



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS
PÚBLICAS**

MARIA IZABEL ALMEIDA VALENTE

**DESAFIOS DA DESINTERNAÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS
MENTAIS NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO
GOVERNADOR STÊNIO GOMES**

FORTALEZA – CEARÁ

2016

MARIA IZABEL ALMEIDA VALENTE

DESAFIOS DA DESINTERNAÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS
NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO GOVERNADOR
STÊNIO GOMES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de Concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena de Paula Frota

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Valente, Maria Izabel Almeida .

Desafios da desinternação de pessoas com transtornos mentais no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes [recurso eletrônico] / Maria Izabel Almeida Valente. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 154 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientação: Prof.ª Dra. Maria Helena de Paula Frota.

1. Doença Mental. 2. Hospital de Custódia. 3. Política Pública. 4. Desinternação. I. Título.

MARIA IZABEL ALMEIDA VALENTE

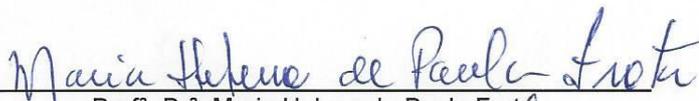
DESAFIOS DA DESINTERNAÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS
MENTAIS NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO
GOVERNADOR STÊNIO GOMES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

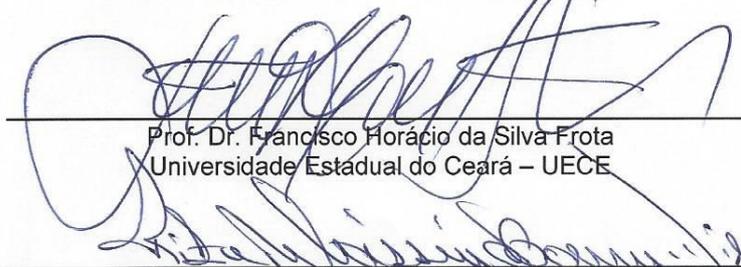
Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 05/09/2016

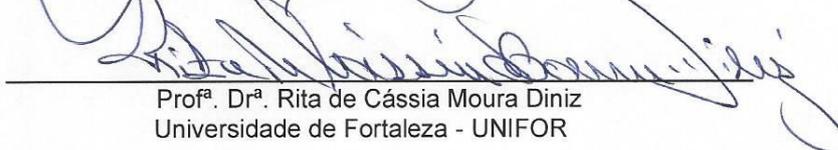
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena de Paula Frota
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cássia Moura Diniz
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Aos meus pais, Raimundo e Lucila (*in memoriam*), pelos ensinamentos de fé, justiça e humildade.

Aos nossos filhos Priscila, Daniel e Rafael e, em especial, ao meu marido, José Maria, pela compreensão, apoio e incentivo para que este sonho fosse concretizado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua infinita misericórdia.

A minha orientadora, Profa Dra Maria Helena de Paula Frota, cujas orientações metodológicas foram fundamentais na elaboração deste trabalho.

À Profa Dra Rita Moura Diniz, meus sinceros agradecimentos, em razão da presteza em participar dessa banca e pela valiosa contribuição no aprimoramento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota, por aceitar fazer parte da banca e colaborar na avaliação deste estudo.

.Ao Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas (MPPPP) da UECE, pela oportunidade concedida.

À Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado, por me conceder a permissão para realizar este ensaio.

À colega assistente social Rosane Vasconcelos, pela amizade cultivada durante o curso, e, em especial, por seu desprendimento e solidariedade.

Ao Dr. Antonio Rodrigues de Sousa, pelo apoio e contribuição dispensados.

À colega assistente social e mestra Maria Juruena Moura, pelo incentivo dado nesta caminhada.

Aos familiares dos internos do HCTPGSG, pelo pronto atendimento e atenção em participar da pesquisa.

A todos os que acreditaram na realização deste experimento, o meu muito obrigado.

RESUMO

Aborda a desinternação dos portadores de transtornos mentais no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes-CE, buscando compreender os desafios vivenciados pelos familiares de doentes mentais com histórico de delitos no processo de desinternação. É uma pesquisa de natureza qualitativa, embasada no referencial teórico da temática de estudo. Foi realizada no período de abril a agosto de 2016, tendo como sujeitos os doentes mentais e seus familiares, com uma amostra de 90 prontuários jurídicos e 17 entrevistas. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram entrevistas semiestruturadas, formulário e diário de campo. Os dados analisados mostraram que o perfil dos internos se caracteriza por serem pessoas de baixo nível socioeconômico e cultural, procedentes, em sua maioria, da Região Metropolitana de Fortaleza, com faixa etária de 28 a 47 anos, solteiros, sem filhos, com baixo nível escolar, católicos, sem qualificação profissional, sem renda, poucos beneficiados pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), e recebem visitas mesmo sem ser contínua. O transtorno mental de maior prevalência foi a esquizofrenia e o decorrente do uso de álcool e outras drogas. Faziam uso de drogas lícitas e ilícitas com tratamento anterior à internação, tanto ambulatorial como hospitalar. Em sua maioria, estão cumprindo medida de segurança e internados com até cinco anos. O maior delito praticado foi o homicídio, e, em maior proporção pelos esquizofrênicos. As maiores vítimas foram os familiares e do sexo feminino. O instrumento mais utilizado nos delitos foi o contundente, por meio de pauladas. Os desafios da desinternação foram com maior relevância a dificuldade no tratamento psiquiátrico, acesso à rede de saúde mental, questão econômica, preconceito e o medo. Quanto ao apoio institucional, foram apontados o ensejo pelo encaminhamento ao BPC, tratamento de atenção aos riscos e danos para os usuários de drogas e terapia com dignidade humana no âmbito institucional. Nesta realidade, identificou-se a necessidade urgente de intervenção do Poder Público na garantia dos direitos e cuidados previstos pela Lei Federal nº 10.216/01.

Palavras-chave: Doença Mental. Hospital de Custódia. Política Pública. Desinternação.

ABSTRACT

The paper abord the question of de hospitalization of people with mental health disorders at 'Governador Stênio Gomes' Psychiatry and Custody Hospital. Our main objective was to investigate the challenges of the process of de hospitalization of those people at HCTPGSG, looking to understand the issues suffered by the family members of those that had a historic of crimes in this process. Our project is a qualitativy study, based on on theoretical referential of the subject of study, conducted between april to august 2016, that investigated mental ill subject and their relatives, reviewing ninety (90) juridic records and performing seventeen (17) interviews. The data was colected through semi-estructured interviews, and field diaries. As main results, we identified that the subjects had low socioeconomic and cultural profile, were radicated at Fortaleza Metropolitan region, had between 28 and 47 years, unmarried, childless, low educational level, catholics, no profiessional qualifications, unemployed and just few subjects receiving a kind of benefit, called 'Benefício de Prestação Continuada' (BPC). The most of them received visits, but not in a continue way. The most commom mental heath disorders were Esquizophrenia and alcohol and illicit drug's abus. A large part were facing security measures and the median time of permanence at the Hospital was 5 years. Homicide was the most commom crime and the Esquizophrenics were the subpopulation that most committed it. The commomnest victims were their female relatives, in general, throught blunt trauma. Difficults in the psychyatri treatment, the inefficiency of the public network of mental health care, the financial problems and discrimination situations were the most commom chalenges faced by the subjects. There's a necessity of more concessions of the 'Benefício de Prestação Continuada', a better approach in the treatment of the drugs abusers and a more humanized treatment to by offered at the institucional position by the Public Power. Finally, there's a urgent necessity of intervention by the Public Power to assure the compliance of the rights and cares provided by Federal Law number 10.216/01.

Keywords: Mental Illness. Custody Hospital. Public Politcs. De-hospitalization

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|--------------|--|-----|
| Gráfico 1 – | Distribuição, por naturalidade..... | 76 |
| Gráfico 2 – | Distribuição, por local de domicílio..... | 76 |
| Gráfico 3 – | Distribuição, por faixa etária dos internos do HCTPGSG..... | 77 |
| Gráfico 4 – | Distribuição, por estado civil..... | 78 |
| Gráfico 5 – | Distribuição, por número de filhos..... | 79 |
| Gráfico 6 – | Distribuição, sob o ponto de vista de quem cuida dos filhos.... | 80 |
| Gráfico 7 – | Distribuição, por escolaridade..... | 81 |
| Gráfico 8 – | Distribuição, conforme a religião..... | 83 |
| Gráfico 9 – | Distribuição, por profissões - atividade laboral exercida antes da reclusão..... | 84 |
| Gráfico 10 – | Distribuição por beneficiários do INSS..... | 85 |
| Gráfico 11 – | Distribuição, por situação previdenciária..... | 86 |
| Gráfico 12 – | Distribuição, conforme renda Individual..... | 87 |
| Gráfico 13 – | Distribuição, por Diagnóstico da Doença..... | 87 |
| Gráfico 14 – | Distribuição, por comarca de procedência conforme as macrorregiões do Estado do Ceará..... | 89 |
| Gráfico 15 – | Distribuição, pelo recebimento de visitas..... | 90 |
| Gráfico 16 – | Distribuição, se sim, qual a frequência?..... | 90 |
| Gráfico 17 – | Distribuição, por uso de droga ou não..... | 92 |
| Gráfico 18 – | Distribuição, se antes da admissão fazia algum tratamento.... | 93 |
| Gráfico 19 – | Distribuição, se sim, onde?..... | 94 |
| Gráfico 20 – | Distribuição, por admissão à Instituição (tempo de internação/reclusão no HCTPGSG)..... | 95 |
| Gráfico 21 – | Distribuição, conforme reincidência..... | 97 |
| Gráfico 22 – | Distribuição, por delitos..... | 97 |
| Gráfico 23 – | Distribuição, por instrumentos utilizados nos delitos..... | 102 |
| Gráfico 24 – | Distribuição por Situação Jurídica..... | 103 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| BPC | Benefício de Prestação Continuada |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CNJ | Conselho Nacional de Justiça |
| CNP | Conselho Nacional Penitenciário |
| PCP | Política Criminal Penitenciária |
| CPB | Código Penal Brasileiro |
| CSM | Centro de Saúde Mental |
| DINSAM | Divisão Nacional de Saúde Mental |
| EAP | Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis a Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei |
| EJA | Educação de Jovens e Adultos |
| EVCP | Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade |
| FCLA | Fórum Cearense de Luta Antimanicomial |
| HCTPGSG | Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes |
| HCTP | Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INSS | Instituto Nacional do Seguro Social |
| IPCE | Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica |
| IPPOO | Instituto- Presídio Professor Olavo Oliveira |
| IPPS | Instituto Penal Paulo Sarasate |
| LEP | Lei de Execuções Penais |
| LOAS | Lei Orgânica de Assistência Social |
| MPF | Ministério Público Federal |
| MTSM | Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |

| | |
|--------|--|
| PACAD | Programa de Ações Continuadas de Saúde aos Drogadictos |
| PNAISP | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional |
| PNSSP | Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário |
| PT | Partido dos Trabalhadores |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RENILA | Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial |
| SECULT | Secretaria de Cultura do Estado do Ceará |
| SEDUC | Secretaria de Educação do Estado do Ceará |
| SEJUS | Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado do Ceará |
| SRTs | Serviços Residenciais Terapêuticos |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UECE | Universidade Estadual do Ceará |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 2 | O ENCONTRO DO PESQUISADOR COM O OBJETO..... | 17 |
| 2.1 | A REALIDADE DA PESQUISA: ONDE VIVEM OS RECLUSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS..... | 24 |
| 3 | ENREDO HISTÓRICO DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA..... | 29 |
| 3.1 | A LOUCURA - CONSIDERAÇÕES DO CONCEITO COMO QUESTÃO SOCIAL E DESENVOLVIMENTO DA PSIQUIATRIA..... | 29 |
| 3.2 | A EXPERIÊNCIA DE REFORMA PSIQUIÁTRICA EM TRIESTE – ITÁLIA..... | 35 |
| 3.3 | O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA..... | 37 |
| 3.4 | O ESTADO DO CEARÁ NO MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA..... | 40 |
| 3.5 | MARCOS LEGAIS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO.. | 43 |
| 4 | POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – PROGRAMAS DE INCLUSÃO SOCIAL À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL..... | 49 |
| 5 | CÁRCERE, MANICÔMIO JUDICIÁRIO E A SANÇÃO PENAL..... | 55 |
| 5.1 | PRISÕES NO BRASIL - BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO..... | 55 |
| 5.2 | MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS NO BRASIL – POR QUE E PARA QUEM?..... | 62 |
| 5.3 | MEDIDAS DE SEGURANÇA: ASPECTOS LEGAIS DA INTERNAÇÃO DO DOENTE MENTAL INFRATOR NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO..... | 70 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 75 |
| 6.1 | PERFIL DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NO HCTP- GOVERNADOR STÊNIO GOMES..... | 75 |
| 6.2 | DESAFIOS DOS DESINTERNAMENTOS NA FALA DOS FAMILIARES..... | 105 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 125 |
| | REFERÊNCIAS..... | 131 |
| | APÊNDICES..... | 138 |

| | |
|--|-----|
| APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 139 |
| APÊNDICE B – Formulário..... | 140 |
| APÊNDICE C- Roteiro de Entrevista Semiestruturada aos Familiares dos Doentes Mentais no Manicômio Judiciário..... | 142 |
| APÊNDICE D – Tabelas..... | 143 |
| ANEXOS | 149 |
| ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP..... | 150 |
| ANEXO B – Carta de Anuência..... | 153 |
| ANEXO C-Termo de Fiel Depositário..... | 154 |

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objeto o desvelamento do universo de questões vivenciadas pelos familiares na desinternação de pessoas com transtornos mentais que cumprem medidas judiciais, tendo como campo empírico de pesquisa o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes – mais comumente conhecido como *Manicômio Judiciário do Ceará*. Entende-se que a desinternação é referência para o desenvolvimento de políticas de reinserção de excluídos sociais em todos os níveis.

O estudo de pacientes com transtorno mental que cumprem medidas judiciais, historicamente, ficou à margem da evolução da Psiquiatria, além de muitas vezes essas pessoas serem desrespeitadas no tocante aos seus direitos individuais e coletivos previstos pelas normas vigentes – desde a Constituição Federal, passando pelo Código Penal, pela Lei da Execução Penal (LEP), até os regulamentos internos das unidades de medida de segurança.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil começou nos anos 1970, voltada para a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde. Surgiu de um período de crise do modelo de assistência centralizada no hospital psiquiátrico e da luta dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos.

Em 2001, foi promulgada pelo Congresso Nacional a Lei Federal nº 10.216 (Lei de Saúde Mental), redirecionando a assistência em saúde mental. O movimento da reforma psiquiátrica consolidou-se como política oficial do Governo Federal, visto que seu processo foi reconhecido como positivo e muitos de seus objetivos alcançados.

Apesar de a Reforma Psiquiátrica brasileira realizar, há algum tempo, novas medidas de atendimento ao doente mental, é recente a discussão a respeito de manicômios judiciários, onde acontece o duplo espaço de exclusão e violência. No Estado do Ceará, neste ano, começou a discussão a respeito dos manicômios por intermédio do PNAISP (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional).

O doente mental, ao infringir a lei, como todo cidadão, responde ao processo penal. Por não ter condição de compreender o ato delituoso, conforme determina o Código Penal Brasileiro, é considerado inimputável, não sendo responsabilizado penalmente pelo delito. A Justiça, então, converte a sanção penal

em medida de segurança, pois se não podem ser formalmente julgados como criminosos, por outro lado, não se há de desconsiderar o delito cometido, sendo então destinado, segundo requisito da Lei de Execução Penal (LEP), em seu art. 99, ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Essa medida de segurança, determinada por ordem judicial, não tem caráter punitivo. Visa à garantia do tratamento psiquiátrico. É uma medida de caráter preventivo e associa a doença mental à exposição de perigo a terceiros, fazendo-se necessária a internação do paciente em hospital de custódia e tratamento.

O HCTPGSG não faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, não está submetido às normas gerais de funcionamento do SUS, ao PNASH/Psiquiatria (Plano Nacional de Assistência Social Hospitalar).

Todos os pacientes que permanecem em um hospital de custódia têm uma vivência diferenciada dos usuários dos demais hospitais psiquiátricos. Além de conviverem com o rótulo de doentes mentais, pesam-lhe ainda a penalidade ocasionada pelo ato infracional e o estigma da periculosidade. São carentes de direitos sociais, temidos pela sociedade e desassistidos, muitas, vezes, por seus membros familiares.

As políticas de saúde mental no Brasil e a reforma psiquiátrica têm nos manicômios judiciários um desafio multiplicado. A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada pelo Ministério da Saúde, em Brasília, em 15 de dezembro de 2001, definiu como uma de suas metas a adequação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Com base no entendimento de que a medida de segurança exige uma abordagem intersetorial, e que a atenção à saúde da população prisional, em geral, deve ser ajustada aos princípios e diretrizes do SUS, os Ministérios da Justiça e da Saúde realizaram o I Fórum Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, em Brasília, em 8 de novembro de 2002 (BIONDI; FIALHO; KOLKER, 2016, *online*).

Os pacientes internados nos manicômios judiciários, na atualidade, permanecem à margem do processo de desenvolvimento das reformas psiquiátricas, sobretudo “pela luta de garantia à assistência, à saúde pública e de qualidade e à proteção dos Direitos Humanos de um grupo social que há séculos é vítima de exclusão e preconceito”. (BRASIL, 2005).

Neste estudo, foram investigados os desafios enfrentados pelos componentes familiares e/ou responsáveis pelas pessoas com transtornos mentais

no processo de desinternação e reinserção no seu meio familiar e social. Pretendeu conhecer as relações parentais, os influxos objetivos e subjetivos gerados pela circunstância de ter na família uma pessoa com distúrbio mental associado a práticas delituosas e internado em hospital de custódia e tratamento. Visou, também, a compreender como ocorre o retorno do doente mental ao meio familiar, e de que modo se configura para essas famílias a reinserção na organização familiar e na comunidade.

Este trabalho foi desenvolvido em sete capítulos. O primeiro configura introdução. O segundo – intitulado “O encontro do pesquisador com o objeto de estudo” – trata, inicialmente, da motivação pela escolha do tema, da experiência profissional da pesquisadora no campo empírico, da definição do objeto de estudo, do percurso metodológico e dos cuidados éticos da pesquisa. Em seguida, expressa a realidade de campo onde foi desenvolvida a pesquisa, delineando a estrutura física do prédio, o seu funcionamento e o corpo funcional em exercício da unidade pesquisada.

O terceiro capítulo – “Enredo Histórico da Loucura e a Reforma Psiquiátrica” – cuida do resgate histórico da loucura como questão social e do desenvolvimento da Psiquiatria. Relata a experiência da Reforma Psiquiátrica, em Trieste – Itália, como sendo a de maior repercussão nas discussões do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, reavendo os principais eventos e congressos que marcaram a bandeira do movimento; a participação do Estado do Ceará no movimento da Reforma Psiquiátrica e os Marcos Legais da Política de Saúde Mental nos hospitais de custódia, apresentando portarias, resoluções e pareceres direcionados ao ajuste da garantia de direito à saúde dos reclusos em consonância com a Lei nº 10.216/2001.

O quarto capítulo – “A Política Nacional em Saúde Mental: Programas de Inclusão Social à Pessoa com Transtorno Mental” - aborda a criação de vários programas e dispositivos de inclusão social. Dentre estes, estão os centros de atenção psicossocial (caps), a implantação do programa “De Volta Para Casa” e os serviços residenciais terapêuticos, como serviços de possibilidade de inclusão social à pessoa com transtorno mental.

O quinto capítulo – “Cárcere, Manicômio Judiciário e a Sanção Penal” – mostra a história das prisões no Brasil do período colonial ao Império; surgimento

dos manicômios judiciais como hospital psiquiátrico-penal e as medidas de segurança como determinação judicial para tratamento dos inimputáveis.

O sexto capítulo – “Resultado e Discussões” – exprime o perfil social, jurídico e de saúde de 90 portadores de transtornos mentais no HCTPGSG, coletado dos prontuários jurídicos, com o preenchimento de um formulário elaborado pela pesquisadora; e a reprodução das falas dos entrevistados quanto aos desafios no desinternamento de seus membros familiares.

Por fim, segue o módulo das – “Considerações Finais” – privilegiando o sétimo e último capítulo, trazendo os resultados da pesquisa e apontando algumas recomendações que achamos possíveis executar.

Em seguida, lista as referências bibliográficas que deram suporte teórico ao estudo sob relatório, os apêndices e os anexos. Ressalta-se que a leitura dos autores permitiu o aprofundamento do estudo, com a utilização de multirreferências para atender a temática que envolve o doente mental infrator.

Acreditamos na possibilidade de esta pesquisa vir a referenciar outros estudos, viabilizando maior reflexão do tema de tanta relevância na conjuntura atual da Política Pública de Saúde Mental.

2 O ENCONTRO DO PESQUISADOR COM O OBJETO

Nossa experiência profissional em saúde mental iniciou-se quando, como assistente social e servidora do Sistema Penitenciário em exercício no IPPOO (Instituto Presídio Professor Olavo Oliveira, fomos removida por necessidade do serviço ao HCTPGSG (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes). Desde então, nos identificamos com a temática de saúde mental inserida no âmbito judiciário, onde permanecemos há mais de 20 anos.

No decorrer de nossa atividade profissional na unidade, temos a oportunidade de observar a dinâmica das relações ali vivenciadas entre as famílias e os internos. Assim, já por algum tempo, nos surgiu o interesse em realizar uma pesquisa de cunho social junto a esta Instituição singular no Estado do Ceará, com característica marcante de um local denso, estigmatizado, esquecido pela sociedade e até há pouco tempo não priorizado pelas entidades governamentais. Somente agora, no entanto, quando ingressamos no Mestrado Profissional de Planejamento em Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará (UECE), foi possível concretizar essa intenção. A pesquisa teve como objeto de estudo perceber, no contexto das relações familiares, como se processam as questões pertinentes ao delito cometido por um familiar com transtorno mental, no momento de sua “desinternação” do HCTPGSG.

Essa temática de estudo realizada no campo de trabalho do nosso dia a dia vai ao encontro do que Cruz Neto (2000, p.52) afirma, e concordamos, que o “trabalho de campo deve estar ligado a uma vontade e a uma identificação com a teoria a ser estudado”. E nesse terreno de uma rotina cotidiana, o autor acrescenta que o pesquisador tem que “compreender o campo com possibilidade de novas revelações”.

Durante todo esse tempo, como assistente social na unidade, sempre nos inquietamos com os sentimentos de dor, emoção, esperança, medo, receio, incerteza e fragilidade, que as famílias expressam e enfrentam ao ter um componente familiar internado em um hospital psiquiátrico. E esses sentimentos são potencializados quando esse participante familiar é um doente mental envolvido com delitos e internado num hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. A falta de esclarecimento no momento da desinternação, as poucas possibilidades de tratamento psiquiátrico, as dificuldades no lidar com a doença mental, a falta de

disponibilidade de um familiar para assumir os cuidados necessários no acompanhamento do tratamento do doente mental, a impossibilidade, na maioria das vezes, de o doente mental exercer uma atividade laboral, acrescidos dos conflitos e da rejeição por membros da família, são, sem dúvida, elementos-surpresa que os familiares deparam no momento da desinternação.

A prática delituosa do doente mental e todo o contexto jurídico que envolve são aspectos, entre outros, que repercutem na dinâmica das relações familiares e, por conseguinte, na aceitação do doente mental no momento da desinternação. A convivência com essa realidade nos motivou a escolher essa temática, por entendermos a importância de conhecer e compreender a trajetória das famílias em relação à assistência, ao tratamento, aos cuidados necessários e aos desafios na desinternação de seus familiares com sofrimento psíquico e em conflito com a lei.

É comum a desinformação dos familiares a respeito do que seja e do que se propõe a unidade hospitalar e prisional onde as pessoas em sofrimento psíquico estão internadas. Entender o processo jurídico, a medida de segurança, a determinação do tratamento, o porquê da internação e de medida socioterapêutica se expressa, muitas vezes, como algo estranho, dado o desconhecimento da natureza da abrangência jurídica de um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Cabe ressaltar o fato de que alguns familiares só tomam consciência do verdadeiro transtorno mental do seu familiar após a prática do delito. Também não conseguem entender no contexto jurídico o encaminhamento de seu componente com transtorno mental e envolvimento judicial à referida unidade hospitalar e prisional, e, muito menos, entender como ocorre a dinâmica da desinternação. Questionamentos acerca do período de permanência do interno na unidade hospitalar, ora porque tem intenção de seu retorno ao convívio familiar, ora porque é interessante mantê-lo afastado, nos impulsionaram a um profundo interesse no estudo dessas questões relativas ao processo de desinternação.

Esta pesquisa teve como objetivo investigar os desafios da desinternação de pessoas com transtornos mentais no HCTPGSG, buscando compreender as questões vivenciadas pelos familiares de doentes mentais com histórico de delitos no processo de desinternação; traçar o perfil social, psiquiátrico e jurídico da pessoa com transtorno mental internada no HCTPGSG; investigar como as doenças mentais associadas a práticas delituosas repercutem na organização familiar; e verificar as

demais situações enfrentadas pelos familiares no acompanhamento dos doentes mentais internados e no retorno destes ao convívio familiar quando da desinternação.

A experiência profissional no decorrer dos anos mostrou os desafios dos familiares em acompanhar a dinâmica da internação dos seus parentes em todo o período de tratamento e recolhimento prisional. Acentuam-se os impasses quando da liberação judicial, da alta hospitalar e da desinternação. A experiência empírica carece de aprofundamentos nessa extensão do problema como a maneira de obter mais conhecimento das relações familiares e dos problemas expressos no contexto familiar, na convivência com os egressos manicomiais e na continuidade do tratamento prescrito.

A trajetória de mais de duas décadas no ambiente de um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico justificou e substanciou nosso interesse pelo estudo do tema, ampliou a percepção de muitos aspectos pelo conhecimento prévio do cotidiano institucional. Goldenberg (2004, p.35) destaca a ideia de que “o fato de ter uma convivência profunda com o grupo estudado pode contribuir para que o pesquisador ‘naturalize’ determinadas práticas e comportamentos que deveria ‘estranhar’ para compreender”. Para não expor a pesquisa de campo pela apropriação da experiência vivenciada, pela reprodução de vícios culturais, pelo olhar habituado a determinados aspectos da questão, fomos obrigada na pesquisa a orientar o cuidado redobrado sobre esses aspectos. Por outro lado, com certeza, ensejou uma aproximação com o universo de sentimentos, expectativas, compreensões e práticas da experiência colocadas em foco pelo recorte proposto: os desafios da desinternação e as relações familiares com pacientes psiquiátricos submetidos a medidas de segurança judicial.

Em última instância, esperamos que nossa expressa implicação pessoal com o objeto pesquisado possa trazer para a investigação acadêmica um amplo conjunto de conhecimentos que dificilmente seriam sistematizados por um pesquisador alheio ao assunto. Tais inferências, contudo, quando devidamente reconhecidas, explicitadas e elaboradas no texto, conferem à pesquisa uma dimensão singular que a enriquece e substancia, pois é nosso propósito acrescentar a contribuição teórica e metodológica à nossa experiência empírica, na expectativa de que seja possível ensejar conseqüências para a gestão governamental do problema.

Neste intuito, o primeiro momento da pesquisa iniciou com a busca bibliográfica, tarefa indispensável na contextualização do tema e no suporte teórico para realizar a investigação. O levantamento do referencial teórico na temática de estudo foi muito importante, uma vez que a proposta de investigação da pesquisa se constituiu de uma abordagem de natureza qualitativa.

O trabalho de campo onde foi realizada a investigação permitiu o que Cruz Neto (2000, p.51) na pesquisa qualitativa exprime “como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo.”

A busca de campo ocorreu no período de abril a agosto de 2016, com duração de cinco meses. A metodologia utilizada privilegiou o contato direto com os sujeitos da pesquisa, as famílias e os doentes mentais, mediante a entrevista semi-estruturada, pesquisa documental com o uso de formulário e o diário de campo. Ocorreu numa dinâmica de interação com as famílias e o preenchimento dos formulários sem necessariamente ter tido limites precisos de uma técnica para outra. Teve início com a pesquisa documental, por via da coleta de informações contidas nos prontuários jurídicos, visando a atender um dos objetivos do projeto em traçar o perfil social, jurídico e de saúde dos internos. Inicialmente, pensamos em delimitar a coleta somente aos prontuários dos internos em cumprimento de medida de segurança. Por sugestão da Banca de Qualificação, estendemos o alcance, independentemente da condição jurídica dos internos. O número de doentes mentais nesse período constava de uma média de 116, no entanto, decidimos fazer o preenchimento do formulário com 90 prontuários, haja vista a mobilidade de internos que eram admitidos e ao mesmo tempo transferidos para os presídios, cadeias ou delegacias de origem, após concluídos os laudos ou por alta do tratamento. Vale ressaltar que, no período de coleta dos dados, ocorreram em Fortaleza-CE várias rebeliões no sistema prisional. Os internos do HCTPGSG não aderiram a qualquer manifestação e, por motivo de segurança de alguns detentos de outras unidades prisionais, estes foram encaminhados à referida unidade hospitalar em caráter provisório de internação e, portanto, não fizeram parte do público-alvo da pesquisa.

Com o formulário previamente elaborado, começamos a fazer a recolha dos indicadores. Apesar da nossa condição de servidora e já familiarizada com o uso dos prontuários, não foi fácil o levantamento dentro do que esperávamos,

dificultando sobremaneira a coleta dos dados. Os prontuários jurídicos são arquivados num armário de aço com pastas de A-Z na sala do diretor-adjunto. Este é o responsável pelo recebimento dos processos, agendamento dos laudos periciais, encaminhamentos dos processos, entre outras atividades burocráticas relativas aos prontuários. Esses prontuários, no entanto, estavam espalhados em vários setores, muitas vezes na responsabilidade de profissionais que ficavam de posse desses com o argumento que precisavam dar agilidade ao serviço; outras vezes ficavam nas gavetas ou nas mesas dos profissionais, como também espalhados na mesa e nas estantes da sala do referido diretor. Enfim, poucos prontuários se encontravam no devido local destinado ao seu arquivo. Os prontuários foram manuseados nas dependências da unidade e com os devidos cuidados na sua preservação. Estes, geralmente, são compostos com o processo jurídico do interno, identificando-o desde sua admissão na primeira unidade prisional onde foi recolhido. Durante sua permanência na unidade, são anexados outros documentos, como laudo médico, cessação de periculosidade, solicitação de desinternação, parecer social, ficha de identificação pessoal, xerox de documentação, dentre outros.

No decorrer da coleta de dados, percebemos que, em alguns prontuários, estava faltando o processo judicial. Nesses casos, tivemos que aguardar o envio dos processos à unidade ou completar os dados por meio dos atendimentos com os familiares no decorrer das visitas e, quando não foi possível, ficou o item incompleto considerado não informado.

As informações contidas no formulário subsidiaram a elaboração do perfil dos internos no HCTPGSG. Com suporte nos dados relativos a faixa etária, naturalidade, local de domicílio, estado civil, número de filhos, quem cuida, escolaridade, religião, profissão, atividade que exercia por ocasião do recolhimento prisional, beneficiário do INSS, renda individual, diagnóstico da doença, comarca de procedência, admissão à instituição, reincidência, delito cometido, vítima, gênero da vítima, meios ou instrumentos utilizados no delito, tempo de internação, situação jurídica, uso de drogas, visita e tratamento, os dados foram tabulados por meio do programa estatístico SPSSP (*Stastical Package for the Social Science*).

Outra técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada, que, em pesquisa qualitativa, se mostra como técnica privilegiada. Na pesquisa, a escolha se deu porque a entrevista, independentemente de seu formato, “[...] sempre foi considerada como um meio adequado para levar uma pessoa a dizer o que pensa, a

descrever o que viveu ou o que vive ou aquilo do que foi testemunha”. (POUPART, 2014, p.227). E, ao ser semiestruturada, proporciona a combinação de “perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discordar sobre o tema em questão se prender à indagação formulada”. (MINAYO, 2014, p.261).

Na expectativa de realizarmos as entrevistas, inicialmente, tentamos manter contato telefônico com os familiares dos internos em cujos registros constavam os números dos telefones, nos prontuários jurídicos. Essa estratégia, porém, não foi possível, haja vista a dificuldade que tivemos em completar as ligações. Conseguimos apenas falar com três familiares residentes em Fortaleza que há meses não compareciam à unidade. Com estas famílias, fizemos o convite para participar da pesquisa, explicando-lhes os objetivos do estudo. A princípio, mostraram-se resistentes por acharem que o motivo do convite estaria relacionado à possibilidade de desinternação dos custodiados, quando não havia nenhum interesse em recebê-los. Somente após os devidos esclarecimentos de que nossa abordagem não implicaria nenhuma intervenção dessa natureza, se disponibilizaram a comparecer com data e horário marcado. Considerando a localização de moradia, a falta de recursos financeiros e a perda de vínculo familiar por alguns internos, decidimos realizar as entrevistas, às quartas-feiras, dia de visita, à proporção que as famílias procuraram o Serviço Social e se mostraram abertas a participar do experimento.

Com um roteiro de perguntas previamente elaboradas, baseadas nos objetivos do estudo e no referencial teórico, realizamos três testes-piloto da entrevista. No decorrer desse processo, foi necessário fazermos alguns ajustes, visando a melhor privilegiar os objetivos propostos. As entrevistas foram todas realizadas na sala do Serviço Social, juntamente com 17 familiares. Os entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e, ao concordarem em participar, solicitamos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a permissão para o uso do gravador. As entrevistas ocorreram numa média de 50 minutos e foram transcritas para posterior interpretação e análise dos dados.

Conduzimos as entrevistas, primando na escuta por uma boa interação nossa com os entrevistados, de modo que estes ficassem à vontade e confiantes, para falar espontaneamente das questões enfrentadas no acompanhamento do processo da doença e dos delitos praticados por seus membros familiares.

Utilizamos também o diário de campo, onde registramos as anotações do dia a dia que consideramos relevantes nas observações e informações complementares não previstas no roteiro. Estes registros facilitaram na compreensão do contexto das falas e dos comportamentos das famílias no decorrer das entrevistas.

Por questões éticas, o projeto de pesquisa foi apresentado à Escola de Gestão Penitenciária da Secretaria de Cidadania e Justiça do Estado do Ceará para dar conhecimento do trabalho a ser desenvolvido no HCTPGSG.

Conforme determinação da Resolução do CNS nº 466/2012 - Conselho Nacional de Saúde, que trata do respeito pela dignidade humana e proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa, por ter como público-alvo os doentes mentais e seus familiares, foi submetido à Plataforma Brasil. Atendendo os trâmites obrigatórios, foi em seguida encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará, onde somos vinculada. Após avaliação e o parecer consubstanciado de aprovação desse Comitê de Ética e Pesquisa, iniciamos a coleta de dados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes, *locus* da investigação.

Utilizamos como protocolo de pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que os sujeitos pesquisados, após terem sido previamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo, assinaram, manifestando participar espontaneamente. Esse termo foi preenchido e assinado em duas vias por nós e os entrevistados, sendo a eles entregue uma via.

Durante todo o processo da pesquisa, procuramos atender e respeitar as exigências legais das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Nesse sentido, informamos aos sujeitos da pesquisa sobre a garantia do sigilo da gravação de suas falas, previamente autorizada, procurando respeitar seus valores culturais, sociais e éticos. Assumimos o compromisso de apresentar a conclusão do estudo para que fossem informados dos seus resultados.

2.1 A REALIDADE DA PESQUISA: ONDE VIVEM OS RECLUSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS

O campo de investigação deste estudo foi o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes (HCTPGSG), como expresso, o único do gênero no Estado do Ceará. É um hospital-presídio porque tem a função de garantir o tratamento psiquiátrico e assegurar a custódia do internado. Foi inaugurado no governo de Plácido Castelo, em 12 de setembro de 1969, sendo seu primeiro diretor o psiquiatra Moura Fé. Pertence ao Sistema Penitenciário Nacional e é subordinado, diretamente, no Ceará, à Secretaria da Justiça e Cidadania – SEJUS.

A unidade hospitalar é composta somente por pessoas do sexo masculino, internados por determinação judicial, procedente do Município de Fortaleza e demais localidades do Estado do Ceará e, circunstancialmente, de outros estados do País. Localiza-se no Km 17 da Br 116, no Município de Itaitinga-CE. Tem capacidade para atender um universo de 116 pessoas, permanecendo a média de 90 internos. A condição jurídica determinada pelo Poder Judicial para a internação não se restringe apenas a medida de segurança. São encaminhados também os que necessitam de tratamentos psiquiátricos, muitas vezes, oriundos de outras unidades prisionais do sistema penitenciário ou, quando desinternados antes do período mínimo de um ano, retornam para continuar o tratamento sob a óptica de que estão apresentando periculosidade na comunidade. E, por fim, aqueles cujo processo judicial não estando concluso, o juiz solicita um laudo pericial para os devidos esclarecimentos quanto à insanidade da pessoa envolvida.

A admissão dos internos à unidade geralmente acontece pela direção ou pelos agentes penitenciários. Na realidade, a chegada de um interno, seja de delegacia, cadeia ou presídio, depende da autorização judicial com o devido encaminhamento de apresentação e da liberação de transporte da instituição de procedência, não sendo possível previamente estipular horário.

A estrutura física do prédio é a mesma de sua construção inicial há 47 anos. Recebeu ao longo dos anos pequenas reformas, apresentando-se, no momento, bastante obsoleto e em condições muito precárias. Embora seja rodeado por muros altos, pintados de verde, longe está de parecer com a arquitetura moderna dos atuais projetos de modelos penitenciários. Em toda a extensão, por

cima dos muros, existem grades de ferro com mais de um metro de altura. A segurança é mantida pelos agentes penitenciários, contando também com o apoio de dois policiais militares, diuturnamente.

O prédio é composto por duas áreas de acesso, sendo uma externa e a outra interna. O acesso à parte externa começa com uma sala de espera, contendo cadeiras distribuídas ao seu redor, onde as pessoas aguardam atendimento na Instituição, podendo ser para: falar com a direção, com os técnicos, fazer o cadastro, visitar os internos, acompanhar um familiar no exame do laudo psiquiátrico, solicitar um documento, entre outros. Enquanto esperam, é comum interagirem, compartilhando a caminhada do sofrimento psíquico de seu familiar associado a internação no Hospital de Custódia. Esta sala liga os setores da: direção, diretor-adjunto, administrativo, jurídico, médico-perito, farmácia, um refeitório destinado aos funcionários e dois banheiros, sendo um masculino e outro feminino.

Na lateral direita, localiza-se a entrada ao interior do Hospital de Custódia. Inicia-se com um espaço aberto, fazendo parte da área interna, haja vista ser cercado pelo muro alto com um grande portão preto. Nesse espaço, acontece a circulação interna entre os dois prédios, favorecendo não somente o acesso aos funcionários, como também facilitando a locomoção dos internos quando solicitada à direção ou por algum técnico. Tem ainda um pequeno jardim e o restante da área livre muitas vezes serve para os funcionários de plantão guardarem seus carros. Este local também se destina à entrada de caminhão, se preciso for, para entrega de material, entre outras finalidades. A entrada deste prédio começa com uma pequena área de circulação, dando acesso à sala de vistoria dos visitantes, alojamento dos agentes penitenciários e a um pequeno pátio, onde se localizam sete celas, por vezes chamadas de isolamento ou celas de segurança. Estas acomodam os internos em crise, com problema de indisciplina e para os admitidos que necessitam de avaliação psiquiátrica. Salientamos que o acesso, tanto ao interior do Hospital quanto ao pátio mencionado acima, ocorre mediante passagem por uma grade de ferro controlado pelo agente penitenciário.

A parte interna do Hospital inicia-se com um enorme pátio, contornado por um largo corredor, dando acesso a todas as dependências da unidade e onde os internos cotidianamente andam, relaxam, conversam e passam a maior parte do tempo, haja vista a ociosidade lá existente. De um lado do pátio, existe uma área coberta com mesas e bancos de alvenaria. O funcionamento deste local é bem

diversificado, uma vez que é nele onde os internos fazem refeições, assistem à TV, conversam, participam de comemorações festivas, observam e percebem toda a movimentação que acontece entre eles mesmos e com os funcionários. Acoplado a esta área coberta, têm a sala da escola, o posto de Enfermagem, dois corredores que dão acesso aos alojamentos dos internos e duas salas desativadas.

Existe um espaço destinado para escola, coordenado por um professor da Secretaria de Educação (SEDUC) em parceria com a Secretaria de Justiça (SEJUS). Funciona no período da manhã e à tarde, estando, no momento, contando com a frequência de 20 internos. O programa escolar atende a modalidade do EJA (Educação de Jovens e Adultos) do 2º ao 5º ano. No ano passado, três internos participaram do ENEM e dois deles obtiveram média satisfatória.

O posto de Enfermagem funciona como local de atendimento médico, controle dos prontuários médicos e administração da medicação diária aos internos. Anexado a este posto, há uma enfermaria com dois leitos, para aqueles que necessitam de maior atenção dos cuidados de Enfermagem.

Os corredores que dão acesso às duas quadras são isolados da área coberta por portões de grades de ferro, abertos diariamente de 8 às 20 horas. No interior dessas quadras, há os alojamentos contendo, numa quadra, 13, e, na outra, 11 alojamentos. Cada alojamento é composto por camas de alvenaria, variando de três a seis camas em cada uma, totalizando, de um lado, 56 e, do outro, 60 camas. Poucos colchões possuem condições de uso. Cada quadra possui dois banheiros, um com três chuveiros e o outro com três sanitários, ambos em péssimas condições de funcionamento, tornando o ambiente insalubre. Na última reforma ocorrida há uns nove anos, foi colocada em cada alojamento uma grade, porém, sem função, porque os banheiros são de uso coletivo, inviabilizando o seu fechamento. Contraditoriamente ao que se denomina de unidade hospitalar, a estrutura física é totalmente voltada ao modelo de uma unidade prisional arcaica, com pouca ventilação e carente de recursos. Em virtude do calor, muitos internos preferem dormir fora dos alojamentos, deitando-se no piso da parte externa da quadra. A acomodação dos internos não ocorre por natureza dos delitos ou dos diagnósticos das doenças. Eles se acomodam de acordo com o fluxo de desinternação e de vagas nos alojamentos. Não existe local apropriado para os internos guardarem seus pertences e o bebedouro de cada quadra não funciona adequadamente. Cada

interno acumula em garrafas “pet” vazias de refrigerantes a água necessária para beber.

O serviço de cozinha é terceirizado, com distribuição de seis refeições diárias aos internos. Não existe atualmente um serviço de lavanderia e rouparia com distribuição dos uniformes e coleta dos vestuários. Com relação aos internos que recebem visitas, seus familiares, costumeiramente, se responsabilizam pela manutenção da permuta de roupas sujas por limpas. Aqueles que não recebem visitas e estando em controle do tratamento, ou seja, orientados, providenciam a lavagem de suas roupas. E os internos desorientados permanecem vários dias usando a mesma roupa até que lhes sejam dada nova muda de roupa, calções e uma blusa.

Do lado oposto ao portão de entrada ao interior do Hospital, localizam-se, no momento, as salas dos técnicos de Serviço Social, Fisioterapia, e Terapia Ocupacional e Odontologia (sem funcionamento). Estas salas dão acesso tanto ao interior do Hospital como à parte externa do prédio, através de um portão de grade na lateral esquerda do edifício, não havendo, atualmente, a necessidade da entrada desses profissionais pelo interior do Hospital. No momento, não identificamos uma sala específica para o setor de Psicologia.

O corpo funcional, em exercício atualmente, é constituído por uma diretoria, um diretor-adjunto, quatro auxiliares administrativos, 40 agentes prisionais, um chefe de disciplina e equipe técnica. A equipe interdisciplinar é composta por duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, três enfermeiros, uma farmacêutica, dois médicos clínicos gerais, um médico psiquiatra assistente, três psiquiatras peritos, três técnicos de Enfermagem, um defensor público e três advogados. Os servidores não são em sua totalidade efetivos da Secretaria de Justiça e Cidadania, contando com uma parte de terceirizados. Na realidade, na composição da equipe de saúde mental que ora está na unidade hospitalar, somente seis funcionários são servidores estatutários, quais sejam: duas assistentes sociais, um médico psiquiatra-perito, dois médicos clínicos gerais e uma enfermeira. Essa situação revela a precarização e a fragilidade em que se encontra o serviço e a necessidade de renovação do quadro de servidores por meio de concurso público, na tentativa de se formar uma equipe permanente e qualificada na área de saúde mental do sistema prisional. O atendimento da equipe interdisciplinar acontece, geralmente, aos internos e familiares, de modo individual,

conforme a demanda. Os psiquiatras-peritos também realizam atendimento externo àqueles que, não estando na unidade, são encaminhados pelo Poder Judiciário para realização de laudo pericial.

A assistência à saúde aos internos ocorre pela equipe da unidade hospitalar. Quando surgem casos de doença com maior complexidade e/ou necessidade de exames complementares, eles são encaminhados ao Hospital Penal Otávio Lobo ou para os hospitais terciários da rede do Sistema Único de Saúde – SUS. O deslocamento dos internos ocorre em ambulância do Hospital Penal Otávio Lobo, devidamente autorizado pela Direção.

As visitas acontecem às quartas-feiras e aos domingos das 9 às 16 horas. É permitido aos internos receberem visita somente dos familiares de primeiro grau. Por ser um hospital de natureza prisional, estes são cadastrados no setor administrativo, recebendo um cartão de identificação para apresentação ao agente penitenciário responsável pelo controle da visita. O visitante é submetido a revista junto com seus pertences por um funcionário administrativo, sendo em seguida liberada sua entrada ao interior do Hospital. Muitas vezes essa limitação de parente do primeiro grau contribui para a diminuição do número de visitantes, uma vez que nem sempre o familiar disponível às visitas ou mesmo responsável pelo interno na Instituição é um familiar de primeiro grau.

3 ENREDO HISTÓRICO DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

3.1 A LOUCURA - CONSIDERAÇÕES DO CONCEITO COMO QUESTÃO SOCIAL E DESENVOLVIMENTO DA PSIQUIATRIA

A loucura remonta à Antiguidade. Compreendida de várias maneiras, dependendo da época e dos costumes de cada lugar, na Idade Média, em vários países da Europa, eram comuns as ‘naus dos loucos’, embarcações que saíam sem destino, com os considerados “loucos” de porto em porto. A história do desenvolvimento da Psiquiatria data desse período, quando a exclusão dos loucos se associava a uma situação comum de miséria, pobreza, dificuldade econômica e incapacidade para o trabalho. Os loucos e os considerados desajustados sociais eram encaminhados e amontoados num mesmo espaço institucional (SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

Após a Revolução Francesa, em 1789, ocorreram várias transformações sociais, econômicas, políticas e culturais que marcaram a história da humanidade. Foi um período muito importante no campo da saúde, com a transformação da loucura em questão social, e na história do desenvolvimento da Psiquiatria (AMARANTE, 2013). Os princípios de igualdade, liberdade e fraternidade entre todos os cidadãos, norteadores do ideal revolucionário na França, favoreceram outra visão sobre a loucura, não apenas na sociedade ocidental, mas também em outros países. No contexto dessas transformações, surgiu o estudo da doença mental, com o médico francês Phillipe Pinel (1745-1826), considerado o “pai da Psiquiatria”. Para se entender a loucura e o nascimento da história da Psiquiatria, contudo, é preciso compreender a evolução do conceito de hospital, como instituição médica, uma vez que foi exatamente nessa condição que Pinel iniciou sua experiência.

Na Idade Média, os hospitais eram criados e mantidos por instituições religiosas de caridade e se caracterizavam como locais de assistência social apropriados para receber os pobres, os loucos e os doentes desprovidos de recursos, os portadores de moléstias contagiosas, mendigos e imigrantes, na tentativa de impedir mendicância e desordens de modo geral. Eram, de fato, locais de abrigo e segregação daqueles considerados perigosos à vida das cidades (ORNELLAS, 1997).

No século XVII, em 1656, o rei da França determinou a criação do Hospital Geral de Paris, ainda sem ser uma instituição médica, mas com a função de hospedaria, assistência, proteção, reclusão e exclusão. O hospital perdeu totalmente a função de caridade cristã, para cumprir uma de ordem social, política, econômica e moral. Nessa época, o hospital ficou marcado com a função de controle social, porque a internação ocorria por determinação das autoridades reais e judiciárias, obedecendo ao critério da razão (AMARANTE, 2013).

O Hospital Geral não era uma instituição médica, mas um lugar de assistência e repressão, “uma instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França, nessa época”. (FOUCAULT, 2002, p.50). No interior desses hospitais, geralmente, permaneciam separados os agitados e os perigosos. A loucura era compreendida como um distúrbio social, e o hospital geral era lugar apropriado para isolá-los e segregá-los. Foucault, ao estudar “as origens da medicina moderna e da psiquiatria referiu-se ao Hospital Geral como ‘A Grande Internação ou O Grande Enclausuramento’”. (AMARANTE, 2013, p.23).

Os loucos que conviviam nos hospitais gerais não eram vistos de modos diferentes pela alienação que expressavam em relação aos demais, assim considerados marginais à sociedade. Não recebiam atenção e cuidado necessário a sua desrazão. Enfim “o louco não era percebido como doente e muito menos como doente mental.” (OLIVEIRA, 2002, p.28).

No século XVIII, com o crescimento das cidades, o desenvolvimento do comércio, o aumento do fluxo migratório do interior para a vida urbana e a necessidade de produção de riquezas, por determinação das autoridades, uma grande parte da população que estava hospitalizada foi liberada. Permaneceram nos hospitais somente os loucos e os criminosos “entendidos como algo irreparável e sem retorno”. (BARROS, 1994, p.35). Inclinado ao atendimento humanizado, o hospital se transformou numa instituição médica, perdendo a função de caridade e de controle social, assumindo o tratamento de enfermos. “O hospital define-se, então, como o lugar onde os doentes podem ser observados, a causa de suas doenças descobertas e onde eles podem ser tratados e curados.” (ORNELLAS, 1997, p.43). Esse período corresponde à evolução da Ciência Médica com o nascimento da clínica, que, utilizando novas técnicas de diagnóstico, viabilizou o exercício da Medicina dentro do hospital. Amarante (2013, p.23) assinala que

[...] até o momento desta transformação, a loucura e os loucos tinham múltiplos significados - de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade. Múltiplos e plurais eram também os seus lugares e espaços: ruas e guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais.

O hospital começou então a ser operacionalizado, e, como instituição disciplinar, estabelecia controle por via das ações, regras, condutas, horários, visibilidade, vigilância e registro de tudo o que acontecia na instituição hospitalar. Ao longo do processo, foi se identificando como espaço de pesquisa, laboratório, tratamento e aprendizado no saber médico (AMARANTE, 2013). Detentor do poder e do saber no tratamento hospitalar, Philippe Pinel começou sua experiência “inaugurando a psiquiatria como uma especialidade médica”. (PESSOTTI, 1995, p.145).

Em 1793, Pinel assumiu a direção do Hospital de Bicêtre, por dois anos, dando posteriormente continuidade à sua experiência no Asilo de La Salpêtrière. Foi considerado um dos fundadores da clínica médica psiquiátrica. Sua intervenção proporcionou a clínica médica ser vista como uma “figura muito mais complexa do que um puro e simples conhecimento de casos”. (FOULCAULT, 1994, p.70).

Pinel iniciou sua experiência retirando os grilhões e correntes que prendiam os pacientes em Bicêtre, organizando o espaço hospitalar. Preconizava em seu tratamento a ideia de que os loucos deviam ser “submetidos a tratamento asilar sob um regime de completo ‘isolamento’.” (AMARANTE, 2013, p.29). Acreditava que o isolamento social por institucionalização ou hospitalização integral possibilitaria a cura do doente e funcionaria como um princípio de tratamento moral e de maneira adequada. Para Pinel (PESSOTTI, 1995, p.60), o tratamento moral se exprimia

Claramente como uma tarefa de reeducação, mas uma reeducação que enquadre o comportamento do desviante dentro dos padrões éticos. Padrões que são necessariamente outros que os das classes sociais inferiores ou incultas. Por outro lado essa educação se destina a impedir ou corrigir vícios morais. [...] os vícios e destemperos não são a loucura: são condições que ensejam, favorecem, propiciam o aparecimento da alienação.

Pinel destacou como segundo princípio de suas estratégias de tratamento moral o trabalho terapêutico para os alienados, na perspectiva de ser o trabalho “um meio de reeducação das mentes desregradas e das paixões incontroláveis”. (AMARANTE, 2013, p.33). E o terceiro princípio voltava-se à ordem e à disciplina. Fundou os primeiros hospitais psiquiátricos, introduzindo inovações na prática

desses hospitais. Elaborou a primeira classificação das enfermidades mentais, consolidou o conceito de alienação e a profissão do alienista. Amarante (2013, p.30) acentua que

A alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade [...] na medida em que alguém nesta condição de alteridade poderia representar um sério perigo à sociedade, por perder o juízo, ou a capacidade de discernimento entre o erro e a realidade, o conceito de alienação mental nasce associado à ideia de ‘periculosidade’.

Em 1798, Pinel publicou sua obra *Nosografia Filosófica*, onde procurou classificar as doenças mentais. Para ele, a “loucura é entendida como comprometimento ou lesão fundamental do intelecto e da vontade, e se manifesta no comportamento do paciente, nos sintomas, sob as mais variadas formas”. (PESSOTTI, 1995, p.46). Esse percurso marcou a primeira revolução da Psiquiatria e o surgimento do “primeiro modelo científico aplicado à saúde mental, encerrando a fase pré-científica da Psiquiatria”. (DUMMAR, 2005, p.30).

Desde esse período, a loucura já estabelecia intensiva associação com periculosidade social, tornando-se inerente à própria ideia de alienação mental “uma atitude social de medo e discriminação para com as pessoas identificadas como tais”. (AMARANTE, 2013, p.31). Conforme Foucault, citado em Barros (1994, p.31), “a noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição, entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata”.

Na França, em 30/06/1838, o Parlamento aprovou a primeira lei específica de assistência aos alienados de toda a história, criando o Hospital de Alienados em vários países. A lei regulamentava a

Maneira como a sociedade deveria lidar com os chamados doentes mentais. Esse documento se configurou na mais importante referência legal para os países ocidentais por mais de um século e trazia como princípio básico a necessidade do isolamento do louco, para tornar possível o seu tratamento. (SCHECHTMAN; ALVES, 2014, p.42).

A legislação reforçava o aspecto da periculosidade e da ordem pública, determinando dois tipos de internação - uma voluntária e a outra compulsória. Esta era vista como resposta social direcionada àqueles que exprimissem sintomas de alienação mental sem controle, e aos indigentes que, por sua vulnerabilidade, eram facilmente expostos à atuação da força pública. A internação era uma maneira de

inibir que um ato delituoso pudesse vir a ser cometido. A voluntária era feita por solicitação da família, favorecendo maior intervenção médica de tratamento.

A Lei 1838, também favoreceu vários questionamentos entre a Ciência Médica e a Jurídica, em relação, segundo Barros (1994, p.36), “a dois núcleos do saber: culpado ou louco”. A internação dos loucos, desde então, passou a ser direcionada pela percepção, dedução e conhecimento com características médicas e terapêuticas.

Durante a segunda metade do século XVIII, a desrazão gradativamente vai perdendo espaço, e a alienação ocupa agora o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social. Este percurso prático / discursivo tem na instituição da doença mental, o objeto fundante do saber e prática psiquiátrica. (AMARANTE, 1995, p.24).

A experiência de Pinel voltada ao isolamento passou a ser indispensável, e, em vários países, foram criados hospitais de alienados, na tentativa de uma recuperação terapêutica. Na medida, porém, que o hospital se tornou “uma instituição de tratamento médico de alienados, desacorrentados, porém, institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico”. (AMARANTE, 2013, p.35). Esses hospitais terminaram ficando superlotados e receberam muitas críticas em função da falta de dignidade humana que imperava. Segundo Amarante (2013, p.38),

A enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade; as evidentes funções sociais (ainda) cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados de população; as constantes denúncias de violências contra os pacientes internados fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e, em última instância, da própria psiquiatria, logo chegasse aos mais baixos níveis.

Considera-se essa realidade de superlotação e cronificação de muitos alienados nas instituições asilares como o segundo momento da história da Psiquiatria, o que sucedeu ainda na metade do século XIX. As críticas ao caráter fechado de internação com o isolamento social e o tratamento moral de Pinel fizeram surgir o primeiro modelo de reforma da tradição pineliana, que foi a colônia de alienados. As colônias de alienados eram instituições construídas em vasta área agrícola, onde os alienados pudessem livremente realizar trabalhos terapêuticos para recuperação no tratamento. Esse modelo teve “por objetivo reformular o caráter fechado do asilo pineliano, ao trabalhar em regime de portas abertas, de não restrição ou maior liberdade”. (AMARANTE, 1995, p.27). As primeiras colônias

brasileiras datam do período pós-Proclamação da República e foram denominadas de Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita, situadas na atual Ilha do Governador, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 2013).

Na Inglaterra, Samuel Tuke, contemporâneo de Pinel, fundou a instituição denominada Retiro, numa casa de campo com janelas sem grades e rodeada de jardins. Os trabalhos desenvolvidos se voltavam para atividades de campo nos jardins e nas fazendas. Essa experiência teve grande repercussão em vários países, e, no Brasil, inspirou a construção das colônias agrícolas de Juqueri e Juliano Moreira, em São Paulo. Nessas colônias, as atividades junto aos doentes mentais tinham também como terapia o trabalho no campo (DUMMAR, 2005).

Várias outras colônias foram criadas no País, no entanto, essa experiência não logrou o êxito esperado na sua proposta original porque, no decorrer de suas práticas, se tornaram instituições asilares, sem diferença no tratamento já concedido aos asilos tradicionais. Vale ressaltar que a experiência da II Guerra Mundial proporcionou uma reflexão junto aos hospitais de alienados, visto que as condições de vida dos alienados e a falta da dignidade humana ali existentes não se diferenciavam da vivência dos campos de concentração (AMARANTE, 2013).

No século XIX, a Teoria do Isolamento, de Pinel, e a introdução da “medicalização” no tratamento fizeram surgir outro tipo de poder institucional, mediante a prática centrada no espaço asilar. Nos meados deste século, a Psiquiatria buscou nova explicação para a loucura por via do modelo biológico, procurando se constituir como conhecimento científico numa perspectiva de neutralidade e objetividade, tentando descobrir os distúrbios que ocasionavam a doença mental. Nesse modelo, a loucura apareceu como efeito das perturbações psíquicas correlacionadas ao organismo. No final ainda desse século, em alguns países da Europa Ocidental, as instituições asilares foram questionadas. A função disciplinar e a ineficácia de suas funções terapêuticas foram denunciadas como produtores e mantenedores de doença mental. A ociosidade e a segregação hospitalar em que pessoas passíveis de atividades permaneciam enclausuradas passaram também a ser questionadas e criticadas (OLIVEIRA, 2002).

No início do século XX, os avanços da Psiquiatria foram demarcados por mais três grandes períodos, o primeiro destes com a obra de Sigmund Freud, que ressaltou a origem dos transtornos mentais e mostrou a importância da dinâmica familiar. O segundo momento, em 1950, pela descoberta de psicofármacos, como a

clorpromazina, que se tornou de uso obrigatório nos hospitais psiquiátricos pelos benefícios que expressava. E o terceiro, com o movimento da reforma psiquiátrica, de expressão mundial, desde os anos de 1980 (DUMMAR, 2005).

3.2 A EXPERIÊNCIA DE REFORMA PSIQUIÁTRICA EM TRIESTE - ITÁLIA

Os movimentos psiquiátricos ocorridos na Europa e nos EUA influenciaram na mudança de assistência psiquiátrica brasileira. Desses movimentos, o de desinstitucionalização italiana foi o que teve maior repercussão nas discussões do processo de reforma psiquiátrica no Brasil (OLIVEIRA, 2002).

Franco Basaglia foi o responsável por esse processo, por meio de sua experiência, juntamente com sua equipe, ao assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste, de 1971 a 1978. Conforme Amarante (2013, p.56)

Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente original, voltadas para a idéia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana.

Em Trieste, a desinstitucionalização visou ao trabalho de humanização voltado “ao fechamento completo do manicômio e à constituição de um determinado tipo de assistência territorial”. (BARROS, 1994, p.75).

Basaglia, ao assumir a direção do Manicômio de Trieste, encontrou 1.200 internos distribuídos em 19 pavilhões, sendo 11 masculinos e oito femininos. Em 1980, todos os pavilhões do manicômio estavam oficialmente desativados (OLIVEIRA, 2002). A estrutura manicomial se desfez com a destruição de seus muros, a eliminação de contenção dos pacientes nos leitos e a construção de espaços de atenção e modos de lidar com a loucura (BARROS, 1994).

Os centros de saúde mental (CSM) foram os primeiros serviços substitutivos, representando o eixo de todo o circuito assistencial em saúde mental. Foram criados sete CSM regionalizados e distribuídos para cada área da Cidade. Eram abertos ao público, constituindo-se como espaços de encontros, trabalhos, sociabilidade e reinserção. Os trabalhos, nesses centros, foram organizados com cerca de 32 profissionais, denominados operadores socio-sanitários, sem muita hierarquia de papéis específicos e pré-fixados. As condutas terapêuticas se davam

conforme a necessidade individual de cada interno, já que o CSM dispunha de vários serviços, como

[...] médico-ambulatorial, enfermagem de breve permanência, centro de permanência diurna (hospital-dia) ou noturna (hospital-noite), serviço socioassistencial (alimentação, subsídios, administração) visitas domiciliares, reinserção no trabalho e lugar para organização de atividades socioassistenciais, culturais e esportivas. (BARROS, 1994, p.106).

As atividades relacionadas aos cuidados na saúde mental não se encerravam com os centros de saúde mental, razão pela qual foi criado o Serviço de Emergência Psiquiátrica, objetivando o atendimento daqueles que necessitavam de internação de urgência psiquiátrica, vinculados aos centros de saúde mental (OLIVEIRA, 2002). Funcionando 24h/dia, esse serviço de emergência favoreceu o fechamento do Hospital em Trieste, sem deixar a comunidade vulnerável a qualquer tipo de atendimento.

A desinstitucionalização em Trieste proporcionou o fim da violência da instituição psiquiátrica com a superação do manicômio. Ofereceu novas maneiras de sociabilidade e de subjetividade para os doentes que necessitavam de assistência psiquiátrica. Fundamentou-se na ideia de desconstrução e invenção. A desinstitucionalização não se definiu em desospitalização, contrapondo-se a toda política de abandono, de desassistência (OLIVEIRA, 2002). Basaglia, ao desenvolver uma “ação crítica quanto à função da psiquiatria, dos técnicos e do ato terapêutico, põe em evidência a necessidade de se repensar a questão da loucura em sua complexidade como evento individual, biológico, cultural e histórico”. (OLIVEIRA, 2002, p.60).

Toda a transformação institucional italiana ocorreu com articulação e apoio dos movimentos sociais e contribuiu para reflexões críticas quanto à instituição manicomial, à doença mental e ao saber psiquiátrico. Por via dessas lutas, foram possíveis, em 1978, a aprovação e a sanção da Lei nº 180, a “Lei Basaglia”, pelo Parlamento italiano. Posteriormente, essa lei foi incluída como parte da Lei de Reforma Sanitarista Nacional nº 833, registrando o final de um período da história italiana no processo de desinstitucionalização (BARROS, 1994). Essa lei teve como principais características

Substituição da legislação de 1904; proibição de construção de manicômios; determinação de esvaziamento gradual das instituições psiquiátricas existentes; construção de serviços territoriais que passam a ser responsáveis diretos pela assistência; extinção do estatuto de

periculosidade do doente mental; restituição da cidadania e dos direitos sociais do doente. (OLIVEIRA, 2002, p.61).

3.3 O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica iniciou-se nos anos de 1970, ao mesmo tempo em que ocorreu a eclosão do Movimento pela Reforma Sanitária. Foi implantada gradualmente como resultado de vários movimentos da luta antimanicomial e em decorrência das condições obsoletas em que os hospitais psiquiátricos se encontravam. Muitos doentes mentais estavam cronicados, além do tratamento desumano a que eram submetidos. Esses movimentos visavam a enquadrar os doentes mentais na garantia do respeito e do direito à cidadania e em novas possibilidades de reinserção sociofamiliar.

A Reforma Psiquiátrica brasileira caracterizou sua história influenciada pelos movimentos de políticas nacionais e internacionais, com propostas de mudanças para a superação da violência asilar. O marco do movimento foi a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), do Ministério da Saúde, quando seus funcionários registravam irregularidades do Hospital do Rio de Janeiro (AMARANTE, 1995).

Essas questões tiveram repercussão nacional, surgindo daí o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), denunciando, por meio de campanhas, a situação dos hospitais psiquiátricos. Esse movimento tinha como estratégia de ação a superação e a transformação do paradigma psiquiátrico. Era fortemente influenciado pelo pensamento de Franco Basaglia e indicou a desinstitucionalização dos serviços e das ações de saúde mental. Por um longo período, desempenhou um papel importante, tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas e saberes (AMARANTE, 1995). A Reforma Psiquiátrica tornou-se um processo político e social complexo com a participação dos trabalhadores integrantes do movimento sanitário, instituições, conselhos profissionais, sindicatos, associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares. Segundo Soares Filho e Bueno (2016, p.2102), esse processo teve o sentido de transformar a relação da sociedade com as pessoas com transtornos mentais, permitindo a garantia do seu direito de cidadania.

Vários eventos aconteceram, proporcionando o avanço do movimento. Em 1978, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ocorrido em Camboriú, Santa

Catarina, fortaleceu o movimento da Reforma Psiquiátrica na luta pela humanização no tratamento junto aos loucos, nos hospitais psiquiátricos. Esse movimento, no final dos anos 1970, ficou conhecido pelas denúncias de violência nos manicômios, mercantilização da loucura, hospitalização, cronificação e estigmatização do doente mental, bem como pelas condições de trabalho dos profissionais e pela hegemonia da rede privada em detrimento do sistema público (OLIVEIRA, 2002).

O segundo movimento da Reforma Psiquiátrica ocorreu nos anos de 1980, também impulsionado pela trajetória sanitária e insatisfação dos profissionais de saúde quanto à violência das práticas psiquiátricas. Foi um período marcado pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, num processo de transformação dos serviços psiquiátricos com vários acontecimentos. A I Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em 1987, no Rio de Janeiro. Esse evento marcou o início da trajetória de desinstitucionalização, entendida não apenas como desospitalização, mas também como o início de um projeto de atenção em saúde que passaria a se constituir. Como resultado dessa Conferência, surgiram algumas associações de usuários e familiares, ampliando o movimento da Reforma e descentralizando as discussões. O II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental aconteceu em Bauru – São Paulo, em 1987, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, sendo 18 de maio a data comemorativa ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, na perspectiva de que essa temática deveria ser também discutida na sociedade. Nesse mesmo ano, também aconteceu a inauguração do primeiro CAPS da história, o Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo. Em 1989, surgiu o Projeto de Saúde Mental em Santos-SP, quando a Secretaria Municipal desse Município interveio no hospital psiquiátrico da cidade, a Casa de Saúde Anchieta, por maus-tratos, abandono, superlotação e mortes de pacientes. No campo legislativo e normativo, foi dada a entrada, em 1989, no Congresso Nacional, do Projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado federal Paulo Delgado. Esse projeto propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, impedia a construção ou contratação de hospitais psiquiátricos e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002, *online*). Esse projeto de lei proporcionou vários debates à sociedade quanto às práticas institucionais, dividindo opiniões e tornando essa temática com relevante conotação nacional.

Os anos de 1990 foram o período de amadurecimento e consolidação dos processos que compuseram o panorama da Reforma Psiquiátrica. Ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, destacando-se a necessidade de análise e acompanhamento dos novos serviços de atenção em saúde mental, a fim de evitar que estes serviços não viessem a funcionar do mesmo modo do modelo tradicional centralizado no hospital psiquiátrico. Não foi superada a prevalência das internações nos manicômios, mas se constituiu outro direcionamento, inclusive a formação de uma

[...] nova mentalidade no campo psiquiátrico (não obstante o triunfalismo da psiquiatria biológica); a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas, com os postos de coordenação e gerência ocupados por partidários da reforma (no caso do Rio de Janeiro, nos três níveis de gestores: federal, estadual e municipal); a existência de experiências renovadoras com resultados iniciais positivos em todas as regiões do país; a capacidade das experiências mais antigas de manter sua vitalidade; os reiterados indícios de um novo olhar sobre a loucura vicejando no espaço social, um olhar não mais tão fortemente marcado pelos estigmas do preconceito e do medo. (TENÓRIO, 2002, p.41, *online*).

A Declaração de Caracas, em 1990, foi outro marco importante no movimento. Esse documento continha as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e destacou-se na orientação em diversificar a oferta de serviços e a desmistificação do hospital psiquiátrico como lugar ideal de tratamento da pessoa com transtorno mental. Enquanto existisse, deveria excluir o confinamento e os maus-tratos, oferecendo tratamento digno e humano (BELMONTE, 2014). Após essa declaração, foram instituídas as primeiras normas federais, regulamentando e implantando os primeiros centros de assistência psicossocial (caps), os núcleos de assistência psicossocial (naps) e os hospitais-dia. Foi extinto o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), tendo sido promulgada a Norma Operacional Básica–NOB/93. “Esta Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde”. (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

Em 2001, o Projeto de Lei nº 3.657/89, original do deputado Paulo Delgado, já referenciado neste escrito, foi sancionado, trazendo modificações importantes no texto normativo, sendo denominada Lei Federal de nº 10.216, de 6 de abril de 2001 e conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. Esta lei

dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Oferece tratamento e serviço de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, porém não instituiu mecanismos para a extinção dos manicômios (BRASIL, 2005). Em seu artigo 3º refere que

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Seu artigo 5º chama a atenção para que o paciente com longo tempo de internação, por grave dependência institucional em virtude do seu quadro clínico ou pela falta de suporte familiar, sejam “objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.” Essa Lei rege todas as ações voltadas para adequar a Reforma Psiquiátrica, tanto no âmbito do sistema de saúde, como na contextura da Justiça Criminal e no sistema prisional.

3.4 O ESTADO DO CEARÁ NO MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O Ceará não ficou à parte da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Começou a ter maior visibilidade nos anos de 1990, em resposta à mobilização dos trabalhadores de saúde mental, voltada para as questões políticas, morais, econômicas e culturais que direcionavam a permanência do modelo tradicional do tratamento hospitalar (ACIOLY, 2006).

O Ceará, apoiado pelos Governos Federal, estadual e municipais, teve como o principal dispositivo estratégico aos novos serviços de atendimento à saúde mental, para reduzir as internações psiquiátricas, os centros de atenção psicossocial (caps), em substituição ao modelo hospitalocêntrico. Estes são unidades para atendimento ambulatorial em saúde mental com uma equipe multiprofissional.

Em Fortaleza, ocorreram algumas dificuldades com sua implantação. Nessa época, a maior concentração de hospitais psiquiátricos no Estado era na Capital. Em razão de interesses particulares, houve a resistência de alguns proprietários dos hospitais psiquiátricos da rede privada em aderir ao movimento da Reforma, haja vista a redução do número de leitos em detrimento dos lucros financeiros oriundos da internação hospitalar. A segunda dificuldade ocorreu com a

manifestação de familiares contestando a desospitalização, uma vez que percebiam o hospital como a única saída ao tratamento de seus parentes psiquiátricos. E o terceiro momento se registrou com a manifestação de alguns servidores do nível médio por temor de perder a estabilidade do trabalho (PONTES; FRAGA, 1997). Em decorrência dessa situação, os primeiros caps surgiram fora de Fortaleza, sendo o Município de Iguatu, em 1991, o local onde foi implantado o primeiro caps do Estado.

No decorrer desse movimento, o Estado do Ceará teve como marco histórico a instituição e aprovação da Lei Estadual nº 12.151/93, de autoria do médico Mário Mamede, na época, deputado estadual do Ceará pelo PT (Partido dos Trabalhadores), adepto do movimento da luta antimanicomial. Esta Lei regulamentava a reforma psiquiátrica no plano estadual e foi a segunda Lei Estadual de aprovação da Reforma Psiquiátrica no País (MORAIS, 2010). Em seu art.1,º refere que

Fica proibido aos territórios do Estado do Ceara a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados e a contratação e financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos naqueles hospitais. (BRASIL, 2002).

Uma vez aprovada essa Lei, ocorreu a implantação de outros caps, sequencialmente, nas cidades de Quixadá (1993), Canindé (1993), Icó (1995) e Aracati (1995). Quixadá teve uma experiência exitosa e reconhecida nacionalmente pela maneira como conduziu a diminuição dos leitos e as internações psiquiátricas.

Posteriormente, influenciado pelas experiências dos caps inaugurados no Estado, a cidade de Fortaleza implantou o primeiro caps, em 1998, vinculado à Universidade Federal do Ceará (ACYOLI, 2006).

No período de 11/2003 a 01/2004, por intermédio do Ministério da Saúde e da Secretaria da Cultura do Estado do Ceará, aconteceu em Fortaleza a Mostra Itinerante - Memória da Loucura. Essa recobrou o contexto histórico dos tempos imperiais até a Reforma Psiquiátrica, contemplando, entre as importantes fontes documentais, os acervos do Hospital São Gerardo e do Instituto Psiquiátrico do Ceará.

O Estado do Ceará também é integrado à Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA). Esta rede conta com cerca de 20 núcleos no plano nacional, vinculado no Ceará pelo Fórum Cearense de Luta Antimanicomial (FCLA).

Esse fórum, com a participação de usuários, familiares, trabalhadores da área de saúde mental, representantes de entidades, associações, militantes e simpatizantes mobilizou uma caravana de representantes do Ceará na Marcha dos Usuários de Saúde Mental, ocorrida em 30/09/2010, em Brasília - DF. Essa marcha tinha como finalidade

Defender o Sus, a Lei 10.216/01, reivindicar a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a reforma Psiquiátrica Antimanicomial, evidenciar o protagonismo dos usuários e fortalecer a Organização política dos Usuários.

Na realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ceará participou com representação de delegados, gestores profissionais de saúde e intersetoriais (BRASIL, 2010).

Ao longo desses anos, nosso Estado é palco de vários encontros de estudos, como seminários, congressos e conferências, objetivando sempre a discussão e análise das experiências. Dentre eles, destacamos o III Congresso Brasileiro de Saúde Mental, ocorrido em Fortaleza (2012), período de avaliação dos dez anos de Reforma Psiquiátrica, após a implantação da Lei nº 10.216/2001. O presidente, Paulo Amarante, da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), presente ao Congresso, reconheceu, na época, que a Reforma Brasileira ainda caminhava muito lenta.

No dia 18 de maio de 2016, em comemoração ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, a Secretaria de Cultura do Estado do Ceará (SECULT), em parceria com o Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, apresentaram uma programação gratuita, na tentativa de chamar a atenção para as técnicas psiquiátricas de maneira agressiva que ainda acontecem com aqueles que sofrem de doença mental. Promoveram a exibição, no Cineteatro São Luiz, do filme NISE - o Coração da Loucura, com direção de Roberto Beliner, e dois espetáculos no Teatro José de Alencar: Monólogo- “Diário de um Louco”, de Paulo Ess, e a peça “Amarga Ceia. Por que mataram Jesus?”

Atualmente, o Estado do Ceará conta com 83 caps instalados em diversos municípios. Em Fortaleza, na rede municipal de serviços substitutivos de saúde mental, no momento, há 14 caps, três serviços de residências terapêuticas, uma cooperativa, oito unidades de acolhimento, sendo seis conveniadas, uma unidade de desintoxicação no Hospital Santa Casa de Misericórdia, duas ocas de

saúde comunitária, 11 comunidades terapêuticas conveniadas e três hospitais psiquiátricos credenciados no SUS.

Cabe ressaltar que não foi encontrado nenhum registro oficial que configurasse a participação da Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado do Ceará no Movimento de Reforma Psiquiátrica.

3.5 MARCOS LEGAIS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Editada a Lei nº10.216/2001, a Reforma Psiquiátrica avançou no Brasil. Nesse contexto, os Ministérios da Saúde e da Justiça, reconhecendo a necessidade da garantia do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, em consonância com a Constituição de 1988 e com os princípios do SUS-Sistema Único de Saúde - universalidade, equidade e intersetorialidade - aprovaram, conjuntamente, portarias e resoluções voltadas à saúde mental no sistema prisional. Com efeito, aprovaram as portarias interministeriais nº 628/2002, revogada e substituída pela Portaria MS/MJ nº 1.777/2003, instituindo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), visando a prover a atenção integral à saúde da população prisional em todas as unidades, inclusive as psiquiátricas, pautada nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Em seu art. 1º § 1º, refere que as “ações e serviços decorrentes desse Plano terão por finalidade promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e redução dos agravos sociais frequentes que a cometem.” Determinou, no art. 8º § 3º da portaria nº 1.777, que os “Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sejam beneficiados pelas ações previstas nessa portaria: contudo, deveriam ser objeto de norma própria”.

A equipe de saúde foi formada em vários estados da Federação, tendo como atendimento básico as ações de prevenção e promoção em saúde voltado à alta incidência de doenças infectocontagiosas, como hanseníase, tuberculose, DST-AIDS, entre outras, comum a essa população, vivendo, na maioria das vezes, em ambientes insalubres e superlotados. O Estado do Ceará, de acordo com Batista (2010), em agosto de 2009, já havia aderido e se qualificado no PNSSP (Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário).

Esse Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi aprovado num período em que a população carcerária era bem menor em relação aos dias

atuais e, dentre as dificuldades da época, destacavam-se as “dificuldades de acesso em serviços e ações de saúde.” (BATISTA, 2010, p.97).

Em Brasília, ocorreu, em setembro de 2002, o Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, realizado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça. Teve como um dos objetivos discutir e propor a integração dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico às diretrizes gerais de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002, p.7). No final das discussões realizadas, houve o consenso de que a rede de atenção à saúde mental deve se responsabilizar pelo tratamento da pessoa sob medida de segurança. Nesse período, contudo, muito pouco se avançou na exigência de medidas necessárias a essas Instituições. O HCTP do Ceará, em 2001, não era e não é até hoje coberto pelo SUS e, portanto, não é atendido pelas disposições que regulam o funcionamento dos leitos psiquiátricos e não há nenhuma ação específica de assistência do Programa de Saúde Mental, tanto no plano local quanto no federal.

A desatenção, por parte daqueles que lideraram o Movimento da Reforma Psiquiátrica para com as pessoas em sofrimento psíquico, reclusos em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, fez com que estes, mais uma vez, além de excluídos e estigmatizados, se mantivessem à margem dos cuidados necessários de atenção à saúde mental.

O CNPCP (Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária) aprovou a Resolução nº 5/2004, determinando diretriz para o cumprimento de medidas de segurança, adequando à Lei nº 10.216/2001. Essa diretriz visa a um atendimento humanizado ao portador do transtorno mental internado em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, tendo como “finalidade permanente em seu art. 1º a reinserção social do paciente em seu meio”. Esta Resolução expressa, de um modo geral, em seus arts. 5º, 7º, 10 e 11, que a medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado, de modo a oferecer assistência integral, incluindo serviço médico de assistência social, psicólogo, ocupacional de lazer, entre outros; que os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico devem estar integrados às unidades da rede SUS; a conexão do tratamento ambulatorial em internação só poderá ser feita com base em critérios clínicos, não sendo recomendada a internação por falta de suporte sociofamiliar ou comportamento inadequado, e que a medida de segurança só poderá ser restabelecida em caso de novo delito e, após

sentença judicial, os casos de reagudização de sintomatologia deverão ser tratados no serviço de referência local.

No mesmo sentido, o CNPCP aprovou a Resolução nº 4/2010 sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos pacientes Judiciários e Execução de Medida de Segurança, recomendando a observação e adequação dos princípios da Lei 10.216. O art.1º dessa Resolução trata da adoção de política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução de medida de segurança.

O CNJ (Conselho Nacional de Justiça) aprovou a Portaria nº 35/2011, recomendando as diretrizes a serem adotadas em política antimanicomial na aplicação da medida de segurança, respeitando as singularidades sociais e biológicas de cada interno.

O Ministério Público Federal concedeu um Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, apontando a necessidade de extinção dos HCTPs, hajam vistas a violação em seu funcionamento da Lei nº 10.216/2001, sem que sejam substituídos por estabelecimentos similares. Ainda sugeriu que os recursos federais e estaduais destinados a sua manutenção sejam redirecionados e implementados na Rede de Atenção Psicossocial; e que a pessoa em medida de segurança deve ser de responsabilidade do Ministério da Saúde e não da Justiça, como ocorre há muito tempo, (BRASIL, MPF, 2011).

Na sequência de aprovação das resoluções e portarias pelo CNPCP, CNJ, MPF pertinentes ao HCTP, percebe-se uma preocupação do ordenamento jurídico direcionado à humanização da pessoa em sofrimento psíquico, adequando-os à Lei nº 10.216.

Os ministros da Justiça e da Saúde, mais uma vez, em consonância com a necessidade de adequação aos tratamentos com que devem ser pautadas as pessoas em sofrimento psíquico institucionalizadas em HCTPs, instituíram, pela Portaria Interministerial nº 1/2014, a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa política tem como objetivo geral, em seu art. 5º, “garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS”, e, em seu art. 7º, serem os beneficiários do PNAISP “pessoas que se encontram sob a Custódia do Estado inseridas no sistema prisional ou em cumprimento á medida de segurança.”

As secretarias de saúde de cada Estado deverão coordenar, executar e implementar a PNAISP, elaborando o plano de ação junto com as secretarias de justiça e a administração penitenciária ou congêneres, adequando as questões prioritárias e as especificidades regionais de acordo com as singularidades e necessidades de cada caso. Deverá ainda haver articulação com o Plano de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, em conexão intersetorial e interinstitucional necessária aos instrumentos de planejamento e pactuação do SUS.

A adesão ao PNAISP se dará pela pactuação do Estado e do Distrito Federal com a União, mediante, assinatura de adesão. O Estado do Ceará aderiu à PNAISP pela Portaria 2.484/2014. As unidades federativas que possuem HCTP “estão organizando equipes e grupos de trabalho para a desinstitucionalização das pessoas internadas por medida de segurança, isto é, para que eles retornem ao convívio em meio aberto”. (LEITE, 2014, p.1)

O Ministério da Saúde, consoante as discussões ocorrentes nas instituições, relativas às questões de saúde mental e jurídicas, de acordo com a Lei 10.216, publicou, em 14/01/2014, as Portarias nº 94 e nº 95, reorientando o modelo de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. A Portaria nº 94, em seu art. 1º, institui,

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pena com transtorno mental em conflito com a lei, vinculado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. (PNAISP).

Este serviço deve ser composto por uma equipe de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (EAP) e tem por objetivo apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental e em conflito com a lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Deve ser constituída por “uma equipe interdisciplinar composta por cinco profissionais com diferentes formações”. (CORDEIRO; MORANA, 2014, p.1).

Estes profissionais não devem fazer parte da equipe institucional e não de ter formação em nível superior. Segundo Soares Filho e Bueno (2016, p.2107), a equipe deve ser constituída por um enfermeiro, um médico psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental, um psicólogo, um assistente social e um profissional com formação em Ciências Humanas, Sociais ou de Saúde. Em seu

Artigo 2º, a Portaria delibera que as condições para que uma pessoa em conflito com a lei e com transtorno mental seja beneficiária deve se encontrar nas seguintes condições:

[...] com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular.

Do modo como se exprime o art. 2º da Portaria nº 94, fica esclarecida a dimensão a que se propõe o Ministério da Saúde no atendimento dos cuidados que devem ser dispensados às pessoas em sofrimento psíquico e em conflitos com a lei, já que não se restringe apenas aos que estão com medidas de segurança. A Portaria nº 95 dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas envolvidas no Judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Atualmente, o Governo brasileiro, de acordo com Soares Filho e Bueno (2016, p.2103), tem como principais objetivos a Política de Saúde Mental, com vistas a

Reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); incluir as ações de saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de crack, álcool e outras drogas, fortalecer o programa “De Volta Para Casa”; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, 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.

Diversos estudiosos da temática e instituições públicas, como o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e o Ministério Público Federal, concedem pareceres, analisando e avaliando a condição ambígua dos HCTPs em relação a sua especificidade de ser uma unidade hospitalar e, ao mesmo tempo, uma unidade prisional. Analisam a Lei nº 10.216, que rege a Reforma Psiquiátrica e as transgressões que acontecem em ferir os princípios e diretrizes dessa lei no tocante ao desrespeito por não oferecer atendimento às pessoas em sofrimento psíquico nos espaços extra-hospitalares. Sendo assim, sucedem um esforço

intersetorial e um contínuo questionamento a respeito de qual instituição deverá de fato favorecer o tratamento psiquiátrico às pessoas em conflito com a lei. Como estabelecimento hospitalar, deveria receber tratamento integral pelo SUS, ser administrado pelo Ministério da Saúde e não ser subordinado ao sistema penitenciário.

4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – PROGRAMAS DE INCLUSÃO SOCIAL À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Após promulgada a Constituição de 1988 e aprovada a Lei Federal nº 8.080, de 19/09/1990, que regulamentou em todo o Território Nacional a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, diversas mudanças ocorreram no sistema brasileiro. Novas políticas públicas foram estabelecidas, entre elas a de saúde mental. A Política Nacional de Saúde Mental, no Brasil, teve como marco norteador as recomendações da organização Pan-Americana (OPAS), inseridas na Carta de Caracas (1990).

Em 1991, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes dessa política, reestruturando a assistência psiquiátrica hospitalar para um novo modelo de atendimento. Visava à redução gradativa e contínua de leitos psiquiátricos; e, ao mesmo tempo, ao crescimento e fortalecimento de uma rede extra-hospitalar de atenção psicossocial aberta e comunitária, a fim de garantir o atendimento da pessoa em sofrimento psíquico no seu meio social.

A Política Nacional de Saúde Mental, objetivando a desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico com longo período de internação, disponibilizou a criação de vários programas e dispositivos de inclusão social. Dentre estes, se destacam os centros de atenção psicossocial (caps), a implantação do programa “De Volta para Casa” e os serviços residenciais terapêuticos, por serem serviços de maior possibilidade de inclusão social da pessoa com transtorno mental, infrator, quando do processo de desinternação.

Os CAPS integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e se constituem como equipamentos de estratégia e de relevância na organização da rede de atenção em saúde mental. Foram criados com o objetivo “de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias”. (BRASIL, 2004). Voltado ao atendimento clínico ambulatorial e de reabilitação psicossocial centrados no acolhimento e no vínculo com o portador de transtorno mental, destina-se a

Acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural correto, designado

como seu 'território', o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. (BRASIL, 2004).

Os caps, assumindo o papel na organização da rede comunitária de cuidados, devem permanentemente se manter articulados com as políticas e programas de saúde mental, trabalhando em conjunto com os agentes comunitários de saúde e equipes de Saúde da Família. As pessoas atendidas nos caps são aquelas com intenso sofrimento psíquico por transtornos mentais severos e/ou persistentes, abrangendo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas.

No Brasil, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (caps) foi inaugurado em março de 1986, em São Paulo, no intenso processo do Movimento de Reformas Psiquiátricas. À proporção que o movimento se consolidava, outros caps foram implantados em vários municípios do País, uma vez que seus resultados se expressavam como "dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial". (BRASIL, 2004).

Os centros de atenção psicossocial, em todo o Território Brasileiro, são serviços abertos de atenção diária, compostos por uma equipe multiprofissional de saúde, auxiliares administrativos e outras categorias, como músicos, artesãos e artistas plásticos, disponíveis em cada município. Utilizam outras redes de serviços sociais ou afins, desde que necessários ao atendimento do projeto terapêutico definido pela equipe multiprofissional e que possam, na singularidade de cada sujeito, viabilizar o acompanhamento psiquiátrico, a autonomia e a reinserção social da pessoa em sofrimento mental.

As estruturas dos caps se formam dependendo do número de habitantes de cada município e do perfil da demanda do atendimento em saúde mental. Foram divididos em cinco modalidades descritos a seguir: caps I, voltado ao atendimento no município de 20.000 a 70.000 habitantes, diariamente, para adultos com transtornos mentais severos e persistentes; caps II, para o município de 70.000 a 200.000 habitantes, também diariamente, para adultos com os mesmos transtornos do caps I; caps III, para o município de mais de 200.000 habitantes, com atendimento diário e noturno para adultos, durante sete dias da semana com transtornos severos e graves; caps I para o município também de mais de 200.000 habitantes, direcionado ao atendimento infantojuvenil com transtorno mental e o capsad para o município que possui acima de 100.000 habitantes, com atendimento voltado à dependência de álcool e outras drogas.

O Programa “De Volta Para Casa” foi criado pelo Ministério da Saúde no governo do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva, regulamentado pela Lei Federal nº 10.708 de 31/07/2003. Essa Lei instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial à pessoa com transtorno mental egressa de hospital psiquiátrico, como hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, de residência terapêutica, de residente com a família de origem ou substituta, desde que em qualquer uma dessas situações esteja vinculada a um caps ou a outros serviços assistenciais de saúde do município de sua moradia (BRASIL, 2003).

É um programa de reintegração da pessoa com transtorno mental no seu meio social após o período de internação de no mínimo dois anos. Objetiva “a inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados”. (BRASIL, 2003). Esse auxílio mostra-se como o principal instrumento de inclusão e efetividade do Programa “De Volta para Casa” e é fruto de uma das reivindicações históricas do movimento social de Reforma Psiquiátrica. Acontece em parceria do Ministério da Saúde com a Caixa Econômica Federal, uma vez que é pago diretamente ao beneficiário ou ao seu representante legal no período de um ano. Pode ser renovado, dependendo das condições de reintegração do beneficiário e do parecer da avaliação da equipe municipal e da comissão de acompanhamento do Programa.

Esse Programa atende à Lei nº 10.216 de 6/4/2001, referente aos cuidados necessários junto às pessoas com transtornos mentais no processo de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, conforme Art. 5º transcrito a seguir:

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

Os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), residências terapêuticas ou moradias, são estratégias de ações de inclusão social integrantes da Política Nacional de Saúde Mental, financiados pelo SUS. Foram instituídos pela Portaria nº 106/2000, do Ministério da Saúde, como práticas substitutivas para os portadores de transtornos mentais, institucionalizados ou não, que, não tendo suporte familiar e

social adequados, necessitam de garantia de espaço habitacional (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Esse programa deve favorecer, como proposta de moradia, espaço de habitação e de direitos visando à reestruturação da assistência à saúde mental. Deve ainda buscar a inserção do usuário nas redes de serviços de atenção psicossocial, nas organizações e relações sociais da comunidade, tentando progressivamente sua inclusão social (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As residências terapêuticas, geralmente, são localizadas no espaço urbano, com ocupação máxima de oito pessoas com transtornos mentais graves. Quando institucionalizados, as pessoas devem ser procedentes de hospitais psiquiátricos ou de hospitais de custódia e tratamento institucionalizados no mínimo com dois anos. Funcionam essas residências com uma equipe multiprofissional, “cujo objetivo é acompanhar as pessoas, ajudando-as a construir autonomia e independência.” (AMARANTE, 2013, p.90).

Os princípios e diretrizes do projeto terapêutico dessas residências devem, entre outros, ser baseados: na centralidade das necessidades dos usuários; em contemplar como objetivo central os princípios da reabilitação psicossocial; oferecer ao usuário um amplo projeto de reintegração social; respeitar os direitos dos usuários como cidadãos e sujeitos em condição de desenvolver uma vida com qualidade, integrada ao ambiente comunitário (BRASIL, 2009).

O campo de saúde mental envolve abordagem intersectorial de estratégias de ações que, segundo Amarante (2013, p.88), “perpassam vários setores sociais tanto do campo de saúde mental em geral quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo”. Desse modo, outras políticas públicas, organizações governamentais e não governamentais podem favorecer o provimento de condições na garantia de assistência social e defesa dos direitos sociais à pessoa com transtorno mental no processo de reinserção. A Organização Mundial de Saúde, em seu relatório sobre a saúde mundial, em 2001, refere que

é preciso estabelecer vínculos entre serviços de saúde mental e vários organismos comunitários no nível local, para que a habitação apropriada, o apoio de renda, os benefícios aos incapacitados, o emprego e outras formas de suporte sejam mobilizados em favor dos pacientes e visando tornar as estratégias de prevenção e reabilitação mais efetivamente implementadas. (OMS, 2001, p.128)

A Constituição Federal de 1988, denominada Constituição Cidadã, ensejou a criação da Política Nacional de Assistência Social Integrada ao Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome - MDS. No âmbito da Seguridade Social, promulgou a Lei nº 8.742 – Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), aprovada pelo Congresso Nacional em 07/12/1993, como outro dispositivo de inclusão das pessoas com deficiência, entre elas a deficiência mental. A LOAS, em seu Art. 1º define:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizadas através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (LOAS, 2009, p. 6)

Prevê, ainda, em seu texto a garantia do Benefício de Prestação Continuada (BPC) de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência, e ao idoso a partir de 65 anos de idade que comprove não ter outra modalidade para prover a própria manutenção e da família, considerada um conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto (LOAS, 2009). É um serviço de prestação direta ao público, existente em todos os municípios da Federação e de competência do Governo Federal.

A Política Nacional de Saúde Mental também reconheceu a família como referência primária para o desenvolvimento de políticas de reinserção. A participação e a valorização da família no tratamento e no processo de reabilitação passaram a ser o eixo principal da inclusão da pessoa com transtorno mental ao seu meio social. A família passou a ser a responsável pela provisão de cuidados no âmbito familiar e pela dinâmica de assistência e acompanhamento do tratamento psiquiátrico do seu familiar em sofrimento psíquico. De fato, com a Reforma Psiquiátrica, a família passou a ser entendida como “um processo singular e fundamental para o cuidado dispensado ao doente mental.” (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004, p.199).

Segundo Rosa (2003, p.192), “diferente das demais enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer enquanto enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível”. Com efeito, o cuidado e o tratamento em geral do doente mental requerem a disponibilidade do seu familiar responsável pelo provimento de

cuidado, haja vista a demanda de atenção que a doença mental impõe muitas vezes de caráter temporal, periódico ou indefinido.

5 CÁRCERE, MANICÔMIO JUDICIÁRIO E A SANÇÃO PENAL

5.1 PRISÕES NO BRASIL - BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

A ação de aprisionar pessoas existe desde o Período Antigo, sendo que, naquela época, a prisão acontecia para manter a pessoa “à disposição da justiça para receber o castigo prescrito, o qual poderia ser a morte, a deportação, a tortura, a venda como escravo ou a pena de galés, entre outras”. (BRETAS *et al.*, 2009, p.12).

Por vários séculos, ficou marcado na história penal o uso do corpo como alvo principal da repressão penal. Era costume, na sociedade da época, a “exposição do corpo supliciado, esquartejado, amputado, marcado simbolicamente no rosto ou no ombro, exposto vivo ou morto”. (FOUCAULT, 1987, p.12).

Essa prática foi substituída, no final do século XVIII, por outras modalidades de penalidade do corpo. Segundo Foucault (1987, p.14),

O sofrimento físico, a dor do corpo não são mais os elementos constitutivos da pena. O castigo passou de uma arte das sensações insuportáveis a uma economia dos direitos suspensos. Se a justiça ainda tiver que manipular e tocar o corpo dos justicáveis, tal se fará à distancia, propriamente, segundo regras rígidas e visando a um objetivo mais 'elevado'. Por efeito dessa nova retenção, um exército inteiro de técnicos veio substituir o carrasco, anatomista imediato do sofrimento: os guardas, os médicos, os capelães, os psiquiatras, os psicólogos, os educadores.

No mundo ocidental, o nascimento da prisão ocorreu por volta do final do século XVIII e início do século XIX, período da Idade Moderna, quando foi criada a “pena de encarceramento.” (BRETAS,MAIA,COSTA, 2009, p.12). Nesse período, Alguirre (2009, p.39) refere que a Europa e os Estados Unidos adotaram a penitenciária “como modelo institucional carcerário.” Constava neste modelo uma nova proposta de encarceramento ao preso, começando pela estrutura física do prédio, a rotina de trabalho, a instrução, o sistema de vigilância, o tratamento humanitário e o ensino da religião. Foucault (1997, p.208) acentua a ideia de que

A prisão, local de execução de pena, é ao mesmo tempo local de observação dos indivíduos punidos. Em dois sentidos. Vigilância, é claro. Mas também conhecimento de cada detento, de seu comportamento, de suas disposições profundas, de sua progressiva melhora....

As prisões no Brasil remontam ao período colonial. Motta (2011, p.13) assinala que “as Ordenações de D. Manuel I - 1514 – e depois as de Felipe IV –

1603 – vão reger a racionalidade primitiva colonial no Brasil durante todo o período colonial.” De fato, isto ocorreu porque, desde 1603, as Ordenações Filipinas passaram a ter vigência em todo o Território Português. Segundo Ferreira (2009, p.183), o “Livro V ocupou, no Brasil até 1830, a função de Código Penal” e tratava especificamente do Direito Criminal e seu respectivo processo e penalidade.

No Brasil colonial, a visão que se tinha das instituições penais junto aos presos era voltada a “punir e isolar” (CHAZKEL, 2009). Os reformadores da época diziam que o isolamento era visto como um instrumento positivo de reforma, exercendo sobre os condenados a condição total de submissão. Foucault (1997, p.199) assinala que o princípio do isolamento significava dizer

O isolamento do condenado em relação ao mundo exterior, a tudo que o motivou a infração, às cumplicidades que a facilitaram. Isolamento dos detentos uns em relação aos outros. Não somente a pena deve ser individual, mas também individualizante.

Havia muitas práticas de tortura com violência e crueldade. Nas penas corporais, era comum o uso de açoites com cordas e chibatadas, queimaduras, mutilação de uma parte do corpo, com corte de orelhas, mãos ou língua. Muitas vezes o preso chegava à morte em decorrência dos sofrimentos físicos. Havia também outras modalidades de punições, como o confisco de bens, multa e degredo, chegando até a execução. Tudo dependia da ordenação do rei, e muitas vezes para a mesma infração era concedidas punições diferentes, conforme a classe social. Geralmente, os maiores castigos físicos se destinavam aos escravos e negros livres, caracterizando, desde então, os preconceitos raciais e os estigmas associados à prisão e ao encarceramento. Era comum um escravo ser preso sem nenhuma falta cometida, a mando do seu senhor, para receber castigo, ainda que este tivesse de arcar com as despesas da permanência do preso no cárcere. Essa prática, contudo, executada pelos carcereiros junto aos presos, já retirava da prisão a obediência e o respeito às leis.

Nessa época, os presos eram recolhidos e acomodados em cárceres superlotados, inseguros e em péssimas condições de higiene. Esse modo de aprisionamento entrou “em crise no começo do século XIX com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, em 1808, [...] e terminou, finalmente, sua longa vigência no fim do Primeiro Reinado.” (MOTTA, 2011, p.13).

No processo de independência e pós-independência, surgiram várias críticas às precárias condições carcerárias do período colonial. As práticas punitivas, no entanto, por meio de castigos, continuaram por muito tempo após o fim do colonialismo. Isso porque, durante o período colonial, o encarceramento foi “uma prática social regulada mais pelo costume do que pela lei, e destinada simplesmente a armazenar detentos, sem que se tenha implementado um regime punitivo institucional que buscasse a reforma dos delinquentes.” (ALGUIRRE, 2009, p.38).

A Constituição de 1824, no que diz respeito à melhoria do sistema de punições, “trazia as definições legais de segurança, higiene e do arejamento das cadeias, bem como da triagem classificatória dos presos consoante a natureza de seus crimes”, conforme Pimentel Filho, Mariz, Fonteles Neto (2009, p.155).

A intervenção punitiva em curso no período colonial foi substituída pelo Código Criminal de 1830, que demarcou a história das prisões no Brasil como “a era da penalidade carcerária”. (MOTTA, 2011, p.13.). O novo Código Criminal e a legislação correspondente limitaram a ação da polícia, objetivando a reintegração do criminoso à sociedade (CHAZKEL, 2009). Desde então, a pena de encarceramento no Brasil foi institucionalizada. Logo após o Código Criminal, os juristas brasileiros lançaram, em 1832, o Código do Processo Criminal e, ambos, na época, nortearam as ações do País referentes às condutas criminais.

A América Latina, por volta dos anos de 1830, começou a dar atenção aos debates penais da Europa e dos Estados Unidos. Com isso surgiram pensamentos a respeito do castigo e da prisão. Apesar da Modernidade, na época, apenas algumas autoridades de países da América Latina adotaram esse modelo punitivo, uma vez que não havia o interesse geral em investir fundos públicos no estabelecimento de instituições dessa natureza. As autoridades de Estado não viram nesse modelo penitenciário a possibilidade de recuperação por via de novas modalidades de intervenção humanitária, “e sim a possibilidade muito mais tangível e realizável, de reforçar os mecanismos de controle e encarceramento já existentes.” (ALGUIRRE, 2009, p.45).

Acreditava-se que as maneiras tradicionais e informais de castigos seriam mais eficazes do que esses novos modelos; também porque esses castigos eram mais apropriados para a classe de pessoas inferiores. Em meados do século XIX, contudo, algumas penitenciárias foram construídas, objetivando

[...] expandir a intervenção do Estado nos esforços de controle social; projetar uma imagem de modernidade geralmente concebida como a adoção de modelos estrangeiros; eliminar algumas formas infames de castigo; oferecer às elites urbanas uma maior sensação de segurança e, ainda, possibilitar a transformação de delinquentes em cidadãos obedientes da lei. (ALGUIRRE, 2009, p.41).

A primeira penitenciária edificada na América Latina foi a Casa de Correção do Rio de Janeiro, na época Capital Imperial, no período de 1834 a 1850, por determinação do Governo Imperial. Houve muitas dificuldades financeiras e políticas nessa construção para atender os primeiros reformadores das prisões. Essa casa foi considerada uma das primeiras instituições penais modernas da América Latina, inspirada “nos estabelecimentos carcerários dos Estados Unidos e baseada nos modelos e recomendações publicadas na Inglaterra”. (CHAZKEL, 2009, p.10).

Numa perspectiva diferenciada do modelo punitivo do período colonial, a Casa de Correção visava a receber detentos sentenciados à prisão com trabalho. Acreditava-se, na época, que a prisão com trabalho forçado possibilitaria a correção moral do preso. A Casa de Correção, todavia, não conseguiu impor um novo padrão de encarceramento. O País permaneceu por muito tempo em práticas e rotinas punitivas padronizadas do período colonial (CHAZKEL, 2009).

Em 1856, foi construída a Casa de Detenção no Rio de Janeiro, numa parte do andar térreo da Casa de Correção. Inicialmente, essa localização teria caráter provisório, haja vista o número reduzido de empregados designados para o trabalho e as regras de seu funcionamento. Na realidade, a Casa de Detenção se manteve por mais de duas décadas nessas mesmas condições. Várias leis apontavam a categoria de presos que deveriam ser recebidos na Casa de Detenção. Segundo Chazkel (2009, p.11), no entanto,

A Casa de Detenção misturava não somente prisioneiros acusados de uma enorme variedade de crimes e infrações, mas também escravos e homens livres, o que a transformava numa instituição penal peculiar e a predispunha à extralegalidade e à ambiguidade de procedimentos que a caracterizariam no período pós-abolição.

Vale salientar que, paralelamente ao sistema penitenciário, permaneceu no Brasil o mesmo modo de punição e castigo tradicional nos demais cárceres e instituições privadas. Nessa época, também, as práticas legais, desde a prisão até o encarceramento, estavam à parte da regulamentação do Estado e de sua esfera de atenção, dificultando a introdução de feições modernas de punição.

Em algumas províncias do País, como Rio Grande do Sul, Bahia, Pernambuco, Fernando de Noronha e Ceará, foram construídas casas de detenção ou correção. Todas tinham especificidades e objetivavam prender aqueles que demonstrassem comportamentos inadequados aos padrões da sociedade, como perfil para garantir o controle social e serem submetidos ao julgamento da Justiça Criminal.

Em todas as casas de detenção, predominava o desorganizado funcionamento, pela falta de regras de higiene e de moral. Não havia separação de celas para quem apenas estava recolhido por vadiagem, sem ter cometido nenhum crime, daqueles que aguardavam julgamento. Havia uma mistura de presos, com idades e classes sociais diferenciadas, incluindo nesse contexto os mendigos, as mulheres, os loucos e as crianças, pela inexistência, na época, de instituições direcionadas para atender a esse público.

Havia uma mobilidade populacional em todo o País, uma vez que a Casa de Correção do Rio de Janeiro era a referência nacional, contribuindo para uma superlotação. O contingente populacional aumentava porque a maioria era de presos por vadiagem, devido ao abuso de autoridade da polícia. Na verdade, a polícia, na condição de vigiar e punir, violava muitas vezes os princípios básicos da jurisprudência criminal com a prisão de pessoas sem que houvessem cometido nenhum ato infracional. “A população das Casas de Detenção é um testemunho da forma como a polícia do Rio de Janeiro agia fora da lei, ainda que de maneira padronizada e previsível.” (CHAZKEL, 2009, p.28).

Na casa de detenção, em geral, o tratamento entre os presos ocorria diferenciadamente em relação aos brancos pobres e, principalmente, aos negros. Nessa condição, o estigma interiorizado no preso começava na sua admissão na cadeia com a diferenciação do tratamento, desde a alimentação, acomodação, caminhada no pátio silenciosamente ou não, corte de cabelo conforme a classe social, e divisão dos trabalhos. Cabiam sempre aos negros e escravos os serviços de faxina. Percebe-se claramente nesse período o que anotou Chazkel (2009, p. 29):

As divergências que existiam no sistema brasileiro de Justiça Criminal, na prática das garantias universais de proteção e direitos iguais, reforçavam as desigualdades sociais não apenas ao perseguir aqueles mais vulneráveis as dificuldades legais, econômicas e mesmo físicas do encarceramento – especialmente os pobres de cor escura e desempregados.

No período pós-Iluminismo, fruto das lutas por garantia de direito e igualdade, a questão da luminosidade e claridade nas prisões passou a ser uma preocupação, visto que a claridade nas celas favorecia “a disciplina, a higienização, a vigilância sistemática”, consoante Moreira e Al-Alam (2009, p.51). Com o processo de higienização do Brasil, surgiu a necessidade de abrir janelas nas celas. Os presos, vivendo aglomerados, acomodados num pequeno espaço físico, escuro, úmido, mal arejado e infectado, tornavam-se mais vulneráveis à contaminação por qualquer foco de epidemia que ali se instalasse. Na realidade, os presos viviam num permanente quadro de insalubridade, dada a higiene precária em cadeias “obsoletas e inadequadas aos padrões ditados pelo Código Criminal.” (ALBUQUERQUE NETO, 2009, p.93).

À proporção que o número de delinquentes começou a crescer, houve necessidade de maior controle social, mas o sistema carcerário brasileiro não evoluiu, permanecendo em péssimas condições de desenvolvimento. Em virtude dessa situação, na tentativa de oferecer o mínimo de segurança às classes proprietárias urbanas e impor um sistema de controle das populações negras livres, o Estado direcionou o Exército Brasileiro como uma instituição penal. E, assim, da metade do século XIX em diante, o Exército se tornou o maior instrumento punitivo para os delinquentes do Brasil, colaborando com as autoridades a não terem interesse em avançar em reformas carcerárias, conforme o projeto de organização social idealizado (ALGUIRRE, 2009).

A Província do Ceará, no período imperial, foi marcada por perseguição, controle e repressão dos brancos pobres, dos mestiços e dos indígenas. Naquela época, o sistema judiciário voltava-se para punir e julgar todo aquele que, não tendo recebido civilização moral, religiosa e escolar, tivesse se envolvido na criminalidade, conforme aditam Pimentel Filho, Mariz, Costa (2009).

Em 1854, o presidente da Província do Ceará, Pires da Motta, apontava o número elevado de crimes que vinham ocorrendo no Ceará por homicídios e violências. Entendia, juntamente com a elite imperial, que, na questão criminal, o nível moral-religioso da população era um fator importante no combate ao crime. As cadeias eram poucas, inseguras, não denotando condições mínimas de manutenção, segurança, e com capacidade reduzida para receber os presos (PIMENTEL FILHO *et al.*, 2009).

Anteriormente à construção da Cadeia Pública de Fortaleza, as prisões aconteciam em caráter punitivo de justiça por meio da Cadeia do Crime e da Casa de Correção. A primeira funcionava nos galpões do quartel do Exército e destinava-se a receber presos que não apresentavam no sistema judicial nenhuma perspectiva de “regeneração moral e reinserção na sociedade”, conforme exprimem Pimentel Filho, Mariz, Fonteles Neto (2009, p.166). A segunda era para os presos em outras situações e sem nenhuma discriminação social. A diferença no tratamento ocorria pelo modo e punição no concernente à mesma condição de penalidade. Essa situação caracterizava o envolvimento tendencioso do sistema de justiça criminal pelas práticas discriminatórias entre a população rural e urbana, escravos, negros e pobres. Havia uma diferença nos castigos dispensados, nos espaços físicos de acomodação a eles destinados e no tocante à distribuição de recursos e privilégios.

A Cadeia Pública de Fortaleza ou a Casa Penitenciária, assim também conhecida, foi construída no período de 1851 a 1866, originando o Sistema Penitenciário do Ceará. Inicialmente, havia a intenção de ser a Cadeia Pública de Fortaleza uma prisão-modelo, referência para todo o País. Nesse período, entretanto, a Província do Ceará apresentava muita dificuldade financeira em relação às condições prisionais. Pimentel Filho et al (2009) referem que, em algumas províncias, casas particulares foram improvisadas e reformadas como local de recolhimento dos presos. Em 1855, a Cadeia Pública ainda em construção começou a funcionar, recebendo os detentos transferidos da Casa de Correção.

A Cadeia Pública de Fortaleza, do início de sua construção até 1860, embora com uma estrutura física bastante simples e deficitária, era considerada a melhor entre as demais, desde localização, instalações físicas e condições de higiene. Apesar dessa circunstância, as autoridades locais reconheciam que, desde sua fundação, já havia a necessidade de melhoria das instalações físicas do prédio e das condições higiênico-sanitárias, porquanto atendia a demanda de acomodação dos presos. Nesse período, a Cadeia Pública recebia não somente os presos locais, mas também os procedentes de toda a Província e das províncias vizinhas, como Rio Grande do Norte, Paraíba e Piauí. “A melhor cadeia, era, então, cheia de vícios, de soluções improvisadas e marcava emblematicamente o subdesenvolvimento das instituições punitivas no Ceará”. (PIMENTEL FILHO et al, 2009, p.169).

Em 1859, a Cadeia Pública de Fortaleza, mesmo com grande dificuldade de recursos para sua ampliação, teve pequena reforma em suas instalações físicas

com o acréscimo de algumas celas. Objetivava acomodar melhor os presos e controlar os mais rebeldes e indisciplinados. Nesse período, os chefes de polícia responsáveis pelas cadeias questionavam quanto à presença de mulheres e de loucos na mesma casa penitenciária.” (PIMENTEL FILHO *et al.*, 2009).

A Cadeia Pública de Fortaleza não fugiu da realidade do que ocorria nas demais províncias do País. Foi um lugar onde, infelizmente, também ocorreram muitas torturas, violências e crueldades, sem nenhum senso de humanização dentro do objetivo institucional que era de “cumprir o papel de reintegrador social”. (PIMENTEL FILHO *et al.*, 2009, p.172).

Enfim, o sistema prisional no Brasil perpassou todos os contextos históricos, enfrentando as dificuldades pertinentes às condições econômicas e sociais do País. As circunstâncias carcerárias não foram uma prioridade na sociedade colonial, e, mesmo depois da Constituição de 1824 e do Código Criminal de 1830, as práticas punitivas do período colonial continuaram acontecendo.

Os reformadores penais não conseguiam sensibilizar as autoridades locais, uma vez que, naquela época, as autoridades não tinham uma visão humanitária voltada à tolerância, ao respeito e à igualdade. Consoante Sousa (2013, p.48),

Todo trajeto social se inscreve em uma trajetória que pode ser historicizada. A história das prisões se registra em um contexto todo particular, atravessado por rigorosas forças, quer de perspectiva dos poderes que a configuram, quer dos atores que a movimentam ou dos observadores e pensadores que narram seus fatos, registram sua cotidianidade e interpretam seus significados.

5.2 MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS NO BRASIL – POR QUE E PARA QUEM?

Em 1830, ocorreu no Brasil um movimento da categoria médica contra a permanência de loucos na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Foi proposta a criação do primeiro hospício de alienados do Brasil, uma vez que o louco não era considerado doente mental, não recebia o tratamento físico e também moral de acordo com a natureza de sua doença, não existia médico especializado, vivia encarcerado em pequenos quartos e as condições de higiene não eram favoráveis (MACHADO *et al.*, 1978).

A luta dos médicos se fortaleceu com o projeto de José Clemente Pereira, provedor, no período de 1838 a 1840, da Santa Casa de Misericórdia, com renomeada influência política para a construção do hospício. Culminou esse movimento com o Decreto nº 82, de 18/07/1841, criando o Hospício de Alienados Pedro II, sancionado pelo Governo Imperial. O hospício foi fundado com base no modelo francês de Pinel e Esquirol mediante o tratamento moral, seguindo os princípios terapêuticos de isolamento, vigilância, disciplina e repressão (MACHADO *et al.*,1978).

Nos fins do século XIX e início do século XX, ocorreu outro movimento que questionava as instituições profissionais quanto ao tratamento dos doentes e à própria natureza da Psiquiatria. Nessa época, discutiram a estrutura asilar e a eficácia do hospício apresentava como operador de cura e conhecimento. Também foi delatado sistematicamente o tratamento dos loucos criminosos, abrangendo tanto os delinquentes loucos quanto os condenados que enlouqueciam nas prisões.

Nesse mesmo período, aumentou consideravelmente a criminalidade nas metrópoles, “relacionada à intensificação do processo de urbanização e de industrialização, não só nas cidades de países de economias centrais, mas também, guardadas as proporções e as especificidades, nas cidades de países periféricos, como as brasileiras”. (FORTI, 2010, p.125).

As transformações ocorridas no processo industrial do Brasil marcaram fortemente a sociedade nacional, visto que, anteriormente a isso, a economia do País era basicamente em função da agricultura e do trabalho escravo. Com as mudanças da industrialização e urbanização, a sociedade passou a fazer parte de um mercado competitivo voltado a uma economia, na época, sem planejamento, “trazendo contradições e conflitos, ou seja, tensões sociais típicas de cidades que abarcam aglomerados de trabalhadores sem que tenham infraestrutura suficiente em face do acelerado processo de industrialização, produzindo inúmeras mazelas”. (FORTI, 2010, p.126).

O aumento do contingente populacional por imigrantes nacionais e internacionais, a liberação da mão de obra escrava não planejada e as mudanças no estilo de vida foram alguns dos fatores que contribuíram para as desigualdades sociais, que levaram à exclusão as camadas pobres, em várias esferas sociais, sobretudo no mundo produtivo do trabalho.

A sociedade burguesa, não aceitando a resistência e rebeldia dos que transgrediam ao conjunto de normas e valores morais, passou a ver como ato infracional tudo aquilo que se sobrepusesse à ordem instituída. Assim, foi posta em questão a própria natureza humana, desenvolvendo, na história da Psiquiatria, a primeira reflexão sobre a relação loucura-crime e contribuindo, posteriormente, para o surgimento dos manicômios judiciários.

Em termos mundiais, Dummar (2005, p.44.) cita que

“a expressão ‘manicômio judiciário’ é de origem italiana e este tipo de instituição passou a ser construído na metade do século XIX, quando surgiram os primeiros manicômios judiciários, o asilo de Brodmoor em Londres (1863), o de Aversa, na Itália (1876) e o State Form for Criminal Insane, nos Estados Unidos (1884)”.

Antes da prisão especial de Brodmoor, tanto na França quanto nos Estados Unidos, “havia apenas anexos especiais a alguns presídios para a reclusão e tratamento dos delinquentes loucos ou dos condenados que enlouqueciam nas prisões.” (CARRARA, 2010, p.17).

Segundo Forti (2010, p.125), “no Brasil, o Código Penal de 1890, apenas fazia referência aos delinquentes, penalmente irresponsáveis, no sentido de entregá-los às suas famílias ou interná-los se representassem ameaça à segurança dos cidadãos. Caberia ao juiz à decisão em cada caso”.

No Brasil, em 1903, após diversos delitos praticados por pessoas com transtorno psiquiátrico, surgiu a primeira legislação nacional de assistência ao doente mental. O Decreto nº 1.132, de 22/12/1903, regularizava “a assistência médico-legal aos alienados do Distrito Federal, com o objetivo de tornar essa medida regional modelo para a organização desse serviço nos diversos estados da União.” (FORTI, 2010, p.125). Os artigos 10 e 11 desse Decreto “proíbiam que doentes mentais fossem mantidos em cadeias públicas, evitando que se tornassem vítimas de maltrato dos criminosos comuns que cumpriam pena”. (DUMMAR, 2005, p.45). Na impossibilidade da construção exclusiva, os estados deveriam edificar pavilhões direcionados aos loucos criminosos anexados aos locais já existentes de assistência pública aos alienados mentais (FORTI, 2010).

Esse Decreto, influenciado pelos psiquiatras Teixeira Brandão e Juliano Moreira, favoreceu a construção da Seção Lombroso do Hospital Nacional, no Rio de Janeiro. Foi assim denominado em homenagem ao psiquiatra e antropólogo criminal italiano Cesar e Lombroso. Essa, inicialmente, foi chefiada por Heitor

Carrilho e destinada a cuidar dos loucos criminosos. Foi considerada a origem da criação dos manicômios judiciários no Brasil, em decorrência de uma rebelião dos doentes mentais ocorrida em 17/01/1920, liderada pelo interno Roberto Duque Estrada Godoy, alcoolista e preso várias vezes por vadiagem. Dummar (2005, p.45) refere que os revoltosos conseguiram sair de suas celas:

[...] empilharam e queimaram colchões, jogando mesas e cadeiras sobre os enfermeiros, guardas e médicos que tentavam acalmá-los. A rebelião só terminou com a chegada do comissário Leal, a quem Roberto Duque Estrada Godoy entregou a faca que estava a brandir contra os funcionários.

O resultado dessa rebelião favoreceu a articulação exitosa de uma campanha para a construção do primeiro manicômio judiciário do Brasil e o segundo da América Latina. Carrara (2010, p.28) noticia que

[...] os manicômios judiciários não foram primordialmente pensados para abrigar, de um modo geral qualquer doente mental ou alienado que cometesse crimes. Destinavam-se especialmente aos criminosos considerados 'degenerados', 'natos', de 'índole'. 'anômalos morais'.

No Brasil, a pedra fundamental do primeiro asilo criminal foi lançada em 21/04/1920, nos fundos da Casa de Correção, situado à rua Frei Caneca, no Rio de Janeiro. Foi inaugurada no ano seguinte, em 23/05/1921, como o primeiro manicômio judiciário do País e denominado Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, em homenagem ao seu idealizador e primeiro diretor, o psiquiatra Heitor Pereira Carrilho. "Naquela época, Carrilho já percebia que a assistência aos criminosos psiquiátricos é uma questão de cidadania, que o louco merece tratamento digno, não podendo ser tratado como um criminoso comum, pois não tem consciência dos seus atos." (CARAVELAS, 2004, p.64).

Em 1984, com as reformas da legislação brasileira e por orientação da Lei de Execução Penal, os manicômios judiciários do Brasil passaram a ser chamados oficialmente de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP). Os primeiros manicômios judiciários surgiram como "resultado da necessidade de compatibilizar as concepções jurídicas relacionadas ao doente mental infrator com os conhecimentos e procedimentos médicos no trato destes doentes". (MOURA FÉ, 1988, p.37).

Os Manicômios Judiciários foram, então, projetados para os criminosos degenerados, que comprometiam o funcionamento e as intenções da defesa social. Tanto os asilos, como as prisões mostraram-se insuficientes e

inadequados à segregação desses indivíduos, que foram considerados como pertencentes a uma região intermediária entre a sanidade e a loucura, entre irresponsabilidade e responsabilidade. (SANTANA, 2008, p.55).

Posteriormente, os psiquiatras começaram a perceber que os manicômios judiciários não poderiam permanecer recebendo somente os internos para os quais haviam sido criados. Surgiu o direcionamento para que o manicômio judiciário fosse “uma instituição de cunho mais hospitalar, não sendo adequada ao abrigo das ‘personalidades psicopáticas’.” (CARRARA, 2010, p.27).

O manicômio judiciário é um hospital psiquiátrico-penal que “custodia em sistema de reclusão e sob regime fechado, indivíduos portadores de sofrimento mental que cometeram crime”. (IBRAHIM, 2014, p.50). Por ser uma instituição prisional, é submetido às questões normativas do sistema penitenciário brasileiro, como disciplina, vigilância e segurança.

É uma instituição total porque todas as atividades se realizam num mesmo ambiente, onde “todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. (...) e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários”. (GOFFMAN, 2013, p.18).

O manicômio judiciário é identificado como instituição total por não ser somente um hospital psiquiátrico, mas também uma instituição prisional, onde tudo acontece no mesmo ambiente, partilhando de igual convivência diária, sem nenhuma privacidade do seu dia a dia com pessoas, às vezes sem nenhuma afinidade pessoal.

Em virtude da longa duração de internação do doente mental, muitas vezes acontece, ao se desinternar, o que Goffman (2013, p.23) chama de “desculturamento, isto é, destreinamento, que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária”. Essa situação também é vivenciada no manicômio judiciário, quando os doentes mentais com laços familiares rompidos e sem visita de nenhum parente não demonstram nenhum interesse de se desinstitucionalizarem. Numa instituição total, Goffman (2013, p.24) teoriza a ideia de que ocorre a “mortificação do eu” desde a sua admissão, momento em que

[...] começa uma série de rebaixamentos, humilhações e profanações do EU. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado [...] os processos pelos quais o eu da pessoa é mortificado são relativamente padronizados nas instituições totais.

A “mortificação do eu” acontece quando o interno passa a se isolar do mundo externo onde convivia com os padrões sociais já estabelecidos e sua identidade pessoal reconhecida. Na identificação, seus pertences pessoais são entregues à administração, caracterizando mais uma vez a perda de identificação do seu eu. Ao adentrar as dependências da unidade, percebe sua perda de privacidade, haja vista ter de conviver com vestuários comuns, dormitórios coletivos, banheiros sem porta, corte dos cabelos padronizado, horário determinado para realizar as atividades diárias, entre outros aspectos. As buscas e os confiscos de bens individuais nas celas caracterizam mais uma vez a violência de intimidade daquele pequeno espaço, “o território do seu eu”. (GOFFMAN, 2013, p.35).

A “mortificação do eu” faz parte da adaptação numa instituição total e, portanto, não é diferente das características do manicômio judiciário. Outras estratégias surgem como adaptação, que Goffman define como ajustamentos secundários. Esses ajustamentos se desenvolvem para elevar a moral do internado no convívio com outros internos, o que nem sempre é por ele pretendido. São “práticas que permitem que os internados consigam satisfações proibidas ou obtenham por meios proibidos, as satisfações permitidas”. (GOFFMAN, 2013, p.54). Como numa instituição total, dentro de um manicômio judiciário, os doentes mentais são direcionados a aceitar regulamentos e normas regidas pelo poder instituído, aqui entendido como toda a equipe de funcionários que fazem o corpo de segurança, administração, técnico e direção.

No manicômio judiciário, a população carcerária também vivencia a “Pedagogia da Desposseição”. Sousa (2013) reporta-se a este conceito como a um processo pedagógico institucionalizado como cultura e prática regular à gestão do sistema de prisões, que é consumado gradual, progressiva, continuada e sistematizadamente, e que resulta na consolidação de um aprendizado definitivo que o sujeito a ele submetido introjeta, conceitual e empiricamente, como jeito de viver, de estar e pertencer ao mundo. A “Pedagogia da Desposseição” consiste em um conjunto de princípios, normas e procedimentos praticados nas prisões - e além muros - que têm como resultado prático a negação de (quase) tudo ao preso: participação, determinação, oportunidades, saberes, direitos, lazer, perspectiva, justiça, trabalho, classe social, dignidade, condição humana.

No manicômio judiciário, aos rituais da “Pedagogia da Desposseição”, é acrescido o estigma da alienação mental. Este fator determina que as interações da

gestão com os doentes mentais se desenvolvam dentro de um processo ainda mais tenso e permanente de controle pelos agentes penitenciários e funcionários em geral, no acesso à equipe técnica da instituição. Como se realiza essa relação, mais uma vez, caracteriza o manicômio judiciário como uma instituição total, uma vez que nem sempre os internos têm vez e voz para se expressarem como “sujeitos” e, muitas vezes, mesmo que seja por breve tempo, de demonstrarem suas emoções, demandas e capacidades de discernimento. Sousa (2013, p.52-56) acentua sobre a “Pedagogia da Desposssuição”:

Não lhes ensinando objetivamente nada e, e ainda, lhes destituindo de (quase) tudo que possa lhes deixar possibilidades de serem alguma coisa, de ocuparem outro lugar que não seja a marginalidade, o lugar de despossuído, é colocada em movimento a intermediação de um processo cognitivo, de um dispositivo didático-pedagógico que execute essa tarefa ‘educativa’ empiricamente. O dispositivo que dá curso a esse aprendizado informal na prisão – e para além dela- é o que identificamos como Pedagogia da Desposssuição. [...] O modus operandis desta Pedagogia é o exercício de uma violência cotidiana reiterada, subsidiada por um leque de destituições contundentes consumadas, metódica e ritualmente, contra o recluso penal enquanto indivíduo e enquanto sujeito socialmente constituído.

Essa Pedagogia se “propõe a vislumbrar aspectos dos saberes, dos conhecimentos e da cultura que movimentam o mundo da segregação e a extensão dos aprendizados que se realizam no solo rasteiro do dia a dia dos presídios, cadeias e penitenciárias brasileiras”. (SOUSA, 2013, p.48). A pessoa, uma vez encarcerada, se torna estigmatizada em qualquer esfera social, dificultando suas expectativas de ingresso no mercado de trabalho formal, visto que a marginalização laboral é uma prática socialmente instituída em relação ao preso e ao egresso penal. No mercado de trabalho capitalista, o preenchimento de uma vaga de emprego motiva uma fila de concorrentes com “ficha limpa”. Essa vaga, seguramente, não vai ser ocupada por um ex-presidiário, por mais qualificado que ele seja para a função. Sousa (2013, p.50) assinala “O indivíduo que não puder ser considerado sequer como possibilidade é, em definitivo, um pária social, um excluído, ou para adequar a terminologia à nossa abordagem, um potencial despossuído”.

O trabalho oferecido ao preso é geralmente de conotação simplista e de recurso imediato, sem caráter de profissionalização nem de reabilitação laboral, porque, na prisão, “o trabalho não tem a dimensão social e econômica de mercado”. (SOUSA, 2013, p.49), tanto que não é reconhecido pela CLT, mesmo quando, na prisão, o privado de liberdade trabalhe, circunstancialmente, vinculado a uma

empresa privada. O trabalho do preso em si não está sujeito às leis trabalhistas, somente associado à remição de pena pelo trabalho, conforme preconiza o art. 126 da Lei de Execução Penal: “O condenado que cumpre a pena em regime fechado ou semiaberto poderá remir, pelo trabalho, parte do tempo de execução da pena”. Por outro lado, a ociosidade no âmbito prisional faz com que o interno não se desenvolva intelectualmente, perdendo a cada dia sua capacidade produtiva, ampliando o distanciamento e a alienação, além de não potencializar os lados moral e espiritual.

Mediante as limitações educacionais e profissionais a que os presos são submetidos e os percalços encontrados para uma sobrevivência fora dos muros, onde lhes garantam inclusão no mercado econômico de trabalho, forma-se na própria instituição prisional uma dimensão educacional voltada ao aprendizado informal. Esse aprendizado “na prisão, se impõe por si mesmo como campo experiencial, instância de aprendizagem para a vida – na prisão ou na liberdade”. (SOUSA, 2013, p.49)

Neste âmbito, os doentes mentais internados por medidas judiciais não se isentam da experiência do aprendizado cotidiano da Pedagogia da Deposição, com um agravante, visto que essa população já é encarcerada com o duplo estigma da doença mental e do crime e, portanto, é geralmente excluída e marginalizada do mercado de trabalho. Os internos estão longe de ingressar no mercado econômico formal, porque a maioria sequer possui uma qualificação profissional. Em virtude da incapacidade mental, ainda necessitam de apoio no controle da doença mental e no processo de tratamento, que deve ser justo, adequado e humanitário.

Por fim, o Manicômio Judiciário do Ceará surgiu da necessidade de atender a demanda de pessoas infratoras com transtornos mentais. Esses internos eram submetidos a tratamento psiquiátrico juntamente com os demais doentes mentais sem envolvimento judicial, no Hospital de Saúde Mental de Fortaleza, principal e único hospital psiquiátrico público nos dias de hoje. Nos anos de 1960, um grupo de internos infratores planejou o envenenamento da caixa de água dessa unidade hospitalar. Na época, o diretor, Dr. Manoel Suliano Filho, ao tomar conhecimento do plano, determinou a transferência desses internos à Casa de Detenção de Fortaleza; no entanto, o convívio com os presos comuns não se deu pacificamente. Os doentes mentais eram maltratados pelos demais presos que ali cumpriam pena, dando ensejo à construção de uma unidade hospitalar e prisional.

5.3 MEDIDAS DE SEGURANÇA: ASPECTOS LEGAIS DA INTERNAÇÃO DO DOENTE MENTAL INFRATOR NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

As leis penais que vigoraram no Brasil, desde que se independizou de Portugal, foram as seguintes: Código Criminal do Império do Brasil, de 1830; Código Penal dos Estados Unidos do Brasil, de 1890; Consolidação das Leis Penais, de 1932; Código Penal de 1940 através do Decreto Lei nº 2848/40, e o atual Código Penal Brasileiro com modificações da parte geral do código anterior, regulamentado pela Lei nº 7.209/84, (TABORDA, 2001).

O Sistema Penitenciário Brasileiro está regulamentado pela Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210/84, que, em seu artigo 1º, traz o objetivo de “efetivar as disposições, a sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado”.

No Direito Penal, faz parte do processo judicial a avaliação da responsabilidade penal do infrator, como consequência e pressuposto de punibilidade, assegurando a imputabilidade, a inimputabilidade e a semi-imputabilidade, quando da ação ou omissão do crime.

O conceito de imputabilidade, como base para a responsabilidade penal determina “maiores de 18 anos que possuem higidez mental praticando um delito, [...], serão responsabilizados penalmente em razão de sua culpabilidade.” (ARAÚJO, 2004, p.34). Essa responsabilidade é voltada para o entendimento que “como fenômeno individual se evidencia na capacidade das pessoas responderem pelas consequências de suas decisões, de seus atos e de suas omissões, sem atribuir isso a outrem”, conforme Sá Junior *et al.* (2001, p.19).

No Brasil, o conceito de inimputabilidade penal surgiu no art. 22 do Código Penal Brasileiro (CPB), de 1940. Na reforma do atual Código Penal, esse conceito se mantém preservado em seu art. 26:

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

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

Nessa condição, a penalidade de um ato infracional cometido por uma pessoa por sofrer algum tipo de doença mental ou distúrbio psíquico, e que no tempo da infração não tinha condição de responder civilmente por seus atos, só ocorre após o exame de incidente mental, realizado por um psiquiatra perito. Se no resultado desse exame for constatada a correlação do delito com o transtorno mental, em conformidade com o art.96 do CPB, o juiz direciona a sanção penal na aplicação de uma medida de segurança. Esta isenta o sujeito da pena comum e define-se como a determinação de um tratamento, podendo por via de internação com privação de liberdade em um hospital de custódia e tratamento penitenciário (HCTP), ou, à falta, em outro estabelecimento adequado e a tratamento ambulatorial. A LEP, em sua legislação, prevê que a internação se refere à medida de segurança detentiva, para o inimputável, que, em virtude de apresentar um sofrimento psíquico, tenha praticado um delito com necessidade de reclusão. E a medida de segurança é restritiva para o considerado semi-imputável submetido a tratamento ambulatorial. De acordo com parecer do MPF (2011, p.46) “ essas são as duas únicas modalidades de serviços em atenção psicossocial à disposição daquelas pessoas com transtornos mentais que praticam um ato criminoso”. É aplicada, em regra geral, somente aos inimputáveis e aos semi-imputáveis, em virtude “de sua periculosidade, ou seja, em razão do perigo que o inimputável acarreta à sociedade e a si mesmo”. (ARAÚJO, 2004, p.34).

O art. 97 & 1º do CPB refere que “a internação ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.” Significa dizer que a medida de segurança não tem tempo máximo para sua duração, podendo prolongar sua determinação e a institucionalização. A pena não poderá, no entanto, “ser superior ao máximo de pena cominada ao tipo legal de crime.” (BRASIL, MPF, 2011, p.52). Ao mesmo tempo, a cessação de periculosidade não quer dizer que a medida de segurança foi extinta, haja vista que a desinternação é condicionada por um ano a possibilidade de retorno se assim houver indicativo de algum sinal de periculosidade. (Art. 97 § 3º do CPB).

Ainda no artigo 97 § 4º, fica determinado que, no decorrer de aplicação da medida de segurança em tratamento ambulatorial, esta poderá ser convertida em internação desde que o juiz entenda ser necessário na dinâmica do tratamento.

Cabe ressaltar que a medida de segurança é determinada somente pela autoridade judicial competente, que pode ser o juiz criminal, o juiz de execução penal ou tribunal.

As medidas de segurança são de natureza preventiva e “fundamentam-se na suposição da periculosidade do sujeito [...]. Sob o ponto de vista jurídico, define-se a periculosidade como a probabilidade do sujeito vir ou tornar a praticar crimes.” (MECLE *et al.*, 2001, p.224). Essa medida, como já expresso, em geral, é aplicada aos considerados inimputáveis e semi-imputáveis, no entanto, conforme determina o art. 98 do CPB,

Na hipótese do parágrafo único do art.26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três)anos, nos termos do art. anterior e respectivos S// 1º a 4º (Redação dada pela Lei 7.209 de 11/07/1984).

Nessa mesma condição, a pena privativa de liberdade, de acordo com o art.183 da LEP, também poderá ser convertida em medida de segurança, desde que à pessoa, no processo de execução de pena, “sobrevier doença mental ou perturbação de saúde mental.”. Nesses casos, a pena poderá ser substituída conforme parecer judicial por medida de segurança.

Segundo Mecler *et al.* (2001, p.224), “se o magistrado considerar que a responsabilidade encontra-se diminuída, mas não abolida, a pena deverá ser reduzida de um a dois terços, ou substituída por medida de segurança”. (Sistema vicariante). Nesse mesmo entendimento, o parecer do MPF (BRASIL, 2011, p.47) esclarece que, se a pessoa “tem capacidade reduzida de compreender a ilicitude do seu ato ou de determinar-se, o juiz pode optar entre a aplicação da pena ou a medida de segurança.”

A medida de segurança é uma garantia de proteção, terapia e assistência social relativa ao estado perigoso daqueles que não são penalmente responsáveis. Não tem caráter punitivo, pois não atribui culpa ao doente mental infrator da lei. Contraditoriamente a essa afirmação, para Ibrahim (2014, p.60), “a medida de segurança nada mais é senão uma medida punitiva, restrita de direitos, tal qual a condenação penal. Contudo, pior, pelo simples fato de estar travestida de aura humanística de tratamento. [...] Absolve, mas também, interna!”. A mesma autora ainda aponta o agravamento da condição de o inimputável não poder usufruir dos direitos concedidos àqueles condenados à pena comum, quais sejam: o livramento

condicional, a progressão de regime e o indulto. No momento atual, a medida de segurança é vista como um forte indicativo de uma das causas da longa permanência de pessoas a ele submetida.

No final do século XIX, surgiu o conceito de periculosidade, por meio da Escola Positiva do Direito Penal, introduzido no Brasil, com o Código de 1940, e se tornou o conceito-chave do Direito Penal moderno. Diferentemente do Direito clássico, cuja preocupação maior se voltava para a gravidade do delito e na punição correspondente, o Direito positivo associa o delito a um sintoma de periculosidade. O crime deixou de ser visto sob o aspecto da questão moral para ser divisado como uma questão médica, psicológica e sociológica (MECLER *et al.*, 2001). E, assim, o conceito de periculosidade, após revisão geral do Código Penal de 1984, ficou somente aplicado na medida de segurança.

No decorrer do processo de ação penal do doente mental responsável por um delito, a autoridade judiciária determina o exame de sanidade mental, também denominado laudo pericial ou exame psiquiátrico pericial, para fins de mais esclarecimentos e comprovação da integridade mental do apenado em questão. Esse laudo indica o nível de periculosidade que o doente mental pode apresentar e, por conseguinte, a condição ou não de sua imputabilidade. Anterior à revisão do Código Penal, o tempo mínimo de internação era relativo à pena que a pessoa receberia caso tivesse sido considerada sã e também responsável (CARRARA, 2010, p.18).

A criação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como local de encarceramento específico do “louco infrator” passou a ser “lugar ideal para se isolar o sujeito portador de periculosidade e local próprio para ‘corrigi-lo’”. (IBRAHIM, 2014, p.60). E essa correção sucede por via da aplicação de medida de segurança, que é uma sanção penal convertida, legalmente, pelo Poder Judicial, em tratamento às pessoas em sofrimento psíquico, enquanto perdurarem os sintomas de periculosidade, entendidas essas pessoas no sistema penal como perigosas ao convívio social.

No final do cumprimento da medida de segurança, faz-se necessário um novo laudo pericial para avaliar a cessação ou não de periculosidade. Esse laudo, em geral, é feito por dois médicos psiquiatras especializados em Medicina Legal ou Psiquiatria Forense. Fundamentado nos princípios de direitos humanos, de justiça, de equidade social e de ética, na perícia psiquiátrica forense, o perito na esfera

judicial se faz integrante do Poder Judiciário, uma vez que, “[...] subsidia o direito no esclarecimento das questões médico-legais [...]”. (MORAES, 2002, p.8).

Torna-se evidente a estreita relação entre a Ciência do Direito e a da Psiquiatria, no tocante à determinação da medida de segurança. Ambas se relacionam, denotando no tratamento psiquiátrico intenso posicionamento jurídico, uma vez que a medida de segurança, sendo fundamentalmente vinculada ao conceito jurídico, somente é aplicada após o laudo psiquiátrico. No laudo pericial, deve constar com clareza a “patologia mental do examinando, qual o tratamento a ser dispensado e o mais importante o seu grau de periculosidade.” (ARAÚJO, 2004, p.35).

O que realmente determina o tempo de permanência no HCTP é a condição ou não da periculosidade, constatada no Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP), e encaminhado à Vara de Execução Penal. Portanto, a alta do tratamento hospitalar ou ambulatorial do doente mental, para fins de desinternação, é associada ao resultado desse exame.

Por orientação judicial, o exame de EVCP deve ser realizado no prazo mínimo fixado na medida de segurança e repetido anualmente. Nem sempre é possível o cumprimento do prazo determinado de internação, conforme preconiza o CPB de, no mínimo, um a três anos. Isso ocorre porque o doente mental, não exibindo no exame de cessação de periculosidade a condição de alta para o convívio social, necessita permanecer, muitas vezes, por um tempo longo e indeterminado.

Opostamente ao período em que os doentes mentais eram conhecidos como “loucos” e, portanto, apenas segregados e excluídos do meio social, a medida de segurança detentiva surgiu a fim de garantir ao doente mental infrator o tratamento psiquiátrico, tentando naquela época “pelo menos fazer o possível para aliviar-lhe o sofrimento, dando condições, quem sabe, de que retorne à família, ou seja, transferido para hospital psiquiátrico, sem restrições legais à liberdade.” (PORTO, 2004, p.49). Na atual conjuntura da Reforma Psiquiátrica ser alcançada nos HCTPs, esse conceito passou a ser discutido, associando o saber jurídico à necessidade de adequação do tratamento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes da Lei n  10.216/2001, que norteia a Política Nacional de Saúde Mental do Brasil.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

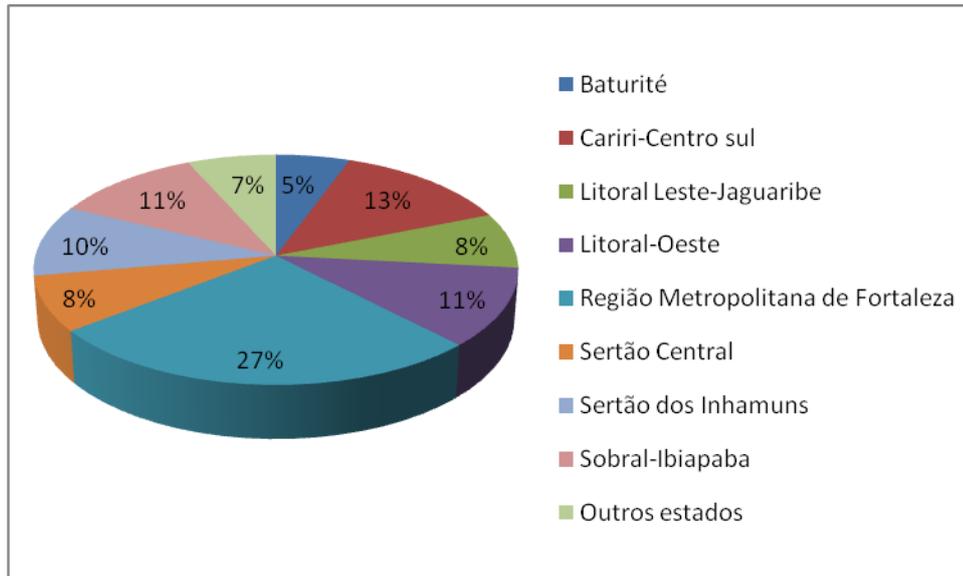
6.1 PERFIL DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NO HCTP-GOVERNADOR STÊNIO GOMES

Apresentar o perfil social, jurídico e de saúde dos doentes mentais envolvidos com delitos, proporcionou maior conhecimento e visibilidade da vida dos sujeitos da pesquisa custodiados no HCTPGSG e, por conseguinte, facilitou a compreensão no contexto sociofamiliar dos desafios no processo de desinternação.

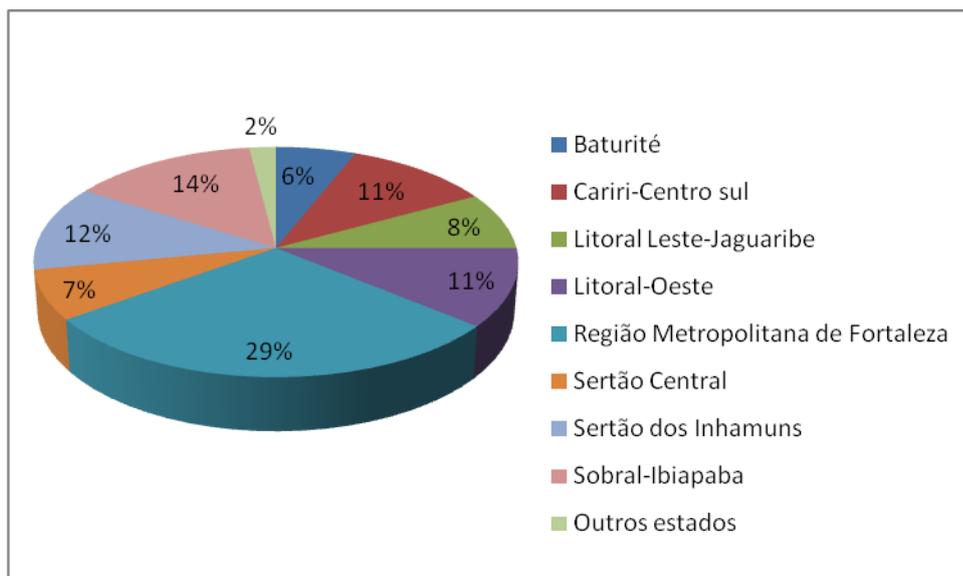
Essa fase da pesquisa aconteceu com a coleta de 90 prontuários jurídicos dos 116 internos, no período de abril a agosto de 2016. Não houve critério para a escolha dos prontuários, com ressalva apenas para aqueles que provisoriamente vieram transferidos de outras unidades prisionais por motivo de segurança de vida, no período equivalente às rebeliões ocorridas no Sistema Prisional da cidade de Fortaleza-Ceará.

Com efeito, a pesquisa abrange, quanto à situação jurídica, internos que se encontram na unidade a fim de cumprir medida de segurança para tratamento e laudo pericial.

Os dados coletados nos prontuários jurídicos dos internos informam: faixa etária, naturalidade, local de domicílio, estado civil, número de filhos, responsável pelos filhos, escolaridade, religião, profissão, atividade que exercia, benefício do INSS, renda individual, diagnóstico da doença, tratamento anterior à internação, comarca de procedência, delito, vítima, meios ou instrumentos utilizados, tempo de internação, situação jurídica, uso de drogas e visitas familiares. Enfim, esses dados viabilizam a identificação do perfil dos internos, subsidiando o entendimento nos relatos das entrevistas com os familiares responsáveis pelo acompanhamento jurídico e social.

Gráfico 1 – Distribuição, por naturalidade

Fonte: Prontuários Jurídicos

Gráfico 2 – Distribuição, por local de domicílio

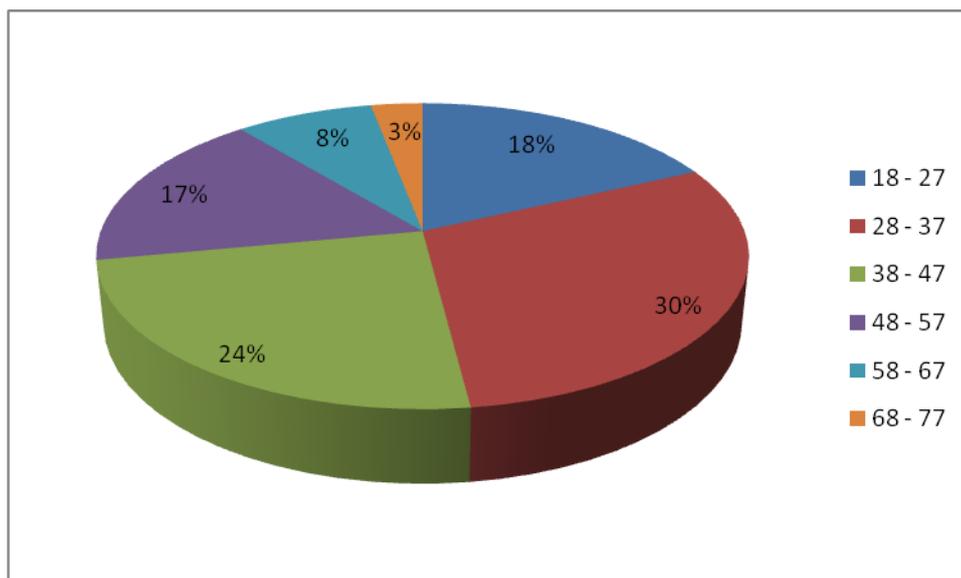
Fonte: Prontuários Jurídicos

Do universo de 90 internos pesquisados, 84(93 %) são naturais do Estado do Ceará com predominância da Região Metropolitana de Fortaleza 24(27%). O segundo maior índice está nos internos naturais da macrorregião do Cariri-Centro Sul 12 (13%). Em iguais proporções, a pesquisa revela que, no Litoral Leste-Jaguaribe e Sertão Central, há um mesmo número de naturalidade dos internos, representados por 7(8%). Do mesmo modo, ocorre também no Litoral-Oeste, com Sobral-Ibiapaba 10(11%).

Percebe-se, comparativamente à naturalidade dos internos com o local de domicílio, que a maioria também tem residência fixa na Região Metropolitana de Fortaleza, com 26(29%). No restante do Estado, a macrorregião de Sobral-Ibiapaba 13(14%) apresenta-se como a de maior expressão de residência, demonstrando o mesmo índice no Censo Penitenciário do Estado do Ceará 2013/2014.

Vem em seguida maior concentração no Sertão dos Inhamuns 11(12%), e, em igual proporção, no Cariri-Centro Sul e no Litoral Oeste, 10 (11%). Somente seis internos são naturais de outros estados, sendo cinco da região Nordeste e um da região Norte do Brasil. Os seis internos dos outros estados são dois naturais do Rio Grande do Norte, dos Municípios de Mossoró e Jacumã, dois de Pernambuco, dos Municípios do Recife e de Exu, um de São Luiz- MA e o outro de Belém-PA.

Gráfico 3 – Distribuição, por faixa etária dos internos do HCTPGSG



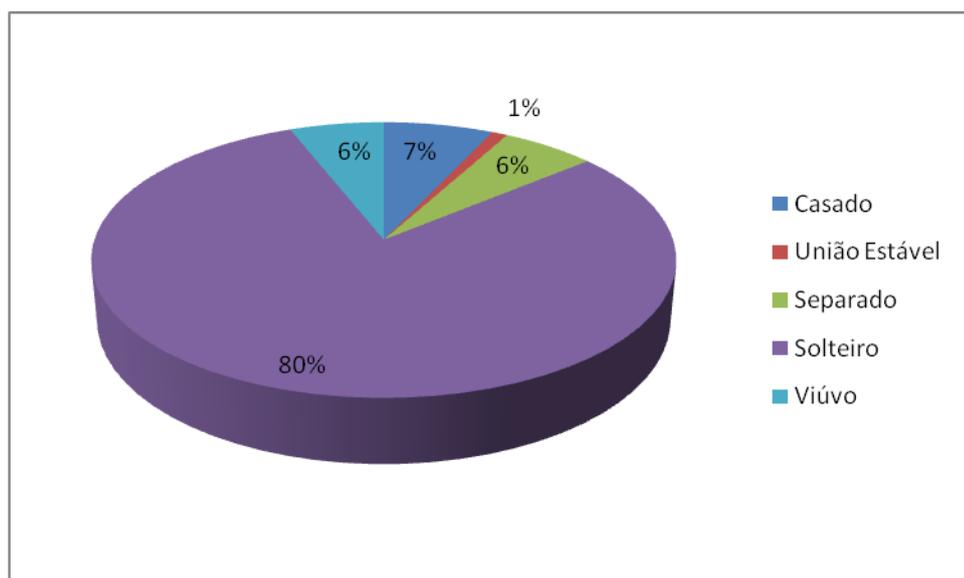
Fonte: Prontuários Jurídicos

A maior concentração do universo estudado está na faixa etária dos 28 aos 37 anos, com 27(30%); no entanto, é bastante significativa a faixa etária dos 38 aos 47 anos, representada por 22 (24%). Esses dados revelam que mais de 50% dos internos estão dos 28 aos 47 anos de idade, com o total de 49(54%). Os internos dos 48 aos 57 anos de idade correspondem a 15(17%).

Percebe-se o ingresso de adultos jovens na faixa etária dos 18 aos 27 anos, correspondendo a 16(18%), ou seja, 65(72%) internos estão na faixa etária dos 18 aos 47 anos. O percentual de idade apresentada na pesquisa coincide com o

período de idade produtiva do ser humano em que o portador de transtorno mental se expressa geralmente incapacitado em decorrência dos sintomas apresentados no processo da doença mental. Essa situação remete a uma dificuldade maior, quando o doente mental, ao cometer o delito, é submetido a internação em hospital de custódia e tratamento. Segundo Santos e Siqueira (2010), uma pesquisa realizada quanto às principais causas da incapacitação em todo o mundo apontou que cinco delas estavam associadas a transtorno mental, entre as quais depressão, ingestão de álcool, distúrbios afetivos bipolares, esquizofrenia e distúrbio obsessivo compulsivo. Outro estudo, realizado pelo Consorcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica (IPCE) da OMS, apontou o Brasil com maior prevalência de transtornos mentais na população adulta de 15-59 anos. Os movimentos de Reforma Psiquiátrica lutam pela habilitação psicossocial do doente mental, em que sejam revertidos o preconceito e o estigma da doença mental, com a exclusão, isolamento e a incapacidade em condições de reabilitação psicossocial. Os internos do HCTPGSG caracterizam-se por ser uma população predominante de adultos. Esses dados demonstram que, neste estudo, desde os 18 anos, idade mínima para a internação com base na responsabilidade penal do CPB, a doença mental associada a práticas delituosas se manifesta em qualquer idade. O número de internos de 58 anos acima representa 10 (11%).

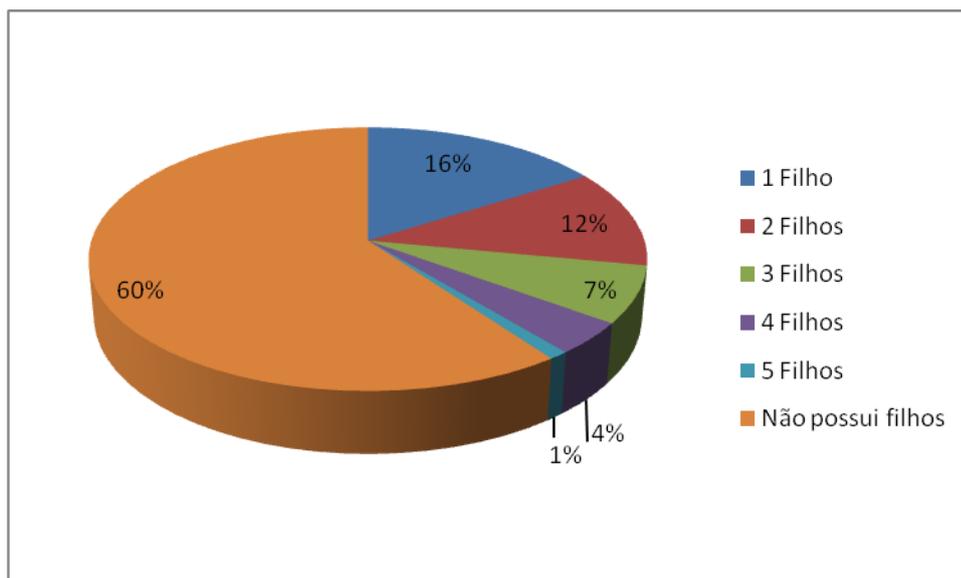
Gráfico 4 – Distribuição, por estado civil



Fonte: Prontuários Jurídicos

Em relação ao estado civil, há maior representatividade de solteiros 72(80%). Essa condição é equivalente ao resultado do Censo Penitenciário do Estado do Ceará 2013/2014 e ao censo 2011, realizados nos hospitais de custódia do Brasil de que o HCTPGSG é parte. Verifica-se a mesma quantidade de separados e de viúvos, representados por 5 (6%) do universo pesquisado. Nesse dado, chama-se a atenção para o fato de que a viuvez ocorreu exatamente por terem sido as esposas as vítimas dos delitos cometidos pelos internos. Tal realidade pode acontecer em virtude de problema de saúde mental e de ser comum o familiar mais próximo tornar-se vítimas dos internos por ocasião dos surtos. Ainda se visualiza a existência de casados e em união estável, representados, respectivamente, em 7(%) e 1(1%).

Gráfico 5 – Distribuição, por número de filhos

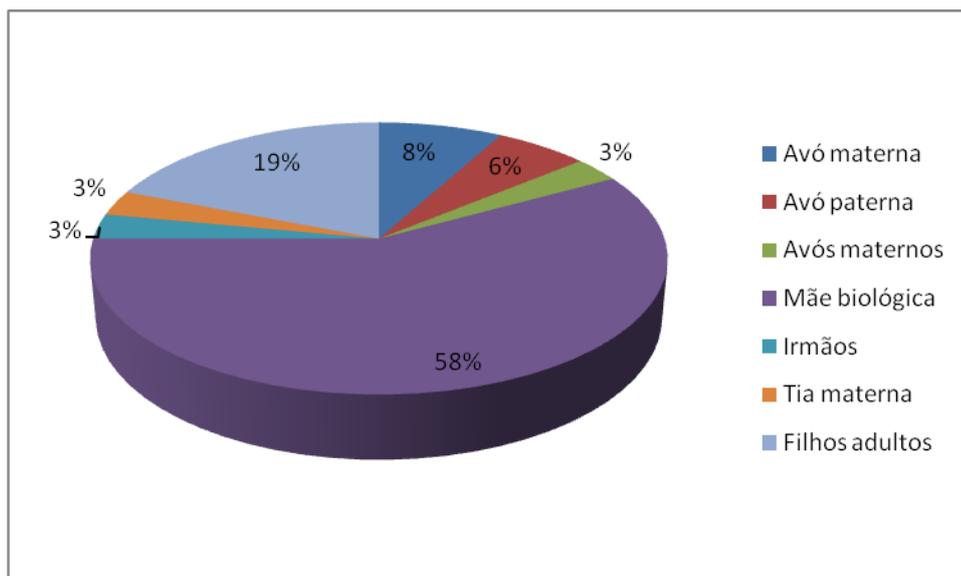


Fonte: Prontuários Jurídicos

A maioria 54(60%) dos internos não possui filhos; isto pode estar associado à condição de a maior parte deles ser de solteiros. Dos que possuem filhos, observa-se que 14(16%) possuem apenas um filho e 11(12%) dois filhos, totalizando 25(28%). Esses dados assemelham-se ao resultado do Censo Penitenciário do Estado do Ceará 2013/2014, demonstrando uma predominância do número de um a dois filhos no universo estudado. Apenas um interno possui cinco filhos.

Segundo dados do IBGE, a taxa de fecundidade do Brasil vem em declínio, sendo atualmente a região Norte do País a que exprime maior taxa de fecundidade. Em 2015, a taxa de fecundidade do Brasil foi de 1,72 filho por mulher. No Nordeste, foi apresentada por 2,04 filhos por mulher, abaixo da reposição populacional e semelhante a alguns países em desenvolvimento. Os dados do IBGE também apontam que essas taxas são objeto de variações a depender de condição socioeconômica, grau de instrução, ocupação e renda da mulher. E acrescenta que a expansão da urbanização, a educação sexual com o uso de contraceptivo, planejamento familiar e a participação da mulher no mercado de trabalho contribuem para essa diminuição. Conforme essas referências, o número de filhos dos internos se enquadra na avaliação nacional da taxa de fecundidade do Brasil.

Gráfico 6 – Distribuição, sob o ponto de vista de quem cuida dos filhos

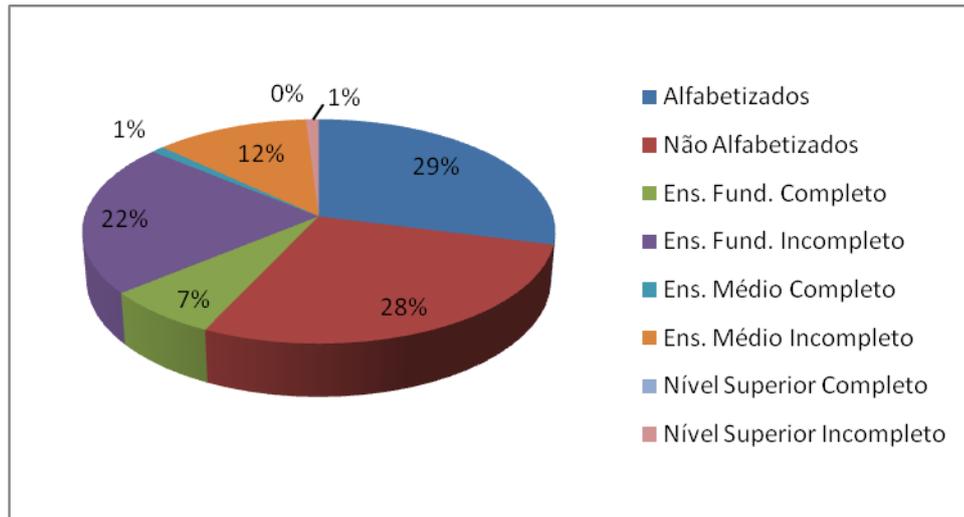


Fonte: Prontuários Jurídicos

A pesquisa demonstra que 21(58%) dos internos que possuem filhos estes estão na responsabilidade das mães biológicas. Significa dizer que estas mães, independentemente da condição dos transtornos mentais e da reclusão dos pais, no caso, os internos, assumem a responsabilidade pelos cuidados das crianças. Os filhos, representados por 7 (19%) dos internos, já são adultos e independentes. E 8 (23%) deles estão sob os cuidados dos familiares mais próximos, haja vista serem crianças e adolescentes que ainda necessitam de atenção e cuidado. Em geral, os internos não têm condições de assumir os filhos,

tanto por questões de saúde mental, como financeiras, razão pela qual é comum suas mães expressarem que, apesar das dificuldades financeiras, espontaneamente ou por determinação judicial, ajudam nas despesas com a manutenção dos netos juntamente com seus responsáveis.

Gráfico 7 – Distribuição, por escolaridade



Fonte: Prontuários Jurídicos

A Lei de Execução Penal prevê a educação no sistema prisional por meio do Capítulo II, seção V, art.17 no que diz “A assistência educacional compreenderá a instrução escolar e a formação do preso e do internado.”

Quanto à escolaridade dos internos, os dados revelam que são alfabetizados 26(29%) e não alfabetizados 25(28%), ou seja, 51(57%) possuem no máximo a alfabetização. E um número significativo de internos não concluiu o Ensino Fundamental 20(22%). Conforme gráfico apresentado, 71(79%) dos internos estão com baixa escolaridade. Apenas um ingressou no Ensino Superior, sem conseguir, no entanto, concluir o terceiro grau.

No Estado do Ceará, a instrução escolar no sistema prisional é desenvolvida por via de convênio entre a Secretaria de Educação (SEDUC) e a Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado (SEJUS).

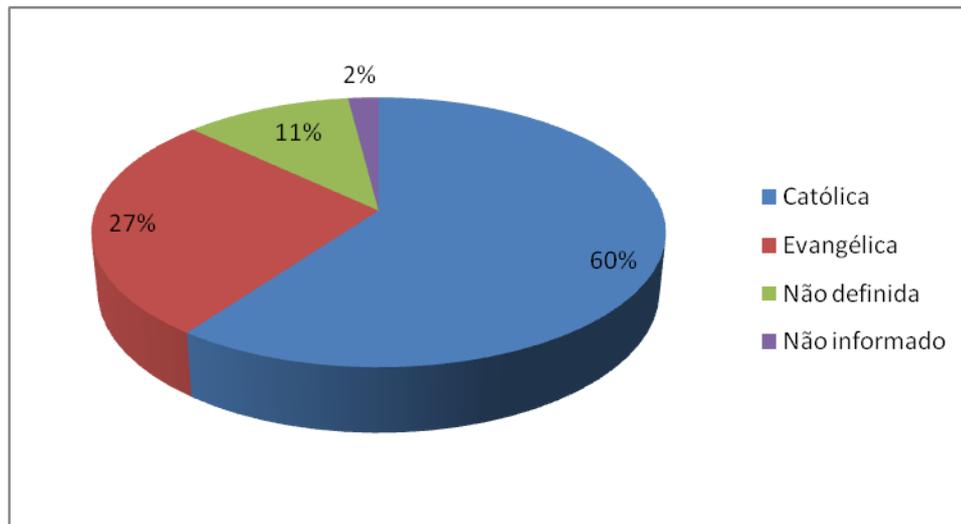
Na unidade onde ocorreu a pesquisa, é oferecida a modalidade EJA (Educação de Jovens e Adultos), objetivando reduzir o índice de analfabetismo e motivar o interno ao interesse pelos estudos.

No momento da pesquisa, a escola estava com 20 alunos distribuídos nos turnos da manhã e tarde. Observa-se não haver efetiva e contínua participação dos internos nas atividades escolares. A instabilidade da frequência escolar pode estar associada ao déficit de aprendizagem quanto a atenção, percepção, concentração, memória, entre outros, em virtude da doença mental, como também pela própria condição judicial quando são devolvidos à comarca de procedência ou desinternados.

Percebe-se a importância da escola como espaço também de convivência e sociabilidade, onde os mais orientados encontram oportunidades de melhorar a aprendizagem escolar e novas expectativas para suas vidas, após a desinternação.

Paralelamente ao processo de ensino e aprendizagem formal da Pedagogia Escolar, os internos inevitavelmente vivenciam na unidade hospitalar-prisional o conceito da “Pedagogia da Desposseição”, definido por Sousa (2013). Esta é voltada a um aprendizado informal e cultural que se dá por um conjunto de normas e regras institucionalizadas e práticas reguladas no sistema prisional. Um aprendizado de experiência de vida que se leva para fora dos muros e para o resto da vida. É um aprendizado em que a forma operacional acontece pela destituição lenta, gradual e progressiva de direitos, oportunidades, dignidade e condição humana, numa realidade em que o campo experiencial do aprendizado se realiza no dia a dia de convivência com um conjunto de saberes e condutas impregnadas na cultura e no *modus operandi* institucional.

O aprendizado da “Pedagogia da Desposseição” na unidade observa-se no conjunto de negações que lhes são conferidas, quando se percebe a falta de respeito aos seus direitos de cidadania e dignidade humana, mediante o modo como são tratados, haja vista as precárias condições das instalações físicas, higiênicas e de acomodação; inexistência de uma lavanderia com permuta diária dos vestuários; falta de material de higiene pessoal; equipe multidisciplinar de saúde reduzida - favorecendo a demora na realização dos laudos periciais, e, por conseguinte, a lentidão dos processos judiciais; dificuldade de acesso dos internos aos profissionais; atendimentos profissionais espaçosos; permanência ilegal de internos na unidade pela ausência ou suporte familiar; recursos insuficientes para as atividades de reabilitação psicossocial; ociosidade; silêncio dos internos com a violência sexual, que são acometidos por outros internos, entre outros.

Gráfico 8 – Distribuição, conforme a religião

Fonte: Prontuários Jurídicos

A assistência religiosa no sistema prisional faz parte da assistência material e está prevista na Lei de Execução Penal, no Capítulo II, seção VII, art. 24 – “A assistência religiosa, com liberdade de culto, será prestada aos presos e aos internados, permitindo-lhes a participação nos serviços organizados no estabelecimento penal, bem como a posse de livros de instrução religiosa.”

Consta na pesquisa que 54(60%) internos declararam pertencer à religião católica e 24(27%) à confissão evangélica. Na unidade onde foi realizada a pesquisa, há mais de dez anos e semanalmente, acontece o culto evangélico, coordenado por uma evangélica e mais dois integrantes. Esses cultos no momento da pesquisa estavam sendo realizados aos sábados, no galpão da dependência interna da unidade e aberto à participação de todos os internos.

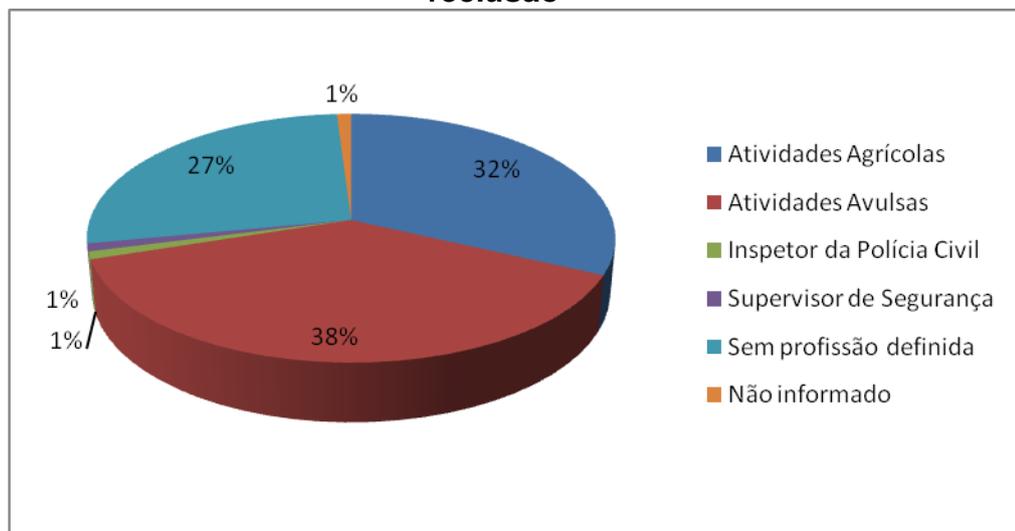
A expressiva presença dessa equipe evangélica criou laços de afetividade junto aos internos e permanente acolhimento humano e espiritual. Alguns internos sem vínculo familiar relatam que, após adesão religiosa, obtêm alguns benefícios, como ajuda de material de higiene e vestuários, tentativa de localização dos parentes e até perspectiva de apoio no período de desinternação.

Quanto à religião católica, mensalmente, é realizada uma missa por meio da Pastoral Carcerária, no mesmo galpão já citado, também aberta à participação de todos os internos. Observa-se a participação deles em qualquer uma das atividades dos preceitos religiosos, não havendo um parâmetro nesta pesquisa que se possa afirmar ter havido durante a internação conversão de crença religiosa.

Ressalta-se que, independentemente da crença religiosa, estudos sobre a religiosidade/espiritualidade “mostram que a religião tem impacto sobre a saúde e a saúde mental. E este impacto é positivo.” (LOTUFO NETO; LOTUFO JR;CORREIA, 2009,p.9). A religiosidade e a espiritualidade exercem influências significativas no bem-estar físico, mental e social proporcionando um efeito muito mais positivo do que negativo na vida psíquica das pessoas. Segundo Oliveira; Junges (2012, p.473)

[...] no que se refere à saúde mental e sua relação com a espiritualidade/religiosidade, foi evidenciado que a experiência do sujeito e a forma como ele a sente e a interpreta é de suma importância para manter ou desenvolver comportamentos saudáveis ou desordenados, tanto no que se refere à espiritualidade/religiosidade como em outras dimensões da vida.

Gráfico 9 – Distribuição, por profissões - atividade laboral exercida antes da reclusão



Fonte: Prontuários Jurídicos

Os dados revelam uma proporção significativa de internos que exerciam ou haviam exercido: 29 (32%), atividades agrícolas; 34 (38%) haviam trabalhado em alguma atividade de modo precário, informal e mal remunerado. Dois internos exerciam atividades profissionais, representados por 2(2%) com vínculo empregatício e 24(27%) não possuem nenhuma qualificação profissional. A inexistente ou baixa qualificação profissional deve estar associada também ao analfabetismo ou baixo nível de escolaridade. Soma-se a essa realidade a questão do transtorno mental, pois os internos não conseguem, contínua e compromissadamente, permanecer engajados em qualquer atividade profissional.

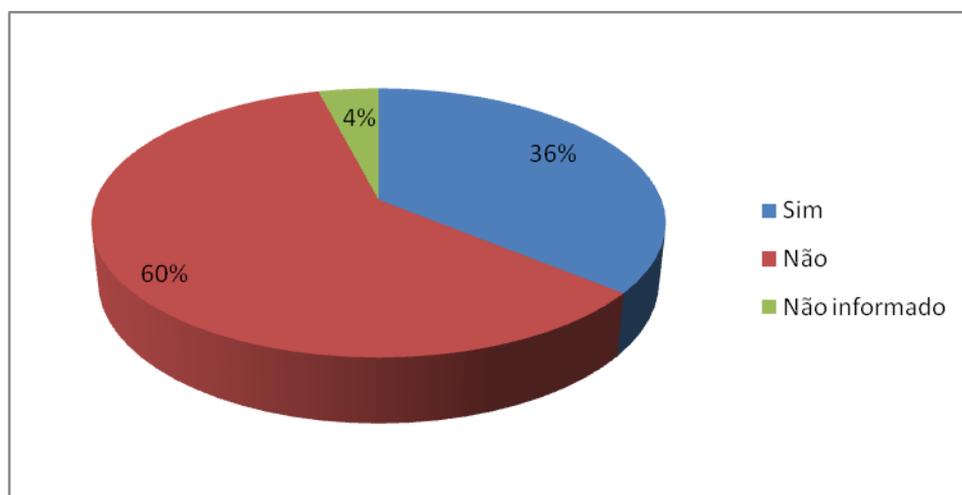
Assim, exercem atividades avulsas com baixas remunerações, sem nenhuma condição de independência financeira.

Na Instituição prisional, a questão profissional nos remete novamente ao conceito de Sousa (2013) quanto à “Pedagogia da Desposseição”. O autor faz referência às dificuldades que um ex-presidiário enfrenta no mercado de trabalho pelo estigma social relativo à marginalização laboral socialmente instituída em relação ao sujeito na condição de preso ou egresso penal.

A ociosidade no âmbito prisional favorece o não desenvolvimento intelectual, a perda da capacidade produtiva e a alienação, não potencializando, também, a questão moral e espiritual. Os internos com transtornos mentais no contexto prisional não se isentam do aprendizado cotidiano da “Pedagogia da Desposseição”, com um agravante, uma vez que são submetidos ao duplo estigma da doença mental e do crime. Desse modo, geralmente, sem nenhuma qualificação profissional, são excluídos e marginalizados do mercado formal de trabalho.

As atividades avulsas na pesquisa foram consideradas aquelas em que os internos realizam sem nenhum vínculo empregatício, nem previdenciário e, portanto, sem qualquer compromisso formal de trabalho. Referem-se a lavador de carro, cambista, pedreiro, ajudante de mecânico, borracheiro, auxiliar de serviços, ferreiro, jardineiro, motorista, jogador de futebol, garçon, pintor, engraxate, vigilante, ajudante de oficina, soldador, segurança, funileiro, ajudante de metalúrgico, mecânico e servente de pedreiro, dois artesões, três pedreiros e vendedores ambulantes e cinco operadores de serviços gerais.

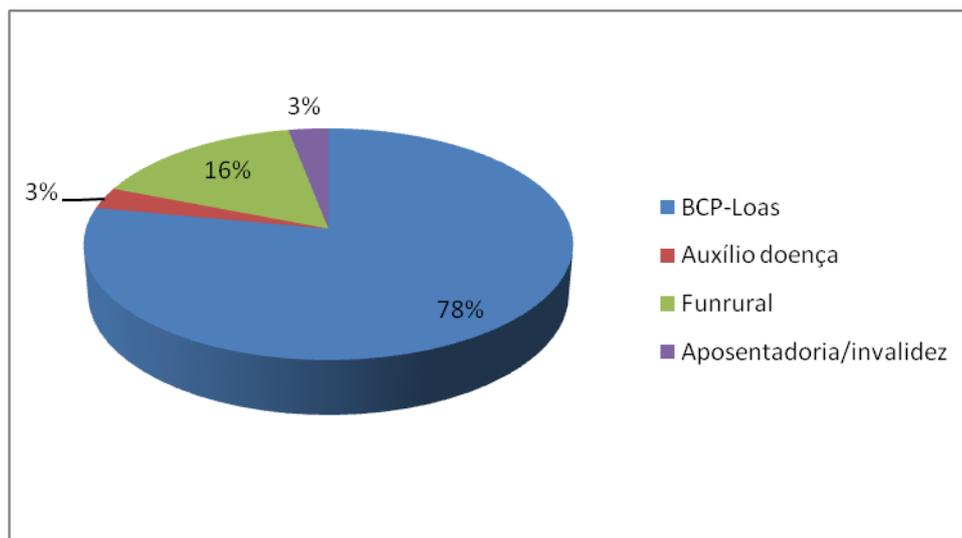
Gráfico 10 – Distribuição, por beneficiários do INSS



Fonte: Prontuários Jurídicos

Destaca-se uma predominância de internos sem ser beneficiário do INSS 54(60%). Apenas 32(36%) estão nessa condição. Esses dados podem estar relacionados à Portaria Conjunta nº 2, de 19/09/2014, da Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, com o Secretário de Políticas de Previdência Social e o Presidente do Instituto Nacional do Seguro Social, quando diz, no Cap I, Seção II, art. 5º, que o recluso em regime fechado, tendo sido proferida sentença ou não, não faz jus ao Benefício de Prestação Continuada - BPC, enquanto estiver nesta condição. Dessa maneira, observa-se que os familiares não têm obtido êxito do benefício quando solicitado e àqueles que são internados já recebendo o benefício são suspensos quando o INSS toma conhecimento da sua situação de recluso.

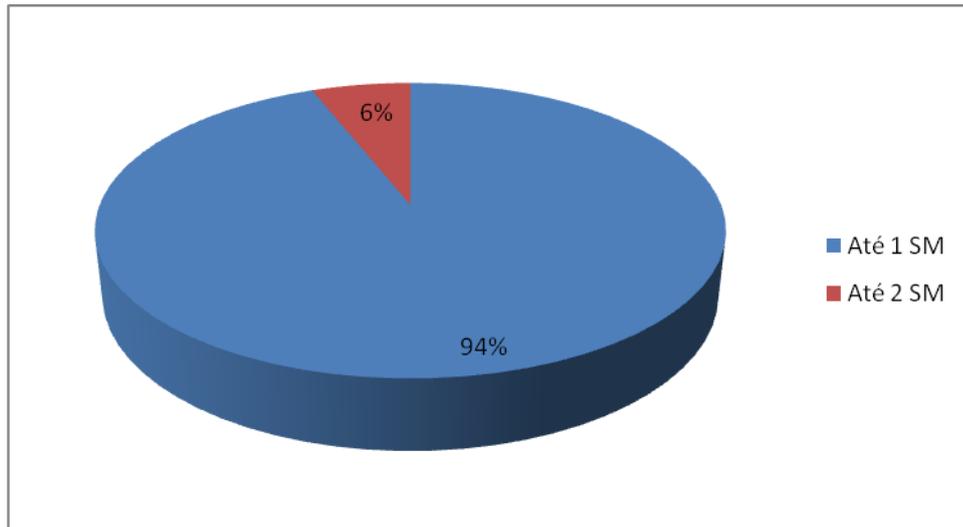
Gráfico 11 – Distribuição, por situação previdenciária



Fonte: Prontuários Jurídicos

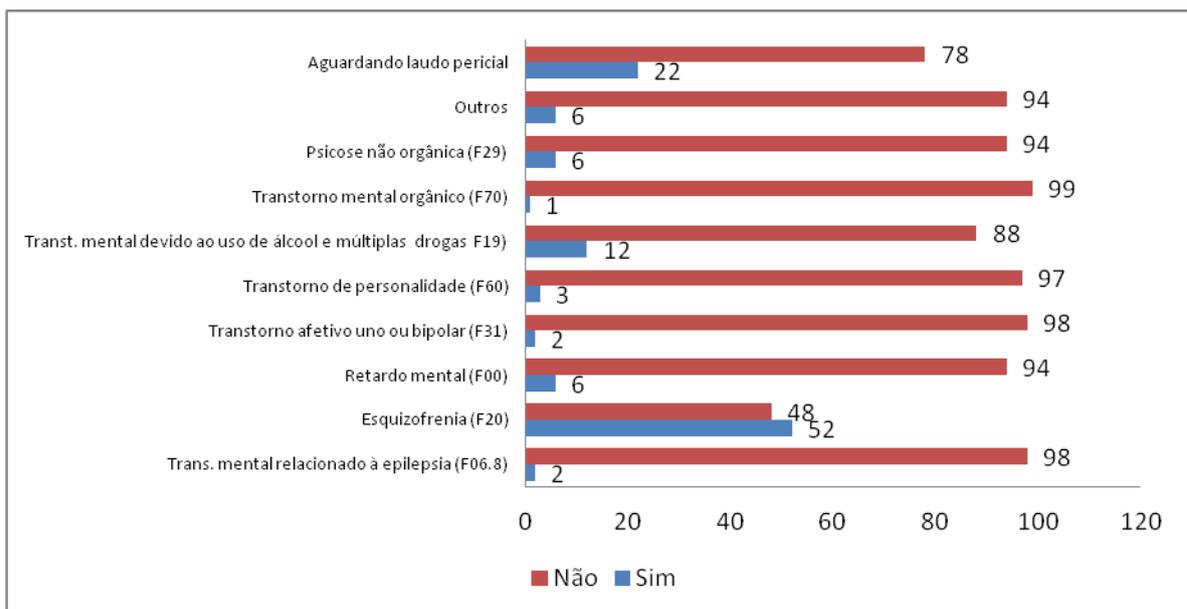
Dos internos beneficiados, destaca-se o Benefício de Prestação Continuada 25 (78%); cinco (16%) são aposentados pelo Funrural e apenas um (3%) encontra-se em auxílio doença e outro (3%) é aposentado por invalidez.

Quanto aos beneficiários do BPC-LOAS, a maioria tem a família como a responsável pelo recebimento e administração financeira do benefício. É comum, no entanto, o fato de algumas mães expressarem que esse benefício está sendo a fonte de renda da família. Por dificuldade financeira, em virtude de desemprego, estão se mantendo com o benefício e dando o suporte necessário à assistência material e lanches quando vêm nas visitas.

Gráfico 12 – Distribuição, conforme renda Individual

Fonte: Prontuários Jurídicos

Como se percebe, há predominância de apenas um salário-mínimo 30 (94%) daqueles que recebem o benefício. Apenas dois internos possuem uma renda diferenciada. Dentre eles, destaca-se um servidor público e um aposentado por invalidez que teve oportunidade de ser na época trabalhador vinculado ao regime CLT.

Gráfico 13 – Distribuição, por diagnóstico da doença

Fonte: Prontuários Jurídicos

A maior ocorrência constatada entre os internos é a de esquizofrenia 47(52%), a mais comum das psicoses crônicas. Segundo Roder *et al.* (2001, p.11), esta doença apresenta “consequências psicológicas e sociais devastadoras tanto para seus portadores quanto para suas famílias, costuma manifestar-se em um de cada cem jovens, ceifando sonhos e aspirações de boa parte deles”. E, Lousã Neto (2010) confirma, quando diz que “sua frequência na população em geral é de ordem de 1 para 100 pessoas [...]”. Esse diagnóstico também foi o mais encontrado no HCTGSG como nos demais hospitais de custódia do País, segundo o censo 2011.

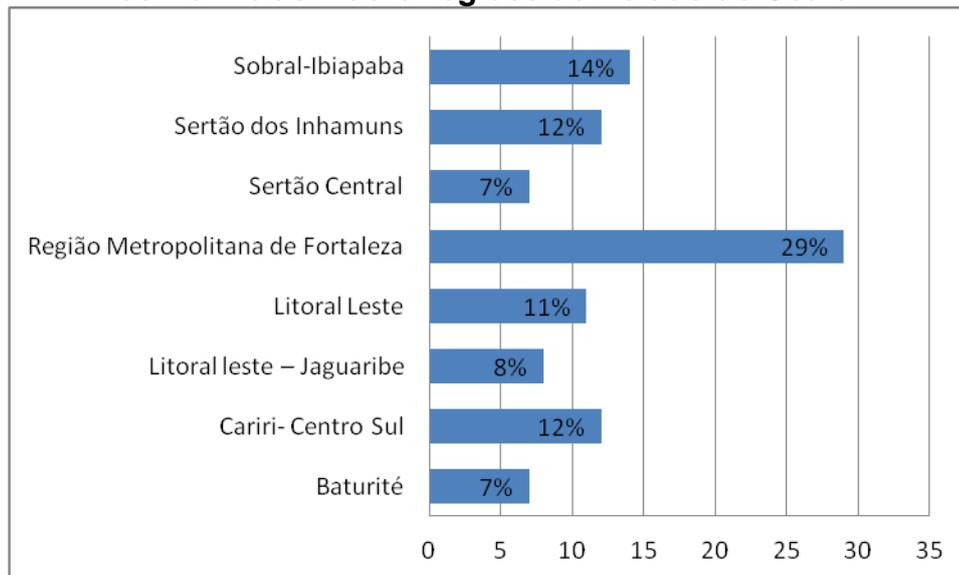
Em seguida, torna-se significativo o diagnóstico de transtorno mental em virtude do uso de álcool e múltiplas drogas, com 11(12%). Esses dados mostram a necessidade de um acompanhamento interdisciplinar a esses internos, tanto no plano individual como grupal. Cabe ressaltar o fato de que alguns internos possuem mais de um diagnóstico, razão por que o somatório daqueles com diagnósticos ultrapassa o número de internos já diagnosticados e que, nesta pesquisa, não foram consideradas as comorbidades.

Os internos que ainda não possuem diagnóstico consolidado equivalem a 20(22%). Torna-se esse dado significativo, uma vez que este exame é determinado pelo juiz quando, no desenvolvimento da ação penal, há necessidade de esclarecer quanto à integridade mental do apenado em questão. E, por conseguinte, nem sempre esse exame ocorre dentro do prazo de 45 dias, conforme determina o Poder Judicial, em razão da carência de profissional especializado para atender em tempo hábil toda a demanda. Esse dado faz refletir a situação em que alguns internos não têm diagnósticos. Aguardando a realização do laudo pericial, ficam sem iniciar o tratamento psiquiátrico adequado, por não terem um diagnóstico preciso quanto ao seu transtorno mental.

Dos 90 internos, há uma representação de 101 diagnósticos, visto que 11 deles possuem mais de um diagnóstico. Dentre estes, se constata seis internos com diagnóstico de esquizofrenia, dois destes também com retardo mental, outros dois possuem psicose não orgânica, um outro transtorno mental devido ao uso de álcool e múltiplas drogas e, por fim, um com transtorno delirante. Quatro internos têm diagnóstico de transtorno mental em razão do uso de álcool e múltiplas drogas; dois deles têm também retardo mental, enquanto outro tem transtorno de personalidade e o quarto possui personalidade dissocial. Um interno possuidor de diagnóstico de psicose não orgânica tem ainda retardo mental. Vale ressaltar que

em cada diagnóstico apresentado na tabela foi levada em consideração a totalidade do universo dos 90 internos pesquisados. O item “outros” na tabela compreende os seguintes diagnósticos: um com transtorno psicótico misto, dois com transtorno delirante, um com sintoma psicótico de natureza grave e um com transtorno de personalidade dissociada.

Gráfico 14 – Distribuição, por comarca de procedência conforme as macrorregiões do Estado do Ceará



Fonte: Prontuários Jurídicos

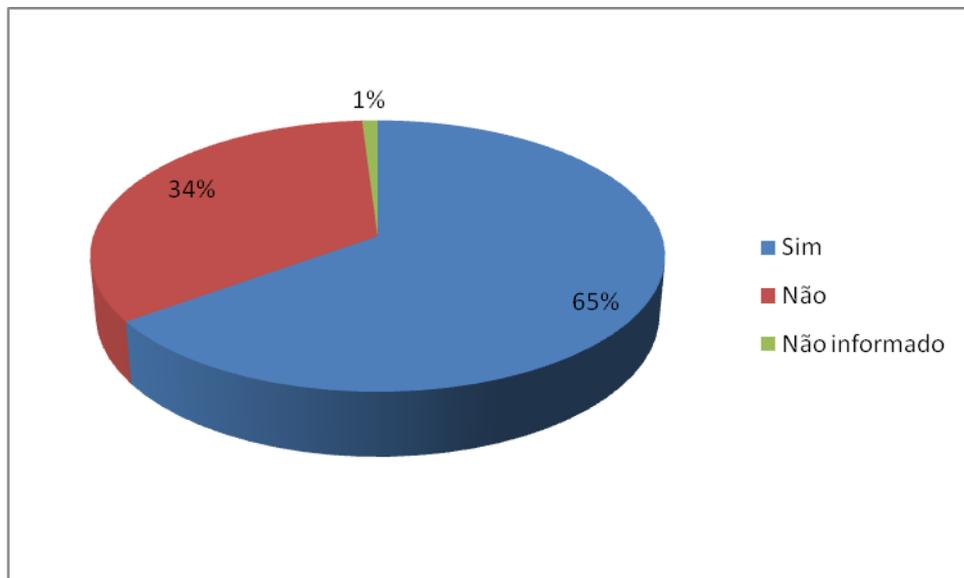
A comarca de procedência dos internos com maior representatividade é a Região Metropolitana de Fortaleza 26(29%). Destaca-se nessa macrorregião a cidade de Fortaleza, com 19(74%) dessa totalidade, juntamente com os Municípios de Eusébio e Pacajus, conjuntamente, dois (8%) e os Municípios de Cascavel, Caucaia e Maracanaú 1(4%). Ainda se observa que o percentual dessa macrorregião é o mesmo percentual da tabela-1 da pesquisa, significando dizer que os delitos cometidos pelos internos ocorreram na mesma macrorregião de seus locais de domicílios.

Observa-se, comparativamente à procedência com o domicílio, haver somente uma pequena alteração na macrorregião de Baturité e Cariri-Centro Sul, com o acréscimo dos dois internos procedentes de outros estados, porém com delitos praticados no Estado do Ceará para cada uma dessas macrorregiões.

A macrorregião de Sobral-Ibiapaba apresenta-se como a segunda macrorregião de procedência com maior número de internos 13(14%). O litoral leste encontra-se com 10(11%).

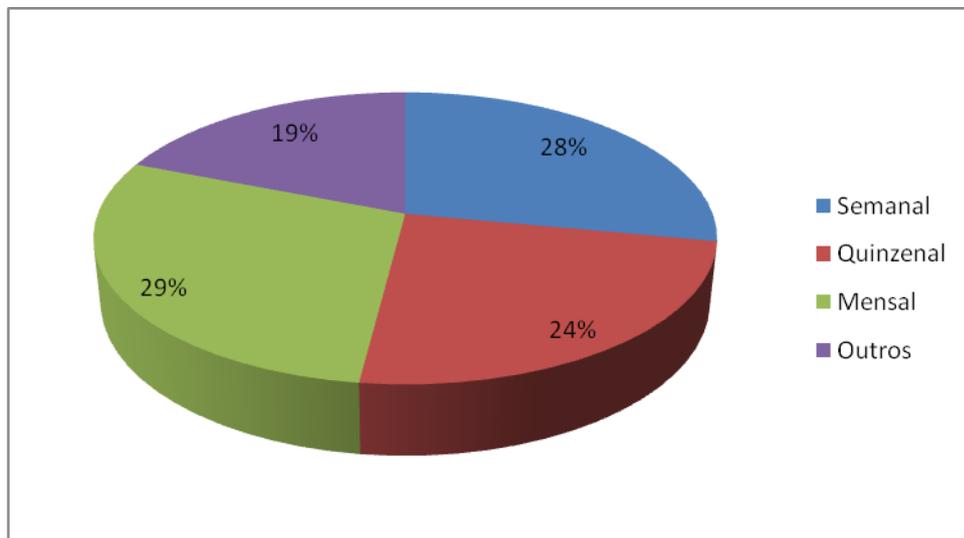
Não se verifica disparidade em relação às demais macrorregiões. Em igual porcentagem, estão os internos procedentes da macrorregião do Cariri-Centro Sul com o Sertão dos Inhamuns, 11(12%) cada uma, assim como com a macrorregião de Baturité com o Sertão-Central, 6(7%) cada uma, sendo estes últimos a menor porcentagem apresentada.

Gráfico 15 – Distribuição, pelo recebimento de visitas



Fonte: Prontuários Jurídicos

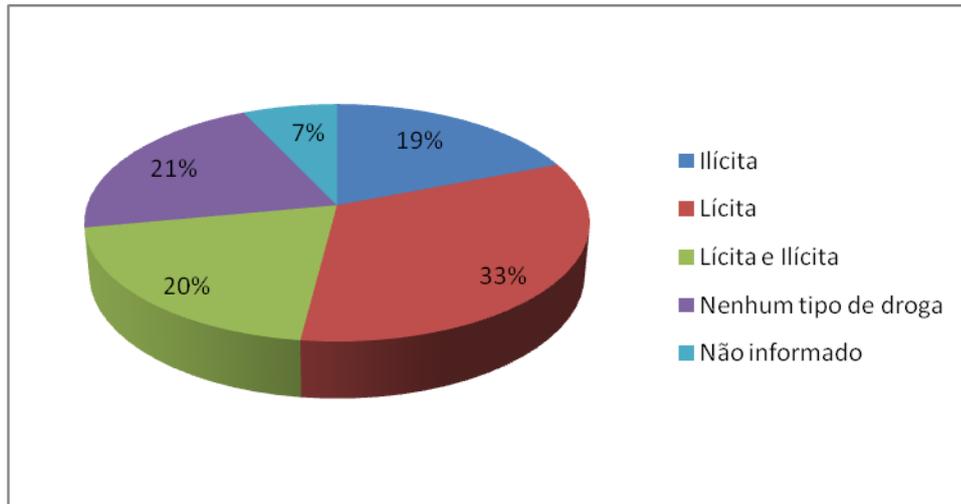
Gráfico 16 – Distribuição, se sim, qual a frequência?



Fonte: Prontuários Jurídicos

Os gráficos relativos às visitas e à frequência demonstram que 58(65%) recebem visitas; no entanto, a frequência como ocorrem essas visitas expressam que somente 16(28%) recebem visitas semanais do total dos 58; 14(24%) recebem visitas quinzenais; 17 (29%) visitas mensais e 11(19%) passam meses sem receber visitas, podendo ocorrer trimestral, semestral ou anualmente. A visita da família é muito importante, porque proporciona a manutenção dos vínculos afetivos, minimizando os efeitos do sentimento de solidão e exclusão. É na ocasião da visita que recebem notícias dos parentes e amigos, do processo judicial, que aumenta a expectativa de retorno ao meio familiar e ocasião também em que recebem alimentos e guloseimas trazidos pelas famílias. O restante 31(34%) dos internos não recebem visitas e apenas um (1%) não foi informado. Dentre os mais diversos motivos da ausência familiar, se configura a perda de laços familiares, problemas de ordem financeira para as despesas de transporte e compra de lanches, localização de moradia das famílias distante do HCTPGSG e medo de reações imprevisíveis dos internos. Aos internos que recebem visitas das esposas, é mantido o direito de relação sexual, conforme o conjunto de normas e regras estabelecidas internamente entre eles. Nesses casos, a “visita íntima” ocorre na própria enfermaria, com a saída dos demais internos para o pátio externo. Essa situação remete ao que Goffman (2013) identifica em ser o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico uma Instituição Total. Para o autor, as sociedades modernas se caracterizam pela mobilidade e a liberdade da pessoa nas três esferas da vida - casa, trabalho e lazer - onde as relações acontecem com distintas pessoas, grupos e com variadas autoridades. Contraditoriamente a essa realidade, as instituições totais são expressas com a ruptura dessas mobilidades, uma vez que toda a vivência diária ocorre segundo Goffman (2013, p.17) “no mesmo local e sob uma única autoridade”. Ele acrescenta que as atividades ocorrem geralmente na presença de um grupo de pessoas, tratadas da mesma maneira e obrigadas a fazer iguais coisas em conjunto e sem nenhuma privacidade pessoal.

Gráfico 17 – Distribuição, por uso de droga ou não



Fonte: Prontuários Jurídicos

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, ensejando alterações em seu funcionamento (FRANKENBERGER, 2009).

A droga constitui grave problema de saúde pública e social, uma vez que o consumo no País não para de crescer, associado ao seu crescente e rentável tráfico. Essa realidade envolve vários aspectos, dentre estes questões econômicas, pelo desemprego, onde se busca o narcotráfico como oportunidade de trabalho, tanto no plano nacional como internacional. Moura (p.37,2006) assinala que “essa proibição vem expressa nos diversos ordenamentos jurídicos mundiais, com um aparato policial repressivo e legal-punitivo para coibição do uso”.

O consumo de drogas é compreendido no contexto social, econômico, político e cultural, atingindo todos os segmentos sociais. Na unidade, é significativo o total de usuários de drogas, seja porque a dependência química os levou ao transtorno mental ou porque o uso agravou o transtorno mental evidenciado antes do consumo, proporcionando em ambas as situações o cometimento de violência com delitos.

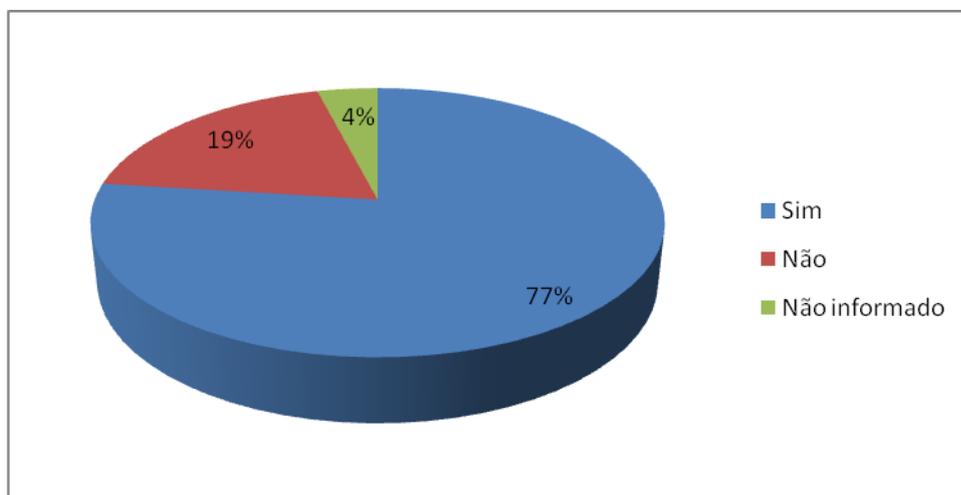
Nesta pesquisa, o uso ou não de drogas lícitas ou ilícitas foi apresentado de acordo com a classificação das drogas, segundo o estatuto jurídico, por Alarcon (2014, p.204), em que relaciona drogas lícitas a: álcool, tabaco, cafeína e solvente; e drogas ilícitas a: cocaína, maconha, LSD, MDMA (Ecstasy), heroína. Verificou-se

apenas o uso ou não de drogas, sem, no entanto, especificar qual o tipo, haja vista limitação de informação nos prontuários jurídicos.

Assim, percebe-se que 30(33%) dos internos consomem drogas lícitas, ou seja, o maior percentual do consumo de drogas na pesquisa encontra-se nas drogas lícitas. Segundo Alarcon (2014, p.215), no entanto, “de todas as drogas, o abuso de álcool é o único que tem demonstrado reação causa-efeito com práticas de violência, em particular, a violência doméstica”. Nota-se, porém, que 65(72%) dos internos fazem uso de drogas lícitas, ilícitas ou de ambas, tornando-se um dado significativo para um universo que muitas vezes, já sendo portador de transtorno mental, compromete mais ainda o diagnóstico e tratamento.

Não usaram nenhum tipo de droga 19(21%) e, portanto, sem nenhuma correlação de droga com o delito cometido. A SEJUS implantou há dois anos o PACAD (Programa de Ações Continuadas de Assistência aos Drogadictos) dentro do sistema penitenciário. Este programa, atualmente, é composto por um coordenador e uma equipe itinerante formada por quatro profissionais - assistente social, psiquiatra, psicóloga e terapeuta ocupacional. Estes profissionais, quando solicitados, prestam assistência e dão suporte às equipes de saúde das unidades prisionais. Observamos não haver nenhuma intervenção dessa equipe no HCTPGSG, como também, não há na unidade pesquisada junto aos internos com dependência química nenhum atendimento multiprofissional voltado à redução de riscos e danos, conforme a Política do Ministério as Saúde para a Atenção ao Uso Prejudicial e Dependência de Álcool e outras Drogas.

Gráfico 18 – Distribuição, se antes da admissão fazia algum tratamento

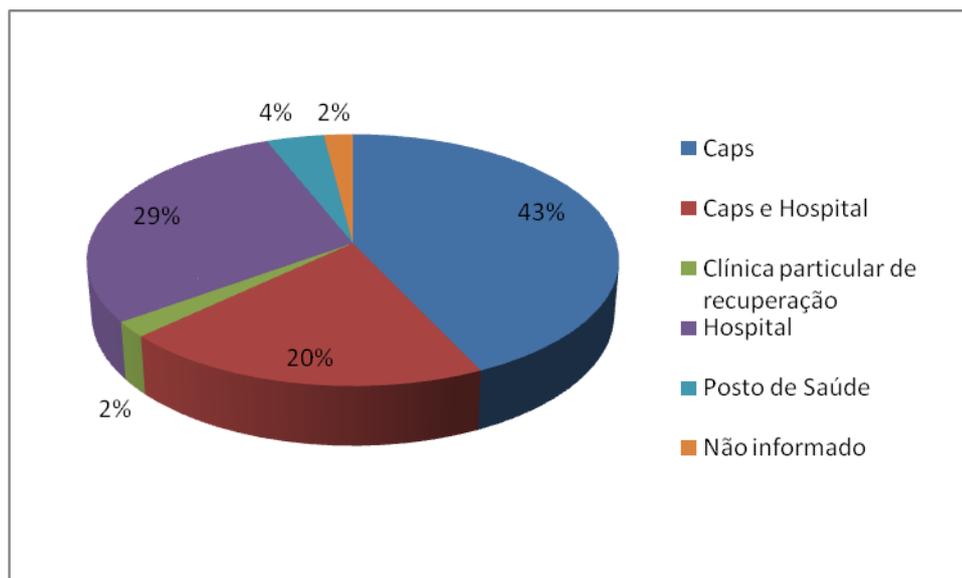


Fonte: Prontuários Jurídicos

Esse dado revela que 69 (77%) haviam iniciado algum tipo de tratamento psiquiátrico; 17(19%) não haviam iniciado nenhum tratamento e quatro (4%) não foi informado. Nos casos de não se ter iniciado nenhum tratamento anterior, a internação pode indicar a ausência de medida de saúde pública para implementar ações preventivas, no tocante à orientação junto às famílias no sentido de reconhecer a gravidade dos sintomas manifestados pelos internos.

A maioria dos familiares desconhece a gravidade do transtorno mental de que o interno é acometido, tomando muitas vezes consciência do transtorno psiquiátrico somente após o delito praticado. Reconhecem que o interno costuma exprimir um comportamento diferente no meio familiar e na comunidade, porém não conseguem identificar a tempo de se evitar a prática do delito.

Gráfico 19 – Distribuição, se sim, onde?

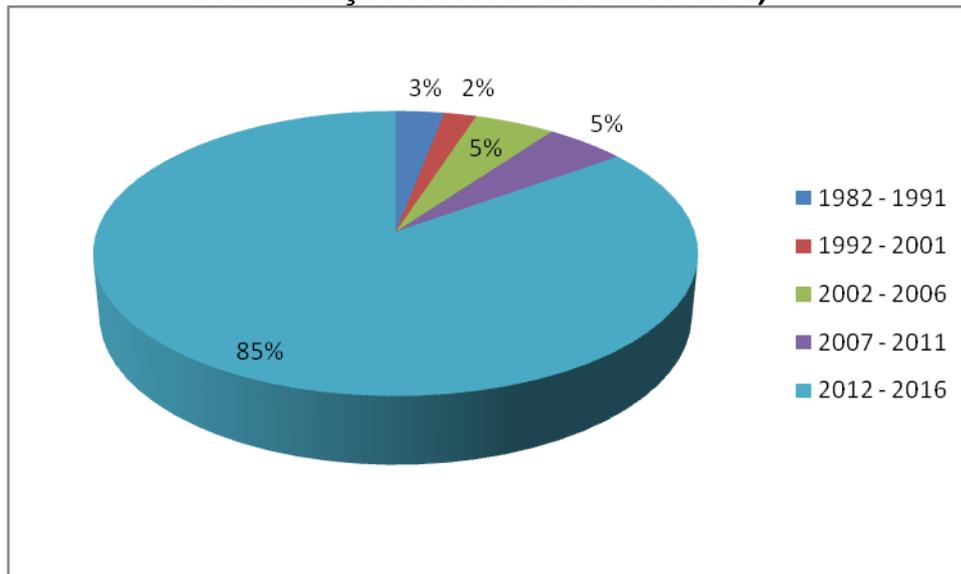


Fonte: Prontuários Jurídicos

Dos 69 internos que haviam iniciado algum tratamento, percebe-se que 30(43%) haviam começado nos caps; 14(20%) nos caps e em hospitais, geralmente com internação, e 20(29%) haviam tido somente internações. Apesar desses quantitativos revelarem uma intervenção psiquiátrica, os delitos praticados pelos internos podem ser associados às difíceis condições socioeconômicas em que vivem e à carência de recursos psiquiátricos no plano preventivo. O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil culminou com a implantação de vários caps no plano nacional, estando o Ceará atualmente com 84. Ainda se torna, no entanto,

ineficiente sua abrangência em todos os municípios. Segundo relato dos familiares, muitas vezes, é preciso se deslocar para outro município, e a esta realidade se soma a falta de recurso medicamentoso e de profissional para um atendimento eficaz e contínuo, resultando, muitas vezes, em consultas ambulatoriais espaçadas, sem medicamento nem controle efetivo do quadro psiquiátrico.

Gráfico 20 - Distribuição, por admissão à Instituição (tempo de internação/reclusão no HCTPGSG)



Fonte: Prontuários Jurídicos

Quanto ao tempo de permanência na Instituição, até a data da pesquisa, 77(85%) da população pesquisada têm de um mês a cinco anos de internação. Outra parte de internos, oito (10%), denota período de internação compreendido de nove a 14 anos.

O período de permanência pode estar associado ao fato de haver internos que são encaminhados para realizar laudo pericial e ficam reclusos muito além do prazo judicial previsto, que é de 45 dias. O descumprimento dos prazos na realização dos procedimentos judiciais e o prolongamento desnecessário de internação representam uma afronta aos direitos dos internos. Essa situação pode ainda contribuir para uma superpopulação de internos e repercutir ainda mais na já existente deficiência assistencial dos internos, nos seus mais variados aspectos, como assistência social, psicológica e terapêutica, entre outras.

Na pesquisa realizada, foram encontrados nove internos há mais de dez anos institucionalizados por motivos diversos. Entre estes, a ausência familiar, perda do vínculo afetivo e rejeição para qualquer possibilidade de retorno ao convívio

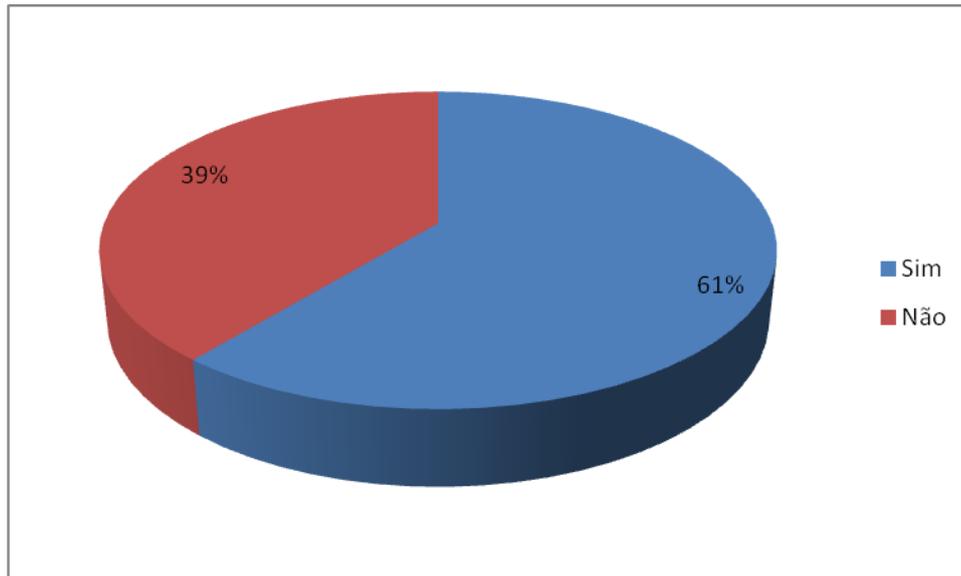
familiar e, por vezes, pela falta de estrutura na família em acolher na dinâmica familiar o interno com necessidade de cuidados no controle do transtorno mental. Nessa questão, retrata-se a carência de residências terapêuticas no plano estadual para acolher o atendimento a esses internos. Dentre estes internos, há alguns que, em razão do longo tempo de internação, não esboçam mais nenhum interesse em desinstitucionalizar-se. Estão de tal modo segregados e cronificados à Instituição que sentem nela o seu local de abrigo e proteção. Segundo Moura (p.32, 2006),

A condição da pessoa reclusa numa instituição deve ser considerada relevante em si mesma. Sua vida real, atitudes, ideias, sentimentos e condutas devem ser estudadas no contexto institucional. O período de internação, em ambiente especial, constitui parte significativa do período vital do indivíduo. O lapso do indivíduo internado pode deixar marcas profundas na sua subjetividade.

Essa realidade confirma o que Goffman (2013) diz acontecer nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico - o “desculturamento”, ou seja, o destreinamento que temporariamente o impossibilita de retomar às atividades de sua vida diária. E a “mortificação do eu”, ou seja, o processo da perda de identidade do interno quanto aos seus padrões sociais e de identidade pessoal reconhecida. O interno, ao adentrar uma instituição total, perde a privacidade pessoal, uma vez que é submetido a conviver em comum com os mesmos vestuários, dormitórios e banheiros coletivos, obedecendo às regras e condutas impostas pela Instituição. Consoante assevera Diniz (2011, p. 68),

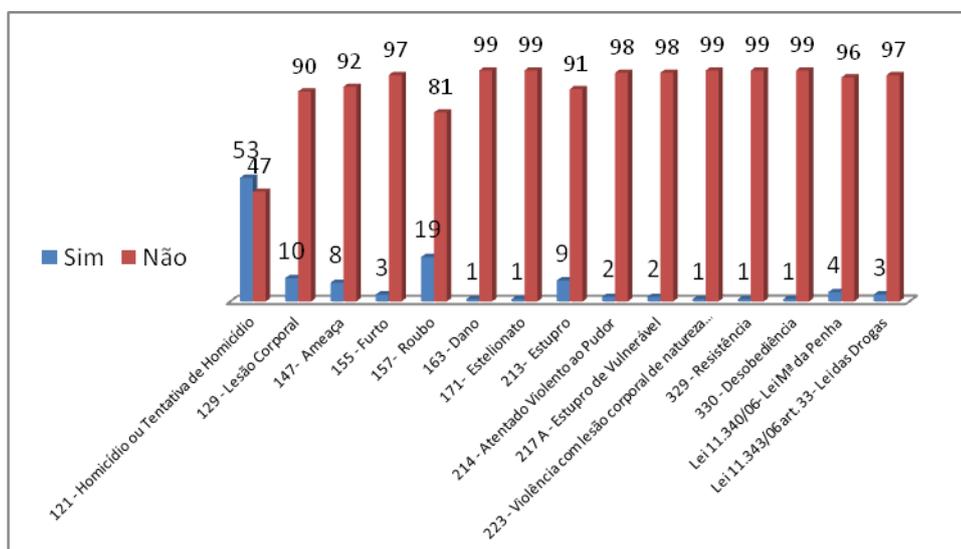
Dessa forma, ante a despersonalização ou mortificação do eu, a introjeção de uma nova modelagem da personalidade torna-se imprescindível. Para tanto, o preso passa a assumir um novo papel perante o grupo, utilizando-se de imagens simbólicas que permitem a sua sobrevivência e dão sentido à própria existência nesse mundo onde acaba de adentrar, ao mesmo tempo em que permite-se esconder do seu verdadeiro “eu”, para conviver com as regras impostas.

É na instituição total que a vida cotidiana dos internos se estabelece numa relação de permanente obediência, onde são submetidos a semelhantes normas, procedimentos, deveres e obrigações.

Gráfico 21 – Distribuição, conforme reincidência

Fonte: Prontuários Jurídicos

A porcentagem de internos reincidentes 55(61%) suscita algumas reflexões, uma vez que esse dado pode indicar a falta de acesso das famílias à rede pública de atenção mental; a dificuldade da família junto ao interno na administração medicamentosa, favorecendo o surgimento de nova crise psiquiátrica e, por conseguinte, a prática de novos delitos, ou a determinação judicial de nova internação, ainda que seja referente ao mesmo processo judicial, quando o interno na comunidade demonstra comportamento considerado inadequado.

Gráfico 22 – Distribuição por delitos

Fonte: Prontuários Jurídicos

A maior incidência de delitos cometidos pelos internos 48(53%) refere-se ao artigo 121, que compreende a tentativa de homicídio representada nessa totalidade por 13(27%) e o homicídio por 35(73%). Os delitos de lesão corporal atingem 9(10%). Há uma representativa incidência de delito por furto ou roubo, totalizando 20 (22%). Os crimes de estupro, atentado violento ao pudor, revogado pela lei 12.015 em 7/8/2009, em que os internos anteriormente a essa data foram envolvidos judicialmente, e o crime por estupro de vulnerável, aparecem com 12(13%) de representatividade no universo pesquisado.

Os internos, ao cometerem delitos, sofrem dupla estigmatização. O primeiro processo se dá por serem pessoas com transtornos mentais e o segundo por serem consideradas perigosas à sociedade. Observamos, no entanto, que uma parte desses internos, em uso de medicação, demonstra condições afetivas de relacionamento, com possibilidade, inclusive, de execução de tarefas.

Embora o universo pesquisado seja o total de 90 internos, chamamos a atenção para o fato de que 12 internos cometeram numa só prática delituosa dois delitos e que três internos cometeram três delitos numa só prática delituosa. Dentre eles, constatamos que sete internos com diagnósticos de esquizofrenia cometeram mais de um delito numa mesma ação delituosa, sendo que seis deles cometeram dois delitos e o um cometeu três. Um interno com transtorno de personalidade, outro com epilepsia e um outro aguardando laudo pericial praticaram dois delitos numa mesma ação delituosa. Dois internos com transtorno afetivo bipolar cometeram dois delitos numa mesma ação delituosa e, por fim, de três internos com transtorno mental devido ao uso de álcool e múltiplas drogas, um cometeu dois delitos e dois cometeram três delitos. Os artigos 214 e 223 do Código Penal Brasileiro foram revogados pela Lei 12.015/2009. Essa Lei deu nova redação ao art.213 do Código Penal Brasileiro, caracterizando-se pela conduta de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele pratique outro ato libidinoso”. Aqueles que cometeram os artigos 214 e 223 anteriores à vigência da Lei nº 12.015 continuam respondendo pela conduta delituosa.

Tabela 1 - Delitos e diagnósticos

| IAG. ARTIGOS | | Epilepsia | Esquizofrenia | Bipolar | Personalidade | Múltiplas Drogas | Mental Orgânico | Psicose Não Orgânica | Laudo Pericial | Outros |
|---------------|-------------------|-----------|---------------|---------|---------------|------------------|-----------------|----------------------|----------------|--------|
| 121 | Homicídio | - | 30 | | 3 | 3 | 1 | 3 | 6 | 2 |
| 129 | Lesão corporal | 1 | 4 | 1 | - | 1 | - | - | 2 | - |
| 147 | Ameaça | - | 6 | 1 | - | - | - | - | - | - |
| 155 | Furto | - | 2 | | - | - | - | - | 1 | - |
| 157 | Roubo | - | 5 | | - | 6 | - | - | 3 | 3 |
| 163 | Dano | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| 171 | Estelionato | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| 213 | Estupro | 1 | 3 | - | - | 2 | - | - | 2 | - |
| 214 | Atentado | - | - | - | - | 2 | - | - | - | - |
| 217 | Est de vulnerável | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 | - |
| 223 | Violência | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| 329 | Resistência | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 330 | Desobediência | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| Lei 11.340/06 | | - | 2 | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| Lei 11.343/06 | | - | - | - | - | - | - | - | 3 | - |

Fonte: Prontuários Jurídicos do HCTPGSG. Elaborado pela autora - 2016

Percebe-se na tabela que os internos, de modo geral, praticam com maior incidência o art.121, tendo considerável representatividade da ação delituosa pelos internos esquizofrênicos, com um total de 30. Os esquizofrênicos na tabela aparecem como os que mais também praticam o artigo 129, comparativamente aos demais, com o total de quatro. E estes, mais uma vez, também aparecem como aqueles que mais comumente praticam ameaças, se sobressaindo em relação aos demais diagnósticos com uma representação de seis internos.

O artigo 157 é também muito praticado pelos internos, totalizando 17 ações delituosas com maior relevância para os internos com transtornos mentais pelo uso de álcool e múltiplas drogas, com um total de seis internos. Os casos de estupro e atentado violento ao pudor são delitos comuns praticados pelos internos, totalizando dez ações delituosas na pesquisa.

A violência contra a mulher também existe nas relações com os internos, pela Lei 11.343/06 – Lei Maria da Penha, representada na pesquisa por quatro internos. Percebe-se ainda que os internos esquizofrênicos e os que possuem

transtornos mentais pelo uso de álcool e múltiplas drogas são os que, proporcionalmente à totalidade do universo pesquisado, mais cometem delitos.

Tabela 2 – Grau de envolvimento relacional (agressor-vítima)

| Grau de envolvimento | Sim | % | Não | % | F | % | M | % |
|-----------------------------|------------|-----------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| FAMILIAR | | | | | | | | |
| Esposa | 7 | 8 | 83 | 92 | 7 | 100 | - | -- |
| Companheira | 1 | 1 | 89 | 99 | 1 | 100 | - | - |
| Sogra(a) | 2 | 2 | 88 | 98 | 1 | - | 1 | 100 |
| Filho(a) | 2 | 2 | 88 | 98 | - | - | 2 | 100 |
| Mãe | 12 | 13 | 78 | 87 | 12 | 100 | - | - |
| Pai | 5 | 6 | 85 | 94 | - | - | 5 | 100 |
| Irmão(a) | 5 | 6 | 85 | 94 | 3 | 60 | 2 | 40 |
| Padrasto | 2 | 2 | 88 | 98 | - | - | 2 | 100 |
| Primo(a) | 4 | 4 | 86 | 96 | 1 | 25 | 3 | 75 |
| Sobrinho(a)] | 1 | 1 | 89 | 99 | - | - | 1 | 100 |
| Tia(a) | 2 | 2 | 88 | 98 | 1 | 50 | 1 | 50 |
| TOTAL | 43 | 45 | | | 26 | 60 | 17 | 40 |
| CONHECIDO (A) | | | | | | | | |
| Namorada | 1 | 1 | 89 | 99 | 1 | 100 | - | - |
| Amigo(a) | 6 | 7 | 84 | 93 | - | - | 6 | 100 |
| Vizinho(a) | 10 | 11 | 80 | 89 | 5 | 50 | 5 | 50 |
| Criança | 5 | 6 | 85 | 94 | 4 | 80 | 1 | 20 |
| Patrão(a) | 2 | 2 | 88 | 98 | - | - | 2 | 100 |
| Comunidade | 5 | 6 | 85 | 94 | 3 | 60 | 2 | 40 |
| TOTAL | 29 | 31 | | | 13 | 45 | 16 | 55 |
| DESCONHECIDO(A) | | | | | | | | |
| Amante da esposa | 1 | 1 | 89 | 99 | - | - | 1 | 100 |
| Criança | 1 | 1 | 89 | 99 | 1 | 100 | - | - |
| Comunidade | 21 | 23 | 69 | 77 | 14 | 67 | 7 | 33 |
| TOTAL | 23 | 24 | | | 15 | 65 | 8 | 35 |

Fonte: Prontuários Jurídicos do HCTPGSG – Elaborado pela autora - 2016

Nesta pesquisa, o número de vítimas é maior do que o total de internos (90) em razão de que seis internos atingiram num mesmo delito, mais de uma vítima, dos quais cinco ocasionaram duas vítimas e um quatro. Isto significa dizer que nem sempre numa ação delituosa ocorre somente uma vítima, como também nem sempre não ocorre apenas uma ação delituosa numa só vítima. Cabe ressaltar o fato de que três internos envolvidos na Lei 13.343/06 não tiveram vítimas em suas condutas delituosas.

Quanto ao grau de envolvimento relacional do agressor-vítima, os dados revelam que, do total de 95 vítimas, 43(45%) se relacionam ao grupo familiar. Segundo Brauner e Carlos (2014, p.133), a violência “intrafamiliar pode ser física, sexual ou psicológica e atingir seres humanos de qualquer idade, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual ou condição social.” Na pesquisa, é expressiva a violência contra a figura da mãe 12(13%). Em seguida, é significativo o número de esposa e companheira vítimas de agressões dos internos, representado por oito (9%). Neste grupo, percebe-se que o sexo feminino é a maior vítima dos delitos praticados pelos internos, com 26(60%) na pesquisa. O número de vítimas relacionado aos pais e aos irmãos representa o mesmo valor percentual em 5(6%) cada, ou seja, dez (12%) da pesquisa.

Esses dados reafirmam que a violência doméstica é cultural e, independentemente do nível social e desenvolvimento tecnológico dos países, acontece e, em especial, a violência contra a mulher. No universo dos internos com transtorno psiquiátrico, também existe esse tipo de violência em que os internos agredem as pessoas com quem mantêm maior laço de parentesco e afetividade. Essas vítimas, geralmente responsáveis pelos cuidados com estes internos, se tornam mais vulneráveis às ações delituosas, quando estes em crise psiquiátrica cometem os delitos.

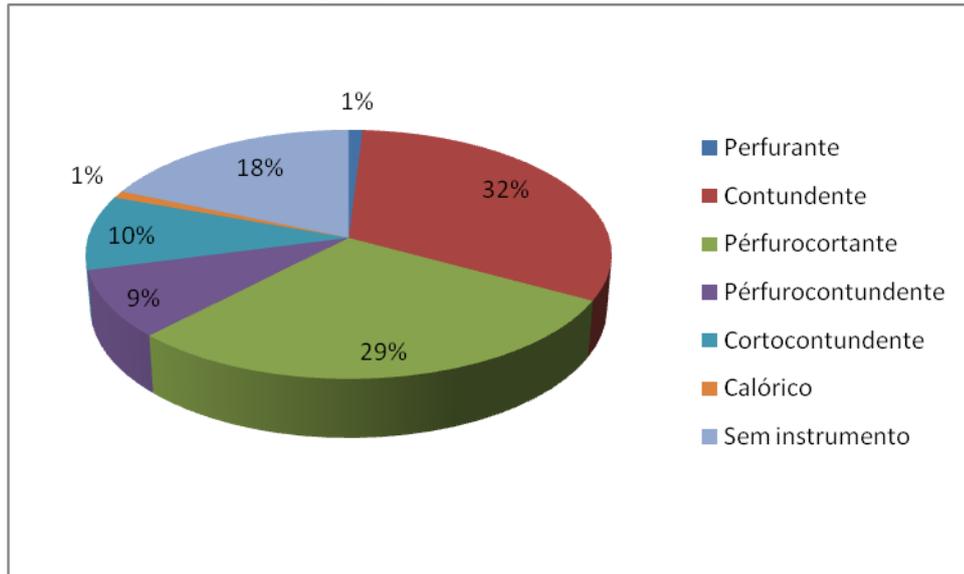
No total, percebe-se que as mulheres são as principais vítimas de agressão destes internos, representadas por 54(57%) das 95 vítimas, enquanto os homens são representados por 41(43%).

No que se refere aos dados relativos às pessoas conhecidas dos internos, porém, vítimas dos delitos, os amigos e os vizinhos 16(18%) são suas maiores vítimas do total de 29 conhecidos. Chamamos a atenção para o fato de o sexo feminino nesta pesquisa ter sido mais vulnerável às ações delituosas dos internos. O somatório das ações penais daqueles conhecidos dos internos revela que a maior agressão ocorreu com o sexo masculino, com 16(55%), com representatividade de 11 vítimas.

Se a vítima era criança conhecida dos internos, a pesquisa revela ter havido maior ação penal representada por 5(6%), sendo 4(80%) do sexo feminino e um (1%) do sexo masculino em relação a criança desconhecida, com um (1%) do sexo feminino.

Nos desconhecidos, houve maior conduta delituosa com pessoas da comunidade, 21(23%), tendo mais uma vez maior incidência do sexo feminino, com 14(67%). Entende-se, nesta pesquisa, por conhecido ou desconhecido da comunidade, aqueles que, convivendo num mesmo espaço de abrangência comunitária com o interno fosse para ele um conhecido ou desconhecido.

Gráfico 23 – Distribuição, por instrumentos utilizados nos delitos



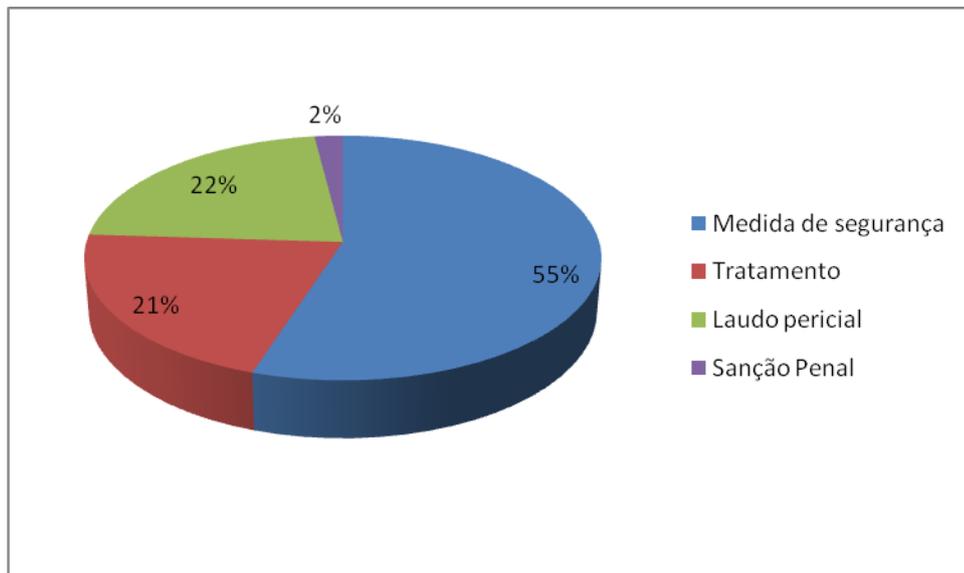
Fonte: Prontuários Jurídicos

A pesquisa revela que os instrumentos mais utilizados na prática dos delitos foram o contundente 29(32%), com um número significativo de delitos praticados por pauladas, 14(48%) dessa totalidade. Denota-se desse quantitativo o fato de que os internos nos cometimentos dos atos delituosos tiveram maior acesso ao uso dos bastões de madeira bruta como arma para a prática das suas transgressões.

Em seguida chamamos a atenção para o perfurocortante, com 27(30%), representado com maior relevância pelo uso da faca, com 23(85%) do total dos 27. Quanto ao perfurocontundente, houve oito (9%), com a utilização de sete projéteis de arma de fogo por meio do revólver e uma espingarda. O instrumento cortocontundente equivaleu a nove (10%). Chamamos a atenção para o uso da foice - cinco (55%) dessa representação. Não usaram instrumentos nos delitos praticados 19 (21%). Houve apenas um (1%) delito praticado tanto por instrumento perfurante, no caso uma tesoura, como por meio calórico, com emprego de álcool.

Nesta pesquisa, segundo a Medicina Legal, os meios e/ou instrumentos utilizados nos delitos equivaleram ao perfurante: uma tesoura; ao contundente, dois chutes, cinco murros, 14 pauladas, uma cadeirada, cinco pedradas e duas barras de ferro; ao perfurocortante: três peixeiras, 23 facas, um cossoco,; ao perfurocontundente equivaleu ao projétil de arma de fogo, sendo: sete revólveres, uma espingarda; ao corto contundente: três machados, cinco foices, um facão e, ao meio calórico, equivaleu ao uso de álcool. Dos 90 internos, quatro utilizaram dois instrumentos na ação delituosa, sendo especificado da seguinte forma: contundente+ contundente; contundente + cortocontundente; perfurocontundente + perfurocortante; perfurocortante+contundente.

Gráfico 24 – Distribuição, por situação jurídica



Fonte: Prontuários Jurídicos

No que se refere à situação jurídica dos internos, destaca-se a situação em que os internos estão em cumprimento de medida de segurança, com 49(55%). Essa condição pode se dar por vários motivos, entre eles, a continuidade da medida de segurança após o término do prazo determinado pelo juiz, desde que, no exame de verificação da cessação de periculosidade pelo psiquiatra-perito, este constate não ter cessado a periculosidade, prorrogando a permanência do interno.

Conforme Ibrahim (2014), a condição da medida de segurança é tão punitiva quanto a sanção penal dos imputáveis, visto que o portador de sofrimento

psíquico fica restrito nos seus direitos e ainda não usufrui dos direitos judiciais concedidos àqueles que são apenados a castigo comum.

Outro motivo pelo qual se evidencia essa porcentagem de mais da metade dos internos estar nessa situação pode se dar também pela deficiência de profissionais peritos para realizarem em tempo hábil a cessação ou não de periculosidade, associada à aplicação da medida de segurança e ausência, por vezes, de familiar, perpetuando a medida de segurança e não se concretizando a desinternação.

A internação para laudo pericial representada na pesquisa por 20 (22%) geralmente ocorre por determinação judicial, quando o juiz necessita de mais esclarecimentos quanto à sanidade mental do interno em ser imputável ou inimputável perante o delito cometido. Mais uma vez, no entanto, é notório o não cumprimento do período de permanência dos internos, para que a realização desse laudo ocorra no prazo previsto de 45 dias, fazendo com que o doente mental permaneça mais tempo internado, sem uma definição do processo jurídico, como também sem realizar um tratamento adequado, conforme seu diagnóstico psiquiátrico, se assim for avaliado.

Realizando tratamento psiquiátrico estão 19(21%), com quase a mesma proporção daqueles que estão aguardando laudo. Essa situação também pode se justificar pelo fato de os internos permanecerem em liberdade condicional por um ano após a desinternação. Essa situação faz com que os internos se tornem passíveis de reinternação, muitas vezes sem nenhuma alteração do seu quadro psiquiátrico. Ao retornar ao convívio familiar e social, eles, algumas vezes, ficam submetidos não somente ao controle da família, mas também da comunidade e das autoridades locais. Numa mínima conduta de comportamento que possa ser visto como inadequado ou antissocial e por serem estigmatizados quanto à situação da doença mental associada aos delitos, são, na maioria, vistos como perigosos e, portanto, facilmente readmitidos ao HCTP.

Essa condição de tratamento também se dá para aqueles que em cumprimento da sanção penal nas unidades do sistema prisional venham a exibir distúrbios psiquiátricos com necessidade de acompanhamento médico-psiquiátrico, enquanto perdurarem as sintomatologias. Na pesquisa, estão dois (2%) internos nesta situação e que permanecem na unidade em tratamento psiquiátrico, porém, até então, sem nenhuma conversão de sua penalidade para a medida de segurança,

como prevê a Lei de Execução Penal, em seu artigo 183, de que a sanção penal poderá ser convertida em medida de segurança desde que “sobrevier doença mental ou perturbação de saúde mental”.

6.2 DESAFIOS DOS DESINTERNAMENTOS NA FALA DOS FAMILIARES

As entrevistas aconteceram com 17 famílias que trazem em comum a mesma trajetória de dor, ansiedade, tristeza, incerteza, insegurança e medo em razão dos delitos cometidos por seus parentes, em associação aos transtornos mentais. Geralmente, na primeira vez que vêm ao HCTPGSG à procura de informações e para a visita aos internos, tomam conhecimento de que ali estão por ordem judicial, que cada interno cumpre uma determinação da Justiça e, portanto, caminhos diversos a percorrer até que seja deliberada a desinternação.

Essa desinternação, por vezes, é esperada pela família com muita expectativa e no aguardo de um recomeço, ao retornar ao convívio familiar para encontrar meios de controle ao tratamento. Por vezes, é esperada com muito temor, desesperança pela falta de suporte e desconhecimento de como lidar com a doença mental e, em outros momentos, expressam total rejeição para com o retorno do interno ao meio familiar.

Os familiares entrevistados, basicamente, foram do sexo feminino, sendo apenas um homem. O grau de parentesco foi representado por oito mães, seis irmãs, duas esposas e um irmão. Residem nove no Município da Capital, Fortaleza, e oito nos municípios do Estado do Ceará, no mesmo local de procedência da comarca onde aconteceram os delitos. Sua faixas etárias variaram de 30 a 75 anos. O grau de instrução registrou-se como quatro analfabetos, três com ensino fundamental incompleto, seis com ensino fundamental completo e um de ensino superior. Quanto ao estado civil, são dez casados, duas separadas, quatro viúvas e uma divorciada. Todos são responsáveis pela internação de seu familiar no HCTPGSG. Mediante o compromisso do sigilo profissional em resguardar as falas dos entrevistados, lhes atribuímos uma numeração correspondente de 1 a 17 para que pudessemos apresentar suas interlocuções.

As entrevistas transcorreram seguindo o roteiro previamente elaborado. Na escuta aos sujeitos da pesquisa, delimitamos seis categorias, primando por facilitar o registro e a compreensão das trajetórias da doença mental vivenciada

pelos familiares com os internos e os desafios que consideraram relevantes na desinternação.

Nesse intuito, buscamos a percepção dos familiares quanto à doença mental, procurando conhecer em qual contexto os familiares tomaram conhecimento da doença; tratamento anterior à internação no hospital de custódia; os sentimentos que envolveram esses familiares nos entrelaçados da doença mental e do ato delituoso; a perspectiva da família na desinternação; os desafios que consideraram pertinentes à desinternação e, por fim, o suporte institucional esperado pelos familiares.

• PERCEPÇÃO DA DOENÇA MENTAL

Constatamos nas entrevistas realizadas o fato de que, apesar de toda a conjuntura de mudança e tratamento voltada à doença mental, esta ainda é muito incompreendida pelos entrevistados. As maneiras de percepção acerca do surgimento da doença são múltiplas e relacionam-se de acordo com os níveis socioculturais das famílias e a gravidade dos sintomas da doença manifestada pelos internos. Com efeito, é oportuno trazer para este estudo as falas dos familiares transcritas a seguir:

[...] a gente achava ele tipo impulsivo, teimoso né... [...] A gente percebia que ele era aquele menino impulsivo, que ele queria as coisa né (E 1).

[...] Eles achavam que era “senvergonhesa” e por eles continuar as atitudes dele foi que a gente viu que não era normal, que quem é normal não quer sofrer...[...] Foi aqui na unidade que descobriu... achavam que era espírito... (E10).

A gente só tinha como se fosse problemas de *nevo*, né? Porque a nossa família, a nossa mãe era uma pessoa muito *nevosa*... Ai, a gente só achava isso sabe?(E 12).

Percebemos que os sintomas da doença foram muitas vezes vistos pelos familiares como comportamento popularmente dito estranho e, mesmo fugindo ao padrão de conduta de procedimento normal, reconheciam como impulsividade, teimosia, desobediência e problema de nervos, mas longe de um olhar direcionado aos sintomas da doença mental. Essas falas demonstraram o desconhecimento da doença, o despreparo das famílias em lidar com o portador de transtorno mental e, por conseguinte, o retardo para iniciar o tratamento.

O diagnóstico de esquizofrenia, expresso com o maior percentual de doença mental na pesquisa (52%), foi apontado nas falas como uma circunstância de percepção difícil. Segue relato das famílias quanto à percepção:

Normal, normal, normal.... Passou a infância, passou a adolescência.... Não estudou pelas condições financeiras da família, foi isso? [...] ele já tinha vindo embora de São Paulo pra cá, com essa perturbação dele... Em 2008 ele veio me visitar aqui em Fortaleza, bom, quando foi em 2009 ele já veio doente da cabeça já.[...] O que ele fez lá não foi... Ele não é uma pessoa normal... Porque a gente, *dento* de casa, muitas vezes ele vinha, ficar, disse: “ó, tem gente em cima do telhado que quer vir me pegar...”, “abre a porta, deixa eu sair, que tão tudo dormindo, eu quero subir, aproveitar quando ele *tão* sumindo”. Às vezes ele saía de casa, desabava nos *mato*, mas dois, três dias ele voltava normal, ele *mermo* vinha pra casa... A gente ia atrás do, do... Minhas duas *irmã* ia atrás dele, minha mãe pagava as *pessoa* pra ir atrás dele... Ia... Às vezes achava ele e voltava normal... Muitas vezes, ele dentro das *mata mermo*... Acho que quando dizia, do nada, ele aparecia em casa.. [E7].

[...] um homem já, de.. 18 *ano*.... ... Namorava com uma menina num projeto de irrigação e trabalhava mais meu irmão. [...]. Aí, essa menina que ele namorava terminou o namoro, aí ele começou a ficar perturbado, ir pros *mato*, ficava escavacando fossa, tudo... [...] É... Aí, aí a gente pegou ele, *levamo* pra consulta, que a gente percebeu que ele não tava normal, levamos pra consulta e ficou fazendo o acompanhamento...[...]. Aí ele ficava escavacando fossa, era nos *mato*, acuado... Só que o doutor disse que era... Como é, meu Deus? Que era, que a pessoa surta de vez em quando... Como é, meu Deus? É... Esquizofrenia [E12].

Ele era normal, até fazia os serviços mais burocráticos, [...]... O serviço controle mais burocrático que tinha no hotel, e não tinha nem computador nessa época, o computador foi botado lá em 2000.: Ele fazia um mapa desse tamanho assim...[...], o ‘interno’ eu pergunto cadê a roupa suja ele não quer conversa não e taca a porta do quarto, [...] Ele batia na porta , ele dizia “Quero conversa não, quero conversa não [...] Dezoito anos e também porque tinha terminado o noivado... [...] Em novembro ele terminou, sei qual foi a data não, faltava um mês, a gente tava até procurando o vestido dela... Aí ele terminou o noivado, pediu pra sair do hotel, aí [...] pediu pra sair do hotel e terminou o noivado aí não era uma coisa norma l” Porque você vai sair?” aí ele “Não, mamãe eu vou sair mas vou continuar os estudos lá no Lourenço Filho” era um curso que ele fazia lá, ai eu “Tá bem, vá que eu pago”, aí ele “Não, eu vou receber meu dinheiro, pode deixar que eu pago”, aí eu disse “Tá certo”, mas ele não foi pra Lourenço Filho, ele não foi pra canto nenhum, ficou dentro de casa, deitado no sofá. (E3)

Percebemos nas falas a noção de que, apesar da mudança de proceder apontada pelos internos em decorrência das características da doença, com delírios e alucinações, esses sintomas não sinalizaram para as famílias a gravidade da doença. Perceberam que não era uma situação normal; inclusive, alguns buscaram atendimento psiquiátrico, mas sem a menor noção de que ali se manifestava uma patologia de grande acometimento na população. Desconhecendo mais uma vez os riscos que a doença expõe ao portador de transtorno mental, não atentaram para a

ideia de que a alteração do comportamento pudesse chegar à prática de atos delituosos. O surto psicótico apareceu para as famílias como algo inesperado, em virtude de que, anteriormente às primeiras manifestações da doença, os internos comumente exerciam atividades normais de estudo, trabalho, lazer, relacionamentos afetivos, entre outros.

Alguns familiares revelaram que só tomaram conhecimento do diagnóstico de transtorno mental dos internos após o delito cometido.

Só que eu só soube da doença dele depois do homicídio. [...] Eu nem imaginava o que era... Pensei que podia ser qualquer coisa...[...] Ele surta e é esquizofrênico...(E13).

[...] Ai aqui que foi detectado essa esquizofrenia que a gente não sabia nem o que era essa esquizofrenia ... [...] Foi... foi quando foi descoberto né os problemas deles Foi aqui na unidade que descobriu... achavam que era espírito... (E10).

Essa situação demonstrou, mais uma vez, a dificuldade da família em reconhecer os sintomas da doença, e constatar que, sem acompanhamento nem controle da doença num surto, todos os que convivem com o portador de transtorno mental se fazem vulneráveis as suas atitudes de agressividade e violência.

Há situações em que as famílias tomaram conhecimento da doença mental desde a infância e buscaram tratamento. O modo como foram conduzidos esses tratamentos não evitou que na vida adulta os internos se envolvessem com práticas delituosas, sendo judicialmente internados no hospital de custódia.

Desde que nasceu com seis meses [...] Ai começou, ele estudava, era um menino queto, toda vida ele foi caladão, ele não era de ficar no meio das criança, brincar... ele nunca gostou.. Aí com 9, 10 anos, ele era agressivo, ele brigava com os irmão, batia nos irmão... Um dia que eu cozinhei uns ovo de galinha, cozinhou os ovo, ai ele foi brincar com os ovo ai eu disse "Menino, será que esse menino é normal? Criança com 9, 10 anos com essas coisa..." Aí levei ele na psicóloga, Aí ela disse assim, "Bora fazer assim, com 10, 11 anos se ele continuar com essas coisa vamos fazer um, fazer um eletro, bater um eletrograma da cabeça desse menino...[...] Aí constatou que ele era anormal, estudando sempre né... ele nunca foi uma coisa normal, normal... de dizer normal, porque é...(E 11).

Desde que ele nasceu. Quando ele nasceu notava que tinha um cesto na cabeça. Aí eu deixei passar. [...] Quando inteirou nove anos foi crescendo eu botei ele numa creche. Ele lá foi expulso várias vezes com esses problemas. Foi atropelado duas vezes. Caiu de cima do muro. O pessoal batia nele.Com dezessete anos quando fez uma chapa, aí a chapa deu e vem fazendo tratamento direto. Já teve no Suliano, Myra e Lpoes [...] (E14).

• HISTÓRICO DE TRATAMENTO

O tratamento por meio de isolamento, abandono e exclusão foi por muito tempo o modelo de terapia e abordagem ao doente mental. Ao longo dos anos, entretanto, esse modelo foi amplamente criticado, contestado e marcado pelos movimentos sociais em prol da Reforma Psiquiátrica, busca de um modelo de atenção humanitário em convívio familiar e social.

O histórico de tratamento realizado pelos internos, anteriormente à internação no HCTPGSG, coincidiu para alguns com o período anterior à Reforma Psiquiátrica, quando só existiam os hospitais de atendimento de emergência e internação e os demais já adoeceram no momento atual do novo modelo de atenção alcançando, após o Política Nacional de Saúde Mental, a implantação dos dispositivos de atendimento comunitário, em especial, os centros de atenção psicossocial. Esta situação é retratada nas seguintes falas,

O nosso lar esse meu menino lá teve lá, sabe onde é o outro canto também que as vezes aqui aculá eu gosto de levar ele? Lá no hospital mental da Messejana, lá mesmo ele já foi internado só mesmo pra modo de se recuperar um dia.. [...]. Assim, nesses cantos tudo, assim oh... no nosso lar, ele passou três mês, São Vicente de Paula, na Mangabeira na casa de apoi, [...]. (E8).

Foi, ele ao médico e tinha a receita dele e tudo, mas ai ele perturbado pegou a receita dele pra fazer cigarro...(E7).

É... Aí, aí a gente pegou ele, *levamo* pra consulta, que a gente percebeu que ele não tava normal, levamos pra consulta e ficou fazendo o acompanhamento. Aí teve também um tempo internado em Messejana, que uma vez ele veio pra casa de uma irmã minha que era enfermeira aqui em Fortaleza e, na casa da minha irmã, ele saiu correndo na rua. (E 12).

Antes do manicômio, ele *tava* fazendo um... Um... *Tava* sendo acompanhado pelo doutor Sávio, lá na Multiclínica. (E4).

[...] Acho que tinha uns vinte. Vinte e poucos *ano*..[...] Já era um homem, já. Já era um homem [...] Na época, eu não me lembro, doutora, ó... Mas ele tinha surtado antes... Inclusive, eu internei ele no Myra y López e no Soriano... Tenho os papéis que comprovam que ele ficou internado nessa época. Não me lembro quantos anos ele tinha... [...] Aí o doutor mandou ele ser acompanhado *per* um médico. Aí, ele não quis ir... Eu também não liguei porque eu achava que não era coisa *graves*... Aí... Aí ele ficou bom com o tempo...[...] Aí passou o tempo... Ele teve novas crises... Quando aconteceu o que aconteceu... Dele ter cometido homicídio de ter matado a namorada... (E13).

[...] fiquei três meses com ele internado no Crato.[...] Tem caps e o doutor vem atender lá no posto de saúde, de três em três mês, depende... Do retorno que ele faz pro paciente [...].(E11).

[...]: Aí depois que a gente viu que ainda tava muito esquisito ainda, aí foi que alguém falou “Leve o ‘interno’ no médico” aí a gente levou ele no caps..[...]. Mas abandonava...[...]. (E1).

[...] Pronto, aí nunca mais parou, Nosso Lar, IPC, Messejana, o Miray e Lopez que fechou né, todos, todos ele esteve internado, nunca mais parou... Nunca mais. (E3).

Observamos o fato de que antes da internação no HCTPGSG, foi comum nas falas dos entrevistados a procura por tratamento médico, haja vista a gravidade da doença, denotando que os internos, na maioria, tiveram várias internações nos hospitais de atendimento psiquiátrico.

Nos centros de atenção psicossocial nos municípios onde foram implantados ou nas proximidades dos locais de residências das famílias, estas buscaram tratamento. Nas falas, entretanto, alguns entrevistados referiram não conhecer, assim como nunca ouviram falar a respeito de seu funcionamento. Outros familiares buscaram atendimento nas unidades de atenção básica ou nos hospitais gerais dos seus municípios.

Não, a clínica não tem, é só a medicação, pra ele se manter e fica bem quietinho... eu acredito.[...] acho que o lugar mais perto que tem é Sobral, que mexe com esses negócio de clínica é Sobral...(E7)

Não, ele só começou a conhecer o caps depois que veio pra cá, na primeira vez...[...] Não... nada! Só ia pro Nosso Lar, Miray Lopez.(E3)

• SENTIMENTOS

Os sentimentos que o transtorno mental associado a delitos desperta na família estão em falar o quanto a doença mental é ainda não compreendida e difícil de lidar. A pesquisa revela que a expressão desses sentimentos varia conforme o estado de envolvimento emocional e laços afetivos de parentesco do familiar com o interno e, em alguns casos, destes com a vítima, como também da compreensão e da aceitação que a família tem da doença mental. Família que não tem informação e conhecimento sobre a doença mental pode levar a sentimentos e atitudes de incompreensão e intolerância.

No momento que aconteceu, a gente sentiu aquela revolta porque a gente cuidava bem *direitim*, fazia um horror de coisa por ele [choro] e aconteceu [...] Foi horrível...(choro). Eu fiquei três dias dentro de uma rede na sala... (E 12).

Difícil. (...) “de carinho com ele”(...) porque.. tanto,,o que ele fez lá não foi... ele não é uma pessoa normal. Pois é né... porque aí é difícil né [...]. (E7).

Aí é muita tristeza, doutora. É a maior tristeza pra mim porque eu vejo o meu irmão preso, sofrendo... Você sabendo que ele é doente, que ele precisava de um tratamento, precisava de tratamento fora daqui... É triste, doutora. [choro] A senhora não sabe o quanto isso me angustia. [...] Acho que pros *meu menino*... Eles devem ter vergonha. (E4).

Não vai ninguém cuidar do 'interno', ninguém quer cuidar do 'interno', ninguém quer se aproximar do 'interno', ninguém, só eu que sou mãe, mas tenho medo dele pavoroso, sabe assim um nervosismo dele tão grande, que só vendo. Venho nervosa, toda vida que eu venho tenho que fazer me acalmar primeiro. (E3).

É difícil explicar porque o que eu quero pro meu irmão é o melhor... Porque é muito difícil pra gente, [...]. (E6).

Bom... O sofrimento é porque eu acho, assim, que o 'interno', devido às *droga*, ele passou muito pouco tempo, assim, comigo e com a família, tá entendendo? Eu acho, assim, que eu quero... É... Adquirir tudo aquilo que eu perdi, tá entendendo? E, pra mim, eu sofro muito só em pensar, assim, que eu não pude ter, assim, muito tempo perto dele. [...] Porque hoje eu vejo que ele sofreu muito porque ele estava sendo julgado. E hoje eu vejo o quanto ele sofreu sem saber o que estava falando. (E3).

Fui respirando... Aí ele tá no presídio, aí veio aquela história de ir pra presídio... Ainda bem que eu trabalhava... Porque, na época... Você ter um filho e descer num presídio, doutora... Que eu não tinha marido mais... Não tinha emprego... É triste, doutora... Mas é muito pesado. Porque a vida de quem tem filho preso, em manicômio ou não, é triste. A mãe que disser que não é triste, é mentira. Então, o sofrimento é tanto, é grande, tanto no físico como no financeiro. Só quem sabe, nessa parte aí, quem é que passa no *poblema*... [...]. (E13).

[...] assim, ele não me dá segurança deu me aproximar dele, ele me causa ó medo, mas isso não deixa deu ama-lo. (E10).

[...] Aí depois que aconteceu isso foi só sofrimento pra mim, porque eu poderia tá e casa ele se tratando, porque é sofrimento pra mim e ele, eu acho que sofro mais do que ele...(E11).

[...]tá sendo muito difícil, muito difícil... as coisas desandaram,[...] Tá todo mundo sofrendo..(E2).

[...] tormento, porque ele nunca saiu de perto de nós. Saio daqui angustiada. Muita falta. [...] Difícil em todos os sentidos. Pra ser sincera não é bom não. (E15).

No decorrer das falas dos entrevistados, foi comum o uso da palavra “difícil”, denotando uma preocupação permanente de não saber o que fazer, como agir e reagir com a doença, a quem recorrer num momento de crise dos sintomas.

Apreendemos, ainda, a noção de que o portador de transtorno mental internado no hospital de custódia é compreendido pelos entrevistados como um

momento de uma experiência difícil para eles, mas que, para a família, esse sentimento é potencializado ao conviver com incerteza, rejeição, medo, preconceito, vergonha e inquietude, de como serão o encaminhamento do processo judicial e a convivência do interno na comunidade hospitalar.

A palavra “sofrimento” foi também muito expressada, significando, entre outros, dor, tristeza, saudade, angústia em ter um familiar, além de doente mental envolvido com questões judiciais.

Percebemos, ainda, que a sobrecarga emocional dos familiares pode estar relacionada à convivência da manifestação dos sintomas da doença, à violência anterior à internação no hospital de custódia e da incerteza de como será após a desinternação. Esse sentimento na pesquisa foi revelado por intermédio do discurso que se segue:

[...] se o 'interno' sair daqui eu morro logo e é ligeiro, eu não posso morrer não... Olhe, e tenho batida na perna, batida no braço, batida no punho, tudo de queda do 'interno' [...] O 'interno' não me matou porque Deus sabe que só quem vive com ele, sou eu, todos tem medo, minha neta ela veio aqui, agora ela chorou muito porque viu ele naquele canto ali [...]. (E3).

Vale ressaltar o fato de que os entrevistados em seus relatos de sofrimento apontaram o HCTPGSG como local de proteção, guarda e segurança, pela falta de conhecimento da doença mental, por ser diferente das demais unidades prisionais, e a vulnerabilidade em que os internos ficam após os delitos praticados em suas comarcas de origem, ocasionando, muitas vezes, temor no seio familiar.

Tudo tem um tempo pra ele ficar né, esse tempo que ele ficou aqui ele foi guardado, foi protegido... Num é que o manicômio seja uma coisa ruim não, ele foi uma coisa muito boa pra ele, protegeu, guardou, né? (E9).

[...] porque tá *guardadim*, ninguém vai matar ele. Porque a família dele, não é todas não, mas tem dois que jurou na minha presença, jurou mesmo, disse que na hora que ele saísse, matava ele.(E12).

Eu acho é bom... eu acho é bom, que eu venho aqui visitar ele e vejo ele [...] Aqui não tem perigo de bulirem com ele né? (E5).

Ele tá guardado. (E14).

Manicômio pra mim é tudo, tudo...(E3).

[...] aqui é mais seguro. É uma segurança [...] aqui só sai se vierem buscar. (E15).

[...] agradeço a Deus de existir o manicômio. (E16).

• DESINTERNAÇÃO

Ao serem indagados quanto à possibilidade de desinternação e ao retorno do interno ao convívio familiar, os membros da família denotaram na pesquisa um comportamento revelador de uma quebra de paradigmas, porquanto indicou o senso comum de que a família em geral rejeita seus parentes com transtornos mentais internados em hospital de custódia. Constatamos haver, na maioria das famílias, uma boa aceitação e interesse quanto ao seu retorno, conforme relato das falas a seguir:

[...] eu queria tirar meu filho... eu queria ver a presença dele, é o único que eu tenho comigo né... Tem hora [...] que eu num... que se Deus já tivesse me tirado dessa terra por tudo que eu já passei, meu filho depois disso tudo aí ficou foi pior, era melhor pra mim, porque é ruim você viver com a falta de uma pessoa, de um filho teu, sem poder fazer nada, só Deus né . (E11).

Num tem problema, [...]. Que eu lhe digo do fundo do coração, num tem *problema*, eu recebo meu filho de todo coração. (E13).

Aí, eu fico imaginando: meu Deus, quando é que meu irmão vem pra casa? Quando é que a gente vai chegar lá e dizer 'vamo embora!'. Porque eu acho que seria a alegria maior do mundo [choro] e é isso que eu quero, eu quero levar ele pra casa. (E 6).

Não, não... Porque é irmão da gente e a gente não pode abandonar não, ruim que seja a gente tem que acolher porque é irmão né, e na situação dele que a gente sabe a situação dele, a gente não pode abandonar não... (E 7).

Alegria. (E 5).

Do universo pesquisado, no entanto, três familiares expressaram total rejeição em recebê-los. Esses internos encontram-se institucionalizados há mais de 15 anos. Seus responsáveis se constituem, respectivamente, de duas irmãs referentes a cada interno e de uma mãe. As três, atualmente, estão idosas e doentes com dificuldades de locomoção. A mãe visita o interno semanalmente e as irmãs há anos não comparecem à unidade. Quinzenalmente, estas irmãs providenciam um portador para trazer à unidade lanches e material de higiene. Ambos são beneficiários da previdência, sendo um com aposentadoria por invalidez e o outro beneficiado pelo BPC-Loas. Vale ressaltar que as irmãs vieram à unidade por convite nosso, sendo antecipadamente esclarecidas de quais eram os objetivos, com horário previamente agendado. Ao dialogarmos com a mãe a respeito da não aceitação da desinternação do interno, ela relatou que:

[...] é melhor morrer, do que ver o 'filho' voltar para casa:....Ave Maria, ele me mata... a primeira que ele vai matar sou eu, eu já disse: "Meu Deus, eu não posso morrer primeiro", a minha conversa com Deus é essa, eu não posso morrer primeiro, leve meu filho, meu filho sofre muito... se meu filho tivesse condição de ficar em casa dando de comer a ele, dando banho nele... porque ele não toma banho só não, pra tomar banho eu tanto tinha que me banhar como ele, eu jogava água em mim, jogava nele...'interno' queria se barbear, quem ia barbear ele lá em casa era um moço.(E3).

O relato dessa mãe aponta o quadro crônico de esquizofrenia desse interno. Ela tem no momento 75 anos e o filho é dependente de cuidados e necessita de um controle medicamentoso permanente. Em 2005, foi admitido por cometer um homicídio (art. 121), tendo por vítima uma senhora desconhecida numa praça da cidade de Fortaleza, por arma branca, sendo na época notícia televisiva e revolta da população pelo ato delituoso cometido. Em 2010, foi desinternado, retornando ao convívio da família, porém, esta não teve suporte para mantê-lo, internando-o várias vezes, nas unidades hospitalares de atendimento psiquiátrico. Em menos de um ano de desinternação, retornou ao hospital de custódia porque, no decorrer de uma das internações, agrediu uma profissional de Enfermagem, sendo reinternado há quatro anos na unidade, por determinação judicial.

Na unidade de custódia, este interno não interage e, no momento da realização da pesquisa, estava isolado dos demais internos. Recentemente, incendiou o colchão que lhe pertencia, ocasionando-lhe queimaduras graves, inclusive com internação no IJF de Fortaleza. Sua mãe o visita semanalmente, trazendo assistência material de uso pessoal e lanches, e evita, por medo, aproximar-se dele por agressividade dele para com ela. Esse histórico familiar remete a uma reflexão de quais medidas terapêuticas o interno pode ser beneficiado conforme a Política Nacional de Saúde Mental.

O longo tempo de internação revelou nas entrevistas não ser necessariamente um indicador de rejeição e perda do vínculo familiar. Há situações em que, mesmo com o tempo duradouro de internação, os vínculos afetivos permanecem. Uma entrevistada relatou visitar o filho internado semanalmente às quartas-feiras e aos domingos, tentando supri-lo com apoio afetivo, emocional e, apesar da dificuldade financeira, com assistência material, expressando, acima de tudo, desejo de sua liberação judicial ao convívio familiar. Podemos constatar na fala a seguir reproduzida:

[...] Eu acho, assim, que ele perdeu muito tempo e eu também, assim, por causa de uma boa, assim, conversa com a pessoa, de orientação... Porque

ele poderia ter saído e já tá, assim, num tratamento melhor, tá entendendo? Que eu creio, assim, na transformação dele... O que eu quero, assim, é a transformação dele... Dele mostrar que ele é capaz de ser mudado, ser transformado, né? Porque né brincadeira não... O tempo que eu tou sofrendo e ele também... E quanto mais tempo ele passar aqui [...] eu quero receber o 'interno', assim com amor, que eu espero assim, espero não, tenho certeza que Deus vai fazer um grande milagre na vida dele, uma transformação né, porque a gente não teve muito assim... eu digo o 'interno', que eu queria tá muito com ele...(...) e, eu sinto a necessidade de ter ele ali com a família. (E 9).

A história de vida desse interno relaciona-se ao consumo abusivo de droga desde os 12 anos de idade. Por volta dos 16 anos, começou a praticar delitos e foi preso judicialmente quando atingiu a maioridade. Foi recolhido inicialmente no IPPS para cumprir sanção penal. Em decorrência dos sintomas apresentados pelo uso abusivo de múltiplas drogas, veio encaminhado ao hospital de custódia com vários retornos ao IPPS após melhora do quadro de saúde e vindas à unidade depois de manifestação de sintomas psiquiátricos. Por fim, há uns três anos, permanece em tratamento na unidade, totalizando 12 anos de recolhimento prisional.

• DESAFIOS

Os sujeitos da pesquisa expressaram, quanto aos desafios que enfrentam na desinternação de seus familiares no HCTPGSG, algumas questões concernentes à demanda de cuidado e ao convívio diário com o portador de transtorno mental. Esses pontos são importantes e necessários para o controle do acompanhamento dos internos, mencionadas na sequência.

- Tratamento

A terapia psiquiátrica junto aos internos foi expressa nas falas como um dos desafios mais preocupantes em manter após a desinternação, uma vez que envolve algumas situações necessárias na garantia do tratamento.

Percebemos a necessidade de acesso a uma unidade de saúde para garantir a manutenção do tratamento. Nos municípios do Estado, os centros de atenção psicossocial implantados, nas falas dos entrevistados, como já exposto, não são ainda de conhecimento de todos quanto a funcionamento e finalidade. Aqueles que conhecem abordaram como um desafio, haja vista o número ainda reduzido de

caps, dificultando o cadastro e o acesso aos internos. Quando não é possível o deslocamento dos internos aos municípios circunvizinhos que tenham um caps, a família se limita a levá-lo à unidade de saúde que existir no Município, como os hospitais de atendimento generalizado e postos de saúde, onde nem sempre acontece o tratamento adequado para o diagnóstico da doença.

Outro ponto se relaciona à medicação. Os centros de atenção psicossocial estão muitas vezes em precárias condições de assistência material, não havendo o acesso à medicação, sistematicamente.

[...] eu acho assim, a falta dos remédios se eles não tomar e se eles voltarem a usar droga.(E10).

Não, a dificuldade que tem é quando eu não tiver como arrumar os remédios dele na hora que né... É porque os remédios dele não falta, eu sou tão prevenida [...] Na prefeitura... Às vezes eu falo com os vereador e eles arruma, quando tá faltando lá naquele lugar lá , eu peço dinheiro aos vereador e eu compro na farmácia... é assim...(E8).

Não, a clínica não tem, é só a medicação, pra ele se manter e fica bem quietinho... eu acredito... [...] Não... acho que o lugar mais perto que tem é Sobral, que mexe com esses negócio de clínica é Sobral...(E7).

O número reduzido de profissionais nos caps é apontado como outro desafio, uma vez que, não tendo atendimento médico, não há prescrição para o controle medicamentoso, tampouco o atendimento de reabilitação psicossocial pelo restante da equipe interdisciplinar.

Eu vou pro caps, não tem psicóloga, não tinha assistente social e nem tinha o psiquiatra, agora tem o psiquiatra, agora tá com mais ou menos uns dois meses que ele tá lá né [...] Difícil o tratamento. Nunca fica uma equipe completa... Psicóloga, assistente social, psiquiatra... né, ai é muito difícil, fica os outros...[...] Difícil o tratamento... (E10).

O transporte para locomoção dos internos à unidade de saúde é outro desafio para a família. As prefeituras dos municípios não conseguem efetivamente garantir o transporte e as famílias em geral não dispõem de recursos financeiros para efetuar o pagamento.

Por causa do transporte né, agora se fosse uma coisa que fosse coisa que eu conversasse com a prefeitura e a prefeitura desse né? Carro pra levar nos dias certos né, era muito bom...(E8).

[...] A gente tá vindo todo final de semana, sem a gente ter condição... E esperando também pela vontade da Prefeitura, porque não é sempre que eles podem disponibilizar o carro... Que é muita gente, né? Cidade pequena. E... Mas, sempre eu fico pedindo a um, lá na Ação Social... Vou na Câmara pedir, às vezes, o carro... Às vezes eles dão, às vezes não tem como... E... Mas, eu sei que *tão* ajudando da maneira que podem, né?(E6).

É... sempre espera isso... Porque eu pedia muito pra... pra agilizar e trazer ele logo aqui pra Messejana pra ver se ele melhorava... Eu pedi não foi só [...]. (E11).

A adesão ao tratamento pelos internos é mais um desafio enfrentado pelos familiares. Os internos, muitas vezes, não aceitam a condição de enfermo da doença mental e se recusam a fazer o tratamento, tanto em comparecer às unidades de saúde como em tomar a medicação. Por outro lado, os familiares, à medida que são despreparados para lidar com a medicação, almejam resposta imediata no tratamento, por vezes, dificultando mais ainda a aceitação pelo interno. O interno, não aceitando o tratamento, traz insegurança e medo de cometer novo ato delituoso.

Aí, nesse tempo, ele já *tava* em crise... Aí eu tentei internar ele [...]. Aí ele disse que não *tava* doido, quem *tava doido* era eu [...] Dele não me obedecer, de não tomar o remédio... ... Porque se ele não tomar, ele vai ter novos *surto* e pode fazer coisas até piores... (E13).

[...] o tratamento ele quer e num quer, é doutora, as vezes ele mesmo pede e as vezes acha que não precisa... a dificuldade é essa... que a dificuldade sabe como é? Que ele acha que não precisa tomar medicamento porque ele não é doido [...] tinha dias que ele ia com a minha irmã, numa boa, nos dias da consulta, era acompanhado, só que ele não aceita... ele diz que não é doido, não quer ... Isso é remédio de doido, vou tomar esse remédio não...(E1).

Mas ele não quer tomar nem a injeção e nem os remédios, ai ele fica assim né [...]. (E10).

Não sou doente, não sou louco. (E16).

- Situação Econômica

As influências econômicas negativas das famílias para prestar assistência material e apoio afetivo aos internos são mencionadas nas falas, desde sua permanência na unidade. Na desinternação, torna-se relevante, uma vez que, em geral, o interno não tem vínculo empregatício nem o BPC da previdência social, sendo todos os seus cuidados com assistência material, como alimentação, vestuário, medicação e transporte, assegurados pela família; ou seja, no orçamento familiar, as despesas relacionadas ao tratamento são prioridade, mediante a necessidade do controle da doença.

[...] Não, a dificuldade é porque a situação financeira não é fácil né, ai pra vim tem dinheiro de passagem, tem tudo, num sei...[...] Tem assim, porque de poquim em poquim um familiar vem deixar, ai né já é uma ajuda, pra economizar já o dinheiro da vindo, ai da volta meu pai já me deu... ai meu

pai compra alguma coisa eu eu trago pra ele, sabe, eu to tendo ajuda nesse sentido, porque eu tenho ajuda da minha família...[...] ai ele não teve sorte com esse auxilio reclusão,é complicado, muito complicado.(E2).

[...] E sobre alimentação eu num dá pra viver bem, bem [...], nós se vira, aluguel essas coisas, eu tenho que me virar, num tenho muita saúde não, mas Deus dá um jeito, minha família me ajuda, os de Brasília, lá de Tamboril, às vezes eles mandam 100 reais, o outro manda feijão pra mim...(E5).

[...] Em relação a eu trazer as *coisa* pra ele, enquanto eu tiver recebendo dinheiro, com certeza, não vai faltar nada não. [...] O dinheiro... O dinheiro dele... O dinheiro que eu quero que ele seja aposentado pra ele continuar recebendo. Até por causa dos filho dele também.(E4).

- Preconceito

O preconceito de alguns membros familiares e da comunidade ainda é um problema apontado nas famílias como desafio. E, portanto, as falas registram situações em que os internos são marcados pela comunidade, quando, por menor conduta de comportamento que apresentem, são vistos como ameaça, presos e encaminhados novamente à unidade hospitalar.

Bom, a dificuldade que a gente... A gente sempre tem, né? Num é dinheiro, essas *coisa*, não. É o dia-a-dia mesmo, né? É o povo que gosta de acusar, de julgar as pessoas, né? Só isso mesmo, né? [...] Porque as *pessoa* num julga mal os *outro*, né? Porque teve preso, porque... Né? Num faz diferença? [...] Sim, o preconceito,[...] E... Que eu não gosto muito dessas *coisa*, eu não faço isso com ninguém... Eu gosto de *tá* perto de pessoas *humilde* mesmo. É isso aí... A única coisa que eu acho que vai ter um pouco de preconceito, né? Preconceito sempre tem, em todo canto, né? Às vezes se recusa até de falar que existiu alguém na família da gente que foi assim, que foi assado, né? E a gente... E é isso, né?(E3).

E assim a minha revolta é quando alguém dá parte... dá parte de alguma coisa dele, o juiz não leva em consideração em deixar ele separado... ele joga no presídio junto com os outros, e os outros maltrata [...] Eles são tratados não é como gente, como pior do que bandido, que acha que são bandido... e eu vejo bandido é sem respeitar dentro do presídio, entendeu? E é essa maneira que eles são... ele tendo o laudo, ele tem todo os processo do meu irmão, quando eu pego tem o caso de todos dois, tudo. O que for daqui eu tenho guardado lá em casa [...] Isso ai é uma coisa [...], que doi a própria irmã ver que tá lá num setor desse sem tá com uma condenação nenhuma, então é problema de loucura e loucura tem uma clinica pra internar e o medico examinar e passar o remédio correndo. (E10).

Agora, a sociedade... É... Muitas pessoas... É... Acha que o manicômio tem pessoas que jamais vão sair desse local. Eu já conversei com pessoas que acha: "valha! E esse local aí, tem pessoa que... Ninguém pode sair? Tem pessoas muito *louca* lá dentro que não pode mais sair de lá, né?". Eu já ouvi muitas pessoas falarem isso lá fora, né? E também é algo, assim, que você

tem que, que... Eu acho que o 'interno' precisa daquele, daquele trabalho de se *reassocia* com a sociedade novamente, né? Porque as pessoas podem... É... É... Como é que é, meu Deus? Eles podem julgar uma pessoa só por estar, assim, num local desses, né? E criar até outras coisas piores, como foi criado com ele [...]. (E3).

Eu, com toda sinceridade, eu não sei dizer, não. Quando ele tá lá no presídio é uma coisa, né? No manicômio é outra... Ele é muito mais *aceitado* lá fora com preso normal do que um preso com problemas mentais... (E13).

- Medo de represália

O medo já retratado nas famílias surge também como um desafio na desinternação. Os familiares revelaram o medo que têm de vingança das famílias das vítimas. O temor de represália dificulta, inclusive, o tratamento, uma vez que a família evita procurar os serviços de saúde se do Município que disponibiliza o atendimento for também o residente da família da vítima.

A senhora tem medo é? Aí eu tenho medo, eu tenho medo sabe... Porque você sabe que a família não foi contra, mas sei lá que às vezes tem um mais novo, um sobrinho, você sabe que família é bicho que né, o sangue estoura né, é isso aí.... Não, espera aí óh... eu nunca botei o tratamento dele lá no CAPS do Marco sabe por que? Porque no Marco é o lugar onde ele matou o cara, o cara é de lá do Marco....(E8).

[...] E a família tá muito revoltada e disse que, na hora que ele voltar, vinga a morte. Aí, a gente não tem pra onde levar. [...] Porque a família dele, não é todas não, mas tem dois que jurou na minha frente, na minha presença, jurou mesmo, disse que na hora que ele saísse, matava ele. [...] Vai ter problema com a comunidade, com o pessoal lá que quiseram linchar ele no dia [...]. Mas vai ter problema porque a gente não quer que ele morra não.(E12).

A gente tem um receio... De ficar aquele receio... Num fica? Todo dia passa: "Ex-presidiário é executado e tá... Tá... Tá..."... Então, o que fica... Quer dizer... Vem alguma coisa...[...]. Eu vou tentar aposentar ele. Vou mudar de... Se eu puder de Estado, melhor pra mim [...] Não... Digo assim porque eu tenho uma casinha da minha mãe lá em Parnaíba, que é o Piauí... Se, por acaso, for possível... Eu num tirar aqui do Estado... Do que ele ficar aqui [...] Eu queria que, bom, né, da família vir e mandar matar...(E13).

- Recidiva ao uso de droga

No caso dos internos que foram usuários de droga, a desinternação passa para a família como um desafio, pelo temor de que haja uma recidiva ao consumo e o medo pela mudança de comportamento que denota no meio familiar.

Familiares expressaram a dificuldade que têm de controlar o uso da droga junto ao interno e do receio a vir cometer outros atos delituosos.

Tirar ele da droga. [...] Se ele usar droga. [...] Se ele não usar tá tudo perfeito, mas se ele usar eu vou caçar um internamento pra ele de novo...(E5).

• SUPORTE INSTITUCIONAL NA PERSPECTIVA DOS FAMILIARES

Os familiares questionados quanto à expectativa de suporte institucional durante a permanência do interno na unidade hospitalar como na desinternação, demonstraram a necessidade nos seguintes aspectos traduzidos nas falas reproduzidas na sequência.

- Benefício de Prestação Continuada- BPC

Foi muito comum nas falas dos entrevistados o apoio no encaminhamento ao BPC em virtude da dificuldade financeira na manutenção diária dos internos com alimentação, vestuário, medicação, entre outros. Este benefício objetiva o apoio financeiro à subsistência daqueles sem condições de prover o autossustento. Há dois anos, no entanto, foi editada a Portaria conjunta nº 2/2014, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Secretaria Nacional de Assistência Social, restringindo a concessão do benefício àqueles que na condição de sua deficiência estiverem institucionalizados em regime fechado.

Esse apoio é esperado pelos familiares nas informações sobre obtenção do benefício e na declaração médica do diagnóstico da doença mental para fins de dar entrada do benefício junto à previdência social.

O apoio, eu acho, assim, que eles deveriam dar o auxílio deles, né? (E9).

[...] não... a respeito... eu queria saber se tem condições dele receber alguma coisa, né? Ficar recebendo alguma coisa pra ficar comprando o medicamento dele, né? [...] Não... o que a gente queria mesmo era conseguir um benefício pra ele, pra melhorar a situação... porque lá a gente vive, os outros pessoal lá vive tudo na roça mesmo, não vive de trabalhar carteira assinada não...(E7).

Por isso que eu quero o benefício dele não era pra me sustentar ou sustentar meus outros filhos, é pra sustentar ele, comprar uma chinelinha pra ele, os remédios... Comida pra mode eu não deixar faltar...(E8).

Em geral, os familiares não conhecem a Portaria conjunta nº 2/2014, que restringe a concessão do benefício e prestação continuada àqueles que tiverem institucionalizados em regime fechado. Nesse sentido, foram esclarecidos quanto à portaria e da possibilidade de ser dada entrada logo após a liberação.

- Tratamento de atenção aos riscos e danos para usuários de droga

Como já apresentado nesta pesquisa, no gráfico 17, 72% dos internos já fizeram uso de drogas lícitas e ilícitas anteriormente à internação no hospital de custódia em estudo. As falas dos entrevistados perpassaram o desejo de um tratamento ao combate do consumo de drogas no período de permanência na unidade. Apresentaram, no decorrer de suas falas, as dificuldades em lidar com o interno quando em consumo abusivo das drogas em virtude da imprevisibilidade de seus comportamentos e o temor da prática de novos delitos.

Esperam que, institucionalizados, haja um tratamento direcionado à especificidade da questão, conforme a Política Pública Brasileira para Atenção ao Uso Prejudicial e Dependência de Álcool e outras Drogas, para que, no período da desinternação, possam estar em condições de retornar ao convívio familiar e se engajar em outras redes de suporte ao acompanhamento.

Um tratamento pra tirar ele da droga, aí eu tô feliz. Ele num tá tratando pra sair da droga, num tá? (E5).

[...] Era, eu queria o tratamento do 'interno', melhor, até mesmo dos remédios... remédios pra que ele viesse até diminuir e colocar o próprio remédio... que ele viesse melhor mais né. Assim, tem instituição pra pessoas que só usa drogas, essas coisas né... que ele pudesse fazer um tratamento sério, sobre isso aí né...(E9).

- Equipe profissional

O número insuficiente de profissionais apareceu como outro ponto preocupante de necessidade de investimento em recursos humanos com qualificação e habilidade profissional para trabalhar na área do sistema penal.

As falas demonstraram a necessidade de maior assistência da equipe multidisciplinar do HCTPGSG, visando a um atendimento adequado ao diagnóstico para garantir um melhor acompanhamento e o controle da doença e, por conseguinte, alta em condições efetivas de permanência no convívio familiar.

[...] E no, na, na psicóloga, de ser tratado, no trabalho... Tudo isso, né?(E6).

[...].. Eu acho que o apoio daqui, não só pra ele, mas pra todos, né, é que eles tivessem realmente o psicólogo, que é muito importante, né? Que eles tivessem, é, essa psicóloga tivesse presente sempre pra ajudar eles... Trabalho, o trabalho lá dentro, né? E os *advogado* que possa trabalhar junto com eles, né, lá no Fórum. Porque não pode, eles têm que ser acompanhado, né? [...] mas poderia ter um tratamento mais avançado ainda, tá entendendo? De psicólogo, mais psicólogo, né... e mais atividades para os doente, tá entendendo? Trabalho, estudo... Tá entendendo? Pra que eles pudessem assim melhorar a mente deles até mesmo no problema das drogas, porque a maioria deles são drogas né, e eu acho que poderia mudar muito mais aqui dentro... Não sei... o bom seria mais acompanhamento da psicóloga, isso aí já ajudaria muito, e muito trabalho pra eles, eles ficam parados, algum trabalho que eles fizessem... Alguma ocupação pra eles... Mesmo que eles fiquem parados, porque eles ficam dormindo, sonolento, parado, né... Não jogam, num faz nada né doutora [...](E9).

- Tempo de determinação judicial

Esse apoio relaciona-se ao desejo da família na desinternação, haja vista sempre haver demora no processo jurídico, contribuindo para que o interno permaneça mais tempo do que o previsto da determinação judicial. Essa demora se fundamenta em vários aspectos, entre os quais, estão a equipe de técnicos em número reduzido na unidade e a demora da comarca onde ocorreu o delito no encaminhamento do processo jurídico, para que se possa providenciar as solicitações requisitadas pelo juiz, no que diz respeito às condições de saúde mental do interno.

É, que fosse só esse tempo que tá determinado, esses três meses, que a minha sobrinha desse papel que ela vai trazer aqui, ela assinou, chamaram ela lá... Ei assina aqui, o 'interno' vai passar três mês em um tratamento, relaxamento, uma coisa assim [...]. (E1).

- Dignidade humana

Os entrevistados apontaram as precárias instalações físicas do prédio, a falta de limpeza, vestuários sujos, mal higienizados e bebedouro sem funcionar, como uma situação difícil e sem respeito à dignidade humana a que são submetidos. Solicitaram também um tratamento respeitoso dos funcionários junto aos internos e aos familiares.

Essa realidade se exprime totalmente contraditória à Lei nº 10.216/2001, da proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, ferindo a

LEP em seu art. nº12, quando diz que “a assistência material ao preso e ao internado consistirá no fornecimento de alimentação, vestuários e instalações higiênicas.” Diniz (p.36, 2011) acentua que “não obstante a legislação se mostre em consonância com o zelo pela dignidade humana, observa-se na prática é que as prisões não conseguem cumprir a finalidade para qual foram criadas, exceto manter o preso segregado.”

O tratamento deles lá dentro... Nas veste... [...] Nas veste deles, né? Alimentação, eu acho que é tudo bem... E no, na, na psicóloga, de ser tratado, no trabalho... Tudo isso, né?(E3).

[...] Eu acho que... Eu acho... Essa questão, essa questão, é... Física, né? É que também choca muito as pessoas que vêm da primeira vez. Eu fiquei, né? Limpeza... Higiene... Essas coisas... É... A carência tá ali. A gente vê a carência. Porque você vê, né? Quando... A primeira vez que eu entrei, que vi aquele mato ali na, bem no pátio que eles ficam... A maioria deles fica por ali, né? Aí tem aquele mato, aquela coisa ali... Já, de primeira, eu já: “vixe, Maria! Meu irmão tá... Deve tá sofrendo muito...”. Porque é sujo, não tem aquela coisa higiênica que você... Em casa você tem. Aqui ele não tem, né? [...] Pronto. Agora, sim, toda vez que eu venho, trago a limpa e levo... Eu falo pra ele: “não precisa lavar”, porque eu levo e trago as limpas... Aí do colchão, também tem a cobertura do colchão... Eu troco de quinze dias... E as roupas também...[...] Aí, a gente vê carência. Você passa ali, você vê aquela... Aqui não tem um bebedouro pra eles, né? Eu sei que às vezes a pessoa diz assim: ah, mas [...] Pois é. Aí... Assim... É a questão mesmo de higiene... Eu sei que eles não cuidam muito, né? É cada um por si, ali, faz as coisa ali...Mas, eu digo, sei lá... Eu não me sinto muito bem, assim... É diferente você entrar num ambiente que é limpo, né? Que a pessoa sente gosto de chegar, de ficar, de... Aí você sente aquele cheiro [risos]. Aí tem uns que você vê que precisa de ajuda e você não pode fazer nada... (E6).

Eu acho assim... Que deveria ter uma pessoa pra limpar aquele banheiro...[...] aquele banheiro, pelo amor de Deus... Tudo bem... Eles erraram... Mas estão pagando, não *tão*? [...] aqueles banheiros... É porque a senhora não viu esses banheiros. Num é pelo, pelo cocô... Que cocô tem que ter mesmo, que é muita gente fazendo cocô... É o chão, imundo, amarelo... Já pensou se um homem desse cai num chão daquele ali? [...] Mal higienizado... Uma queda... Pronto, é só o cara cair... Lá de vir buscar ele...[...] As roupas... As *roupa* aí tão imunda, doutora! As roupa parece um pano de chão... Não todos! Mas a família que não vem... Uns rapaz desse, uns homem desse aí, pra eles pegarem alguma doença, é bem rapidinho... E passa pros outro, doutora! Porque eles *tão* em contato com o outro... Então, doutora, só em respirar um ar... Ele num passa não, um ar pro outro não? Ou *tou*, ou sou...[...]. A roupa... Tem gente aí... Doutora, tem gente aí que tem a camisa imunda, parece que passou pior que um pano de chão... Eu acho que nem o pano da nossa casa, nem da senhora nem da minha, é tão sujo quanto a camisa desse povo... Tudo bem... Não tou dizendo que eles são santo, não, que eles cometeram alguma coisa...[....] Mas não justifica, doutora... Quem paga o nosso... Eles *tão* aqui, também, não é de graça. Tem imposto seu, da senhora, meu, de outros e outros. (E13).

Só bem tratada... Só me respeitar, pronto, como todo mundo, porque tem muitos grosseiro, mas tem nada não, venho assim mesmo [...] Como eu mereço e como todo mundo aqui... eu sei quem são os quem cuidar desses meninos, eu sei quem são...[...]. (E3).

[...] Seboseira, catinga de mijo medonho, os banheiros todos sujos.[...] o zelo, limpeza geral aqui dentro no hospital. Os banheiros [...] o medo que eu tenho é não pegar mais doença aqui dentro [...] melhorar mais limpeza [...] eu digo a limpeza geral. (E14).

Considerando o movimento de Reforma Psiquiátrica voltado ao tratamento humanizado, essas falas retratam o modelo ainda existente de tratamento ao doente mental no hospital de custódia. A falta de dignidade humana, existente no cotidiano desses internos, demonstra não haver intervenção da Política Pública de Saúde Mental.

Essa realidade não é única no Estado do Ceará, uma vez que estudos e as inspeções realizadas pelo Conselho Nacional de Justiça aos demais hospitais de custódia, demonstram que o cenário se repete com a falta de dignidade pela carência de recursos humanos, questões materiais, de higiene, vestuários e alimentação. A necessidade de redirecionamento das condutas de tratamento voltadas a esses doentes mentais é expressa com caráter de ações emergenciais pelo Poder Público, na perspectiva de atender a Lei 10.216 /2001, quando normatiza direitos e propõe diretrizes para efetivação de um tratamento humanizado a ser dispensado ao doente mental.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como foco principal compreender as questões vivenciadas pelos familiares de doentes mentais com histórico de delitos no HCTPGSG, evidenciando as dificuldades enfrentadas ao tratamento psiquiátrico após a desinternação.

A realidade desses doentes mentais é complexa, pois, além do sofrimento psíquico, vêm a perda de liberdade, como também a fragmentação das relações sociais e familiares, com a internação determinada judicialmente.

Institucionalizados no HCTPGSG, com estrutura prisional, caracterizada por isolamento e exclusão social, sua internação acontece por tempo determinado ou indeterminado na vida do recluso. Procedido ao internamento, somente após o exame de cessação de periculosidade poderá viabilizar o seu desinternamento, e nem sempre as condições de tratamento oferecido favorecem uma situação positiva.

Dessa maneira, os internos perdem não só a liberdade, como também apontam a gravidade de não estarem sendo contemplados com seus direitos, principalmente os previstos pela Lei Federal nº 10.216/01, de proteção ao portador de transtorno mental, para a implementação da reforma psiquiátrica.

Os resultados, em linhas gerais, da condição social, psiquiátrica e jurídica desses doentes mentais revelaram ser pessoas de baixo nível socioeconômico e cultural, procedentes em sua maioria da Região Metropolitana de Fortaleza, com faixa etária predominante de 28 a 47 anos, solteiros, sem filhos, com baixo nível de escolaridade, tendo mais da metade concluído, no máximo, a alfabetização, católicos, sem qualificação profissional, prevalecendo o exercício de atividades informais e agrícolas, com a maioria sem renda e número reduzido de internos contemplados com Benefício de Prestação Continuada. Esses dados denotam a incapacidade estabelecida entre o nível de aprendizagem escolar e as condições de ocupação profissional de que o doente mental é acometido, necessitando de uma assistência efetiva no atendimento psiquiátrico e reabilitação psicossocial. A maioria recebe visitas dos familiares, mesmo sem ser de maneira contínua, dentre outros, em razão de problemas de ordem financeira.

O diagnóstico da doença mental com maior predominância foi a esquizofrenia e, em seguida, o transtorno mental em virtude do uso de álcool e múltiplas drogas. A maioria já havia feito tratamento psiquiátrico ambulatorial ou

hospitalar anterior à internação. No período da prática delituosa, a qualidade desse tratamento não foi avaliada e, portanto, sem nenhuma indicação de que estivesse na época em controle do acompanhamento psiquiátrico. O número de internos que fizeram uso de drogas lícitas ou ilícitas chama atenção para a necessidade de intervenção terapêutica.

No aspecto jurídico, a pesquisa revelou que a maioria está admitida, até cinco anos, e que 15% do grupo pesquisado está há mais de cinco. O delito praticado com maior quantitativo foi o homicídio e também em maior proporção pelos doentes mentais com esquizofrenia. Em sua maioria, as vítimas nos delitos em geral foram os familiares, sendo o sexo feminino o mais vulnerável a agressão e violência dos internos. O instrumento utilizado com maior preponderância foi o contundente, por meio de pauladas.

Constatamos na pesquisa o fato de que, no contexto social onde os doentes mentais vivem, e, portanto, onde se manifestam os sintomas da doença, ainda é muito comum aos familiares a falta de esclarecimento do que seja a enfermidade mental, tornando seus sintomas despercebidos como doença mental, e, por conseguinte, o reconhecimento da gravidade desse mal. A realidade pode contribuir para retardar o início do tratamento e não favorecer a redução dos delitos quando em surto psiquiátrico.

Os sentimentos expressados nas entrevistas levaram à compreensão de que ter um familiar internado no hospital de custódia representa um momento difícil de enfrentar e acompanhar o tratamento, e de sofrimento, significando dor, tristeza e angústia pelo envolvimento judicial e a internação.

A respeito da desinternação, a pesquisa revelou como um dado positivo o interesse e receptividade dos familiares quanto ao retorno no meio familiar. Chamamos a atenção para o fato de que esse interesse foi demonstrado pelos familiares que estão com seus parentes institucionalizados até cinco anos. Em relação àqueles com maior tempo de institucionalização, foi revelada na pesquisa 'por alguns familiares total rejeição, sendo apontada por seus responsáveis a falta de suporte para mantê-los ao convívio familiar em virtude da gravidade e cronicidade da doença, resultantes em atitudes agressivas e violentas. Esse aspecto remete à necessidade de ampliação das residências terapêuticas para o acolhimento desses internos que não apresentam condições de retorno ao convívio familiar e que, por

outro lado, não devem continuar institucionalizados até a morte, experiência profissional já vivenciada na unidade prisional.

Os familiares apontaram alguns desafios que, sem nenhuma pretensão conclusiva, evidenciam a necessidade de intervenção do Plano Nacional de Saúde Mental, que tem por objetivo a desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico com a criação de vários programas. Entre eles, os caps, as residências terapêuticas e o programa “De Volta Para Casa” como garantias de direitos ao portador de transtorno mental.

O grande desafio para os familiares na desinternação ancorou-se na garantia do tratamento psiquiátrico no âmbito comunitário e social em virtude da dificuldade de acesso à rede de atenção básica em saúde mental. Nesse aspecto, afirmamos a necessidade de articulação da rede de atenção em saúde mental com o hospital de custódia, via SEJUS, possibilitando alta programada de desinternação, para que, dessa maneira, fosse possível viabilizar um agendamento de consulta ambulatorial num caps anterior à desinternação, assegurando a garantia de acesso ao atendimento.

Concomitante a essa questão, foi apontada a insuficiência do funcionamento dos caps, não só pelo número reduzido dessas unidades implantadas nos municípios, mas também pela deficiência de profissionais e assistência material, principalmente na medicação, o que caracteriza uma dimensão maior de intervenção ao nível de Política de Saúde Mental, para que possa de fato ser mantida a continuidade do tratamento prescrito. O influxo sobre o preconceito de doenças mentais envolvido com questões judiciais ainda é muito ocorrente no âmbito comunitário levado à circunstância da falta de entendimento da doença. E o medo de vingança da família da vítima foi apontado como uma preocupação latente dos familiares na pesquisa, deixando inclusive de dar continuidade ao tratamento.

A questão econômica dos familiares foi mostrada como outro desafio na prossecução do tratamento. A necessidade de manutenção do doente mental com alimentação, medicação, transporte, entre outros, afeta o orçamento familiar, quando em geral os familiares são de baixa renda financeira e a atenção aos cuidados de saúde mental se tornam prioridades ante a experiência vivenciada da ação delituosa. Neste aspecto, entra também a situação do familiar que assume a condição de cuidador, uma vez que, tendo de prestar os cuidados necessários ao doente mental, muitas vezes, fica impossibilitado de exercer suas atividades

profissionais fora do domicílio, não contribuindo também com sua independência financeira.

Considerando a difícil realidade financeira enfrentada pelo portador de transtorno mental junto com seus familiares, foi comum na pesquisa a solicitação por apoio institucional quanto ao encaminhamento do Benefício de Prestação Continuada. Entendemos a importância desse benefício, inclusive, no suporte da realização das visitas pelos familiares na unidade, no tocante ao pagamento de transporte e na ajuda do material de higiene, vestuários e lanches que costumam trazer. Assim, acreditamos que, por meio do Ministério Público Federal, possa haver uma revisão dessa Portaria, no sentido de a concessão do benefício ocorrer independentemente do regime fechado a que o interno possa estar submetido. Entendemos que o BPC é um facilitador na desinternação do doente mental, haja vista a garantia de sua manutenção no cotidiano da vida diária mediante as precárias condições financeiras dos familiares responsáveis pela internação.

Outro ponto suscitado pelos entrevistados diz respeito à necessidade de um tratamento de atenção aos riscos e danos para os internos que fizeram uso de drogas. Na realidade, a pesquisa apontou elevado índice de consumo de drogas lícitas e ilícitas, sem haver nenhuma intervenção terapêutica voltada especificamente a essa questão de tanta relevância na unidade hospitalar e prisional. Cabe ressaltar o fato de que a SEJUS implantou o PACAD (Programa de Ações Continuadas de Saúde aos Drogadictos) dentro do sistema prisional penitenciário e, contraditoriamente a sua finalidade, não há nenhuma intervenção direcionada à unidade em estudo. Neste contexto, pontuamos a necessidade de uma mobilização da direção com a equipe multidisciplinar da unidade para que, em conjunto, se estabeleça um projeto terapêutico a ser desenvolvido na unidade, extensivo não só aos internos, como também aos familiares, em sintonia com a equipe do PACAD.

Um aspecto de suma importância revelado na pesquisa reportou-se às condições das instalações físicas do prédio, como a limpeza das acomodações, a higienização pessoal dos internos, a necessidade de maior abordagem da equipe multiprofissional e o tempo de permanência na unidade superior ao período judicial determinado.

Esses dados foram relevantes na pesquisa, apontando a necessidade urgente de uma intervenção do Poder Público no HCTPGSG, voltado à garantia de

direito à saúde e à dignidade humana, preconizados nos Marcos Legais da Política Pública de Saúde Mental nos Hospitais de Custódia e Tratamento. Vale ressaltar o fato de que esses Marcos Legais avançam na luta por melhoria das condições de tratamento dispensado ao portador de transtorno mental.

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária aprovou a Resolução nº 5/2004, determinando diretriz para o cumprimento de medida de segurança adequado à Lei nº 10.216/2001. No HCTPGSG, no que diz respeito a essa Resolução, não se observa nenhuma ação que caracterize adequação e/ou alguma recomendação.

A Portaria Interministerial nº 1/2014 determinou a criação do PNAISP (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional). Ante tais discussões, observa-se que, ao longo do processo, por muito tempo, o HCTPGSG ficou esquecido no contexto do movimento da Reforma Psiquiátrica. O Estado do Ceará, embora participe do movimento, não direcionou por meio da Secretaria de Justiça e Cidadania e da Secretaria de Saúde do Estado nenhuma mobilização de ações específicas a esta população reclusa e esquecida de atenção à saúde mental dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde. Apesar de todas as normatizações e portarias regulamentadas no que se referem aos HCTPs, as Portarias nº 94 e nº 95/2014, já contextualizadas no trabalho, estão bastante atrasadas, em relação ao Estado do Ceará, uma vez que, no momento de realização da pesquisa, ainda estava na fase de mobilização para a formação da equipe de EAP (Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis a Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei). Recentemente, foi formado um grupo coordenado pela assessora da defesa de Cidadania da Secretaria de Justiça, composto, em sua maioria, por assistentes sociais e psicólogos, da qual fizemos parte em uma reunião, para fins de avaliação, reflexão e definição de propostas de ação no encaminhamento que deverá ser dado.

É de enorme relevância entender que novas abordagens se fazem necessárias para compreender o fenômeno do transtorno mental, numa relação de infrator das normas, das leis e da justiça. Assim, é imprescindível uma reavaliação das abordagens voltadas a esses doentes mentais, respeitando, acima de tudo, seus direitos individuais.

Sob a óptica das políticas públicas direcionadas aos portadores de transtornos mentais envolvidos em delitos criminais e aos seus familiares, percebemos a urgência de maior intervenção, de maneira a garantir os direitos e cuidados necessários. Essa situação se reflete nas precárias condições de assistência prestada aos doentes mentais, tanto no plano social, como no terreno jurídico e de saúde.

Para nós, na qualidade de profissional da Instituição, foi por demais gratificante e prazerosa a realização desta pesquisa, pois o estudo possibilitou melhor conhecimento do cotidiano desses doentes mentais e revelou, de modo objetivo e por vezes surpreendente, o perfil deles quanto à identificação pessoal e a situação jurídica e psiquiátrica e as questões vivenciadas pelos familiares na desinternação.

As análises e reflexões sobre a temática servem como ponto inicial para abertura de mais estudos, uma vez que o assunto focalizado não se esgotou nesta pesquisa, suscitando outras análises e questionamentos do momento atual, em que se encontram os doentes mentais na condição de cárcere de um sistema prisional.

Sem dúvida, o estudo da pessoa com transtorno mental e infrator é por demais complexo, porquanto envolve não só a necessidade de um tratamento hospitalar, como também questões judiciais por consequência de delitos criminais.

Acreditamos que os dados coletados possam contribuir para que a Secretaria de Justiça e o HCTPGSG disponham de subsídios para ampliar o conjunto das discussões a respeito do doente mental sob custódia do Estado no sistema penal e avançar no sentido de trazer algumas respostas para a difícil situação vivenciada por esses doentes mentais que sofrem da dupla estigmatização - “loucos e criminosos”.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE NETO, Flávio de Sá Cavalcanti. Da Cadeia à Casa de Detenção: a Reforma Prisional no Recife em meados do século XIX. In: MAIA, Clarissa Nunes. **História das Prisões no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

ACIOLY, Yanne Angelim. **Reforma Psiquiátrica**: com a palavra, os usuários. 2006.120f. Dissertação.(Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade) - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza,2006. Disponível em: <[http://uece.br/politicasuece/dmdocuments/yanne_angelim_acioly\[1\].pdf](http://uece.br/politicasuece/dmdocuments/yanne_angelim_acioly[1].pdf)>. Acesso em: 21 jul. 2016.

ALGUIRRE, Carlos. Cárcere e Sociedade na América Latina, 1800 -1940. In: MAIA, Clarissa Nunes (Org.) **História das Prisões no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

_____. **Loucos pela Vida**: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARAÚJO, Alexandre Nunes de. Da Medida de Segurança. In: MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira (Org.). **Saúde Mental e o Direito**: ensaios em homenagem ao professor Heitor Carrilho. São Paulo: Método, 2004.

BARROS, Denise Dias. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio judiciário de Trieste. São Paulo: EdUSP, 1994.

BATISTA, Martinho Braga e Silva. As pessoas em medida de segurança e os hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no contexto do plano nacional de saúde no sistema penitenciário. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**. São Paulo. v.20, n.1, p.12-19,abr. 2010. Disponível em: <http://pepsu.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_artex&pid=S014-1282201000010013&ing=pt&nrm-isso>. Acesso em: 7 set. 2016.

BELMONTE, Pilar. Introdução. In: JORGE, Mario Aurélio Soares (Org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

BIONDE, Edson; FIALHO JORGE; KOLKER, Tânia. **A Reinserção do portador de transtorno mental infrator**: propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01. Rio de Janeiro: SEAP/SUPS, 2004. Disponível em: <<http://www.carceraria.org.br>>. Acesso em: 28 nov. 2006.

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Brasília. **Diário Oficial da União**. 30 dez.1940. Seção 1. p.1.

BRASIL. Lei de Execução Penal. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília. **Diário Oficial da União**. 13 jul.1984. Seção 1. p.2.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria GM/MS nº94 de 14 de janeiro 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. **Diário Oficial da União**. 15 jan.2014. Seção 2.p.22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 95**. Brasília, janeiro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº1**. Brasília, janeiro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2484**. Brasília, novembro, 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Resolução CNPCP nº4, de 12 julho de 2010**. Recomenda a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Resolução CNPCP nº 5, de 04 de maio de 2004**. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1**. Brasília: DF, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Portaria nº 35**. Brasília, novembro, 2014.

BRASIL. Ministros do Estado da Saúde e da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1977**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2002**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466/2012**. Brasília, dezembro, 2012.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva de Lei n. 10.216/2002**. Brasília: [s.n], 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE> Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental do Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília:OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Relatório Mundial de Saúde Mental 2001/OMS. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Brasília:[s.n], 2001.

BRASIL. Ministério de Saúde/ Ministério de Justiça. **Seminário para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico:** Relatório Final. Brasília, setembro, 2002.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da saúde, 2002, p.213.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. IV Conferência de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde Mental/ Ministério da Saúde, 2010, 210p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa De Volta para Casa:** liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental. Brasília:[s.n], 2003. Disponível em: <www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/prog_volta_pra_casa.pdf>. Acessado em: 21 mar.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS:** os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: [s.n],2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Política Nacional de Saúde Mental.** Brasília:[s.n],2009. Disponível em: <www.nós.acompanhamentoterapêutico>. Acesso em: 21 mar. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. **LOAS.** Brasília, março, 2009. Disponível em: <www.mds.gov.br/webarquivos/publicação/assistência_social/normativos/LoasAnotada.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2006.

BRETAS, Marcos luz *et. al.* Introdução: História e historiografia das prisões. In: MAIA, Clarisse Nunes (Org.) **História das Prisões no Brasil**, v.1, p.9-34, 2009.

CARAVELAS, Luciana. A loucura nos dias atuais. In: MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira de. (Org.). **Saúde Mental e o Direito:** ensaios em homenagem ao professor Heitor Carrilho. São Paulo: Método, 2004.

CARRARA, Sergio Luiz. **Crime e loucura:** o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: Eduerj ,1998.

_____. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Rev. Bras. Crescimento desenvolvi. Humano.** São Paulo. v.20, n.1, p.12-15, abr. 2010.

CHAZKEL, Amy. Uma perigosíssima lição: A casa de detenção do Rio de Janeiro na primeira República. In: MAIA, Clarissa Nunes (Org.) **História das Prisões no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.v.2.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Maria Alves. Família e Doença Mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. v.2, n.38, p.197-205, out.2004.

CORDEIRO, Quirino; MORANA, Hilda Clotilde Penteado. Novas Perspectivas para o tratamento do paciente com transtorno mental em conflito com a Lei? **Psiquiatria Forense**. Rio de Janeiro. n.1, v.19,p.30-32, jan. 2014. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano14/for_0114.php>. Acesso em: 20 out. 2016.

CRUZ NETO, Otávio. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Sousa (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: UNB, 2013.

DUMMAR FILHO, João. **Psicopatologia e o Mal Estar Social: estudo psiquiátrico forense sobre 130 pacientes internados em Hospital de Custódia e Tratamento**. Fortaleza: Livro Técnico, 2005.

FERREIRA, Ricardo Alexandre. **O tronco na enxovia: escravos e livres nas prisões paulistas dos oitocentos**. In: MAIA, Clarissa Nunes (Org.) **História das Prisões no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

FORTALEZA. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Rede de Atenção à Saúde Mental no Ceará**. Fortaleza:[s.n],2010. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 21 jul. 2016.

FORTI, Valéria. **Ética, Crime e Loucura: reflexões sobre a dimensão ética no trabalho profissional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **O nascimento da clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

_____. **História da Loucura**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2002.

FRANKENBERGER, Alexandre Jordão. **O assunto é droga**. São Paulo:[s.n], 2009. Disponível em: <<http://oassuntoedroga.blogspot.com.br/2009/08/definição-de-droga.html>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

GOFFMAN, Ervine. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

IBRAHIM, Elza. **Manicômio Judiciário: da memória interrompida ao silêncio da loucura**. Curitiba: Appris, 2014.

JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.) Políticas e Cuidado em Saúde Mental. In: ALARCON, Sérgio. **O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

LEITE, Mynar Patricia Vorga. **As Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil e a Medida de Segurança: os desafios da desinstitucionalização no Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Mauricio Cardoso**. Rio de Janeiro:[s.n], 2014.

LOTUFO NETO, Francisco; LOTUFO JR., Zenon; MARTINS, José Cássio. **Influências da religião sobre a saúde mental**. Fortaleza: ESetec, 2009.

LOUSÃ NETO, Mario Rodrigues. **Doenças - Esquizofrênia**. São Paulo:[s.n], 2010. Disponível em: <http://www.saúdemental.net/o_que_e_esquizofrenia.htm>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MECLER, Kátia et. al. A avaliação da cessação de periculosidade no Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho. In: MORAES, Talvane de (Org.). **Ética e Psiquiatria Forense**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2002.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, Talvane Marins de. (Org.). **Ética e Psiquiatria Forense**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2002.

MORAIS, Ana Patricia Pereira. **Saúde Mental na Atenção Básica: o desafio da implementação do apoio matricial**. São Paulo:[s.n], 2010.

MOREIRA, Paulo Roberto, AL-ALAM, Cauiá Cardoso. Infernais sepulcros provisórios :projetos carcerários e sistemas normativos no Século XIX no Rio Grande do Sul. In: |Maia, Clarisse Nunes. **História das Prisões no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

MOTTA, Manoel Barros da. **Crítica da Razão Punitiva: o nascimento da prisão no Brasil** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

MOURA FÉ. Nilson. Manicômios Judiciários: causa e consequências. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro. v.2,n.1, p.37,out. 1998.

MOURA, Maria Juruena de. **Porta Fechada, Vida Dilacerada** – mulher, tráfico de drogas e prisão: estudo realizado no presídio feminino do Ceará. 2006. 169f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade) - Centro de Estudos Sociais Aplicados. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Construindo saberes e práticas em Saúde Mental**. João Pessoa:Ed.Universitária, 2002.

OLIVEIRA, Maria Regina; JUNGES, José Roque. Saúde Mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estud. psicol.** Natal. v.17,n.3, p.469-476,set.2012.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. **O paciente excluído**: história e crítica das Práticas Médicas de Confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. 34. ed. Rio de Janeiro:[s.n], 1995.

PIMENTEL FILHO, José Ernesto et al. Cárceres, Cadeias e o Nascimento da Prisão no Ceará. In: MAIA, Clarisse Nunes (Org.) **História das Prisões no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

PONTES, Polyana Alexandre Rolim, FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. Reforma Psiquiátrica no Ceará: descrição de um caso. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.5, n.2, p.45-50, maio, 1997.

PORTO, Paulo Cesar Maia. Manicômios (Prisões?). In: MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira (Org.). **Saúde Mental e o Direito**: ensaios em homenagem ao professor Heitor Carrilho. Rio de Janeiro:[s.n], 2004.

POUPART, Jean (Org.). **A Pesquisa Qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

RODER, Volker *et al.* **Terapia Integrada de esquizofrenia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

ROSA, Lúcia. **Transtorno mental e o cuidado da família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SÁ JR, Luiz Salvador de Miranda *et.al.* Ética na Perícia Forense. In: MORAES, Talvane de. (Org.). **Ética e Psiquiatria Forense**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida. **Qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais cumprindo medida de segurança em Hospital de Custódia**

e Tratamento. 2008.159f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

SANTOS, Élem Guimarães dos Santos, SIQUEIRA, Marluce Miguel de Siqueira. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. Psiquiatr.** Rio de Janeiro. v.59, n.3, p.238-246, set.2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v.59n3/a11v.59n3.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2016.

SCHECHTMAN, Alfredo, ALVES, Domingos Sávio. A Organização de Política de Saúde Mental. In: JORGE, Marco Aurélio Soares *et. al.* **Política e Cuidado em Saúde Mental**: contribuição para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SOARES FILHO, Marden Marques, BUENO, Paula Michele Martins Gomes, Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTPs. **Revista ciência saúde coletiva.** Rio de Janeiro. v.21 n.7,p.11-18, jul., 2016.

SOUSA, Antonio Rodrigues de. Pedagogia da Despossuição - uma economia de produção de destituições radicais. In: JULIÃO, Elionaldo Fernandes. **Educação para jovens e adultos em situação de restrição e privação de liberdade**: questões, avanços e perspectivas. Jundiaí: Paco Editorial, 2013.

TABORDA, José G. V. O doente mental criminoso: uma comparação entre a lei brasileira e a "common law". In: MORAES Talvane de. (Org.). **Ética e Psiquiatria Forense.** Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos.** Rio de Janeiro. v.9, n.1, p.3-7, set.2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO104-59702002000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar , como voluntário(a), da pesquisa intitulada: *Desafios da Desinternação de Pessoas com Transtornos Mentais no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes*, que tem por objetivo compreender as questões vivenciadas pelos familiares de doentes mentais com histórico de delitos no processo de desinternação.

Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista na unidade hospitalar sobre o tema acima proposto, a ser realizada juntamente com a pesquisadora. A pesquisa poderá resultar em abalo emocional ao participante, razão pela qual ficará à vontade para de imediato suspender a entrevista, e se quiser, ser encaminhado(a) ao Setor de Psicologia da unidade hospitalar, onde possa ser acolhido(a) e orientado(a). Quanto aos benefícios, a pesquisa poderá favorecer ao participante uma reflexão sobre a temática abordada e melhor compreensão do contexto que envolve a desinternação. A qualquer momento, o (a) Sr.(a) poderá desistir de participar, sem qualquer prejuízo ou dano de sua recusa ou desistência.

As informações obtidas neste estudo serão confidenciais e sua identidade não será revelada, visando a assegurar o sigilo de sua participação. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos, revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos a respeito da pesquisa. Contatos com a pesquisadora Maria Izabel Almeida Valente podem ocorrer pelo telefone (085) 32751171 e-mail izabel_valente@hotmail.com e com a orientadora Profa Dra. Helena Frota, pelo fone (085)31019920 e-mail helenapfrota@gmail.com

O Comitê de Ética da UECE está disponível para esclarecimentos pelo telefone (085) 31099890 , no endereço Av. Paranjana, 1700- *Campus* de Itaperi, Fortaleza- Ceará. Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o familiar participante e a outra para o arquivo da pesquisadora.

Eu, _____ tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar.

Fortaleza, _____ de _____ de 2016

Assinatura do (a) participante _____

Assinatura da pesquisadora _____

APÊNDICE B - Formulário

I IDENTIFICAÇÃO

DATA _____

1-NOME: _____

2- DN: _____ 3- Naturalidade: _____

4-Filiação: _____
_____5-Endereço: _____

6-Telefone: _____

7- Condição do vínculo familiar: _____

8- Local de domicílio: _____

9- Estado civil: _____

10- Número de filhos: _____ 11- Quem cuida: _____

12- Escolaridade: _____

13- Religião: _____

14- Profissão: _____

15- Atividade que exercia por ocasião do recolhimento prisional _____

16- Beneficiário do INSS (sim) _____(não) _____

17- Em qual situação: _____

18- Renda individual: _____

II – SITUAÇÃO DE SAÚDE

19- Diagnóstico da doença (CID-10): _____

III- SITUAÇÃO JURÍDICA

20-Comarca de procedência _____

21- Admissão à Instituição:_____

22- Reincidente:_____

23- Delito:_____

24-Breve histórico_____

25- Grau de envolvimento relacional (agressor-vítima)_____

26- Gênero da vítima_____

27- Meios ou instrumentos utilizados no delito_____

28- Tempo internação /reclusão no manicômio judiciário_____

29- Situação jurídica_____

30- Tempo de determinação judicial_____

31- Frequência das visitas_____

OBSERVAÇÕES_____

Assistente Social responsável:_____

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Semiestruturada aos Familiares dos Doentes Mentais no Manicômio Judiciário

I-Dados pessoais do entrevistado

- 1-Nome
- 2-Idade
- 3-Grau de parentesco
- 4-Escolaridade
- 5-Profissão
- 6- Renda familiar

II- Perguntas

- 1-Com quem o interno reside?
- 2-Quem visita o interno e com que frequência?
- 3-Como a família percebeu a história da doença mental do interno?
- 4-Quais as trajetórias do tratamento psiquiátrico anterior ao manicômio judiciário?
- 5-Já ouviu falar em algum tipo de tratamento em que o doente mental pode fazer fora do hospital mental?
- 6-Como se sente em ter um familiar internado no manicômio?
- 7- Após o delito praticado, as relações afetivas com o doente mental foram alvo de alguma alteração?
- 8- Acha que o ato delituoso cometido pelo doente mental pode interferir no seu retorno ao meio familiar?
- 9-Existem dificuldades na família para assistência e acompanhamento do interno no manicômio judiciário?
- 10- Como percebe o processo de desinternação na perspectiva de retorno ao convívio familiar?
- 11- Qual o suporte institucional que entende como necessário no período de internação e no processo de desinternação?

APÊNDICE D - Tabelas

Tabela 1- Naturalidade e local de domicílio

| Macrorregiões do Estado do Ceará e outros estados (UF) | Naturalidade | % | Local de domicílio | % |
|---|---------------------|------------|---------------------------|------------|
| Baturité | 5 | 5 | 5 | 6 |
| Cariri-Centro sul | 12 | 13 | 10 | 11 |
| Litoral Leste-Jaguaribe | 7 | 8 | 7 | 8 |
| Litoral-Oeste | 10 | 11 | 10 | 11 |
| Região Metropolitana de Fortaleza | 24 | 27 | 26 | 29 |
| Sertão Central | 7 | 8 | 6 | 7 |
| Sertão dos Inhamuns | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Sobral-Ibiapaba | 10 | 11 | 13 | 14 |
| Outros estados | 6 | 7 | 2 | 2 |
| TOTAL | 90 | 100 | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG – Elaboração Própria - 2016

Tabela 2 - Faixa etária dos internos do HCTPGSG

| Idade dos internos | N | % |
|---------------------------|-----------|------------|
| 18 – 27 | 16 | 18 |
| 28 – 37 | 27 | 30 |
| 38 – 47 | 22 | 24 |
| 48 – 57 | 15 | 17 |
| 58 – 67 | 7 | 8 |
| 68 – 77 | 3 | 3 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG - Elaboração Própria - 2016

Tabela 3 – Estado civil

| Estado Civil | N | % |
|---------------------|-----------|------------|
| Casado | 7 | 7 |
| União Estável | 1 | 1 |
| Separado | 5 | 6 |
| Solteiro | 72 | 80 |
| Viúvo | 5 | 6 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG - Elaboração Própria - 2016

Tabela 4 – Número de filhos

| Número de Filhos | N | % |
|-------------------------|-----------|------------|
| 1 | 14 | 16 |
| 2 | 11 | 12 |
| 3 | 6 | 7 |
| 4 | 4 | 4 |
| 5 | 1 | 1 |
| Não possui filhos | 54 | 60 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG - Elaboração Própria - 2016

Tabela 5 – Quem cuida dos filhos

| Cuidadores | N | % |
|--------------------------------|-----------|------------|
| Avó materna | 3 | 8 |
| Avó paterna | 2 | 6 |
| Avós maternos | 1 | 3 |
| Mãe biológica | 21 | 58 |
| Irmãos | 1 | 3 |
| Tia materna | 1 | 3 |
| Filhos adultos (independentes) | 7 | 19 |
| TOTAL | 36 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG – Elaboração Própria - 2016

Tabela 6 – Escolaridade

| Nível de Instrução | N | % |
|---------------------------|-----------|------------|
| Alfabetizados | 26 | 29 |
| Não Alfabetizados | 25 | 28 |
| Ens. Fund. Completo | 6 | 7 |
| Ens. Fund. Incompleto | 20 | 22 |
| Ens. Médio Completo | 1 | 1 |
| Ens. Médio Incompleto | 11 | 12 |
| Nível Superior Completo | - | - |
| Nível Superior Incompleto | 1 | 1 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG – Elaboração Própria - 2016

Tabela 7 - Religião

| Tipo | N | % |
|---------------|-----------|------------|
| Católica | 54 | 60 |
| Evangélica | 24 | 27 |
| Não definida | 10 | 11 |
| Não informado | 2 | 2 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG – Elaboração Própria - 2016

Tabela 8 – Profissões – Atividade laboral exercida antes da reclusão

| Atividade (trabalho) | N | % |
|------------------------------|-----------|------------|
| Atividades Agrícolas | 29 | 32 |
| Atividades Avulsas | 34 | 38 |
| Inspetor da Polícia Civil | 1 | 1 |
| Supervisor de Segurança | 1 | 1 |
| Sem profissão definida | 24 | 27 |
| Não informado | 1 | 1 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG – Elaboração Própria - 2016

Tabela 9 – Beneficiários do INSS

| Beneficiário | N | % |
|---------------------|-----------|------------|
| Sim | 32 | 36 |
| Não | 54 | 60 |
| Não informado | 4 | 4 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG – Elaboração Própria - 2016

Tabela 10 – Em qual situação previdenciária

| Benefícios | N | % |
|-----------------------------|-----------|------------|
| BPC-Loas | 25 | 78 |
| Auxílio doença | 1 | 3 |
| Funrural | 5 | 16 |
| Aposentadoria por invalidez | 1 | 3 |
| TOTAL | 32 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG – Elaboração Própria - 2016

Tabela 11 – Renda individual

| Renda | N | % |
|--------------|-----------|------------|
| Até 1 SM | 30 | 33 |
| Até 2 SM | 2 | 2 |
| Sem renda | 58 | 65 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG - Elaboração Própria - 2016

Tabela 12 - Diagnóstico da doença

| Diagnóstico | SIM | % | NÃO | % |
|--|------------|-----------|------------|-----------|
| Trans. mental relacionado à epilepsia (F06.8) | 2 | 2 | 88 | 98 |
| Esquizofrenia (F20) | 47 | 52 | 43 | 48 |
| Retardo mental (F00) | 5 | 6 | 85 | 94 |
| Transtorno afetivo uno ou bipolar (F31) | 2 | 2 | 88 | 98 |
| Transtorno de personalidade (F60) | 3 | 3 | 87 | 97 |
| Transtorno mental devido ao uso de álcool e múltiplas drogas (F19) | 11 | 12 | 79 | 88 |
| Transtorno mental orgânico (F70) | 1 | 1 | 89 | 99 |
| Psicose não orgânica (F29) | 5 | 6 | 85 | 94 |
| Outros | 5 | 6 | 85 | 94 |
| Sem diagnóstico -- | 20 | 22 | 70 | 78 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG - Elaboração Própria – 2016

Tabela 13 - Comarca de procedência, conforme as macrorregiões do Estado do Ceará

| Macrorregiões | F | % |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| Baturité | 6 | 7 |
| Cariri- Centro Sul | 11 | 12 |
| Litoral leste – Jaguaribe | 7 | 8 |
| Litoral Leste | 10 | 11 |
| Região Metropolitana de Fortaleza | 26 | 29 |
| Sertão Central | 6 | 7 |
| Sertão dos Inhamuns | 11 | 12 |
| Sobral-Ibiapaba | 13 | 14 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG - Elaboração Própria – 2016

Tabela 14 – Recebe visitas

| Visitas | N | % |
|----------------|-----------|------------|
| Sim | 58 | 65 |
| Não | 31 | 34 |
| Não informado | 1 | 1 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG - Elaboração Própria – 2016

Tabela 15 – Se sim, qual a frequência?

| Frequência | N | % |
|-------------------|-----------|------------|
| Semanal | 16 | 28 |
| Quinzenal | 14 | 24 |
| Mensal | 17 | 29 |
| Outros | 11 | 19 |
| TOTAL | 58 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG- Elaboração Própria – 2016

Tabela 16 – Usava ou não droga?

| Tipos de droga | N | % |
|-----------------------|-----------|------------|
| Ilícita | 17 | 19* |
| Lícita | 30 | 33 |
| Lícita e Ilícita | 18 | 20 |
| Nenhum tipo de droga | 19 | 21 |
| Não informado | 06 | 7* |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG- Elaboração Própria – 2016

Tabela 17 – Antes da admissão, fazia algum tratamento

| Tratamento | N | % |
|-------------------|-----------|------------|
| Sim | 69 | 77 |
| Não | 17 | 19 |
| Não informado | 4 | 4 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG-Elaboração Própria – 2016

Tabela 18 – Se sim, onde?

| Local | N | % |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| Caps | 30 | 43 |
| Caps e Hospital | 14 | 20 |
| Clínica particular de recuperação | 1 | 2 |
| Hospital | 20 | 29 |
| Posto de Saúde | 3 | 4 |
| Não informado | 1 | 2 |
| TOTAL | 69 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG - Elaboração Própria – 2016

Tabela 19 – Admissão à Instituição (tempo de internação/reclusão no HCTPGSG)

| Admissão | N | % |
|-----------------|-----------|------------|
| 1982 - 1991 | 3 | 3 |
| 1992 - 2001 | 2 | 2 |
| 2002 - 2006 | 4 | 5 |
| 2007 - 2011 | 4 | 5 |
| 2012 - 2016 | 77 | 85 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG- Elaboração Própria – 2016

Tabela 20 – Reincidente

| Reincidente | N | % |
|--------------------|-----------|------------|
| Sim | 55 | 61 |
| Não | 35 | 39 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG- Elaboração Própria – 2016

Tabela 21 - Delitos e diagnósticos

| DIAG. ARTIGOS | | Epilepsia | Esquizofrenia | Bipolar | Personalidade | Múltiplas Drogas | Mental Orgânico | Psicose Não Orgânica | Laudo Pericial | Outros |
|---------------|-------------------|-----------|---------------|---------|---------------|------------------|-----------------|----------------------|----------------|--------|
| 121 | Homicídio | - | 30 | | 3 | 3 | 1 | 3 | 6 | 2 |
| 129 | Lesão corporal | 1 | 4 | 1 | - | 1 | - | - | 2 | - |
| 147 | Ameaça | - | 6 | 1 | - | - | - | - | - | - |
| 155 | Furto | - | 2 | | - | - | - | - | 1 | - |
| 157 | Roubo | - | 5 | | - | 6 | - | - | 3 | 3 |
| 163 | Dano | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| 171 | Estelionato | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| 213 | Estupro | 1 | 3 | - | - | 2 | - | - | 2 | - |
| 214 | Atentado | - | - | - | - | 2 | - | - | - | - |
| 217 | Est de vulnerável | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 | - |
| 223 | Violência | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| 329 | Resistência | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 330 | Desobediência | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| Lei 11.340/06 | | - | 2 | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| Lei 11.343/06 | | - | - | - | - | - | - | - | 3 | - |

Fonte: Prontuários Jurídicos do HCTPGSG. Elaboração própria- 2016

Tabela 22 – Grau de envolvimento relacional (agressor-vítima)

| Grau de envolvimento | Sim | % | Não | % | F | % | M | % |
|------------------------|-----------|-----------|-----|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| FAMILIAR | | | | | | | | |
| Esposa | 7 | 8 | 83 | 92 | 7 | 100 | - | -- |
| Companheira | 1 | 1 | 89 | 99 | 1 | 100 | - | - |
| Sogra(a) | 2 | 2 | 88 | 98 | 1 | - | 1 | 100 |
| Filho(a) | 2 | 2 | 88 | 98 | - | - | 2 | 100 |
| Mãe | 12 | 13 | 78 | 87 | 12 | 100 | - | - |
| Pai | 5 | 6 | 85 | 94 | - | - | 5 | 100 |
| Irmão(a) | 5 | 6 | 85 | 94 | 3 | 60 | 2 | 40 |
| Padrasto | 2 | 2 | 88 | 98 | - | - | 2 | 100 |
| Primo(a) | 4 | 4 | 86 | 96 | 1 | 25 | 3 | 75 |
| Sobrinho(a)] | 1 | 1 | 89 | 99 | - | - | 1 | 100 |
| Tia(a) | 2 | 2 | 88 | 98 | 1 | 50 | 1 | 50 |
| TOTAL | 43 | 45 | | | 26 | 60 | 17 | 40 |
| CONHECIDO (A) | | | | | | | | |
| Namorada | 1 | 1 | 89 | 99 | 1 | 100 | - | - |
| Amigo(a) | 6 | 7 | 84 | 93 | - | - | 6 | 100 |
| Vizinho(a) | 10 | 11 | 80 | 89 | 5 | 50 | 5 | 50 |
| Criança | 5 | 6 | 85 | 94 | 4 | 80 | 1 | 20 |
| Patrão(a) | 2 | 2 | 88 | 98 | - | - | 2 | 100 |
| Comunidade | 5 | 6 | 85 | 94 | 3 | 60 | 2 | 40 |
| TOTAL | 29 | 31 | | | 13 | 45 | 16 | 55 |
| DESCONHECIDO(A) | | | | | | | | |
| Amante da esposa | 1 | 1 | 89 | 99 | - | - | 1 | 100 |
| Criança | 1 | 1 | 89 | 99 | 1 | 100 | - | - |
| Comunidade | 21 | 23 | 69 | 77 | 14 | 67 | 7 | 33 |
| TOTAL | 23 | 24 | | | 15 | 65 | 8 | 35 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG – Elaboração Própria – 2016

Tabela 23 - Instrumentos utilizados nos delitos

| Meios ou Instrumentos | Sim | % | Não | % |
|------------------------------|------------|----------|------------|----------|
| Perfurante | 1 | 1 | 89 | 99 |
| Cortante | - | - | - | - |
| Contundente | 29 | 33 | 61 | 67 |
| Perfurocortante | 27 | 30 | 63 | 70 |
| Perfurocontundente | 8 | 9 | 82 | 91 |
| Cortocontundente | 9 | 10 | 81 | 90 |
| Calórico | 1 | 1 | 89 | 99 |
| Sem instrumento | - | - | 19 | 21 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG- Elaboração Própria – 2016

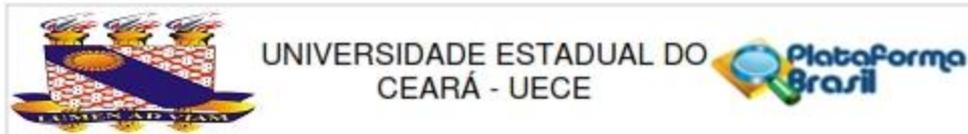
Tabela 24 – Situação Jurídica

| Situação Jurídica | N | % |
|--------------------------|-----------|------------|
| Medida de segurança | 49 | 55 |
| Tratamento | 19 | 21 |
| Laudo pericial | 20 | 22 |
| Sanção Penal | 2 | 2 |
| TOTAL | 90 | 100 |

Fonte: Prontuário Jurídico do HCTPGSG - Elaboração Própria – 2016

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS DA DESINTERNAÇÃO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO GOVERNADOR STÊNIO GOMES

Pesquisador: Maria Izabel Almeida Valente

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 56056516.1.0000.5534

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.691.529

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo e de cunho social, que aborda a desinternação de pessoas com transtornos mentais em hospital de custódia para tratamento psiquiátrico. A realização desta pesquisa parte do pressuposto de que a discriminação social de pessoas com transtornos mentais e o estigma da periculosidade ocasionada pelo ato infracional dificulta a desinternação por serem temidos pela sociedade e desassistidos, muitas vezes, por seus familiares. objetivo é compreender as questões vivenciadas pelos familiares de doentes mentais com histórico de delitos no processo de desinternação. Amostra prevista será de 12 participantes. Dados coletados por meio de entrevista. Será realizado Análise de Conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

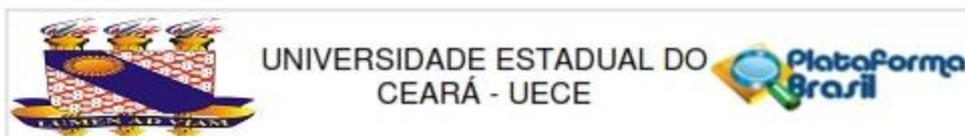
Compreender as questões vivenciadas pelos familiares de doentes mentais com histórico de delitos no processo de desinternação.

Objetivo Secundário:

- Traçar o perfil social, psiquiátrico e jurídico da pessoa com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança; investigar como as

doenças mentais associadas a práticas delituosas repercutem na organização familiar; Verificar os

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.091.529

obstáculos e demais situações enfrentadas pelos familiares no acompanhamento de doentes mentais internados e no retorno destes ao convívio familiar por ocasião da desinternação

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A presente pesquisa envolve riscos mínimos. No entanto, ocorre o risco de alguns participantes sentirem-se emocionalmente abalados devido tratar-se de questões nos quais seus familiares estão envolvidos. Nesse caso os participantes poderão de imediato se recusarem a participar da pesquisa e serem acolhidos pelo setor de psicologia da unidade.

Benefícios:

Visa contribuir na reflexão e análise de possíveis ações institucionais positivas em que se possa assegurar de forma mais efetiva e permanente a desinternação do doente mental e seu retorno ao meio familiar e social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante, com possibilidades de retorno para o campo de saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos obrigatórios para o desenvolvimento do estudo.

Recomendações:

No TCLE colocar o endereço atual do CEP. Av. Silas Munguba.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendações anteriores foram atendidas.

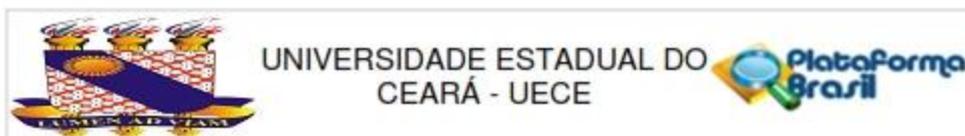
Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_708450.pdf | 19/07/2016 18:45:10 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO.docx | 09/06/2016 20:06:02 | Maria Izabel Almeida Valente | Aceito |

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.691.529

| | | | | |
|---|-------------|------------------------|---------------------------------|--------|
| Outros | doc.docx | 09/06/2016 20:00:14 | Maria Izabel Almeida Valente | Aceito |
| Outros | arquivo.pdf | 09/06/2016 19:58:44 | Maria Izabel Almeida Valente | Aceito |
| Outros | Scan2.pdf | 05/05/2016 21:48:41 | Maria Izabel Almeida Valente | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Doc1.docx | 05/05/2016 21:47:04 | Maria Izabel Almeida Valente | Aceito |
| Folha de Rosto | Scan1.pdf | 05/05/2016 21:45:07 | Maria Izabel Almeida Valente | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 05 de Agosto de 2016

Assinado por:
Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
 (Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

ANEXO B- Carta de Anuência



Secretaria da Justiça e Cidadania

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que a pesquisadora MARIA IZABEL ALMEIDA VALENTE, aluna do Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará (UECE), está autorizada a desenvolver seu projeto de pesquisa intitulado: "**Desafios na desinternação de pessoas com Transtornos Mentais no Hospital de Custódia e Tratamento Governador Stênio Gomes**", que está sob orientação da Profa. Dra. Helena Frota (UECE), cujo objetivo é compreender as questões vivenciadas pelos familiares de doentes mentais com histórico de delitos no processo de desinternação, nesta Secretaria da Justiça e Cidadania – SEJUS sendo o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes, a unidade onde será realizada a pesquisa, no período de agosto de 2016, custeada pela própria pesquisadora.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/2012 e suas complementares e da Instrução Normativa Nº 001/2014-SEJUS, comprometendo-se a utilizar os dados materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Fortaleza, 08 de junho de 2016.

A handwritten signature in blue ink, written over a horizontal line. The signature is cursive and matches the printed name below it.

CARLOS RENATO AZEVEDO ALVES SUCUPIRA

Coordenador Adjunto da Coordenadoria do Sistema Penal – COSIPE

ANEXO C-Termo de Fiel Depositário



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Justiça e Cidadania

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, MARIA DE FATIMA VALE BARROSO, Diretora, MF.: 472734-1-2, fiel depositário dos prontuários e da base de dados do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes, situado em Itaitinga-Ceará, declaro que a pesquisadora **Maria Izabel Almeida Valente**, está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **Desafios da desinternação de pessoas com Transtornos Mentais no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes**, cujo objetivo geral é compreender as questões vivenciadas pelos familiares de doentes mentais com histórico de delitos no processo de desinternação. Adicionalmente, esse projeto consiste em analisar os prontuários jurídicos nos quesitos da identificação pessoal, situação de saúde e situação jurídica durante os meses de agosto e setembro de 2016.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, quarta-feira, 4 de maio de 2016.

MARIA DE FATIMA VALE BARROSO

MARIA DE FATIMA VALE BARROSO
CRM: 3125
PSIQUIATRA
SECRETARIA D'OP