1979	<p>1º Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo.</p> <p>Criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, promovida por: Ministério da Saúde, da Previdência e Assistência Social e Organização Pan-Americana de Saúde.</p> <p>3º Congresso Mineiro de Psiquiatria, com a presença de Franco Basaglia e</p>

	<p>Robert Castel.</p> <p>1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, sendo um marco expressivo do Movimento Sanitário.</p> <p>O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) apresentou e discutiu a primeira proposta de reorientação do sistema de saúde. Em setembro, durante a “I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública”, formou-se a ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva.</p>
1980	<p>7ª Conferência Nacional de Saúde, de 24 a 28 de março.</p> <p>Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde).</p> <p>Houve o 2º Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Salvador.</p>
1982	<p>O Conselho Consultivo de Administração Previdenciária propõe o Plano do Conasp – Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, que após aprovado torna-se política institucional oficial, por portaria nº. 3.062.</p> <p>A morte da cantora brasileira Elis Regina, até então a mais significativa em vendagens e público, reflete para as discussões sobre o uso de álcool e outras drogas nas agendas das políticas públicas e os impactos deste uso para a saúde pública.</p>
1983	<p>Houve a Implantação das Ações Integradas de Saúde.</p> <p>Lançamento do livro “Ordem Médica e Norma Familiar”, de Jurandir Sebastião Freire Costa.</p>

Tabela 05 - Articulação dos Eventos relacionados à Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil – Período do Regime Militar (1964 – 1985).

FONTE: DIAS, 2007; DELGADO, 2007; FAUSTO, 2009; FIOCRUZ. 2009; MUSSE, 2006.

A Nova República (década de 1980) é caracterizada pelas aberturas para uma ampla democratização política do Brasil e diretrizes na tentativa da sua estabilização econômica. Usualmente, considera-se o seu início em 1985, quando Tancredo Neves ganha

uma eleição indireta no Colégio Eleitoral, sucedendo o último presidente militar, João Figueiredo. Tancredo não chega a tomar posse, vindo a falecer vítima de infecção hospitalar contraída na ocasião de uma cirurgia. Seu vice-presidente, José Sarney assume a presidência. Sob seu governo é promulgada a Constituição de 1988, que institui um Estado democrático e uma república presidencialista (confirmada em plebiscito em 21 de Abril de 1993). A Tabela 06 sistematiza a constituição das Políticas de Saúde e Saúde Mental no Brasil neste período.

Segundo Fausto (2009), neste período, por ser de transição democrática, importantes avanços políticos ocorreram, como a convocação de uma Assembléia Constituinte que elaborou e promulgou a Constituição de 1988 – “Constituição Cidadã”- que garantiu de modo efetivo a intervenção do Estado nos assuntos relativos à saúde. A propósito, a vigente Carta Magna de 1988, traz em seu artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado. E aborda que ela deverá ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

PERÍODOS	FATOS HISTÓRICOS
1985	Reunião de Secretários Municipais de Saúde, realizada em Montes Claros em janeiro, lança a Carta de Montes Claros, chamada de “Muda Saúde”, estabelecendo o marco referencial de um novo movimento municipalista em saúde, lançando as bases para sua institucionalização.
1986	Congresso de Bauru, dos Trabalhadores de Saúde Mental, SP. 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 17 a 21 de março. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS), em Ottawa, Canadá, que aprova a Carta de Ottawa para Promoção da Saúde, documento referencial no assunto desde então.
1987	Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Houve a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, Rio de Janeiro, 25 a 28 de julho de 1987.
1988	Promulgação da Nova Constituição Federal brasileira, a chamada Constituição

	Cidadã. Fortalecimento da Abertura Democrática. 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS), em Adelaide, Austrália com o tema Políticas Públicas Saudáveis, recomendação de pesquisas em saúde mental.
1989	Transferência do Inamps para o Ministério da Saúde.

Tabela 06 - Articulação dos Eventos relacionados às Políticas de Saúde e Saúde Mental no Brasil na Nova República (Década de 1980).

FONTE: DIAS, 2007; FIOCRUZ, 2009; MUSSE, 2006.

Conforme Noronha e Soares (2001) na década de 1990 houve não apenas uma interrupção, mas um retrocesso no processo de construção de um projeto de proteção social para o Brasil que fora inscrito na Constituição de 1988. Esse projeto inscreveu a Saúde no marco de uma seguridade social pública, universal, garantidora de direitos de cidadania, mas que não obteve ampla implementação.

A chamada área social no Brasil, com destaque para a área da saúde, constituiu-se na década de 90 como o terreno mais conflituoso e exposto às críticas da sociedade, na medida em que é particularmente sensível às condições econômicas de restrição financeira impostas pelas políticas de ajuste econômico que foram implantadas no Brasil nesta década.

As políticas de ajuste, determinadas em âmbito federal, trouxeram enormes limitações, com imposição de encargos adicionais, para as unidades da federação, em particular os municípios no que diz respeito às respectivas capacidades de intervenção e de resposta frente às crescentes demandas sociais e de saúde. Isso gerou grandes iniquidades, aprofundando ainda mais as desigualdades sociais e regionais (NORONHA; SOARES; 2001).

Na década de 90, as políticas sociais e de saúde viram a diminuição em sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual. Tal fato resultou em uma focalização, em que o *local* foi privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais eficientes e acordes às necessidades da população. Retrocedemos a uma visão comunitária em que as *pessoas* e as *famílias* passaram a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem-estar (NORONHA; SOARES; 2001).

Este é o contexto onde se desenrolou as políticas de Saúde nos anos 90, as quais não podem ser ignoradas sob pena de se chegar “no reducionismo e no possibilismo de soluções tecnocráticas para a área da saúde, com a aceitação acrítica de programas federais

verticais e autoritários travestidos de inovadores e modernos” (NORONHA; SOARES; 2001). Não obstante, a Tabela 07 traz uma síntese da Política de Saúde no Brasil na década de 1990.

PERÍODO	FATOS HISTÓRICOS
1990	<p>Promulgada a Lei Orgânica da Saúde - Lei nº. 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo. Institui o Sistema Único de Saúde. Promulgação da Lei nº. 8 142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.</p> <p>Publicação do livro “Hospital Dor e Morte como Ofício” de autoria de Ana Maria Fernandes Pitta.</p>
1991	<p>Norma Operacional Básica 91 - Autorização de Internação Hospitalar – AIH, forma de remuneração dos prestadores de serviço; os Conselhos estaduais e municipais de saúde – CES e CMS.</p> <p>Houve a 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS), em Sundswall, Suécia com o tema: Ambientes Favoráveis à Saúde, mostrou preocupação com a saúde mental neste contexto temático.</p>
1992	<p>Realiza-se a Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento – a ECO 92, no Rio de Janeiro, com impactos para maior preocupação em saúde mental.</p> <p>Houve 9ª Conferência Nacional de Saúde, de 09 a 14 de agosto.</p> <p>Lei Estadual nº. 9.716 do Rio Grande do Sul que foi substitutivo por fusão aos Projetos de Lei nº. 171/91 e 278/91, de autoria dos deputados Marcos Rolim e Beto Grill. Dispunha sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências. Em seu</p>

	<p>artigo segundo, explanou que a reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico, por uma rede integrada e por variados serviços assistenciais de atenção sanitária e sociais, tais como: ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, unidades de observação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, Oficinas de atividades construtivas e similares. Vedou a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos de hospitais. Estabeleceu que a internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público, e quando houver, à autoridade da Defensoria Pública. Elencou que a autoridade do Ministério Público, ou, quando houver, da Defensoria Pública, poderá constituir junta interdisciplinar composta por três membros, sendo um profissional médico e os demais profissionais em saúde mental com formação de nível superior, para fins de formação de seu juízo sobre a necessidade e legalidade da internação. Fixou que o Ministério Público realizará vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos psiquiátricos, com a finalidade de verificara correta aplicação da lei.</p> <p>Lançamento do livro “As razões da tutela. Psiquiatria, Justiça e Cidadania do louco no Brasil” de autoria de Pedro Gabriel Godinho Delgado. Publicação da pesquisa “A Cidadania dos Doentes Mentais no Brasil” de Ana Maria Fernandes Pitta.</p>
<p>1993</p>	<p>Norma Operacional Básica NOB 93 que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde.</p> <p>Comissões Intergestoras: instâncias de negociação compostos por gestores federal, estadual e municipal – Tripartite, e pelos gestores estaduais e municipais - Bipartite; o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, instrumento para cadastro de serviços e controle do orçamento; repasses do governo federal aos estados.</p>

	<p>Lei nº. 8 689 que extingue o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps.</p> <p>Lei Estadual do Ceará nº. 12.151 que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.</p> <p>Publicação das pesquisas “Avaliando as Transformações na Assistência Psiquiátrica Brasileira” de Ana Maria Fernandes Pitta.</p>
1994	<p>Criação do Programa de Saúde da Família – PSF - como estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde. Decreto nº. 1.232 que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do DF.</p> <p>Resolução nº. 1.407 do Conselho Federal de Medicina que dispõe sobre a adoção dos princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental, sendo que estes foram emanados da Assembléia Geral das Nações Unidas em 17.12.1991.</p> <p>Lei Estadual nº. 11.064 de Pernambuco que dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamentando a internação psiquiátrica involuntária e dando outras providências como a de que os serviços ambulatoriais e de emergências psiquiátricas, no âmbito do SUS, deverão, quando funcionarem como porta de entrada do sistema assistencial de saúde mental, serem oferecidos unicamente pelo serviço público, com a competência de autorizar o instrumento responsável pelo financiamento do procedimento específico. Fixou que a internação involuntária será comunicada pelo médico que a procedeu, através da instituição, ao Ministério Público, no prazo de 48 horas, contadas do procedimento, para que sejam adotadas as providências cabíveis.</p> <p>Lançamento do livro “Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica”, organizado por Paulo Amarante.</p> <p>Lançamento do livro “Redescrição da Psicanálise”, de autoria de Jurandir Sebastião Freire Costa.</p>

1995

Lei nº. 975 do Distrito Federal que fixa as diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências. Ficam proibidas, no Distrito Federal, a concessão de autorização para a construção ou funcionamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializados e a ampliação da contratação de leitos hospitalares nos já existentes, por parte da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Lei Estadual nº. 11.802 de Minas Gerais que dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamentando as internações, especialmente a involuntária, e dando outras providências, como vedando expressamente o uso de celas-fortes, camisas-de-força e outros procedimentos violentos e desumanos em qualquer estabelecimento de saúde, público ou privado e proibindo as psicocirurgias, assim como quaisquer procedimento que produzam efeitos orgânicos irreversíveis, a título de tratamento de enfermidade mental.

Lei Estadual nº. 11.189 do Paraná que dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. Explanou que o novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Lei Estadual nº. 6.758 do Rio Grande do Norte que dispõe sobre a adequação dos hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, construção de unidades psiquiátricas e deu outras providências como a de que no caso de construção de hospital geral no Estado, constitui-se como requisito imprescindível a existência de serviço de atendimento para

	<p>pacientes com transtornos psiquiátricos, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos no local. Fixou que no prazo de 6 (seis) anos, a partir da publicação desta Lei, será realizada reavaliação de todos os hospitais psiquiátricos pela Secretaria Estadual de Saúde com vista à renovação da autorização de funcionamento destes estabelecimentos.</p>
1996	<p>Lei nº. 9.311 que institui a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira - CPMF, cuja finalidade seria o custeio dos serviços de saúde.</p> <p>Norma Operacional Básica NOB 96 - Resolução nº. 195 - de 27/08/1996. Estabeleceu a divisão de responsabilidades entre estados e municípios; definiu modalidades de gestão municipal da saúde; definiu critérios de alocação de recursos; institui o Piso de Atenção Básica – PAB, estabelecendo um valor per capita para financiamento das ações de atenção básica; criou a Programação Pactuada Integrada – PPI; definiu o Programa Agentes Comunitários de Saúde – Pacs e Programa Saúde da Família – PSF como estratégias de mudança do modelo assistencial.</p> <p>Houve a 10ª Conferência Nacional de Saúde, de 02 a 06 de setembro.</p> <p>Lei Estadual nº. 5.267 do Espírito Santo que Dispõe sobre direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais e deu outras providências, como a de que o Poder Público deverá adotar medidas para a implementação de serviços intermediários que garantam a extinção gradual de leitos manicomialis, transferindo a cada ano, e de forma progressiva, os recursos da modalidade de internação integral para a rede de serviços.</p> <p>Publicação da pesquisa “Equação Humana no Cuidado de Doenças: O Doente seu Cuidador e as Organizações de Saúde” de Ana Maria Fernandes Pitta.</p> <p>Publicação da obra “Reabilitação Psicossocial no Brasil”, organizada por Ana Maria Fernandes Pitta.</p>
1997	<p>Projeto Reforço à Reorganização do SUS – Reforsus (MS/BID/Banco Mundial). Os objetivos desse projeto são as recuperações física e tecnológica da rede de serviços e o desenvolvimento da capacidade de gestão dos Sistemas de diferentes níveis.</p> <p>Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do</p>

	<p>Programa de Saúde da Família.</p> <p>Houve a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS), em Jacarta, Indonésia com o Tema: Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde pelo Século XXI adentro.</p> <p>Primeira conferência em país em desenvolvimento e primeira em que inclui o setor privado no apoio à promoção da saúde.</p> <p>Lei Estadual nº. 12.684 de Minas Gerais que alterou a Lei no 11.802/1995, e fixou que ficam vedadas a instalação e a ampliação de unidade de tratamento psiquiátrico, pública ou privada e vedou novas contratações, pelo setor público, de leitos psiquiátricos em unidade de tratamento que não se enquadre na tipificação dos direitos humanos.</p> <p>Lançamento do livro “O Campo da Atenção Psicossocial”, de DELGADO, P. G. G.; VENÂNCIO, A. T. ; e LEAL, E. O.</p> <p>Lançamento do livro “Estilo e Modernidade em Psicanálise” de Joel Birman.</p>
1998	<p>Implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), que marca uma transformação no modelo de financiamento da atenção básica, sendo uma das principais medidas para viabilizar a organização da atenção básica à saúde nos municípios.</p>
1999	<p>Lei Federal nº. 9.867 que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, sendo que esta lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários.</p>

Tabela 07 - Articulação dos Eventos relacionados à Política de Saúde no Brasil na década de 1990.

FONTE: DIAS, 2007; FIOCRUZ, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; MUSSE, 2006.

A saúde pública brasileira ingressou pela primeira década do novo século com sérios desafios, agravados principalmente pelos marcos das políticas de ajustes neoliberais introduzida na década de 1990. Os avanços conquistados na formatação técnico-administrativa do Sistema Único de Saúde através das várias normas operacionais instituídas nesta década correm os riscos da cisão irrecorrível do sistema de saúde no âmbito do Estado.

No limiar deste novo século, as necessidades em saúde mostram-se cada vez mais dinâmicas, sociais e historicamente construídas. Elas exigem dos serviços e da gestão em

saúde a capacidade no desenvolvimento de estratégias extremamente sensíveis. Segundo Silva Júnior e Alves (2009) novos modelos assistenciais precisam entrar em curso com referência na escuta aos usuários, na criação de dispositivos de escuta, decodificação e trabalho.

As políticas devem abordar integralidade, humanização e qualidade da atenção, segundo os valores de compromisso com a produção de atos de cuidar de indivíduos, coletivos, grupos sociais, meio, coisas e lugares. A Tabela 08 aborda uma síntese da Política de Saúde no Brasil nesta primeira década do século XXI.

PERÍODO	FATOS HISTÓRICOS
2000	<p>Emenda Constitucional Federal nº. 29, de 13/09/00, altera os artigos. 34, 35, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.</p> <p>Houve a 5ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OMS), na Cidade do México com o Tema: Das idéias às ações.</p> <p>Houve a 11ª Conferência Nacional de Saúde, de 15 a 19 de dezembro.</p> <p>Promulgação da Lei Federal nº. 9 961 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), definindo a sua finalidade, estrutura, atribuições, receitas, sua vinculação ao Ministério da Saúde, e sua natureza.</p> <p>Resolução nº. 1.598 do Conselho Federal de Medicina que normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental e leva em consideração o documento de 1991 “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental” da organização Mundial de Saúde.</p> <p>Eduardo Vasconcelos lança o livro “Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade”.</p> <p>Lançamento da obra “Entre o Cuidado e o Saber de Si: Foucault e a Psicanálise” de Joel Birman.</p>

2001	<p>Norma Operacional da Assistência à Saúde NOB NOAS 2001- Portaria GM nº. 95 de 26/01/01.</p> <p>Lei Federal nº. 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, refletindo o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil</p>
2002	<p>Norma Federal Operacional da Assistência à Saúde NOB NOAS - alterações pela Portaria nº. 373 de 27/02/2002.</p> <p>Portaria Ministério da Saúde nº. 1101 - Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS.</p> <p>Carta à Sociedade Brasileira – Em Defesa da Saúde dos Brasileiros, produzida pela ABRASCO, CEBES e intelectuais do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.</p> <p>Decreto Estadual nº. 42.910 de Minas Gerais que contém o Regulamento da Lei nº. 11.802, alterada pela Lei nº. 12.684, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental, determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos dos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes e regulamenta as internações, especialmente a involuntária.</p> <p>Publicação da pesquisa “Equidade e Justiça Social na Organização de Serviços de Saúde Mental” de Ana Maria Fernandes Pitta.</p>
2003 - 2004	<p>12ª Conferência Nacional de Saúde, de 07 a 11 de dezembro.</p> <p>Manifesto “Reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros”, elaborado por várias entidades, e que desde então, constituíram o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (novembro).</p> <p>Decreto Federal de 28 de maio de 2003 que institui Grupo de Trabalho Interministerial para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do governo federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda</p>

	<p>de bebidas alcoólicas em território nacional.</p> <p>Lei Federal nº. 10.708 que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, titulando-se o Programa “De Volta Para Casa”, estabelecendo um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.</p> <p>Lançamento do livro de autoria de Lúcia Rosa, “Transtorno Mental e o Cuidado na Família”.</p> <p>Eduardo Vasconcelos lança o livro “O poder que brota da dor e da opressão: <i>empowerment</i>, sua história, teorias e estratégias”.</p>
2005	<p>Portaria Ministério da Saúde nº. 245 que destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências.</p> <p>Portaria Ministério da Saúde nº. 246 que destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências.</p> <p>Portaria Ministério da Saúde nº. 1.028 que determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.</p> <p>Portaria Ministério da Saúde nº. 1.059 que destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad.</p> <p>Portaria Ministério da Saúde nº. 1.169 que destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho, destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.</p>
2006	<p>Portaria Federal Interministerial nº. 1.055 que institui o Grupo de Trabalho para viabilizar a constituição do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental.</p>

	<p>Portaria do Ministério da Saúde nº. 399 – Diretrizes do Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS.</p> <p>Portaria Ministério da Saúde nº. 675 – Direitos dos Usuários do SUS.</p> <p>Portaria Ministério da Saúde nº. 687 – Promoção da Saúde.</p> <p>Portaria Ministério da Saúde nº. 698 – Gestão do SUS.</p> <p>Portaria Ministério da Saúde nº. 699 - Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.</p> <p>Houve a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.</p> <p>I Congresso Sulbrasileiro de Saúde Mental e IV Encontro Catarinense de Saúde Mental em Florianópolis/SC.</p> <p>Documento “O SUS é pra valer: universal, humanizado e de qualidade”, elaborado e divulgado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (julho).</p> <p>Documento “Gasto em Saúde no Brasil: é muito ou pouco?”, elaborado e divulgado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (julho).</p> <p>Lançamento em do livro de autoria de Lúcia Rosa, “O Nordeste na Reforma Psiquiátrica”.</p> <p>A Fiocruz recebe o Prêmio Mundial de Excelência em Saúde Pública 2006, concedido pela maior e mais importante instituição de Saúde Pública do mundo, a Federação Mundial de Associações de Saúde Pública. Os programas de pós-graduação da Fiocruz ultrapassam a marca histórica de 3,3 mil teses de mestrado e doutorado e a Ensp inaugura seu primeiro mestrado no exterior - em saúde pública - na capital de Angola, Luanda.</p> <p>I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública em Brasília/DF.</p> <p>Lançamento em Buenos Aires do livro “Locos por la vida - La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil”.</p> <p>Lançamento do livro “Arquivos do mal-estar e da resistência” de Joel Birman.</p>
2007	I Encontro de Cuidadores em Saúde Mental da Cidade do Rio de Janeiro.

	<p>XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria: A Psiquiatria para a Pessoa: o Acolhimento da Pluralidade em Porto Alegre/RS.</p> <p>III Encontro de Direito e Saúde Mental: O Direito ao Trabalho no Rio de Janeiro/RJ.</p> <p>I Seminário Internacional "Clínica da Pós-Modernidade". E I Seminário Nacional do Programa de Volta para Casa no Rio de Janeiro/RJ.</p> <p>Da Insanidade do Mundo à Sanidade da Loucura: a Reforma Psiquiátrica Brasileira e outros Movimentos na Contra Corrente Florianópolis/SC.</p> <p>Lançamento em 2007 do livro “Saúde Mental e Atenção Psicossocial” de autoria de Paulo Amarante.</p>
2008	<p>I Congresso Brasileiro de Saúde Mental - Perspectivas em Saúde Mental: Diversidade e Aproximações em Florianópolis/SC.</p> <p>XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria: Ciência e Ética em Psiquiatria em Brasília/DF.</p> <p>Comemoração em Brasília do Dia Mundial da Saúde Mental - Saúde Mental como Prioridade: Melhoria dos Serviços com Participação Social e Cidadania (10 de outubro).</p> <p>I Jornada de Psiquiatria e Saúde Mental do HPSP em Porto Alegre/RS.</p> <p>I Congresso Regional Gente Crescente de Saúde Mental Infanto-Juvenil de Goiânia.</p>
2009	<p>I Simpósio Internacional de Atualização em Saúde Mental em São Paulo/SP - 12 e 13 de março.</p> <p>Publicação da obra “As pulsões e o seu destino: do corporal ao psíquico”, de autoria de Joel Birman.</p> <p>Lançamento do documentário elaborado por Débora Diniz “A casa dos Mortos”, abordando a realidade do HCTP, com base em observações realizadas na cidade de Salvador – Bahia.</p>

Tabela 08 - Articulação dos Eventos relacionados à Política de Saúde no Brasil na primeira década do século XXI.

FONTE: DIAS, 2007; FIOCRUZ, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; MUSSE, 2006.

Como se verifica pelo acompanhamento dos fatos históricos que foram apontados, a Política de Saúde Mental, no decorrer das últimas décadas, passou por importantes e significativas transformações. Ela evoluiu em definitivo de um modelo centrado na referência hospitalar, para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária.

Observa-se que esse consenso político ainda não se encontra plenamente refletido no conjunto da atenção em saúde mental do SUS, que permanece dependendo parcela significativa de seus recursos com a área hospitalar. Mas, o rumo da Política de Saúde Mental, refletido aqui no conjunto de normas legais reguladoras, é inequívoco, e aponta para a contínua expansão e consolidação desta rede de atenção extra-hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

São marcas desta consolidação, exemplificamente, as ações de saúde mental em UBS (unidades básicas de saúde), unidades ambulatoriais de atenção intensiva em saúde mental (hospitais-dia, CAPS - centros de atenção psicossocial), centros de convivência, unidade de saúde mental em hospital geral (emergência e enfermaria), isoladamente ou integrados em sistemas de referência e contrarreferência.

CAPÍTULO 02 – A SITUAÇÃO DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL QUE CUMPREM MEDIDA DE SEGURANÇA: A EXCLUSÃO SOCIAL E A REALIDADE BRASILEIRA

O termo exclusão social expressa um conceito complexo. Desse modo, concebe-se a exclusão como um fenômeno econômico e social que se refere essencialmente à rejeição do outro. A pobreza pode ser considerada como a maior expressão da exclusão nas sociedades modernas, na medida em que a exclusão mais visível é a econômica, gerando o não acesso a condições elementares de vida.

“Nesse sentido, como a pobreza, a exclusão é multiforme, ultrapassando a dimensão econômica, podendo-se referir à idade, à etnia, a deficiências físicas, culturais, etc., além do que não se reduz a uma situação individual, mas coletiva” (SILVA, 1995, p.71-72). Assim, a exclusão não é um estado caracterizador do sujeito, mas uma relação que se estabelece em relação a alguma coisa ou a outrem.

A exclusão nomeia situações que traduzem uma degradação relacionada a um posicionamento anterior. Por isso, traduz a situação vulnerável de quem vive de um trabalho precário, ou que ocupa uma moradia de onde pode ser expulso se não cumprir com seus compromissos e mesmo de quem está acometido por transtornos mentais e não consegue se fixar as duras rotinas de trabalho.

Os excluídos são, de certa forma, irrepresentáveis. Criam-se mecanismos para não serem vistos, nem sequer ouvidos. Muitas vezes, não são considerados como sujeitos políticos que possam ter seus delegados ou porta-vozes próprios, dependendo da intervenção de alguém que possa falar por eles, que possa agir por eles, e, conseqüentemente, que possa se beneficiar dos direitos adquiridos por eles. “Ora, os excluídos não são uma ordem, uma classe ou um corpo. Eles indicam na verdade uma falta, uma falha do tecido social.” (ROSAVALLON, 1998, p.155).

Neste diapasão, uma das características fundamentais da sociedade brasileira é sua contradição econômica. Por um lado, encontra-se uma sociedade industrial que já é uma das maiores economias do mundo ocidental e acusa um extraordinário dinamismo. Já no outro, encontra-se uma sociedade que pode ser considerada precária, sendo que são muitos os brasileiros que se encontram em nível de subsistência ou em condições de miserável marginalidade.

Desse modo, há um paradoxo na idéia que se tem de prosperidade da economia e de fortalecimento das forças estatais com relação ao desenvolvimento social. Ressalte-se que “a mesma sociedade que fabrica a prosperidade econômica fabrica as desigualdades que constituem a questão social” (IANNI, 1992, p.112).

E nas peculiaridades da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal ocorre o agravamento das suas condições precárias de subsistência, especialmente quando está imersa nas mais marcantes condições de pobreza, visto que é tida como um ser improdutivo e inadequado para as grandes rotinas de trabalho.

No Brasil, os estudiosos concordam que a emergência dos processos de luta pelos direitos das pessoas com transtorno mental tem início com o esgotamento da ditadura militar, mas divergem em relação aos seus marcos históricos. Venâncio (1990) defende que a particularidade da experiência brasileira da reforma psiquiátrica deve-se ao fato de o Estado ter sido o próprio difusor de tal ideário e ter germinado numa conjuntura autoritária, de fins dos anos 1960 e início dos 70.

Não obstante, as mudanças que se operaram a partir da década de 1990, no Brasil, no que se refere à reestruturação e redimensionamento da organização e da atenção à saúde mental, expõe de imediato dois problemas: “o processo de trabalho do cuidado aos usuários dos serviços e a configuração dos modelos tecno-assistenciais em gestão” (DUARTE, 2006, p.151). Tais mudanças consagraram efeitos significativos no pensamento que se faz sobre o louco e a loucura, porém não representaram o fim da exclusão social que se faz em torno destes.

Paulatinamente, a pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal cada vez mais passa a ser reduzida socialmente às identidades que lhe atribuem aspectos negativos, de pessoa enferma, presumidamente de alta periculosidade e incapaz para o trabalho. É “juridicamente posto como incapaz e inimputável, forja-se um duplo movimento de psiquiatrização do crime e criminalização da loucura” (DELGADO, 1992, p. 58).

É neste sentido que a exclusão social, como uma relação com o modo de ser da sociedade capitalista, reforça o lugar desta pessoa como não tendo conexão com o mundo da produção. Portanto, a loucura acaba por figurar no imaginário social como um produto destinado aos espaços marginais, do desvio, do não-lugar e do não-produtivo.

Em situação de crise psiquiátrica, verifica-se que a pessoa com transtorno mental tende a ter algumas de suas capacidades, inclusive produtivas, suspensas e fora do quadro estritamente clínico. Aliás, nem sempre consegue se adequar aos ritmos e exigências do

processo produtivo capitalista. Tais particularidades/condições foram generalizadas como parte de sua identidade integral.

Assim, socialmente ao louco agrega-se a imagem de pessoa que só seria capaz de agressão e do delírio. Neste sentido, resta comprovado que ao capital não interessa investir em um segmento que não traz grandes fontes de produção, calcada na exploração. E que questiona a lógica capitalista, ao exigir uma sociedade do cuidado e valorização do ser humano em si mesmo, não enquanto mercadoria rentável.

Em relação à situação da pessoa acometida com transtorno mental na realidade brasileira, verifica-se que tais portadores são delimitados enquanto seres excluídos, o que se agrava ainda mais pelas dificuldades de inserção no mercado de trabalho e pela própria pobreza que muitos estão inseridos. Tais fatos corroboram com o entendimento de que a exclusão não é nem arbitrária, nem acidental. Emanada de uma ordem de razões que são proclamadas pelo próprio mecanismo social. “Podemos assim distinguir, pelo menos metaforicamente, zonas diferentes da vida social na medida em que a relação do trabalho for mais ou menos assegurada e a inscrição em redes de sociabilidade mais ou menos sólida” (CASTEL, 1997, p.21).

Pedro Delgado (1992) considera que a irresponsabilidade do louco infrator é aceita com dificuldade pelos agentes da justiça e pela opinião pública. Criam-se mecanismos para estabelecer punições de fato, na forma de tratamento obrigatório.

Neste sentido, é aplicada “ao inimputável que houver praticado uma conduta típica e ilícita, não sendo, porém, culpável. Assim, o inimputável que praticou um injusto típico deverá ser absolvido” (GRECO, 2007, pág. 677). Porém, tal absolvição assegura ao sistema penal a aplicação do instituto penal da Medida de Segurança, enquanto instituto penal de política pública, cuja finalidade, obrigatoriamente, difere da pena. Ressalte-se que:

O fundamento dos manicômios criminais acaba por transformar as medidas de segurança em detenções mais longas do que as penas que corresponderiam aos delitos praticados. O manicômio judiciário atende a funções diversas, e muito pouco à de tratamento. É uma instituição que, por várias razões, não está em expansão, e cuja existência –triunfo de um pensamento psiquiátrico penal dominante –pode ser hoje discutida. É um estabelecimento substituível, e só existe porque reproduz a ambigüidade da própria inimputabilidade (DELGADO, 1992, p. 225).

Neste contexto, Paulo Queiroz (2007) considera que as Medidas de Segurança são inconstitucionais ao confrontar disposições do Código Penal e da Lei de Execução Penal com

a Constituição Federal e principalmente com a Reforma Psiquiátrica levada a cabo nos últimos anos, em especial pela Lei nº 10.216/2001. Desse modo,

Estabelecer a constitucionalidade de um direito penal dirigido ao inimputável, e baseado na periculosidade social (juízo para o futuro) e não na culpabilidade (juízo para o passado) é muito complicado, do ponto de vista da afinação com a Constituição vigente. Submetê-lo a processo penal para aplicar-lhe uma medida de segurança é, em igual medida, complicadíssimo. Onde encontrar a culpa de quem é legalmente irresponsável? Como garantir o devido processo legal a quem não pode sequer entender seus termos? Como garantir a personalidade (a pena não deve passar da pessoa do condenado) se o louco deve ser absolvido para depois apenado? (QUEIROZ, 2007, p. 14).

Nos ensinamentos de Foucault (2008) a grande noção da criminologia e da penalidade em fins do século XIX foi a *escandalosa* noção de periculosidade, em termos de teoria penal. Essa noção significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos. Não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam. Nestes termos,

o conceito da periculosidade presumida justificou a criação e a manutenção do instituto da medida de segurança como forma de proteger a sociedade daquele que é perigoso a priori. Dessa forma, quando se suspeita que o indivíduo que praticou ato delituoso apresenta algum transtorno mental, deve ser feita uma solicitação de exame médico-legal para que se avalie a imputabilidade com vistas à formação do processo de Incidente de Insanidade Mental (CORREIA, et al; 2007, p. 5).

Norberto Bobbio (1992) avalia que a efetivação de uma maior proteção aos direitos humanos encontra-se relacionada ao desenvolvimento global da civilização humana. Considera que é um problema que não pode ser isolado, sob pena de sequer compreendê-lo em sua real dimensão. Desse modo, a aplicação da Reforma Psiquiátrica ao sistema penal não deve se limitar à mudança do modelo assistencial e à substituição dos manicômios por uma rede dedicada à saúde mental.

A aplicação da Reforma Psiquiátrica ao sistema penal deve objetivar, fundamentalmente, a promoção da inclusão social e da cidadania das pessoas com transtorno mental. Provavelmente, uma política de atenção a esta pessoa que é infratora de leis deve ser feita em articulação com as demais políticas sociais e com a efetivação de instrumentos que desenvolvam a autonomia e dêem sustentação para a vida fora do manicômio judicial. Neste sentido, a construção desse novo papel abrange, necessariamente, uma discussão mais ampla e

interdisciplinar, uma maior interlocução dos ideários da reforma psiquiátrica com os atores concretos implicados, produzindo novos campos simbólicos para aplicar “o princípio constitucional da igualdade de todos diante da lei como garantia do reconhecimento público do direito à diferença” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p. 8).

Ressalte-se que, no que se refere às políticas públicas, o cuidado e a atenção conferidos a esta pessoa que praticou ilícito penal tem que ser repensado na sua dimensão totalizante, como um mito, um fenômeno histórico, uma relação social e um projeto político. A propósito, “como projeto político, pode ser considerado um tipo de interação construída pelos sujeitos, suscetível a redefinições e recomposições” (ROSA, 2008, p.349).

Então, enquanto mito é preciso desmitificá-lo, retirando-o da condição permanente de periculosidade imutável. Como fenômeno histórico, tem que ser datado e localizado nos diversos contextos tal qual uma relação social que se transforma, que pode sair então da esfera exclusivamente pessoal e privada, pois o pessoal e o cotidiano são políticos.

CAPÍTULO 03 – O PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL NA OPERACIONALIDADE DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

A dimensão sociocultural é, portanto, uma dimensão estratégica, e uma das mais criativas e reconhecidas, nos âmbitos nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica. Um dos princípios fundamentais adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários) (AMARANTE, 2007, p.73).

Na situação contextual do pós Segunda Guerra Mundial, com toda crítica aos produtos dos campos de concentração e ideologia nazista, houve a contribuição no questionamento do arcabouço de respostas oferecidas pelo Estado à questão da pessoa com transtorno mental.

Os serviços até então criados ocasionaram a total exclusão da pessoa com transtorno mental e foram equiparados aos campos de concentração. São analisados como espaços produtores de doença e não saúde mental. Com o apoio da Declaração dos Direitos Humanos, datada de 1948, iniciam-se vários processos reformistas, com diversas tradições teóricas e em distintos momentos históricos, nos países europeu e americano.

Esse processo lento, mas progressivo, de reconhecimento da pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos vai culminar na crítica ao modelo hospitalocêntrico pela Organização Panamericana da Saúde em 1990, em Caracas. Condenou-se o que denomina de manicômio por: isolar o doente do seu meio, gerando dessa forma, maior incapacidade social; criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis dos enfermos; requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e, fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental da população, dos serviços de saúde e outros setores (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1990).

Em reforço à tendência de reconhecimento da condição de sujeito detentor de direitos da pessoa com transtorno mental em 1991, a Organização das Nações Unidas divulga o documento que trata da “proteção de pessoas com problemas mentais e a melhoria da assistência à saúde mental”. Neste contexto, estão dadas as condições históricas, políticas e sociais para a incorporação da pessoa com transtorno mental na condição cidadã.

Vasconcelos (1999) esclarece que a própria luta pela incorporação da pessoa com transtorno mental na condição cidadã força a ampliação do conceito de cidadania, haja vista o mesmo estar parametrado pelo conceito de razão.

Paralelamente, a sociedade civil viu-se confrontada com os mais diversos estímulos tendentes a separá-la da política, a partir da assunção do ideal neoliberal materializado no desinvestimento dos gastos governamentais com políticas públicas universalistas. O aparato estatal assistiu ao progressivo enfraquecimento de seu papel regulador, refluindo como agente qualificado para processar demandas, organizar decisões e facilitar a afirmação da comunidade política. Reduziu-se a capacidade do sistema político e da própria movimentação social de produzir movimentos bem organizados.

Nestes termos, a sociedade civil não é a extensão mecânica da cidadania política ou da vida democrática. “Longe de ser um âmbito universal, é um território de interesses que se contrapõem e que só podem compor-se mediante ações políticas deliberadas” (NOGUEIRA, 2004, p.111). Assim, a sociedade civil não deve ser concebida como uma área social organizada exclusivamente pelos bons valores ou pelos interesses mais justos, mas um terreno que também abriga interesses escusos, contraditórios e múltiplos.

Esta sociedade civil “constitui-se em ator político, presente no levantamento e discussão de questões de interesse geral da sociedade, na sua publicização em encontros, fóruns, seminários e várias outras formas de interlocução” (TEXEIRA, 2001, p.138).

Como esboços desta sociedade civil ora explanada, a Luta Antimanicomial refere-se a um complexo de transformações dos Serviços Psiquiátricos, derivado de uma série de eventos políticos nacionais e internacionais. Na sua origem, está ligada à Reforma Sanitária Brasileira da qual resultou a criação do Sistema Unico de Saúde (SUS). E no ideário desta Reforma “a estratégia eleita para se conquistar a saúde como um direito consistia na descentralização do sistema de saúde” (COHN, 2002, p.233). Encontra-se também em interconexão com a experiência de desinstitucionalização da Psiquiatria desenvolvidas em Gorizia e em Trieste, na Itália, por Franco Basaglia.

A reforma psiquiátrica brasileira encontrou forças no bojo da reforma sanitária. Esta, por sua vez, implanta-se no ambiente das transformações societárias mais recentes. Sua proposta é de reversão do modo de atenção em saúde mental de características hospitalocêntrica e manicomial, historicamente construído sob a égide da dita racionalidade e segregação.

A perspectiva de reforma psiquiátrica com a centralidade da cidadania dos sujeitos, estes inseridos numa histórica e determinada sociedade ganha críticas de

determinados grupos contrários aos processos de reforma. E estas propostas ainda requerem mais debates no âmbito das Políticas Públicas, visto que a substituição da atenção em saúde mental pode estar a serviço da *desresponsabilização* do Estado, em tempos de ajustes estruturais e alterações no seu papel, como no caso brasileiro (DIAS, 2007, p.220).

Ressalte-se que a Associação Brasileira de Psiquiatria (2006) denuncia que desde 1995, o Ministério da Saúde adota como premissa para a construção do seu modelo de assistência, a exclusão do médico da equipe que assiste o doente mental e vem fazendo isto progressivamente. Segundo ela, a alegação da falta de médicos especializados não procede, o que acontece é o abuso da informalidade e dos baixos valores com que o trabalho do psiquiatra tem sido remunerado. Ela alerta que o médico psiquiatra vem sendo colocado mais e mais como profissional secundário e prescindível e a ele têm sido atribuídas as mazelas do sistema. E menciona que este movimento ganhou suficiente espaço na mídia para estigmatizar os psiquiatras, numa orquestração bem engendrada que não dá espaço para as manifestações e opiniões contrárias.

Nestas particularidades do caso brasileiro, a Lei nº 10.216 de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, instituiu um novo modelo de tratamento as pessoas com transtornos mentais. Referida lei só foi sancionada no país após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional (data do ano de 1989 o Projeto original de Lei, que, quando da promulgação, passou por mudanças substanciais).

A aprovação da supracitada lei, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original e trouxe modificações importantes no texto normativo. Assim, enquanto a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, ela acabou por não instituir mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é entendida oficialmente como a ampla mudança do atendimento público em Saúde Mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade. É amparada pela lei 10.216/2001, conquista de uma luta social que durou 12 anos. Significa a mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio na família e na comunidade. O atendimento é feito em Caps - Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência. As internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos Caps/24 horas. Assim, os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No seio dos debates em torno da Reforma Psiquiátrica brasileira, o presente estudo verificou o fato de que não se pode administrar a saúde mental em sentido exclusivamente setorial ou local. É preciso haver uma política de saúde mental que coordene os meios, recursos e estruturas de terapia e reabilitação, bem como incidir sobre os mecanismos sociais que agravam os transtornos mentais. Além disso, deverá encorajar-se, financiar e controlar a pesquisa, suscitando com a educação a responsabilidade de todos os cidadãos e dos próprios médicos.

Apesar das mudanças recentes alterarem a gestão do sistema de saúde através do incremento da descentralização, a manutenção da política de redução do financiamento público dificulta a ampliação e conseqüente qualidade dos serviços prestados à população, num setor fundamental para a reprodução das condições de vida dos sujeitos. É neste sentido que se tem presenciado inúmeros recuos no processo de consolidação real do sistema de saúde em relação às políticas de saúde mental, em especial quanto aos aspectos fundamentais do financiamento, do desenho organizacional e da prestação direta de serviços à população. Ou seja, “a lógica de que a saúde é um direito de quem trabalha continua vigorando, pela maior presença do mercado no setor de saúde, ficando o serviço público destinado às camadas *pobres e carentes* da sociedade” (DIAS, 2007, p.220).

CAPÍTULO 04 – AS PERSPECTIVAS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À SAÚDE MENTAL

As definições em Políticas Públicas assumem, em geral, uma perspectiva de que tais Políticas são um envoltório de processos que levam em consideração diversos fatores. Ciente de que não existe uma definição unívoca do que sejam Políticas Públicas, propõe-se uma delimitação sobre o tema. Assim, conceituam-se as Políticas Públicas como sendo o campo do conhecimento que procura, em um só tempo, acionar as atividades da Administração Pública e/ou analisar estas ações e, sendo necessário, propor mudanças nos seus cursos.

Uma das compreensões mais divulgadas é a de Laswell (1958). Ele entende que as decisões e análises sobre Políticas Públicas implicam responder às seguintes indagações: quem ganha o quê, por quê ganha e que diferença faz. Outras definições também são relevantes. Peter (1995) entende que as Políticas Públicas são a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam direta ou indiretamente na vida dos cidadãos. E Dye (1984) sintetiza ao definir Política Pública como o que o governo escolhe ou não fazer. Aliás,

Mas o que é uma política pública? Trata-se de um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar a realidade. Decisões condicionadas pelo próprio fluxo e pelas reações e modificações que elas provocam no tecido social, bem como pelos valores, idéias e visões dos que adotam ou influem na decisão. É possível considerá-las como estratégias que apontam para diversos fins, todos eles, de alguma forma, desejados pelos diversos grupos que participam do processo decisório. A finalidade única de tal dinâmica – consolidação da democracia, justiça social, manutenção do poder, felicidade das pessoas – constitui elemento orientador geral das inúmeras ações que compõem determinada política (SARAVIA, 2006, p.29).

Ademais, em uma perspectiva mais operacional, pode-se mesmo dizer que política pública é, conforme Saravia (2006), um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir objetivos estabelecidos.

Consoante Souza (2006), enquanto área do conhecimento, a disciplina acadêmica Políticas Públicas nasceu nos EUA como subárea da Ciência Política para entender como e

por que os governos optam por determinadas ações. Nos EUA ocorreu a ruptura com a tradição europeia de estudos e pesquisas nesta área quando o mundo acadêmico passou direto para a ênfase nos estudos sobre as ações dos governos, não estabelecendo necessariamente relações com a Teoria Clássica do Estado. Na Europa, ao contrário, os estudos se concentravam mais na análise sobre as bases teóricas do papel do Estado.

Neste contexto é que os estudos em Políticas Públicas são campos multidisciplinares. Seu foco está nas explicações sobre a natureza das demandas e processos que desencadeiam ações políticas. Suas investigações envolvem processos subsequentes após suas decisões e proposições, implicam implementação, execução, avaliação, monitoramento e controle. Por isso, tais estudos se interdisciplinam nas teorias construídas no campo da Administração, da Ciência Política, do Direito, da Economia e de áreas afins.

Os estudos em Políticas Públicas precisam explicar as interrelações entre Estado, política, economia e sociedade. É uma área abrangente e não se limita a leis e regras. As Políticas Públicas são ações intencionais, com objetivos a serem alcançados. Embora tenham impactos no curto prazo, são ações de longo prazo que abrangem vários atores e níveis de decisão.

Debates sobre Políticas Públicas devem nortear respostas às questões sobre quais espaços cabem à sociedade na definição e implementação dos programas da Administração Pública. Uma grande contribuição desta área é a noção que permite distinguir o que o Governo pretende fazer daquilo que ele de fato faz e por que ele faz desta ou daquela forma. Embora seja materializada através do Governo, as Políticas Públicas não se restringem a “participantes formais”. Assim, os “participantes informais” são importantes e assumem cada vez mais um papel fundamental.

A formulação de Políticas Públicas constitui estágio em que os Estados Democráticos traduzem propósitos em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo prático. Depois de esboçadas e formuladas, estas Políticas desdobram-se em planos, projetos, bases de dados ou sistemas de informação. Quando postas em ação ocorre sua implementação e ficarão submetidas a sistemas de acompanhamento, avaliação, monitoramento e controle.

Idealizar, acompanhar e vivenciar estes estágios com seriedade e respeito é o maior desafio que se opera aos gestores públicos e aos pesquisadores em Políticas Públicas. E a legislação deve procurar efetivar um maior comprometimento nestes estágios, para que cada vez mais se enquadrem nos propósitos do próprio Estado Democrático de Direito.

Cada vez mais os estudos em torno das Políticas Públicas são incentivados e necessários. Eles ajudam a melhor compreender o problema para qual as ações do Estado foram desenhadas, seus possíveis conflitos sociais, econômicos e jurídicos, as trajetórias seguidas e os papéis que exercem as instituições, o governo e os indivíduos que estão envolvidos nestas multidimensões.

É neste sentido que se deve atentar que os movimentos sociais possivelmente acionaram para o tratamento igual dos desiguais. Ressalte-se que “em termos mais rigorosos, não houve nem um tratamento permanentemente igual dos desiguais. Houve, na verdade, uma luta constante e, como resultado, foram tratados igualmente, de forma transitória, os vitoriosos de cada turno, dando lugar a uma luta interminável” (FIORI, 1995, p.47). Então, deve-se “reforçar a organização da sociedade para democratizar o poder. A organização da sociedade não precisa e não deve ser feita contra o Estado em si. Ela deve ser feita contra o Estado clientelista, corporativo, colonizado” (CARVALHO, 2003, p.83).

Conforme Yasbek (2003, p.35) “a política social no Brasil tem funcionado ambigualmente na perspectiva da acomodação das relações entre o Estado e a sociedade civil”. Cabe observar que as políticas sociais no contexto das prioridades governamentais, nos últimos vinte anos, vêm-se caracterizando por sua pouca efetividade social e por sua subordinação a interesses econômicos, configurando o aspecto excludente que marca os investimentos sociais do Estado. Por outro lado, cresce a dependência, de segmentos cada vez maiores da população, da intervenção estatal no atendimento de suas necessidades, particularmente no que se refere às condições de vida no espaço urbano.

Em relação às pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal os serviços são limitados e de difícil acesso, principalmente quando se fala em saúde pública. A propósito, observa-se que há a contradição entre os objetivos estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e sua real aplicação na realidade brasileira, sendo que

A reversão da situação de desigualdade que domina o atual quadro social brasileiro só será possível a partir do momento em que o Estado assuma o firme compromisso de tomar uma posição ativa em defesa dos valores fundamentais de todos os seres humanos, sem distinções de nenhuma espécie nem discriminações de qualquer tipo (PASCUAL, 2006).

O modelo de assistência em saúde mental deve obedecer aos princípios e diretrizes preconizados pela Constituição de 1988 e pelas Leis 8.080/ 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/1990 que cria e regula o Sistema Único de Saúde (SUS), cujas ações devem obedecer aos princípios e diretrizes da universalidade: a saúde como um direito de cidadania

de todas as pessoas, cabendo ao Estado assegurar esse direito; equidade: princípio de justiça social que procura tratar desigualmente os desiguais e investir onde há mais necessidade; integralidade: considera a pessoa como um todo. Pressupõe a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação e a integração entre as demais políticas públicas; descentralização e comando único: descentralização de poder e de responsabilidades entre as esferas de governo.

Os serviços em saúde mental devem também observar as diretrizes da regionalização e hierarquização (os serviços devem ser organizados em uma área geográfica por níveis de complexidade crescente). E devem buscar a participação popular por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, com o objetivo de formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

A construção de uma proposta inovadora na atenção à saúde mental almeja a cidadania e a recuperação das garantias e direitos fundamentais dos portadores de transtornos mentais. “Torna-se cada vez mais relevante a atuação dos organismos da sociedade responsáveis por essa proteção e garantias constitucionalmente asseguradas” (COSTA, 2003, pág.173).

A Política Nacional de Saúde Mental foi objeto de recentes reformulações. Tais modificações apontam para a estratégia da indução. Assim, uma nova perspectiva no ordenamento jurídico do país em relação à pessoa com transtorno mental culminou na Lei nº. 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e sobre a reformulação do modelo assistencial em saúde mental, refletindo, assim, os princípios da Reforma Psiquiátrica, que visa, entre outros aspectos, criar uma rede de serviços diversificados, regionalizados e hierarquizados que promova a efetiva contextualização e reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental.

Oficialmente, o cenário atual em Saúde Mental reflete que há a tendência de reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária. Reflete também para o entendimento das questões de álcool e outras drogas como problema de saúde pública e como prioridade no atual governo. Bem como para a ratificação das diretrizes do SUS pela Lei Federal 10.216/01 e III Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em sentido político, a Associação Brasileira de Psiquiatria (2006) denuncia que se trocou um modelo hospitalocêntrico obsoleto por um modelo Capscêntrico ineficiente e ineficaz para atender às necessidades de todos os pacientes psiquiátricos. Um dos motivos disso, segundo ela, é próprio da natureza dos CAPS. Ela avalia que o padecimento do paciente

psiquiátrico, entendido simplesmente como situação social e não como enfermidade, aliada à excessiva ênfase atribuída à instituição onde o paciente é tratado, tem tido relevo em detrimento da qualidade e da eficiência do tratamento oferecido.

Porém, atente-se para o fato de que, conforme Arretche (2000), para que uma estratégia de indução seja bem-sucedida torna-se necessário que os níveis de governo interessados nas reformas tomem decisões favoráveis a programas de descentralização e contem com recursos financeiros, políticos e administrativos, objetivando implementar políticas cujo desenho institucional obtenha a adesão dos demais níveis de governo.

Alguns dados oficiais mostram-se importantes para se verificar a real necessidade de políticas públicas mais bem elaboradas e que contemplem a real dimensão da pessoa acometida de transtorno mental. São dados oficiais que: 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; e 2,3% do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

É assim que os momentos textuais que ora foram apresentados direcionam a atenção para o fato de que o desafio de equacionar melhores chances e modalidades possíveis do futuro em relação às pessoas com transtorno mental obriga-nos a pensar em termos dialéticos e a articular politicamente o que está desagregado. Por isso, a inserção de grupos até então excluídos pela sociedade capitalista torna-se requisito de uma sociedade que almeja uma prosperidade e equidade em suas diversas manifestações.

A situação do portador de transtorno mental que cometeu ilícito penal está envolta da questão social, e sua inserção na sociedade, com a respectiva confecção da cidadania plena, perpassa, necessariamente, pelo debate das políticas públicas e da atuação do Estado.

Apesar de não se delimitar cientificamente com precisão para qual situação se guia a questão social na contemporaneidade, sabe-se que se a humanidade quer ter um futuro reconhecível, não pode ser pelo prolongamento do passado ou do presente. Assim, se tentarmos construir o terceiro milênio nessa base, não iremos obter êxito e, por isso, tornam-se necessárias implementações que objetivem conferir maior acesso aos meios anteriormente não acessíveis.

Em relação à situação da pessoa com transtorno mental na realidade piauiense, verifica-se que tais portadores se delimitam enquanto seres excluídos. Tal fato se agrava ainda mais pelas dificuldades, e quase total falta, de inserção no mercado de trabalho e pela própria pobreza que muitos estão inseridos. Tais fatos corroboram com o entendimento de que a

exclusão não é nem arbitrária nem acidental e de que tais contextos se permeiam pela questão social, pois são sujeitos tidos como incapazes de adquirir suas mínimas condições de inserção social. Tidos como sujeitos que não tem caráter político, sem inserção, integração e sem compreensão e sem que suas *vozes* sejam consideradas.

No que se refere à sociedade civil, tem-se o Movimento Antimanicomial como um movimento social que contribui para o amadurecimento de ideias no campo da Saúde Mental, caracterizando-se por ser um complexo de transformações dos Serviços Psiquiátricos, derivado de uma série de eventos políticos nacionais e internacionais. Em relação ao caso brasileiro, tal movimento está ligado à Reforma Sanitária Brasileira e encontra-se também em interconexão com a experiência de desinstitucionalização da Psiquiatria desenvolvidas em Gorizia e em Trieste, na Itália, por Franco Basaglia, que recebe o nome de Reforma Psiquiátrica.

Tal Movimento culminou com o sancionamento da Lei Federal 10.216 de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Porém, para os direitos existirem deve haver a sua realização e suas mediações. Os direitos e a política social não podem permanecer presos na letra irrealizada, no direito positivista ou apenas no niilismo de valores. Assim, não basta apenas referida Lei estipular direitos aos portadores de transtorno mental, devem ser instituídos mecanismos claros para a progressiva efetividade de tais direitos.

O redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental até então presente reflete para as novas formas de cuidado e atenção que devem ser conferidas ao portador de transtorno mental que cometeu ilícito penal. Assim, deve-se pensar em políticas públicas que promovam a emancipação humana desta pessoa com transtorno mental, advinda de um processo libertatório.

É neste sentido que se discute a Política Nacional de Saúde Mental proposta pelo Governo Federal. Oficialmente, o Governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). Objetiva incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementando uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Oficialmente, também é objetivo do Governo brasileiro implantar o programa “De Volta Para Casa”, manter um programa permanente de formação de recursos humanos para

reforma psiquiátrica. Busca promover direitos de usuários e familiares, incentivando a participação no cuidado. Assim, poderá a vir garantir tratamento digno e de qualidade ao *louco infrator* (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No contexto da lei 10.216/2001, mostra-se como um argumento válido para a desmistificação da pessoa com transtorno mental como um ser dotado de improdutividade e periculosidade a reconsideração dos direitos que esta pessoa possui. Além do mais, contribuiu, de sobremaneira, para a implementação de políticas públicas e de novas legislações que visem a reduzir o estigma existente. Como exemplo, tem-se a Portaria Interministerial nº 353, de 2005 (DOU 08.03.2005) que institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária.

Tal portaria foi realizada em comunhão pelo Ministro da Saúde e o Ministro do Trabalho e Emprego, objetivando, de modo amplo, estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia solidária. Frise-se a nossa sugestão para futuras pesquisas sobre a inserção do portador de transtorno mental no campo profissional, na esfera da função do emprego e renda.

Não obstante, ressalte-se que se mostram como desafios para as políticas públicas relacionadas à Saúde Mental e seu interrelacionamento com o Direito o fortalecimento das políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial. A consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania. A implementação de uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e desemprego. E o aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental.

O presente estudo, fruto de um intenso envolvimento científico-acadêmico orientando-orientadora, analisou que as identidades construídas pela pessoa com transtorno mental que está em cumprimento de ordem judicial penal (internação compulsória) no Hospital Areolino de Abreu é reflexo direto dos direitos e das Políticas Públicas que os envolvem. Por isso, verificou que a eficácia plena da cidadania está necessariamente imbricada na autonomia de tais pessoas e no modo que o olhar delas vê os seus direitos e as Políticas Públicas que as abrangem.

As possibilidades de *(re) significações identitárias* advindas das identidades da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal desvendaram novas dimensões de se pensar Políticas Públicas. Elas devem dar vozes a estes seres que historicamente foram silenciados. Devem colocá-los em prioridade nos seus processos constituintes, seja o planejamento, a execução, o acompanhamento, o controle ou a avaliação.

A partir das constatações nas informações obtidas na pesquisa de campo no Hospital Areolino de Abreu, chega-se à conclusão de que estas pessoas precisam tanto se reconhecer como sujeitos de direitos, condição fundamental de cidadania, como precisam ser conhecidas como assim o sendo. Tarefa complexa, visto que tais reconhecimentos envolvem construções históricas a se realizar na sociedade piauiense.

Para ser possível o autoreconhecimento da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal como sujeito de direitos, é preciso que os demais *agentes sociais* implicados nas ceumias médicas e jurídicas que a envolvem tenham esta perspectiva, para serem provocadores e também estimuladores. Por isso a importância de Políticas Públicas que contemplem estas pessoas no seu modo de pensar. O desafio de conhecer e compreender ângulos desta problemática deverá ser tido como permanente por estes *agentes sociais*, sendo que é necessário um constante aprimoramento de mecanismos jurídicos associados as políticas de saúde.

Outros pontos foram alcançados. A análise das práticas, que mobilizam signos, sentidos e estratégias, das pessoas com transtorno mental internas no Hospital Areolino de Abreu por terem cometido ilícito penal refutam para a confiança e a credibilidade que se estabelecem frente a elas. A verificação da situação da pessoa com transtorno mental no contexto da realidade piauiense e das Políticas Públicas de Saúde Mental, tendo-se como referência uma possível falta de interesse política com este segmento.

Analisou-se que a estrutura interna do Hospital Areolino de Abreu aponta para que, enquanto estabelecimento hospitalar psiquiátrico, não serve para abrigar as pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal. É prejudicial tanto para as outras pessoas com

transtorno mental quanto para as que cometeram ilícito penal ficarem associadas em mesmos *pavilhões*.

As constatações resultantes da pesquisa anunciam processos ainda a serem realizados, pois, por mais que tenha havido avanços no ordenamento jurídico-legal e na formulação e execução da política pública de saúde mental brasileira, como demonstrado, não se pode deduzir que a materialidade no acesso a modos de vida mais dignos esteja realmente existindo na realidade piauiense. Esta, um processo do devir, de vir a ser, se constrói com o respeito aos desejos expressos pelas identidades das pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal de mais voz-ativa, de mais pró-atividade, de mais liberdade, mais independência em relação à instituição e ser visto também como indivíduo juridicamente reconhecido, não devendo ser subestimado quanto às suas capacidades.

No decorrer da pesquisa também foi salientado que os estudiosos da problemática da identidade consideram que embora a linguagem da identidade atravesse inúmeras disciplinas, o uso do termo apresenta uma grande variabilidade em seu significado conceitual e em seu papel teórico. A noção usual de identidade, tal como é utilizada pelas pessoas em seu cotidiano, diz respeito a algo que permite localizar e definir o indivíduo, seja em termos de sua personalidade, seja em termos de sua posição e de seus papéis sociais, seja ainda em termos dos grupos a que pertence ou aos quais se filia.

A partir das perspectivas teóricas apresentadas pelos autores trabalhados nesse estudo podemos contatar que a identidade é socialmente construída, reconstruída e distribuída nas interações sociais. Assim, as identidades das pessoas com transtorno mental que estão no Hospital Areolino de Abreu mostraram-se como construções num processo contínuo de interações sociais. Tem origem, muitas vezes, nas manifestações de controle, por parte dos indivíduos e grupos e dos espaços social e físico circundante neste Hospital.

As contradições e dissonâncias da vivência experimental que se verificou nestes meses de pesquisa observacional no Hospital Areolino de Abreu apontaram para o acompanhamento da tentativa de manutenção de um sentimento de identidade contínuo pelas pessoas com transtorno mental, uma tentativa destas pessoas de fazerem, ao tempo inteiro, um trabalho biográfico constante.

Para as pessoas com transtorno mental observadas, o diálogo com os outros mostrou-se essencial na construção de uma consciência individual (identidade como uma questão relacional). Constatou-se que, muitas vezes, são os outros que as definem como isso ou aquilo.

Tal diálogo, que é multivocal e que se mostrou produzido na interseção da necessidade de se ligar ao outro e da necessidade de diferenciação do outro, remeteram para a identificação com um papel doentio, alienante e de anormalidade. É desse modo que a aproximação ao outro se mostra secundada por um contínuo movimento de recentramento na sua posição de louco e na posição de que seus atos são sempre distanciados da racionalidade.

As pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal e que foram observadas na presente pesquisa compartilham suas vidas e esperanças ao lado de seu seio social, demonstrando reações aos estímulos e às atitudes dos outros. Tendem ao entendimento social no cotidiano das suas próprias relações, assumindo escolhas que remetem para a concepção que fazem dela, tanto como loucas como também enquanto infratoras da lei. O diálogo e o reconhecimento do outro está presente, de modo transparente nas falas, demonstrando a valorização dessas relações.

A capacidade e autonomia da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal não é tida como prioridade na agenda das políticas públicas no Hospital Areolino de Abreu. Algumas dessas pessoas demonstram preocupação com a formulação de políticas que as contemplem.

No Hospital Areolino de Abreu, a ordem ritualística parece organizar-se basicamente de forma acomodativa, que ensina o indivíduo a não ser perspicaz, a ter sentimentos ligados à sua subjetividade de forma que esta se expresse através das suas atitudes ditas como anormais. Então, foi neste ambiente que se teve a noção precisa de que, muitas vezes, o sujeito é construído não apenas das propensões psíquicas internas, mas principalmente a partir das regras morais e institucionais que lhe são inculcadas do exterior.

Tais análises refletiram para a interdisciplinabilidade entre a Psiquiatria Forense e a Justiça Penal, posto ser competência privativa do médico psiquiatra o laudo sobre o estado psíquico da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal. Mas tal laudo poderá ser rejeitado pelo Estado-Juiz que detém livre apreciação das provas no Processo Penal, devendo o mesmo, caso rejeite, fundamentar tal rejeição na sua sentença/decisão de *mérito*.

Verificou-se que o imputável que praticar uma conduta punível sujeitar-se-á somente à pena correspondente; o inimputável, à medida de segurança; e o semi-imputável sofrerá pena ou medida de segurança. Isto é, ou uma ou outra, nunca as duas. E a imputabilidade é verificada por este exame médico feito pelo psiquiatra, quem pode determinar se a pessoa tem ou não transtorno mental, e pela natureza do delito (se punível com reclusão ou detenção).

É no contexto do Hospital Areolino de Abreu e das informações que são recolhidas em pesquisas anteriores que o envolvem também que se verifica a disparidade entre os dados oficiais e os dados não-oficiais relativos ao número de execuções de medidas de segurança. A expectativa é a de que as instituições forneçam dados precisos e atualizados, para que o levantamento corresponda cada vez mais à realidade. A disponibilização de dados fidedignos e com grande proximidade da realidade são de grande valia, mostram as reais dimensões, apontam para a necessidade de investimentos por parte das Políticas Públicas e, por isso, devem ser expostos e não mascarados, como se constatou que ocorre na atualidade.

Nos casos do local da pesquisa de campo, o estudo aponta que o Estado-Juiz ordena que compulsoriamente seja cumprida a medida de segurança pela Alta Administração do Hospital Areolino de Abreu. Mas este, através da SESAPI, nem sempre concorda com tal cumprimento e, muitas vezes, considera que lá não seria o local ideal para o cumprimento, chegando algumas vezes a não aceitar.

Ocorre que o Poder Judiciário, por entender que a natureza jurídica desta medida é jurídico-penal, determina a internação compulsória. Mesmo problema também coexiste em diversas situações práticas, como nos casos de alta médica, que nem sempre são entendidas pelo Poder Judiciário, recebimento de visitas, concessão de benefícios e etc.

É neste sentido que o estudo apontou para novas perspectivas em políticas públicas penais, como a desinternação progressiva. Ela consiste em uma forma diferenciada de executar-se a medida de segurança na sua espécie internação, visando a efetiva reintegração social do interno. Sua estratégia principal reside no aumento progressivo do contato e da vivência do custodiado com o meio social e na diminuição, também progressiva, de sua dependência com relação ao hospital. No intuito de capacitar o interno para a vivência comunitária, são estimuladas atividades relacionadas à educação, ao trabalho e ao lazer.

Ademais, o tratamento dispensado na desinternação progressiva tem caráter interdisciplinar, já que congrega várias terapêuticas e intervenções distintas. Pode-se afirmar que o objetivo da referida medida é preparar adequadamente o interno para sua desinternação, de modo que ela seja planejada, paulatina e mais segura, tanto para a sociedade quanto para o próprio interno.

Paralelamente, verificou-se que a Constituição de 1988 declara que a saúde é um Direito Social, direito de todos e dever do Estado. Na Constituição, as Políticas Públicas de Saúde devem compreender políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua

promoção, proteção e recuperação (artigo 196). Porém, em relação à pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal, o estudo apontou para o fato de os serviços serem limitados e de difícil acesso, principalmente quando se fala em gestão do SUS.

Os direitos da pessoa com transtorno mental internada ou submetida a tratamento ambulatorial por ter cometido ilícito penal desenvolvem-se lentamente, ao lado da luta pelos direitos dos presos. Porém, a Política de Saúde Mental, no decorrer das últimas décadas, passou por importantes e significativas transformações. No campo legislativo, ela evoluiu em definitivo de um modelo centrado na referência hospitalar, para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária.

No Brasil, a matéria só foi efetivamente implantada no Anteprojeto de Lei de Execução Penal de 1981, que garantia aos internados todos os direitos inerentes à sua condição humana e jurídica, observadas as restrições decorrentes da sentença e da lei. Posteriormente, com o advento da Lei de Execução Penal, houve previsão expressa nesse sentido.

Refletiu-se para os fatos de que o consenso político que visa um modelo de atenção diversificada ainda não se encontra plenamente refletido no conjunto dos mecanismos jurídicos que lidam com a pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal, que permanece dependendo parcela significativa da área hospitalar. Mas, o rumo da Política de Saúde Mental, refletido aqui no conjunto de normas legais reguladoras, é inequívoco, e aponta para a contínua expansão e consolidação desta rede de atenção extra-hospitalar na seara jurídica.

A construção de uma proposta inovadora na atenção à saúde mental almeja a cidadania e a recuperação das garantias e direitos fundamentais das pessoas acometidas de transtornos mentais. E, por isto, a pesquisa apontou que se torna cada vez mais importante a atuação dos organismos da sociedade responsáveis por essa proteção e garantias constitucionalmente asseguradas, tanto no sentido de adquirir novos direitos, bem como de resguardar e operacionalizar os que já foram conquistados.

O redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental até então presente reflete para as novas formas de cuidado e atenção que devem ser conferidas ao portador de transtorno mental que cometeu ilícito penal. Assim, deve-se pensar em políticas públicas que promovam a emancipação humana desta pessoa com transtorno mental, advinda de um processo libertatório.

O estudo apontou para possíveis desafios para as políticas públicas relacionadas à Saúde Mental o fortalecimento das políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com

transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial. A consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania. A implementação de uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e desemprego. E o aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental.

Em síntese, poderíamos dizer que o estudo das identidades e dos direitos das pessoas com transtorno mental que cometeram ilícito penal atentou para o fato de que elas precisam se reconhecer como sujeitos de direitos, posto que esta condição é fundamental para o atingir cidadania. Não basta este valor ser meramente anunciado, ele só terá sentido e razão de ser, quando pronunciado pelos próprios. Por óbvio, ficou demonstrado que esta tarefa é complexa, visto que tal reconhecimento ainda é uma construção histórica a se realizar na sociedade brasileira. Porém, o autoreconhecimento enquanto sujeito detentor de direitos perpassa por agentes sociais com esta perspectiva, sendo verdadeiros estimuladores.

Realizações de pesquisas futuras que abordem temas aqui desenvolvidos precisam existir e devem amadurecer, esclarecer e/ou modificar os conceitos e as idéias apresentadas no presente estudo, tendo em vista o crescimento da Ciência e a necessidade de se aliar uma teoria a uma nova maneira de fazer a prática. Uma maneira que pense nas pessoas, que promova a capacidade, a integridade e a humanidade que existe em cada um de nós e que nos faz sermos pessoas aptas a acreditar e realizar um mundo bem melhor. Isto sim é cidadania.

Enfim, fala-se muito em educação, *lato sensu*, como solução/amenização de problemas. Porém, quando se pensa nas Políticas Públicas voltadas as pessoas com transtorno mental, nota-se uma lacuna quando o assunto é transmitir mínimos conhecimentos para os *loucos*, sejam estes científicos, sociais, artísticos, culturais, esportivos. E quando os mesmos são infratores penais, parece que esta lacuna vira um abismo. Não se pode subestimar uma pessoa com transtorno mental, ela é capaz de aprender, apreender e produzir, claro que resguardando as suas peculiaridades. Deve ser incentivada a isto, se você a ensina conteúdos de sua realidade e determinados parâmetros de *justiça, equidade e bondade*, você a liberta.

ABP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Diretrizes para um modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.

ALBERTO, Creso De Souza Carlos. *Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional*. São Paulo: editora Sulina, 2009.

ALMEIDA, J. A. M. *Identidade e contexto social*. 1999. São Paulo. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. *Sobre a anamorfose: identidade e emancipação na velhice*, 2006. 259 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. p. 45-80.

ALVES, Ribeiro de Brito. Inimputabilidade Penal por Anormalidade Mental. IN: MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira de (org.) *Saúde Mental e o Direito: ensaios em homenagem ao professor Heitor Carrilho*. São Paulo: Método, 2004.

AMARAL, Osvaldo Lopes. *Transtornos mentais*. São Paulo: editora do Instituto de Estudos e orientação da família, 2008.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRIOLI, Antônio Inácio. *O “poder invisível” do mercado*. Revista Espaço Acadêmico. <http://www.espacoacademico.com.br/014/14andrioli.htm>. Acesso em 26 out 2009.

ARAÚJO, Alexandre Nunes de. Da Medida de Segurança. IN: MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira de (org.) *Saúde Mental e o Direito: ensaios em homenagem ao professor Heitor Carrilho*. São Paulo: Método, 2004.

ARRETCHE, Marta. *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2000.

BALANDIER, Georges. *O contorno: poder e modernidade*. Trad. Suzana Martins. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

BAKHTIN, Mikhail. *The Dialogic Imagination*. Austin: University of Texas Press, 1994.

BAUDRILLARD, Jean. *A violência do mundo*. Jean Baudrillard e Edgar Morin. Rio de Janeiro: Anima Editora, 2004. p.64-93

BAUMAN, Zygmunt. *A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas*. Tradução José Gradel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2009.

_____. *A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas*. Tradução José Gradel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2008a.

_____. *Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadorias*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2008.

_____. *Identidade: entrevista e Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2005.

_____. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998.

BARROS, Ediwyrton de Freitas Moraes. Perfil sócio-demográfico de indivíduos em cumprimento de medida de segurança em Teresina – PI. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) da Universidade Federal do Piauí. Orientação: Dra. Lúcia Cristina dos Santos Rosa. Teresina: 2009.

BARROS, Luiz Ferri de. *Os psicóticos e os normais*. Apontamentos sistematicamente aleatórios. Revista Videtur Letras, n. 5. São Paulo: Universidade de São Paulo, abril 2002. p. 53-66.

BARROS JÚNIOR, Francisco. *Tópicos Especiais em Cultura Identidade e Processos Sociais*. Notas de Aula. Universidade Federal do Piauí. Centro de Ciências Humanas e Letras. Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas: Teresina, 2008.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASTOS, Remo Brito. *Globalização: O Império da Miséria*. Fortaleza: Editora Vestseller, 2009.

BAXTER, Leslie; MONTGOMERY, Barbára. *Relating: Dialogues and Dialectics*. Nova Iorque: Guilford Press.

BAZILLI, C. et alii. Apropriações de elementos do interacionismo simbólico e da teoria dos papéis na compreensão de categorias sociais: algumas leituras da noção de identidade. In: *Interacionismo simbólico e teoria dos papéis: uma aproximação para a Psicologia Social*. São Paulo: EDUC, 1998. p. 172-206.

BECKER, H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade: tratado da sociologia do conhecimento*. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

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

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de Direito Penal: parte geral*. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

_____. *Tratado de Direito Penal: parte especial, volume 2*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Trad. de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOURDIEU, Pierre. *Esboço para uma Autoanálise*. Lisboa : Edições 70, 2004.

_____. *Questões de Sociologia*. Trad. Jeni Vaistman. Rio de Janeiro: Marcos Zero, 1983.

BRASIL. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2009.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil (1988)*. Brasília: Senado Federal, 2008.

_____. *Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940: Código Penal*. Brasília: Senado, 2008.

_____. *Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941: Código de Processo Penal*. Brasília: Senado, 2008.

_____. *Lei 10.216 de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Senado Federal, 2008.

_____. Senado Federal. *PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 353, DE 2005 (DOU 08.03.2005)*. Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2008.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. *Relatório final*. Brasília: MJU, 2002.

BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

CANCIAN, Renato. *Comissão Justiça e Paz de São Paulo: Gênese e Atuação Política (1972-1985)*. São Paulo: Edufscar, 2009.

CAPEZ, Fernando. *Curso de processo penal*. 13 ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. *Curso de direito penal: parte geral*. Volume 01. São Paulo: Saraiva. 8. ed. 2005.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. IN: BÓGUS, Lúcia, YASBEK, M. C., BELFIORE-WANDERLEY, M. (orgs.). *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: Educ, 1997.

CERQUEIRA, L. *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental*. São Paulo: Atheneu, 1984.

CERVENY, C. M. O. *A família como modelo: desconstruindo a patologia*. Campinas (SP): Editorial Psy II; 1994.

CHARTIER, Roger. *Pierre Bourdieu e a história: debate com José Sérgio Leite Lopes*. Transcrição feita por Ana Luiza Beraba e Virna Virgínia Plastino. Programa de Pós-graduação em História Social da UFRJ. *Topoi*, Rio de Janeiro, mar. 2002, pp. 139-182.

CIA, Michele. *A desinternação progressiva como alternativa para a obrigação político-criminal do Estado frente aos atos praticados por inimputáveis*. Dissertação de Mestrado em Direito apresentada na Faculdade de História, Direito e Serviço Social da UNESP. Franca: UNESP, 2008.

CIAMPA, Antônio. Identidade. In: LANE, S. T. M. ; GODO, W. (Org.). *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 1999. pt. 2, p. 58-75.

_____. Políticas de identidade e identidades políticas. In: DUNKER, C. I. L.; PASSOS, M. C. (Org.). *Uma psicologia que se interroga: ensaios*. São Paulo: Edicon, 2002. cap. 1, p. 133-144.

_____. *A história de Severino e a história de Severina*. Petrópolis, Vozes, 1986.

COHEN, Cláudio. *A periculosidade social e a saúde mental*. Revista Brasileira de Psiquiatria. Volume 21. Número 4. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, 1999.

COHEN, Cláudio; FERRAZ, F.C.; SEGRE, M. *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: Edusp; 1996.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. IN: LAURELL, A. C. (org.) *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COGGIOLA, Osvaldo (Org.). *História e crise contemporânea*. São Paulo: FFLCHUSP/Pulsar, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *O novo direito dos portadores de transtorno mental: o alcance da Lei 10.216/2001*. São Paulo: editora do Conselho Federal de Psicologia, 2005.

COROCINE, Sidnei Celso. As possibilidades de tratamento em um hospital-presídio: o programa de desinternação progressiva. In: BARROS, Daniel Martins de; RIGONATTI, Sérgio Paulo; SERAFIM, Antonio de Pádua (Org.). *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica II*. São Paulo: Vetor, 2006. p. 209-219.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. *Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública v.23 n.9 set. 2007.

COSTA, A. C. F. *Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica*. In: ARANHA, MI. Direito sanitário e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 125-168

COSTA JÚNIOR, Paulo José da. *Comentários ao Código Penal*. 10. Ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

CRUZ, Carla; RIBEIRO, Uirá. *Metodologia científica: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2009.

CUCHE, D. *A noção de cultura nas Ciências Sociais*. Cap VI: Cultura e identidade, Lisboa: Fim de Século, 2001. p 123-139.

DELGADO, P. G. G. et al. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

_____. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos cronicados). In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 171-202.

_____. *As razões da tutela: Psiquiatria, Justiça e Cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá Ed., 1992.

DIAS, Jorge de Figueiredo. *Direito penal português: as conseqüências jurídicas do crime*. v. 2. Coimbra: Coimbra, 2005.

DIAS, Míriam Thais Guterres. *A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro*. Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutora, pelo Programa de Pósgraduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUCRS, 2007. 292f.

DINIZ, Débora (direção). *A casa dos mortos*. Universitário/Documentário 20'. Direção: Débora Diniz. Produção: Fabiana Paranhos. Câmera/Fotografia: Billa Franzoni. Roteiro: Débora Diniz. Som: Felipe de Simone e Eder 'Long'. Edição: João Neves. Universidade de Brasília – UnB, 2009.

DUARTE, M. J. de O. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. IN: BRAVO, M. I. S., et al. *Saúde e Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

DYE, Thomas D. *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984.

EDITORIAL. *O renascimento da psiquiatria forense*. Revista Brasileira Psiquiatria. 28 (Supl II): S54-5. São Paulo: ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. In: *Lua Nova: o presidencialismo em questão & Welfare e experiência neoliberais*, nº 24. São Paulo: CEDEC, 1991. p 85-116.

FARIAS, I.C. Um troupiér na política: entrevista com o general Antonio Carlos Muricy. In: FERREIRA, M.M. (coord.). *Entre-vistas: abordagens e usos da história oral*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994.

FAUSTO, Bóris. *História do Brasil*. São Paulo: Editora Atual/EDUSP, 2009.

FERRAJOLI, Luigi. *Derecho y razón: teoría del garantismo penal*. Trad. Andrés Ibañez e outros. 4. ed. Madrid: Trotta, 2000.

FERRARI, Eduardo Reale. As medidas de segurança criminais e sua progressão executória: desinternação progressiva. In: SHECAIRA, Sérgio Salomão (Org.). *Estudos criminais em homenagem a Evandro Lins e Silva (criminalista do século)*. São Paulo: Método, 2001. p. 127-133.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo sígnico. IN: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FIOCRUZ. *Dados obtidos em pesquisa do Portal Eletrônico Fundação Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

FIORI, José L. *Em busca do dissenso perdido: ensaios sobre a festejada crise do Estado*. Rio de Janeiro: Insight, 1995.

FLEINER-GERSTER, Thomas. *Teoria Geral do Estado*. Trad. Marlene Holzhausen. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

FOUCAULT, Michel. *Nascimento da Clínica*. São Paulo: Forense, 2009.

_____. *As verdades e as formas jurídicas*. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2008.

_____. *Microfísica do Poder*. São Paulo: Forense, 2006.

_____. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FRIEDMAN, Jonathan. *Identity and Global Process*. Londres: Sage, 1997.

FURTADO, A. F.; SOUZA J. A. *O Setor de Equipamentos Médicos: Evolução do Setor de Insumos e Equipamentos Médico- Hospitalares, Laboratoriais e Odontológico Brasileiro*. Departamento de Política Científica e Tecnológica, Relatório Final. Campinas: Instituto de Geociências, UNICAMP, 2000.

GIDDENS, Anthony. *As conseqüências da modernidade*. Trad. Raul Fiker. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2008. (Debates; 91/ Dirigida por J. Guinsburg).

_____. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. 4^a ed. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: editora LTC, 2004.

_____. The nature of deference and demeanor. IN: *Interacion Ritual: Essays on Face-to-face Behavior*. Nova Iorque: Pantheon Books., 2003. p. 47-96.

GOLDENBERG, M. *A arte de Pesquisar*. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 2001.

GONÇALVES, Amadeu Matos. *A doença mental e a cura: um olhar antropológico*. São Paulo: IPV, 2005.

GOY, J. *Histoire Orale*. Paris: Annales de Vaucresson, n.26, 1987.

GRECO, Rogério. *Curso de Direito Penal*. 9. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2008.

HABERMAS, Juergen. *Mudança estrutural da Esfera Pública*. Trad. Flávio R. Kotche. 2.ed. Rio de Janeiro: Tempos Universitário, 2003, p.169-212.

_____. *Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002. 271 p. (Série Estudos Alemães).

_____. *Para a reconstrução do materialismo histórico*. São Paulo: Brasiliense, 1976. cap. 1-2, p. 11-77.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Trad. Tomaz Tadeu da Silva, Guacira Lopes Louro. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2007.

_____. Introduction: Who Needs “Identity?” In: HALL, Stuart; PAUL Du GAY (orgs.). *Questions of Cultural Identity*. Londres: Sage, 1996. p. 1-17.

HUNGRIA, Nelson. *Comentários ao Código Penal*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 1955.

IANNI, Otávio. *A idéia de Brasil Moderno*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1992.

INIGUEZ, Lupicínio. Identidad: de lo personal a lo social. Um recorrido conceptual. In: CRESPO, E.(ed.). *La constitución social de la subjetividad*. Madrid: Catarata: 2001, p.: 209-225.

JAPIASSU, H. A. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JODELET, D. *Loucuras e representações sociais*. Tradução de Lucy Magalhães. Petrópolis: Vozes, 2005.

JOZEF, Flavio; SILVA, Jorge Adelino Rodrigues da. *Homicídio e doença mental*. Serviço de Psiquiatria Forense do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro: psiquiatria na prática médica. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/original7_02.htm>. Acesso em 20 out 2009.

KAPLAN, H.I; SADOCK, B.J. *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

LAPERRIÈRE, Anne. A teorização enraizada (grounded theory): procedimento analítico e comparação com outras abordagens similares. IN: POUPART et al. *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

LASWELL, H. D. *Politics: Who Gets What, When. How*. Cleveland: Meridian Books, 1958.

LIMA, Edimilson Duarte de. *Imaginários da loucura: estudo etnográfico em um cenário chamado Campo Grande*. Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro: 2009, 97fls.

LIMA, Maria Manuel. *Considerações em Torno do Conceito de Estereótipo: uma dupla abordagem*. Revista de Letras da Universidade de Aveiro. Publicação do Departamento de Línguas e Culturas: Universidade de Aveiro, 1997, p. 169-181.

LIPOVETSKY, Gilles. *A sociedade da decepção*. Barueri, SP: Manole, 2007.

MALIK, Ana Maria; PENA, Fabio P. M. *Administração estratégica em hospitais*. São Paulo. FGV-EAESP. 2003.

MEAD, J. H. *Espiritu, persona y sociedade*. Buenos Aires: Paidós, 1972.

MELO, Alexandre Cunha Lobo de. *Gestão hospitalar: o caso de hospitais privados do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Administração) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, orientadora: Sandra Regina R. Pinto. Rio de Janeiro: 2007.

MENDES, J. M. O. O desafio das identidades. IN: SANTOS, B. S. *A globalização nas Ciências Sociais*. São Paulo: Cortez, 2002. p. 503-540.

MERHY, Emerson Elias. *A saúde pública como política: o estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1992.

MEZOMO, João C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: 1995.

MIRABETE, Julio Fabrini. *Execução penal*. São Paulo: editora Atlas. 11ed. 2004.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Relatório do Sistema Penitenciário Nacional*. Brasília: MJU, 2009.

_____. *Sistema penitenciário no Brasil: dados consolidados*. Brasília: MJU, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 out 2009.

_____. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental – 15 anos depois de Caracas*. Brasília, novembro de 2005.

_____. *Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004*. Série E. Legislação de Saúde. *Organização*: Jussara Valladares, Márcia Rollemberg, Karime da Fonseca Pôrto 5ª edição ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MOFFATT, A. *Psicoterapia do Oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. 7ª Ed. São Paulo: Cortez, 1991.

MORIN, Edgar. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

_____. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto alegre: Sulina, 2005.

_____. *A inteligência da complexidade*. São Paulo: Peiropólis, 2000.

_____. *A decadência do futuro e a construção do presente*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1993.

MUSSE, Luciana Barbosa. *Políticas públicas em saúde mental no Brasil na perspectiva do biodireito: a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo sob a égide da lei*

10.216/2001 e suas implicações. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Orientadora: Maria Celeste Cordeiro Leite Santos. São Paulo: PUC, 2006.

NADAI, Elza e NEVES, Joana. *História Geral Moderna e Contemporânea*. 6 ed. São Paulo: Saraiva, 1989.

NEPP. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. *O Setor de Saúde e o complexo da Saúde no Brasil*. Relatório de pesquisa. Campinas: UNICAMP, 2008.

NOGUEIRA, M. A. *Um Estado para a Sociedade Civil: Temas Éticos e Políticos da Gestão Democrática*. São Paulo: Cortez, 2004.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. *A política de saúde no Brasil nos anos 90*. Revista Ciência e Saúde Coletiva vol.6 no.2. São Paulo: Ciência & Saúde Coletiva, 2001.

OLIVEIRA, A. A.; BRITO, C. R. A.; FERNANDES, L. B. *Caracterização dos casos de internação compulsória por atos criminosos em um Hospital Psiquiátrico*. Trabalho de conclusão de graduação em Enfermagem. Teresina: NOVAFAPI, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *A transformação da gestão de hospitais na América latina e Caribe*. Brasília, OPAS/OMS, 2004.

_____. *Reestruturação da assistência Psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação*. Milão: OPAS/ OMS, 1990.

PASCUAL, Alejandra Leonor. *O fim dos “Cem Anos de Solidão” em direitos humanos: ações afirmativas na reconstrução das identidades condenadas ao silêncio*. Publicações do XVI Congresso de Pesquisa em Direito nov. 2005. Fortaleza: CONPEDI, 2006.

PETERS, B.G. *The Politics of Bureaucracy*. White Plains: Longman Publisher, 1995.

PIEIDADE JÚNIOR, Heitor. *Personalidade psicopática, semi-imputabilidade e medida de segurança*. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

PIERANGELI, José Henrique. *Códigos Penais do Brasil: evolução histórica*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

PINHO, Rodrigo César Rebello. *Teoria Geral da Constituição e Direitos Fundamentais*. 7. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2007.

PORTER, Michael E. *Vantagem Competitiva: Criando e sustentando um desempenho superior*. Tradução de Elizabeth Maria de Pinto Braga. Revisão Técnica de Jorge A. Garcia Gómez. Rio de Janeiro, Campus, 1991.

PRADO, Luiz Regis. *Curso de Direito Penal Brasileiro*. 9. Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.

PUIG, Santiago Mir. *Direito Penal: Fundamentos e Teoria do Delito*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.

RAYMUNDO, Ana Lúcia; BEZERRA, Jeanne Karenina Santiago. *Princípio da presunção da inocência*. Disponível em: < <http://www.mp.rn.gov.br>>. Acesso em: 20 out 2009.

RICOUER, Paul. *Réflexion faite. Autobiographie intellectuelle*. Paris: Éditions Esprit, 1995.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; GUIMARÃES, Lucas Dannilo Aragão; BRANCO, Edna de Melo Castelo (orgs). *Saúde Mental e assistência social: tecendo a rede de experiências no Piauí*. Teresina: EDUFPI, 2008.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Transtorno Mental e o cuidado na família*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. *O Nordeste na Reforma Psiquiátrica*. Teresina: EDUFPI, 2006.

ROSAVALLON, P. *A Nova Questão Social*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único a consciência universal*. São Paulo: Editora Record, 2000.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. IN: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. *Políticas Públicas*. Coletânea. Volume 1. Brasília: ENAP, 2006. p. 21-42.

SASS, O. A formação e o desenvolvimento do *self*. In: _____. *Crítica da razão solitária*. Bragança Paulista: Universitária São Francisco, 2004. cap. 6, p. 233-277.

SERRANO, A.I. *O que é Psiquiatria alternativa*. São Paulo: Brasiliense; 1982.

SCHULTE, Walter. *Manual de Psiquiatria*. São Paulo: editora EPU, 2009.

SGRECCIA, Elio. *Manual de Bioética: II – Aspectos Médicos-Sociais*. 2ª. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

SILVA, Camila Mariani. *A loucura sai do manicômio: dispositivos residenciais no Espírito Santo*. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós- Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Orientador: Ariane Patrícia Ewald. Rio de Janeiro: 2006, 121fls.

SILVA, M. O. da S. e. O Debate sobre a Pobreza: questões teórico-conceituais. IN: *Revista de Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão*. v.1. n.1. São Luís: EDUFMA, 1995.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. *Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas*. Revista da FEPESE - Fundação de Estudos e pesquisas Sócio-Econômicos. Santa Catarina: UFSC, 2009.

SIQUEIRA, Holgonsi Soares Gonçalves. Globalização e Autonomia: limites e possibilidades. <http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/globoautonomia.html>. Acesso em 21 nov 2009.

SOUZA, Celina. *Políticas Públicas: uma revisão de literatura*. Sociologias. Porto Alegre. Ano8. N.16. jul/dez 2006, p.20-45.

SZASZ, Thomas. *A fabricação da loucura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

_____. *O mito da doença mental: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal*. Tradução Irley Franco e Carlos Roberto Oliveira. São Paulo: círculo do livro, 1974.

TEXEIRA, E. *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

THIOLLENT, M.J.M. *Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária*. São Paulo: Polis, 1982.

VASCONCELOS, E. M. *Notas preliminares sobre Serviço Social, subjetividade e saúde mental no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Mimeo, 1999.

VENÂNCIO, A. T. A. *Sobre a “nova psiquiatria no Brasil”*: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Rio de Janeiro: UFRJ/ PGASMN, 1999.

VERAS, Marcelo Frederico Augusto dos Santos. *A loucura entre nós: Teoria Lacaniana das Psicoses e a Saúde Mental*. Tese (Doutorado em Psicologia) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro: 2009, 288fls.

YASBEK, Maria Carmelita. *Classes subalternas e assistência social*. São Paulo: Cortez, 2003.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl. *Direito penal brasileiro I*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
(CONEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI
REGISTRO CONEP: 045



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Identidade (s) e direitos do portador de transtorno mental à disposição da justiça: entre as insígnias do criminoso e louco

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0091.0.045.000-08

Pesquisador Responsável: Lúcia Cristina dos Santos Rosa

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Novembro-2009 Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 7/7/2008

Teresina, 18 de novembro de 2008.

Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
COORDENADOR



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL AREOLINO DE ABREU

06.553.564/0098-60

Secretaria de Saúde

Hospital Areolino de Abreu

Rua João Soares Ferraz, 2420-Primavera

TERMO DE AQUIESCÊNCIA

CEP: 64002-520

Teresina - PI

A Direção do Hospital Areolino de Abreu, consente com a realização do Projeto de Pesquisa "IDENTIDADE(S) E DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL À DISPOSIÇÃO DA JUSTIÇA: ENTRE AS INSÍGNIAS DE CRIMINOSO E LOUCO" de autoria de **Manoel Valente Figueiredo Neto**, aluno do Programa de Pós-Graduação em Políticas públicas da Universidade Federal do Piauí, sob orientação da Professora Dr^a. **Lúcia Cristina dos Santos Rosa**.

Teresina(PI), 02 de junho de 2008.

Atenciosamente,

Márcia Astrés Fernandes

Diretora Geral de H.A.A.

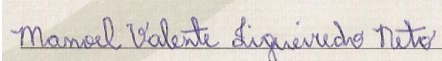
Diretora Geral H.A.A.

CPF: 578.512.558-68

Autorização

1. Eu, Manoel Valente Figueiredo Neto, advogado, portador da carteira de identidade civil 2.277.716 SSP PI, identidade profissional 7252 OAB/PI, CPF 017.155.273 - 86, autorizo a publicação em formato digital, sem ônus, da obra “Identidades e direitos da pessoa com transtorno mental sob a égide do Poder Judiciário: a Medida de Segurança e o Hospital Areolino de Abreu” de minha autoria, pelo **Portal Domínio Público**, biblioteca digital do Ministério da Educação, no endereço de internet <www.dominiopublico.gov.br>. É de meu conhecimento que a publicação das obras na internet terá fins estritamente não-comerciais, permitindo a reprodução e a impressão gratuitas pelos usuários da biblioteca.

Teresina, 20 de maio de 2010

Ass.: 

Nome: Manoel Valente Figueiredo Neto

CPF: 017.155.273 - 86

RG: 2.277.716 SSP PI

Contato: manoelvalentefn@yahoo.com.br

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)