

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM SEGURANÇA PÚBLICA E CIDADANIA**

Rafaella Bié Ferreira de Souza Saraiva

**AS FACES DO ENCARCERAMENTO DAS PESSOAS EM
SOFRIMENTO MENTAL: um estudo de caso do Presídio Antônio Dutra
Ladeira**

Belo Horizonte

2021

Rafaella Bié Ferreira de Souza Saraiva

**AS FACES DO ENCARCERAMENTO DAS PESSOAS EM
SOFRIMENTO MENTAL: um estudo de caso do Presídio Antônio Dutra
Ladeira**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Segurança Pública e Cidadania da Universidade Estadual de Minas Gerais – UEMG – como requisito à obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Violência, crime e controle social.

Orientador: Prof. Dr. Diogo Luna Moureira

Belo Horizonte

2021

S243d

Saraiva, Rafaella Bié Ferreira de Souza.

As faces do encarceramento das pessoas em sofrimento mental : um estudo de Caso do presídio Antônio Dutra Ladeira [manuscrito] / Rafaella Bié Ferreira de Souza. -- 2021

104 f. : enc. ; il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado de Minas Gerais. Programa de Pós-graduação em Segurança Pública e Cidadania, 2021

Orientador: Prof. Dr. Diogo Luna Moureira.

Bibliografia: f. 97-104.

I. Segurança pública. 2. Violência. 3. Doentes – Psicologia. I. Moureira, Diogo Luna II. Universidade do Estado de Minas Gerais. Programa de Pós-graduação em Design. III. Título

CDU:343.98

CDD:351

*A Deus, meus pais, irmã e marido,
essenciais na minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Sempre em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo direcionamento, sabedoria e bênçãos imerecidas. Maravilhosa graça!

Ao meu pai, de quem me despedi dias antes de iniciar essa jornada, que deixou a marca de seus ensinamentos e valores que reverberarão por toda minha vida e que se multiplicarão pelas gerações vindouras.

À minha mãe, companheira de todas as horas e guerreira incansável, por quem tenho uma admiração e um amor incondicionais.

À minha irmã, que incessantemente busca o aperfeiçoamento e, com sua garra e dedicação, sabe como me inspirar e se destacar.

Ao meu esposo, que me faz alçar e desejar voos mais altos pela certeza de que não estou sozinha. Sua companhia e amor me fazem mais forte.

À minha bebê (Antonella), que ainda não conheço, mas para quem desejo ensinar a importância de ter uma fé inabalável, um intenso amor e uma sede pelo conhecimento para que sua vida seja marcante em sua geração.

À toda família, especialmente minha avó.

Aos amigos e colegas do sistema prisional, especialmente à Synara, Michelle Lopes, Fabi, Glaíse, Tatiane, Adriana, Wellersen e Leandro, que, direta ou indiretamente, não mediram esforços para que esse trabalho se desenvolvesse.

Ao meu orientador, por me conduzir nessa empreitada com tanto afinco e por compartilhar sem medidas experiências e conhecimentos.

Aos professores e colegas do Programa de Mestrado, por todas as construções e saberes.

Aos demais amigos que tanto alegram meus dias.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo principal analisar, a partir do contexto apresentado pelo Presídio Antônio Dutra Ladeira, como tem se configurado a situação dos infratores em sofrimento mental que, a despeito disso, permanecem encarcerados em uma unidade prisional comum. Para tanto, realizou-se, em um primeiro momento, um resgate histórico que indicasse as bases sobre as quais a loucura foi e vem sendo tratada sob os aspectos relacionados à linha de pesquisa adotada, quais sejam: o crime, a violência e o controle social. Em seguida, esse estudo concentrou-se na realidade brasileira, a fim de que fosse estampado o pano de fundo sob o qual se desenvolveram as políticas públicas direcionadas ao preso em sofrimento mental. Por fim, analisou-se, pormenorizadamente, a realidade da unidade selecionada para compreender como a custódia estatal tem se desenvolvido diante da presença desse interno e quais as consequências das respectivas ações ou omissões. Procurou-se apoiar a presente pesquisa nas formulações dos autores Foucault e Goffman que demonstram a imutabilidade da forma de tratamento da loucura, não obstante o avançar da ciência e do conhecimento sobre a doença mental. Por se tratar de estudo eminentemente qualitativo, foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental, além de estar evidente a análise de caso, fundamental para o aprofundamento e conhecimento da realidade sobre a qual se debruça a presente pesquisa. Para entender e interpretar os dados, foi utilizada a análise de conteúdo, a qual permitiu compreender o perfil jurídico carcerário desses internos, a forma e quantidade de atendimentos despendidos, o índice de reincidência, de transferência, dentre outros cruciais para o alcance do objetivo estabelecido.

Palavras-chave: sofrimento mental, encarceramento, políticas públicas.

ABSTRACT

The main objective of this study was to analyze, from the context presented by the Prison Antônio Dutra Ladeira, how the situation of offenders in mental suffering has been configured, who, despite this, remain incarcerated in a common prison unit. Therefore, at first, a historical review was carried out to indicate the bases on which madness was and has been treated under the aspects related to the adopted research line, namely: crime, violence and control social. Then, this study focused on the Brazilian reality, in order to stamp the background against which public policies aimed at prisoners in mental suffering were developed. Finally, the reality of the selected unit was analyzed in detail to understand how state custody has developed in the face of the presence of this inmate and the consequences of the respective actions or omissions. We sought to support this research in the formulations of the authors Foucault and Goffman that demonstrate the immutability of the way in which madness is treated, despite the advance of science and knowledge about mental illness. As this is an eminently qualitative study, bibliographical and documentary research were used, in addition to the case analysis being evident, which is fundamental for deepening and understanding the reality on which this research is focused. To understand and interpret the data, content analysis was used, which allowed understanding the prison legal profile of these inmates, the form and amount of care provided, the rate of recidivism, transfer, among others crucial to achieving the established objective.

Keywords: mental suffering, incarceration, public policies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Diagnóstico X Crimes de violência.....	38
Tabela 2 - Presos em sofrimento mental PRADL 2020	80
Tabela 3 - Dados DEPEN.....	88

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Situação jurídica.....	83
Gráfico 2 - Identificação de novos casos.....	85
Gráfico 3 - Desligamentos.....	88
Gráfico 4 - Índice de reentrada.....	90
Gráfico 5 - Casos de suicídio OMS.....	91

LISTA DE SIGLAS

CAMP – Centro de Apoio Médico Pericial
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
COC – Centro de observação criminológica
CONDEGE – Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CP – Código Penal
CPP – Código de Processo Penal
CRGPL – Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade
CTC – Comissão Técnica de Classificação
DEPEN – Departamento Penitenciário
EAPs – Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei
e-SIC – Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão
HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HD – Hipótese Diagnóstica
IPL – Indivíduo Privado de Liberdade
LEP – Lei de Execução Penal
MLA – Movimento da Luta Antimanicomial
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
NSI – Núcleo de Segurança Interna
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAI-LI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Penitenciário
PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PRADL – Presídio Antônio Dutra Ladeira
RAS – Rede de Atenção à Saúde
ReNP – Regulamento e Normas de Procedimento do Sistema Prisional de Minas Gerais
STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SEJUSP – Secretaria de Justiça e Segurança Pública

SIGPRI - Sistema Integrado de Gestão Prisional

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSp – Unidades Básicas de Saúde Prisional

UEMG – Universidade Estadual de Minas Gerais

UP – Unidade Prisional

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1. METODOLOGIA.....	19
1.1 Natureza da pesquisa	19
1.2 Contexto do ambiente da pesquisa	21
1.3 Instrumentos da pesquisa.....	22
2. DOENÇA MENTAL, CONTROLE SOCIAL, CRIME E VIOLÊNCIA	24
2.1. Doença mental e controle social.....	24
2.2 Doença mental e crime	32
2.3. Doença mental e violência.....	37
3. DOENÇA MENTAL, CONTROLE SOCIAL, CRIME E VIOLÊNCIA NO BRASIL	41
4. AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A DOENÇA MENTAL	51
4.1. Luta Antimanicomial.....	51
4.2. Saúde prisional	53
4.3. Experiências brasileiras de substituição do modelo manicomial judiciário pelo modelo extra-hospitalar	62
5. ANÁLISE DA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM MINAS GERAIS, A PARTIR DO CONTEXTO DO PRESÍDIO ANTÔNIO DUTRA LADEIRA.....	65
5.1 Considerações Iniciais	65
5.2 Contextualização	66
5.3 Análise dos dados	80
5.4 Discussão.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS	99

INTRODUÇÃO

Dia 21/10/2019, veículos de comunicação noticiam a ocorrência de um homicídio cometido por um homem contra sua prima naquela manhã, na região de Venda Nova, em Belo Horizonte¹. O crime choca muitos leitores e clamores por pena de morte e xingamentos de toda espécie enchem as páginas e redes sociais dos noticiários: “Uma anomalia dessas solta por aí é perigo constante pra sociedade e para os seus. Ele impinge pena capital aos seus desafetos, mas pra ele não pode: o ‘direito dos manos’ não deixa... até ser uma vítima também.” (comentário retirado do site Estado de Minas).

O homem, Lucas Félix Fernandes, brasileiro, possuía 26 anos à época e foi preso em flagrante no mesmo dia. Em entrevista, assumiu ter cometido o crime, alegando que o praticara porque Susan Fernandes, a prima, não aceitaria sua homossexualidade.

Não foi a primeira vez que Lucas cometeu um crime. Há aproximadamente sete anos da data desse homicídio, em meados de 2012, Lucas havia sido preso em flagrante por ter assassinado seu irmão. Durante o processo criminal, apurou-se que Lucas tinha esquizofrenia paranoide, o que o tornava penalmente incapaz, tendo sido aplicada medida de segurança de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Durante todo o tempo em que ficou recluso em razão desse fato, do dia 25/07/2012 a 30/01/2017, Lucas foi encaminhado ao Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz apenas uma vez, lá permanecendo por cerca de quatro meses, tendo cumprido quase toda sua sanção em unidades prisionais destinadas à custódia de pessoas sancionadas com pena privativa de liberdade.

Em 30/01/2017, Lucas foi colocado em liberdade ante a conclusão pericial de cessação de periculosidade. Porém, em pouco mais de um mês, já no dia 09/03/2017, foi novamente preso em flagrante. Embora tenha sido lavrado o flagrante, não foram os policiais que abordaram o agente. Ao contrário, foi Lucas que pediu para ser preso, pois, segundo informado em seu interrogatório, “disse que estava se sentindo abandonado pela família e, por isso, queria ser novamente preso” (sic). Disse, ainda, que foi à favela, comprou os pinos de cocaína e procurou os policiais para que o levassem preso.

¹ Todos os dados e informações que seguem abaixo sobre o caso foram retirados de mídias abertas que noticiaram os fatos e expuseram nomes e circunstâncias fáticas dos eventos retratados, bem como de informações processuais públicas, divulgadas nos sites dos Tribunais.

Por esse fato, Lucas ficou provisoriamente custodiado entre 09/03/2017 a 31/08/2017, tendo permanecido no Ceresp Gameleira e no Presídio Antônio Dutra Ladeira, quando houve expedição de alvará de soltura por revogação de prisão.

Após a instrução desse processo, mais uma vez considerado inimputável, foi imposta nova medida de segurança na modalidade tratamento ambulatorial.

Poucos meses após sua soltura, no dia 07/02/2018, Lucas foi preso em São Paulo por tentativa de roubo. Na sentença, não foi arguida a insanidade mental. Aliás, o juiz sentenciante ainda fez referência à suposta primariedade e bons antecedentes do réu, impondo-lhe a pena de 01 ano e 4 meses de reclusão em regime aberto. Em 05/04/2018 foi determinada a soltura do sentenciado.

Quase três meses após sua soltura, no dia 07/08/2018, Lucas foi novamente preso em Minas Gerais pela prática de furto, mas recebeu o alvará logo em seguida, sendo desligado no dia 14/09/2018.

Em menos de dois meses após a última soltura, no dia 08/11/2018, Lucas foi outra vez preso em flagrante pelo cometimento de novo tráfico e, no dia 21/03/2019, foi novamente desligado.

Nesse meio tempo, no processo de execução, foi expedida ordem de internação, haja vista a notícia de cometimento de outros delitos, o que demonstraria a permanência da periculosidade.

Ainda assim, Lucas permaneceu solto e, no 17/10/2019, foi mais uma vez preso pelo cometimento de outro roubo, mas ficou apenas dois dias detido, sendo liberado no dia 19/10/2019, quando recebeu a tornozeleira de monitoração eletrônica.

Por fim, chega-se ao fato tratado inicialmente. Dois dias após a admissão na Unidade de monitoração eletrônica, Lucas matou sua prima. Nos autos da execução penal, há informações de que o autor estava em tratamento no Cersam de Venda Nova e era acompanhado pelo PAI-PJ. Consta, ainda, que a ordem de internação exarada em novembro de 2018 permanecia sem cumprimento, em razão da inexistência de vagas no Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, não tendo sido impedimento para todas as liberações que ocorreram posteriormente, haja vista não se tratar de mandado de prisão propriamente dito.

Por isso, como medida impeditiva de novas liberações, o juiz atuante no processo de execução decretou a expedição de mandado de prisão em 22/10/2019, determinando que o sentenciado aguardasse vaga no Hospital psiquiátrico no Centro de Apoio Médico Pericial.

De fato, Lucas foi admitido em 14/12/2019 no referido hospital, onde permaneceu até 04/01/2020. Nesse dia, Lucas foi desligado. A razão do desligamento foi óbito, não o natural, mas o provocado, e pior, por ele mesmo!

A trajetória de Lucas, um infrator contumaz que apresentava severas deficiências psiquiátricas terminou da pior maneira: suicídio. Lucas, um jovem, se enforcou dentro de um hospital destinado aos cuidados de pessoas infratoras inimputáveis. Para muitos, para o senso comum, para a opinião pública leiga, a morte de Lucas pode ser um alívio, mas alívio de verdade deveria ter sido causado por sua reabilitação ante um tratamento eficaz dispensado durante o longo tempo em que permaneceu sob a custódia do Estado, principalmente dentro de unidades prisionais “comuns”, já que não havia vagas no local supostamente adequado.

Essa breve história é crucial para introduzir esse trabalho. A uma, para chamar a atenção do leitor para a gravidade extrema do problema a ser enfrentado, qual seja: “Como tem-se configurado a situação de pessoas presas que estão em sofrimento mental e, ainda assim, se encontram no Presídio Antônio Dutra Ladeira?”; a duas, para destacar a importância da atuação do Estado nos casos em que vários e vários “Lucas” estão sob a custódia (leia-se: cuidado) estatal; a três, para demonstrar a necessidade de uma intervenção eficaz não apenas para o autor do fato, mas para toda a sociedade, responsável tanto quanto o Estado pelo alcance das finalidades das sanções penais.

A partir de então, imperioso distinguir as espécies de sanções penais, tratadas, inclusive, acima. Atualmente, há duas espécies de sanções penais no ordenamento jurídico, quais sejam: a pena e a medida de segurança. As penas têm como destinatários aqueles que entendem o caráter ilícito do fato e se determinam de acordo com esse entendimento, ainda que parcialmente (imputabilidade). Em contrapartida, as medidas de segurança são destinadas aos indivíduos inimputáveis e, por vezes, semi-imputáveis, devendo o autor do crime ser submetido a tratamento ambulatorial ou a internação em hospital psiquiátrico (BITENCOURT, 2018).

Entretanto, observa-se que esse instituto é incapaz de englobar todas as situações relacionadas à saúde mental de um infrator, fazendo com que este, se considerado imputável e condenado ao cumprimento de uma pena privativa de liberdade, ainda que apresente deficiências mentais prévias ou decorrentes, seja custodiado em uma unidade prisional comum, onde cumprirá a reprimenda.

Ocorre que, os estabelecimentos prisionais padecem de estrutura e recursos suficientes para garantir que a pena seja cumprida de modo a se dispensar um tratamento adequado a

essas pessoas, culminando na inobservância das particularidades desses encarcerados (DAMAS; OLIVEIRA, 2013).

Este tema tem sido pouco investigado cientificamente, daí sua relevância teórica, pois foram encontrados, basicamente, cinco estudos, sendo que nenhum aborda a realidade mineira. Os estudos localizados tratam, respectivamente, da saúde mental dos custodiados do sistema penitenciário paulista, fluminense, catarinense, paraibano e amazonense.

Em São Paulo, foram levantados importantes dados acerca do quantitativo de mulheres e homens com algum transtorno mental (RIBEIRO; QUINTANA; ANDREOLI, 2008). Já no Rio de Janeiro (ASSIS; CONSTANTINO, 2016) e em Santa Catarina (DAMAS; OLIVEIRA, 2013), foram avaliadas as condições gerais de saúde mental dos custodiados e sua relação com o aprisionamento. Na Paraíba, foi realizada uma pesquisa descritiva acerca dos sintomas de depressão e ansiedade em pessoas privadas de liberdade (ARAÚJO; NAKANO; GOUVEIA, 2009). Por fim, no Amazonas, foram estudados os aspectos históricos, sociais e jurídicos dos doentes mentais na população prisional do Estado (BERTAZZO, 2015).

Embora tais estudos expliquem as condições gerais de saúde mental das pessoas privadas de liberdade e sua vinculação com o encarceramento, não abordam o cerne da questão, qual seja, a forma pela qual as pessoas privadas de liberdade em sofrimento mental são identificadas e tratadas durante a custódia, bem como quais os procedimentos são ou devem ser adotados a fim de conferir a essas pessoas o tratamento adequado à luz do princípio da individualização da pena, do fundamento constitucional da dignidade da pessoa humana, e dos direitos humanos.

Essa discussão é imprescindível, na medida em que as unidades prisionais mineiras, assim como a esmagadora maioria das unidades prisionais brasileiras, são caracterizadas por uma série de deficiências de viés estrutural e material que impactam diretamente os resultados produzidos em relação à pretendida ressocialização dos reclusos e à sua saúde. Já é claro que aspectos como a falta de atividades, a superlotação, a pequena quantidade de profissionais técnicos das áreas da saúde, do jurídico, do serviço social e da educação, além de infraestrutura precária e ambiente insalubre, fomentam as diferentes enfermidades, inclusive as mentais (DAMAS; OLIVEIRA, 2013).

Assim, percebe-se que aqueles que já ingressam no sistema prisional apresentando algum transtorno mental, bem como aqueles que desenvolvem tais transtornos durante sua custódia não apresentam quaisquer perspectivas de melhora, tornando cada vez mais distante a chance de serem reinseridos socialmente de forma adequada.

Portanto, considerando a importância do problema, assim como a escassez de estudos realizados até então, salutar a produção de conhecimentos que possam balizar as ações e políticas públicas dirigidas ao correto tratamento das pessoas presas em sofrimento mental.

A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar a forma pela qual o Presídio mineiro Antônio Dutra Ladeira tem lidado com a presença da pessoa presa em transtorno mental.

Especificamente, visa-se:

- Identificar a construção histórica e a vigência de políticas públicas voltadas à saúde mental das pessoas encarceradas;
- Verificar o método de identificação dos casos de sofrimentos mentais apresentados pelos detentos custodiados no Presídio Antônio Dutra Ladeira;
- Apurar, considerando o ano base de 2020, o quantitativo mensal dos casos apresentados na unidade prisional de análise e traçar o perfil jurídico carcerário dos internos listados;
- Problematizar as ações empregadas durante a custódia desses internos;
- Verificar a aplicabilidade de políticas públicas relacionadas ao tratamento e à ressocialização desses detentos.

Para alcançar todos esses propósitos e concentrar o estudo conforme a linha de pesquisa, qual seja: violência, crime e controle social, a dissertação está estruturada, já incluindo esta introdução, da seguinte maneira: o primeiro capítulo busca explicitar os aspectos metodológicos utilizados no desenvolvimento do estudo. O segundo capítulo visa traçar a história da loucura, apontando, separadamente, a relação entre a doença mental, o controle social, a violência e o crime. O terceiro capítulo trata dessa mesma relação voltada para o Brasil. Posteriormente, é realizada a contextualização das políticas públicas já existentes acerca do infrator deficiente mental ou intelectual. Em seguida, aprofundando no objeto da pesquisa, são expostas as políticas específicas de Minas Gerais, os dados levantados acerca das pessoas presas em sofrimento mental no presídio Antônio Dutra Ladeira e a respectiva análise. Por último, são apresentadas as considerações finais e as contribuições reveladas pela dissertação.

1. METODOLOGIA

1.1 Natureza da pesquisa

A presente pesquisa busca analisar como tem se configurado a situação das pessoas em sofrimento mental custodiadas no Presídio Antônio Dutra Ladeira. Desta feita, para atingir ao objetivo proposto, se vale de uma abordagem qualitativa.

Conforme Godoy (1995), uma pesquisa qualitativa tem algumas características fundamentais. A primeira delas é a análise do fenômeno em seu ambiente natural que funcionará como fonte direta de dados, tendo o pesquisador como instrumento imprescindível de observação, seleção, análise e interpretação de dados.

O caráter descritivo também é atributo desse tipo de pesquisa. As pessoas, os lugares e os processos interativos são observados como um todo. Atenta-se aos processos e não apenas aos resultados. Os fenômenos, então, são compreendidos a partir da perspectiva dos sujeitos. Isto é, o significado que as pessoas dão aos fenômenos é fundamental ao investigador. (GODOY, 1995).

Além disso, o enfoque da investigação é eminentemente indutivo, ou seja, os conceitos são produzidos no decorrer da pesquisa, não resultando de concepções preestabelecidas.

Para realização dessa pesquisa, optou-se por um estudo de caso, que pode ser entendido como uma investigação empírica de “um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p. 32).

Desse modo, o estudo de caso viabiliza uma visão abrangente de uma variável social complexa, além de pretender investigar um caso específico, bem determinado no tempo, com lugar bem demarcado, no qual se pretende realizar a busca de informações e é geralmente estruturado em volta de um pequeno número de questões que indicam o “como” e o “motivo” da investigação (VENTURA, 2007).

Um estudo de caso tem por intuito, por conseguinte, assimilar a complexidade de uma situação que encerra em si fartas dimensões e, desse modo, exige profundidade, coleta de múltiplos dados e evidências que encaminhem à conclusão (MARTINS, 2006).

Para a análise dos dados qualitativos, a análise de conteúdo foi entendida como o método mais adequado para responder aos objetivos desta pesquisa.

Este método permite descortinar as questões implícitas dos conteúdos manifestos, explorando além dos aspectos aparentes (MINAYO, 2009).

Para Bardin (2009), a análise de conteúdo, enquanto método, compreende uma série de técnicas de análise das comunicações que se vale de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, conforme os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados.

As distintas etapas da análise de conteúdo organizam-se em torno de três passos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pré-análise é a etapa de organização propriamente dita com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais. Em geral, constitui-se de uma leitura flutuante do material para a escolha dos documentos a serem analisados, da formulação de hipóteses e objetivos e da preparação do material.

Em seguida, inicia-se a fase de exploração do material que consiste em analisa-lo por meio de codificação ou decomposição dos dados brutos dos textos.

Por derradeiro, os dados são tratados de modo a serem significativos e válidos, provocando inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos (BARDIN, 2016).

Sendo assim, de posse do material a ser analisado, foi realizada, então, uma leitura flutuante e uma análise acerca de quais destes se apresentariam como efetivos ao alcance dos objetivos desta pesquisa. Essa fase possibilitou a organização e a sistematização das ideias iniciais, tornando-as executáveis.

Depois de serem preparados, os dados puderam ser explorados e submetidos a um procedimento melindroso de definição das unidades de análise. A partir daí, agruparam-se os dados em categorias, tendo em vista os aspectos comuns existentes. Fundamentadas nas exposições teóricas, que propiciaram a compreensão das questões relacionadas ao sofrimento mental e ao ambiente carcerário, foi possível estabelecer as categorias analíticas centrais desta pesquisa.

O processo de codificação de dados limita-se à escolha das unidades de registro, isto é, o recorte. *In casu*, trata-se do seguinte tema: a situação das pessoas presas em sofrimento mental custodiadas no Presídio Antônio Dutra Ladeira.

Já a enumeração, diz respeito às regras de contagem, ou seja, como serão contabilizadas as pessoas que apresentam o sofrimento. Por fim, a categorização consiste em classificar os elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, reagrupá-los por semelhança. Assim, as categorias são classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, o que implica na investigação do que cada um dos elementos do texto tem em comum com outros (BARDIN, 2016).

Para Mozzato e Grzybovski (2011), quando se escolhe a análise de conteúdo como procedimento de análise, os dados em si constituem apenas dados brutos e só ganham sentido após serem trabalhados utilizando-se de técnicas apropriadas de análise.

Aqui, a categorização consiste em separar, de forma semântica, isto é, por temas, as pessoas em sofrimento mental identificadas. Os temas consistem em condenação, espécie de sanção, reincidência, admissão no sistema prisional, dentre outros.

Seguindo as etapas apresentadas, após a categorização dos dados, os resultados foram descritos e interpretados, com o fito de analisar a forma pela qual se dá a custódia das pessoas presas em sofrimento mental, a partir do estudo da realidade da unidade selecionada.

1.2 Contexto do ambiente da pesquisa

Conforme dados do Monitor da Violência², em maio de 2021, a população carcerária mineira, girava em torno 62.346 pessoas, representando uma redução de 10,1% em relação a 2020, quando o Estado registrou 69.378 mil detentos.

Considerando que essa volumosa população carcerária torna impossível a análise de todos os casos identificados de transtornos mentais e da realidade carcerária de cada estabelecimento prisional, e a fim de promover um estudo mais detalhado e rico, a pesquisa de campo se realizou em apenas uma unidade prisional. A unidade selecionada foi o Presídio Antônio Dutra Ladeira.

A seleção desta unidade prisional se deu, primeiramente, pela inserção da pesquisadora no campo de pesquisa, já que esta exerce suas atividades laborais há cerca de sete anos nesse local, o que é um fator facilitador para a coleta de dados e para a submersão e descrição da realidade e rotina das pessoas presas em sofrimento mental. Além disso, o Presídio apresenta uma diversidade de custodiados, fazendo com que se torne um órgão extremamente representativo.

O Presídio Antônio Dutra Ladeira está localizado no município de Ribeirão das Neves, em Minas Gerais e, atualmente, é administrado pelo Poder Estadual, por meio da Secretaria de Justiça e Segurança Pública. Sua estrutura física abrange dois anexos e um prédio administrativo. Os anexos possuem estruturas próprias. Ao contrário do disposto na Resolução retro, este Presídio é responsável pela custódia tanto de pessoas condenadas,

² O Monitor da Violência é fruto de uma parceria entre o G1, o Núcleo de Estudos da Violência da USP e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

quanto pessoas presas provisoriamente. No anexo I são alocados os presos em gozo de benefícios de trabalho externo e saídas temporárias, bem como aqueles que apresentam condenações mais baixas. Já no anexo II encontram-se os custodiados com penas mais altas e provisórios.

Além disso, dentro da estrutura, encontram-se os setores jurídico, pedagógico, de trabalho e de saúde. Nos anos de 2019 e 2020, esse local passou por uma reforma arquitetônica a fim de que o antigo Núcleo de Saúde fosse ampliado e contemplasse salas individuais de atendimentos, farmácia e celas. Assim, atualmente, é nesse espaço que são dispensados os atendimentos técnicos de saúde, além dos atendimentos jurídicos e onde são acolhidos, quando necessário, os IPL's em sofrimento mental, como será visto adiante.

Em 2020, o Presídio era responsável pela custódia de uma média mensal de 2.150³ (dois mil, cento e cinquenta) pessoas, todas do sexo masculino. Esse número é flutuante, dada a intensa movimentação de internos, porém, por decisão judicial, o quantitativo não pode ser superior a 2.400 (dois mil e quatrocentos). Frise-se que a capacidade de custódia é de 1.163 (mil cento e sessenta e três) pessoas.

1.3 Instrumentos da pesquisa

Com a intenção de conhecer a situação das pessoas em sofrimento mental identificadas no Presídio Antônio Dutra Ladeira, foi utilizada a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental.

De acordo com Gil (2008, p. 50), a pesquisa bibliográfica: “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” e a pesquisa Documental é composta de materiais que ainda podem ser reelaborados conforme os objetivos da pesquisa. (GIL; 2008).

No presente estudo, analisou-se não apenas a legislação, estatísticas e estudos pertinentes ao tema, mas também documentos públicos emitidos precipuamente pela Secretaria de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais (SEJUSP) que norteiam a custódia dessas pessoas.

A coleta de dados, por sua vez, foi realizada por meio de um banco de informações mantido pela SEJUSP, por meio da Superintendência de Humanização do Atendimento e da Diretoria de Atenção ao Paciente Judiciário, o qual fora analisado pelo setor jurídico do

³ Dados fornecidos pelo setor de segurança (NSI) do Presídio Antônio Dutra Ladeira.

Presídio, a fim de que fossem averiguadas as informações concernentes à existência de outros processos em andamento, instauração de incidente de insanidade mental, admissão carcerária anterior; liberações; regime de cumprimento de pena; espécie de sanção aplicada; situação carcerária, dentre outros.

Frise-se que as informações disponíveis no banco de informações da Diretoria de Atenção ao Paciente Judiciário são atualizadas mensalmente pelo psicólogo que trabalha no Núcleo de Saúde da unidade prisional de análise, conforme haja novas identificações e desligamentos.

Destaca-se que, com o fito de compilar e estudar os dados dentro de um lapso temporal restrito, mas, ao mesmo tempo, representativo, selecionou-se o ano-base de 2020, de forma que as referências contemplam as informações levantadas entre janeiro e dezembro desse ano.

Constata-se que os dados trabalhados são fruto de informações coletadas diretamente pelos profissionais lotados na unidade de análise, sem a intervenção ou acesso da pesquisadora, de modo que o presente estudo se restringe à análise de informações já agregadas, sem a possibilidade de identificação individual.

Em casos assim, prevê o art. 1º, V, da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde a dispensabilidade de que a pesquisa seja registrada ou avaliada pelo sistema CEP/CONEP.

Por esta razão, amparada por este dispositivo, a pesquisa em voga não fora submetida ao Comitê de Ética da UEMG.

2. DOENÇA MENTAL, CONTROLE SOCIAL, CRIME E VIOLÊNCIA

Popularmente há uma propensão em se julgar a sanidade da pessoa, conforme seu comportamento e sua adequação às conveniências socioculturais como, por exemplo, a obediência aos familiares, o sucesso no sistema de produção, a postura sexual, etc.

Medicamente, segundo Ranna Parekh, (2018), doença mental pode ser compreendida como um grave distúrbio mental, comportamental ou emocional que resulta em grave comprometimento das funções, interferindo ou limitando sobremaneira uma ou mais atividades importantes da vida.

A Organização Mundial de Saúde não conceitua doença mental, ao invés, define saúde mental como "um estado de bem-estar no qual uma pessoa percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade" (OMS, 1946).

Embora de difícil definição, sabe-se que a doença mental abrange uma série de condições que influenciam a performance da pessoa na sociedade, além de provocar alterações de humor, bom senso e concentração, por exemplo.

Por isso, segundo Roy Porter (1987), a questão quanto à real essência da doença mental ainda está em aberto. Para esse autor, a forma como cada sociedade lida com o problema é peculiar e varia de época para época e de sintoma para sintoma.

A despeito de todas essas nuances, salutar traçar um estudo da doença mental em seus diferentes aspectos.

2.1. Doença mental e controle social

Foucault (1972), em sua obra "História da Loucura", explana que, em síntese, o modelo mítico-religioso sustentava a irresponsabilidade do doente mental perante seus atos. Sua atuação era ajustada por forças superiores do Bem ou do Mal. A irresponsabilidade pelas condutas, entretanto, não significava a absolvição de instâncias de controle social. Aos poucos, a própria doença passou a ser vista como penalidade para as pessoas reprovadas pelo senso moral vigente nas sociedades medievais.

Enquanto o louco não se enquadrasse às normas vigentes, podia sofrer medidas restritivas de liberdade. Não havia um tratamento específico para o "louco infrator" e o "louco" que apenas possuía comportamentos estranhos, sem, contudo, infringir as normas

penais estabelecidas. Conforme era seu grau de diferenciação dos demais membros da sociedade, podia ou não ser dela afastado.

Já na Idade Média, todo aquele que infringia as normas vigentes, fosse louco, pobre, criminoso ou doente recebia o mesmo tratamento: a exclusão, como forma de eliminação da heterogeneidade dos associais.

A exclusão atingia os leprosos de modo especial, culminando na criação de inúmeros leprosários, onde os doentes eram alocados mais para fins de segregação do que para propriamente o tratamento. Com o desaparecimento da doença no mundo ocidental, por volta do século XV, esses locais ficaram sem utilidade, mas não por muito tempo.

Em substituição à lepra, as doenças venéreas começaram a se multiplicar no final do século XV. Nesse contexto, os leprosários se tornaram locais para o tratamento de todas as doenças, inclusive da loucura, reforçando a ideia de exclusão social do doente e da sua imagem e valores.

Foucault (1972) ressalta que antes da loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, ela esteve ligada a todas as maiores experiências da Renascença. Nesse período, era comum que os loucos fossem entregues a barqueiros para que fossem deixados em outras cidades. Tal prática evitava que os loucos ficassem vagando pelos espaços públicos.

Esse costume estava ligado ao “escorraçamento” do louco. Essa prática consistia na expulsão dessas pessoas de suas cidades, o que ocorria, muitas vezes, sob pedradas e bastonadas. Outras vezes, os loucos eram deixados a vagar pelos campos.

Não se pode, contudo, generalizar essa prática para todas as cidades, pois, existiam aquelas em que os loucos eram recolhidos e tratados, inclusive os oriundos de outras cidades, e aquelas nas quais eles eram presos (FOUCAULT, 1972).

Em suma, o que Foucault (1972) indica em sua obra é que havia cidades em que a população, ou a administração local, produzia formas de organização que viabilizavam a criação de instituições que, se não tratavam, acomodavam os loucos. Em outras cidades onde não havia essa organização, optava-se pelo “escorraçamento”, que se mostrava como uma solução menos dispendiosa de se livrar dos moradores inconvenientes. Nesse sentido, uma alternativa era a entrega dos alienados aos navegadores e mercadores, enviando-lhes para outras cidades e transferindo para essas a responsabilidade pela acomodação e eventual tratamento (FOUCAULT, 1972).

Por isso, a Nau dos loucos exerceu um papel fundamental na regulação e controle da população de insanos entre os séculos XV e XVI.

Com o desenvolvimento das sociedades e com o domínio da lepra na Europa, houve uma reorganização dos serviços de assistência que, antes, como mencionado, eram destinados primordialmente aos leprosos. Essa nova configuração privilegiou o encarceramento ou isolamento dos loucos, que acabou se tornando a forma predominante com a qual as sociedades europeias passaram a lidar com o problema da loucura.

Com o avançar dos anos, o declínio da ordem feudal e o desenvolvimento do capitalismo mercantil resultaram em um aumento do fluxo de pessoas que se deslocaram do campo para as cidades em busca de trabalho. Todavia, a maioria dessas pessoas não cumpria as exigências técnicas impostas pelo então sistema de produção (manufatura), fazendo com que estas, desempregadas, lotassem as cidades, ameaçando a ordem.

Nesse período, houve a ascensão da burguesia, que comandava a reorganização espacial e social, conforme os interesses da classe. Logo, houve uma nova leitura dos deveres de assistência, da pobreza, uma nova visão sobre o significado do trabalho, dos problemas econômicos e da ociosidade.

A miséria, que na Idade Média era vista como uma positividade mística, possibilidade de praticar a generosidade com o próximo, gerando uma experiência moral de santificação passou a ser vista como um óbice ao bom andamento estatal, assumindo uma concepção moral negativa.

Por isso, como forma de solucionar o problema da extrema miséria provocado pelo movimento migratório, o poder público criou uma longa rede de repressão aos indigentes, que passaram a ser vistos como potenciais problemas à ordem social estabelecida.

Priscila Piazzentini aduz que esses temas balizaram o entendimento sobre a loucura na Era Clássica para Foucault. Isso porque as medidas legislativas criadas e referendadas pelo soberano monárquico tratavam da repressão à ociosidade e mendicância e, como resultado da insanidade, os loucos não conseguiam se encaixar no processo produtivo ou em alguma outra atividade laboriosa, de forma que eram indiscriminadamente levados às instituições como mais um incapaz para o labor, juntando-se, portanto, aos vagabundos e ociosos (VIEIRA, 2007).

Assim, a loucura nesse período era vista no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da inviabilidade de integração no grupo, inserindo-se, dessa forma, no contexto dos problemas da cidade (FOUCAULT, 1972).

O Período Clássico, então, foi marcado pelo internamento que, a princípio, surgiu como resposta à grave crise financeira enfrentada pelo Ocidente, especialmente o desemprego. Esse modelo de aprisionamento é complexo e possui significações políticas,

sociais, religiosas, econômicas e morais, tendo sido realizado de modo semelhante à segregação dos leprosos ocorrida na Idade Média (VIEIRA, 2007).

Por conseguinte, o fenômeno do internamento nada teve a ver com questões médicas, mas ligou-se à preocupação com a ociosidade, configurando-se como uma forma de controle social. O desempregado, por exemplo, deveria aceitar a coação física e moral advinda do internamento, já que era sustentado pelo Estado.

Em tempos de crise, o internamento também fornecia mão de obra barata, eis que eram utilizadas oficinas com o intuito de ocupar os internos e lhe ensinar um ofício, de modo que o ocioso, ao ser liberado, pudesse se sustentar. Mas, para Foucault (1972), a natureza desse trabalho era muito mais repressiva, já que aqueles que não estavam inclinados ao trabalho estavam submetidos a várias penalidades, como a privação de comida. Por isso, os internos eram obrigados a trabalhar. O louco encontrava-se nesse contexto, ao lado dos miseráveis, sofrendo com a condenação da ociosidade, mesmo quando incapaz de exercer a atividade produtiva.

A criação do Hospital Geral em Paris pelo Rei da França (1656) pode ser considerada como uma data de referência. Conforme seu decreto de fundação, o Hospital Geral destinava-se aos pobres “de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis” (FOUCAULT, 1972, p. 49). Inauguraram-se, então, as funções sociais e políticas de um hospital que era destinado ao controle social da pobreza por meio de fortes aparatos repressivos.

Logo, o Hospital Geral não era um local de tratamento ou custódia médica dos loucos. Era, na verdade, um local de colocação de desempregados, dos pobres. De acordo com Foucault, era “uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decidia, julgava e executava” (1972, p.57).

Outros Hospitais Gerais e instituições singulares se espalharam por toda a Europa, especialmente pela França.

A falta de cuidados médicos pôs o Hospital Geral em uma situação similar a de uma prisão. “Se há um médico no Hospital Geral, não é porque se tem consciência de que aí são internados doentes, é porque se teme a doença naqueles que já estão internados” (FOUCAULT, 1972, p. 128). Temia-se a famosa “febre das prisões”.

Posto isto, vê-se que não havia nenhum signo de diferença entre os “devassos, os pais dissipadores, os filhos pródigos, os blasfemadores, os homens que ‘procuram se desfazer’, os

‘libertinos’ e os ‘insanos’, homens ‘em demência’, pessoas ‘de espírito alienado’, ‘pessoas que se tornaram inteiramente loucas’” (FOUCAULT, 2012, p.124).

Para Foucault,

O que caracteriza o século XVII não é o fato de haver ele avançado, menos ou mais rapidamente, pelo caminho que conduz ao reconhecimento do louco, e com isso ao conhecimento científico que se pode ter dele; é, pelo contrário, o fato de tê-lo distinguido com menos clareza; de certo modo, o louco foi absorvido numa massa indiferenciada. Esse século misturou as linhas de um rosto que já se havia individualizado há séculos (FOUCAULT, 2012, p. 135).

No entanto, importante frisar que o mundo da loucura não era uniforme na Era Clássica. Em regra, os loucos eram tratados como prisioneiros da polícia, porém, alguns deles, tinham uma condição especial. Em determinados hospitais, os loucos tinham local restrito, o que lhes garantia uma condição quase médica. Ressalta-se, mais uma vez, que os locais reservados eram exceção, de modo que a maior parte dos loucos residia em casas de internamento, nelas tendo, praticamente, uma existência correcional.

A rede de repressão permaneceu praticamente inalterada até o século XVIII. Por toda a Europa, os séculos XVIII e XIX abrigaram uma multiplicação de escolas, prisões, casas de indústrias, casas de correção, oficinas e, na mesma proporção, casas de loucos, para tratar a ameaça da loucura (PORTER, 1987).

Contudo, principalmente ao final deste século, começaram os estudos para identificar a loucura. Nos centros de internação, começou a ocorrer uma separação dos loucos dos outros internos. Na Inglaterra, por exemplo, foram criados, sucessivamente, o Manchester e o Liverpool Lunatic Hospital. Na Alemanha foram abertas casas particulares que também objetivavam separar e diferenciar a loucura. Por fim, na França, em 1782, foi fundado o St. Luke Hospital para abrigar alienados indigentes (FOUCAULT, 1972).

A crise do sistema monárquico que marcou o século XVIII, ao lado do Iluminismo e liberalismo econômico, propiciou a contestação do internamento dos ociosos nos grandes estabelecimentos de reclusão. Defendia-se a liberdade individual que, uma vez satisfeita, atenderia aos objetivos econômicos do liberalismo, na medida em que possibilitaria a população se empregar livremente no mercado de trabalho.

Assim, os hospitais gerais passaram a criticados tanto por ser uma representação do poder despótico do monarca, atentando às liberdades individuais dos cidadãos, quanto por abrigarem os vagabundos e desempregados que não deveriam ter nenhum tipo de assistência do poder público.

Todavia, o louco não integrava essa crítica, pois dificilmente seria absorvido pelo sistema produtivo e, tampouco, poderia gozar verdadeiramente de sua liberdade individual enquanto não tivesse curado. Para a loucura, entendia-se ser necessária a manutenção do internamento.

Um problema a ser enfrentado pela nova ordem revolucionária era: o que fazer com os loucos? Tal indagação se deu porquanto, com a derrubada do poder monárquico, a *lettre de cachet*, que regulava a internação dos loucos, fora abolida. Tratava-se da “ordem do rei” concedida mediante solicitação da família do alienado ou, até mesmo, de alguma autoridade pública para interditar o louco (JABERT, 2001). As autoridades públicas, em caso de perturbação da ordem, poderiam, autonomamente, determinar a interdição, mas a medida era provisória, valendo até que sobreviesse a *lettre de cachet*.

Segundo Castel (1978), o mais comum era a solicitação familiar, mas essa nem sempre se dava em razão de insanidade. Na grande maioria das vezes, o motivo do pedido era a perturbação da ordem familiar pelo membro. Em caso de deferimento da solicitação, o insano se tornava uma espécie de “prisioneiro da família”. Vejamos:

O poder real desempenhava, assim, um duplo papel. Munido das prerrogativas do executivo ele intervinha para salvaguardar a ordem pública contra as perturbações causadas pelos insanos. Porém, freqüentemente ele era intermediário e um regulador no exercício do poder correcional das famílias (CASTEL, 1978, p. 23).

Outra forma de as famílias obterem autorização para internação era a provocação do Poder Judiciário que, ante ao requerimento, instaurava um verdadeiro processo a fim de que, ao final, sendo o caso, fosse exarada uma “ordem de justiça”, determinando a internação da pessoa acusada de insanidade.

Com a alteração do cenário político e social, ocorrida, como dito, com a ascensão da burguesia, houve a abolição das *letters de cachet*, o que provocou um grande problema político, pois esse instrumento era o principal regulador da loucura na França, além de exercer um papel fundamental na mediação entre o poder real e a sociedade francesa.

Contudo, na nova conjuntura, entendia-se que, sendo incapaz, o louco não poderia ser responsabilizado judicialmente, mas deveria ser reeducado para se encaixar no mercado de trabalho e no sistema de produção. Noutra giro, firmava-se o entendimento de que era necessário punir a pessoa responsável pela perturbação da ordem pública. Assim, impunha-se um conflito entre a necessidade de responsabilização e a impossibilidade de sua ocorrência (JABERT, 2001).

Para tanto, ficou legalmente determinado que a administração da situação do louco pela sociedade francesa da época se daria da seguinte forma: a interdição adviria da avaliação de um médico. O parecer médico seria ratificado pelos representantes da justiça e das administrações locais.

A partir de então, ao longo do século XVIII, desenvolve-se uma medicina na qual o conjunto médico-doente se vai tornando o elemento constituinte. É esse par, com as figuras imaginárias através das quais se comunica, que organiza, segundo os novos modos, o mundo da loucura. As curas de aquecimento ou resfriamento, de contração ou expansão, todo o labor, comum ao médico e ao doente, das realizações imaginárias, permitem que se perfilhem formas patológicas que as classificações serão cada vez mais incapazes de assimilar. Mas é no interior dessas formas, ainda que de fato tenham sido superadas, que se efetua o verdadeiro trabalho do saber (FOUCAULT, 2012, p. 228)

Nesta seara, ao final do século XVIII e início do século XIX, surgiram os asilos, locais com valor terapêutico e, tendo Pinel como seu maior representante, um setor da classe médica iria se inclinar sobre o assunto, propiciando a evolução de uma ciência que transformou, aos poucos, o louco em doente, a loucura em doença mental e o asilo em hospital psiquiátrico.

Segundo Foucault,

(...) Até Haslam e Pinel, não haverá praticamente nenhuma experiência médica oriunda do asilo e no asilo; o saber da loucura ocupará um lugar num corpus de conhecimentos médicos onde ele figura como um capítulo entre outros, sem que nada indique o modo de existência particular da loucura no mundo, nem o sentido de sua exclusão (FOUCAULT, 2012, p. 191)

Um emblemático acontecimento ocorreu na França quando Philippe Pinel libertou os loucos de Bicêtre dos grilhões. Na Inglaterra, Samuel Tuke também desempenhou um importante papel ao buscar curar os doentes em um local no campo, sem a utilização de quaisquer meios repressivos.

Tuke e Pinel não encerraram o internamento, não obstante terem defendido um internamento humanizado. O asilo receberia “o poder moral da consolação, da confiança e de uma fidelidade dócil à natureza” pela expansão de valores religiosos (como no retiro de Tuke), família e trabalho (FOUCAULT, 1972, p. 536).

Para Pinel, seria possível ao alienado mental ser reintegrado à sociedade. Por isso, se diz que, a partir de Pinel, a loucura pode ser tratada porque é possível dialogar com o insensato, que não perdeu sua razão, pois a loucura é apenas uma fase da vida do indivíduo, a qual é encerrada com o tratamento (FOUCAULT, 1972). Pinel entendia que esse processo era possível de ser realizado nos asilos, locais onde a segurança dos insanos e de sua família era

garantida e onde haveria isenção de influências externas. O principal meio de cura era o trabalho, que além de exercer um papel de dignificação, tornava o ser alienado dócil e útil. Por conseguinte, o tripé do tratamento de Pinel era isolar, conhecer e tratar.

Foi Pinel quem lançou as bases do que ficou conhecido como “síntese alienista”, além de elaborar uma primeira classificação das enfermidades mentais, consolidando o conceito de alienação mental e a profissão do alienista.

As alterações realizadas por Pinel marcaram o início da psiquiatria moderna, responsável por definir os padrões de uma abordagem médica da loucura e o modo que o problema da loucura seria tratado nas sociedades ocidentais durante os dois séculos seguintes. Vê, portanto, que o problema que antes era político, passou a ser enfrentado como um problema técnico científico, competindo ao médico identificar que um cidadão padece de uma alienação mental e determinar o seu adequado tratamento.

Essas alterações também apresentaram problemas, segundo Porter (1987). Isso devido ao fato de que a psiquiatria, que tendia a ser grandiosa, começou a ver loucura em toda parte, pois criava, ou ao menos se prendia aos traços que pretendia curar. Assim, forçava a internação em massa, fazendo com que aqueles que eram rotulados como anormais passassem a viver em circunstâncias que realmente eram obstáculo à vida normal.

Á vista disso, para esse autor, a história da psiquiatria mostrou que a sociedade definia a si mesmo como racional e normal e, ao fazê-lo, carimbou o estigma e a exclusão de “estranhos” e “alienados”. Os manicômios, por sua vez, embasados pela especialidade médica da psiquiatria institucional, acabaram por abrigar muito mais pessoas que as próprias prisões, reforçando esse estigma (PORTER, 1987).

Por isso, afirma-se que o sistema hospitalar psiquiátrico se aproximou muito das instituições carcerárias, pois era fundado na vigilância, controle e disciplina, impondo punição e repressão (AMARANTE, 2007).

É diante desse cenário que, em 1961, o médico psiquiatra Franco Basaglia iniciou diversas mudanças na direção do hospital em Gorizia, na Itália, transformando-o em comunidade terapêutica. Contudo, à medida que se deparava com a crueldade causada pelas condições do hospital, percebia que a simples humanização não seria suficiente, mostrando-se necessário promover profundas alterações tanto no modelo de assistência psiquiátrica, quanto nas relações entre sociedade e loucura (AMARANTE, 2007).

Franco Basaglia era grande crítico da cultura médica que transformava a pessoa e seu corpo em objetos de estudo e intervenção, bem como do isolamento, que enxergava como um método excludente e repressor.

Em vista disso, em 1970, em Trieste, ele provocou uma verdadeira ruptura com o modelo anterior, promovendo a mais rica e original experiência de transformação da psiquiatria contemporânea. Essa experiência compreendeu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede de atendimento (AMARANTE. 2007).

Os serviços e dispositivos substitutos ao modelo manicomial foram reconhecidos pela OMS, resultando, em 1978, na Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana. É a partir desse movimento que começam as Reformas psiquiátricas pelo mundo, inclusive no Brasil, como se verá adiante.

2.2 Doença mental e crime

Primeiramente, necessário salientar que a aproximação entre crime e loucura, no modo de reflexão que inseria o crime como manifestação de uma doença mental ou nervosa, emerge com o surgimento das sociedades liberais. Todavia, a aproximação entre crime e loucura se elaborará progressivamente e encontrará aproximação lógica em épocas anteriores.

Em meados do século XIX, com a ascensão da burguesia, restou imperioso lançar mão de recursos penais que propiciassem novas balizas políticas, econômicas e jurídicas. O desenvolvimento da filosofia positivista e dos estudos biológicos e sociológicos deu origem à Escola Positiva do Direito Penal. A Escola Positiva atrelou-se a uma metodologia empírica, calcada no modelo causal explicativo e indutivo e responsável pela visão biológica do crime (WACQUANT, 2008).

A Escola Positiva teve três fases distintas: a antropológica, com Cesare Lombroso (o qual será tratado em seguida); a sociológica, com Enrico Ferri, criador da Sociologia Criminal através de um livro homônimo lançado em 1880, e a jurídica, com Raffaele Garofalo, cuja obra maior foi Criminologia, editada em 1884 e dividida em três partes - o delito, o delinquente e a repressão penal.

Essa escola tinha na figura do criminoso, com seus comportamentos e personalidade, o seu objeto de estudo. Buscava-se entender como um homem se tornava um criminoso e quais os fatores internos e externos o conduziam.

Apesar de Lombroso ter inaugurado cientificamente o determinismo biológico com a Escola Positivista, estudiosos de séculos anteriores já sustentavam a ideia de que as características físicas ou fisiológicas dos indivíduos refletiam sua personalidade (FERREIRA; CORREIA JUNIOR, 2016).

O primeiro estudo que investigou a relação entre biologia do corpo e sua relação com características foi o médico pré-socrático grego Alcmeon de Crotona (560-500 a.C), responsável por dissecar um cadáver humano e relacionar o cérebro com as funções psíquicas.

Já na Idade Média, marcada pelas inquisições e pelo domínio pela Igreja católica sobre todas as áreas do conhecimento, era imputado àquele que não se enquadrasse aos ideários cristãos o estigma de possuído pelo mal e criminoso contra a Lei Divina. O louco passou a ser visto como perigoso, porque a possessão demoníaca só ocorria em pessoas em falta. Entendia-se que os bons não eram atingidos pelo demônio ou loucura.

Na Idade Moderna, Giovanni Battista Della Porta (1535-1615) iniciou o estudo da “Fisiognomia” que pretendia, a partir de traços da face humana e do desenho craniano, analisar a personalidade das pessoas. Mais tarde, no século XVIII, Johann Kaspar Lavater tentava identificar traços físicos que pudessem distinguir o homem criminoso e defendia que “quem tinha olhos e bocas distorcidos possuía avareza sórdida e forte vilania, de modo que nenhum de seus músculos e feições seria capaz de expressar benevolência ou sensibilidade”. (SANTOS; MARTINELLI; LOBATO, 2017)

A relação entre aparência física e personalidade fez com que no século XIX se desenvolvesse uma pseudociência denominada “frenologia”. O maior expoente da frenologia foi o médico alemão Franz Joseph Gall, para o qual “seria possível identificar características da personalidade e tendência criminosa do indivíduo através do formato de sua cabeça” (SANTOS; MARTINELLI; LOBATO, 2017). O cérebro, para Gall, é o centro das sensações e, conseqüentemente, responsável pelos instintos, sentimentos e talentos, qualidades afetivas e morais e faculdades intelectuais. O formato da cabeça, então, é salutar por resultar da influência do cérebro. Esse médico sustentava, ainda, que indivíduos com propensão para cometer crimes possuíam determinada medida de crânio.

Mariano Cubí Y Soler, pedagogo espanhol, adepto da frenologia, na mesma esteira, sustentava que “havia uma região cerebral sobre o orifício auditivo responsável pela propensão humana de matar, que seria ampla e volumosa no crânio dos homicidas”. Sustentava, ainda, que existia uma região no cérebro responsável pela disposição de enganar (SANTOS; MARTINELLI; LOBATO, 2017).

Phillippe Pinel, que desmistificou a concepção de que o louco era um possuído pelo demônio, atribuindo a ele a condição de doente, e Esquirol, que procedeu nos primeiros estudos relacionando à loucura como motivo para o cometimento de um crime, também podem ser considerados alguns desses percussores.

A relação estabelecida entre doença mental e criminalidade ocupou um lugar estratégico na formação da Psiquiatria no século XIX e deu margens a uma série de discussões entre médicos e magistrados, com cada um reivindicando a preponderância e a validação do seu saber nos processos de punição de loucos criminosos.

Porém, é necessário ressaltar que, ao longo do século XIX, a psiquiatria compreendeu nos casos da alienação mental um número crescente de comportamentos desviantes, que até aquele momento tinham sido apenas objeto da moral, da ética, da lei. Vários crimes começaram a ser entendidos do ponto de vista médico, e já se notava uma zona de fronteira, onde crime e loucura se misturavam, ou onde o crime podia ser compreendido como resultado de um psiquismo anormal (CARRARA, 1998).

Pela degeneração, o crime enquanto desvio moral também podia ser entendido como disfunção orgânica. Entretanto, o foco da reflexão psiquiátrica não era especificamente o crime, nem os criminosos eram seu objeto de intervenção. A psiquiatria apenas poderia tratar do crime para desqualificá-lo como tal, para abarcá-lo como sintoma de uma moléstia mental qualquer, mas essa reflexão ameaçava a relação entre asilo/prisão. Teoricamente, é possível pensar que grande parcela dos criminosos era doente, passível de tratamento e não de punição.

Explica Sérgio Carrara:

No âmbito da psiquiatria, trata-se, por enquanto, de abordar alguns crimes como episódios da alienação mental e até mesmo como peculiares a algumas de suas formas. Contribuindo para o bom funcionamento do sistema penal que se instalava nas sociedades liberais, os psiquiatras, na realidade, “criminalizavam” o louco, no sentido de incorporarem à sua figura um novo perfil marcado pela crueldade, indisciplina, amoralidade e periculosidade. Mas eles evitavam qualquer sobreposição explícita entre a figura do louco e a do criminoso. Antes, o que se procurava fazer era distinguir o doente do homem são, o louco do criminoso, o responsável do irresponsável. Nesse momento, o que se quer separar com clareza são as populações passíveis de punição (culpáveis) das que não o são. (CARRARA, 1998, p. 78-79).

Portanto, embora a psiquiatria tivesse amplo poder interventivo, não se lançava a questionar a legitimação da punição, tampouco a questionar seu fundamento jurídico.

A naturalização do crime distante da dicotomia sanidade/insanidade, bem como as suas consequências para a prática penal e penitenciária, apenas se concretizarão plenamente por um discurso médico-legal fundado nas formulações da antropologia criminal. É no domínio desse pensamento que se estabelecerão as críticas mais consistentes ao sistema jurídico-penal característico das sociedades liberais.

O grande responsável por sistematizar essa tendência foi o médico Cesare Lombroso. Lombroso chegou a atuar como diretor do manicômio de Pesaro, na Itália. Foi lá que se

aproximou dos doentes mentais e concebeu sua teoria, aproximando delinquência e doença mental (ROQUE in: LOMBROSO, 2007).

Na segunda metade do século XIX, Lombroso defendeu que fenômenos criminológicos poderiam ser entendidos através de fatores biológicos e, a partir de ideias fisiognômicas e frenológicas, afirmava existir a figura de um criminoso nato, caracterizado por estigmas físicos e psicológicos. Sob o aspecto psicológico, Lombroso (1986) afirmava que os criminosos possuíam uma reduzida sensibilidade à dor, agiam com instabilidade, vaidade e crueldade.

Lombroso classificava os criminosos como: criminoso nato (influência biológica, instintivamente criminoso, degenerado); criminoso louco (perverso, louco moral, alienado mental); criminoso de ocasião (criminoso influenciado); criminoso por paixão (sanguíneos).

A conclusão, para Lombroso, é a de que alguns criminosos eram uma variação do gênero humano, uma classe antropológicamente distinta.

Aluno de Lombroso, Enrico Ferri (FERRI, 1908) anuía com a existência de um tipo antropológico de criminoso, mas afirmava que fatores sociais também poderiam explicar a existência de práticas criminosas. Portanto, para ele, a análise biológica da criminalidade não era suficiente para explicar a origem do crime em todas as categorias de criminosos nem o motivo pelo qual em alguns indivíduos a anormalidade biológica determinava o delito, enquanto em outros determinava a loucura, o suicídio ou apenas uma enfermidade.

Para Ferri, cuja classificação fora mais amplamente aceita, os delinquentes poderiam ser subdivididos em cinco categorias: a de loucos, afetados por alguma forma de alienação mental; a de natos, constituída por aqueles que vivem no crime por uma necessidade orgânica e congênita de adaptação orgânica e psíquica e, assimilado esse comportamento, são incorrigíveis, mas antes de sê-lo, poderiam ter sido salvos por instituições preventivas e por um ambiente menos prejudicial; a de habituais, que são aqueles incorrigíveis; a de delinquentes acidentais, composta por indivíduos cujas características predominantes são aquelas oriundas das camadas mais civilizadas, mas em razão de um impulso extraordinário foram sufocadas por características das mais profundas camadas sociais e, por fim; os passionais, aqueles em que o delito fora praticado em razão de um impulso de paixão.

Raffaele Garofalo, também aluno de Lombroso, reforçou a ideia de um tipo natural de criminoso ao defender a existência de crimes naturais e a identificação do criminoso nato a partir de fatores antropológicos que se somariam às anomalias psíquicas e transmissões hereditárias para o cometimento de crimes (GAROFALO, 1914).

Para Sérgio Carrara,

É a partir dessa reflexão genérica sobre o crime como comportamento mórbido que a medicina mental poderá, na segunda metade do século XIX, romper o equilíbrio prisão/hospício, incidindo mais agressivamente no campo do direito criminal, questionando suas premissas básicas. Como punir criminosos se o crime não é senão uma manifestação patológica? (CARRARA, 1998, p. 97)

Essa questão permeava os membros da Escola Positiva, para quem a ideia de que todos os cidadãos eram iguais perante a lei conduzia à preocupação restrita aos crimes, sem considerar a questão do criminoso.

Os adeptos dessa Escola concebiam o homem delinquente de um modo individualizado, levando em conta sua singularidade. Na mesma linha dos alienistas, que deram aos loucos status de inocentes passíveis de tratamento, nessa abordagem, o direito criminal passou a encarar os criminosos como irresponsáveis por seus atos. Apesar de terem sido destituídos da responsabilidade moral pelos crimes, a responsabilidade pelo perigo que representavam para a sociedade foi considerada inerente aos “loucos” (CARRARA, 1998).

Logo, essa antiga visão deveria ser modificada, adaptada a uma concepção científica do homem delinquente. Para tanto, os julgadores deveriam se orientar pela “periculosidade” ou “temibilidade” individual, compreendida essa como um índice pessoal de expectativa de realização de novos crimes. Esse índice deveria ser aferido por exames físicos e psicológicos aos quais todos os delinquentes deveriam se submeter. Os resultados orientariam a escolha da medida legal a ser aplicada (CARRARA, 1998).

Novos métodos no exame científico do crime precisavam ser estabelecidos, substituindo as interpretações metafísicas e fixando um experimentalismo sistemático. A classificação científica dos sujeitos delinquentes, realizada conforme as causas da ação criminosa, seria a mais adequada para a fixação da intervenção penal (BECCARIA, 1999).

Nessa seara, tem-se que a consequência mais relevante da nova concepção da Escola Positiva foi o deslocamento da questão da responsabilidade. A liberdade de agir contrariamente à lei deixava de ser relevante, haja vista que os criminosos não possuíam o livre-arbítrio por estarem predeterminados em razão do pertencimento a certas classes biológicas.

Os criminólogos positivistas defendiam uma pena que protegesse a sociedade e alterasse ou suprimisse a causa da periculosidade demonstrada. Além de outras tantas propostas, ressalta-se a sugestão de que fossem criados asilos para a segregação perpétua de menores com tendências criminosas e de manicômios judiciários.

A psiquiatria, tendo como o seu objeto de estudo o crime, o tratará em algumas de suas formas como manifestação de uma doença mental: comportamento concernente a uma situação excepcional pela qual passariam algumas pessoas durante certos períodos de suas vidas.

Através desse crime-atributo, uma forma de reflexão ontológica irá tratar dos comportamentos individuais desviantes enquanto conformações psicossomáticas particulares e hereditariamente passadas.

No fim do século XIX, os caminhos apontados pela psiquiatria e pela antropologia criminal se encontram em um lugar que é ao concomitantemente médico e legal. Desse encontro emergirão os manicômios judiciários e outras instituições similares (CARRARA, p. 68).

2.3. Doença mental e violência

A relação entre transtorno mental grave e violência é bastante complexa e, apesar dos constantes avanços da psiquiatria moderna, ainda continua gerando muita discussão e dúvidas. Essa relação é sobremaneira reforçada em virtude de aspectos sociais e históricos que, desde o século XIX, associam a loucura ao crime.

Michel Stone (1999) esclarece que, por muitos anos, o critério psiquiátrico convencional sustentava que os esquizofrênicos (por exemplo), embora em algumas ocasiões estivessem envolvidos em crimes de violência, não eram mais propensos a se comportarem dessa forma quando comparados a pessoas que não apresentavam psicoses.

Nessa seara, tem-se que um estudo epidemiológico realizado por H. Häfner e W. Bøker (1982) na Alemanha concluiu que não havia um excesso de doentes mentais dentre os criminosos violentos da década 1955-1964, quando comparados com a população geral. Além disso, os pesquisadores constataram que a idade média do doente mental criminoso na ocasião do fato era 10 anos maior que o do criminoso do restante da população, sugerindo que a doença mental retardava o ato de violência.

Para Stone (1999), essa conclusão se deve ao fato de que, antes de 1960, os pacientes psicóticos passavam longos períodos dentro de uma instituição, fazendo com que o cometimento de crimes violentos se tornasse menos provável. Porém, sobrevivendo a desinstitucionalização, muitos desses pacientes passaram a viver extramuros, influenciando na ocorrência de delitos graves.

Fato é que os primeiros trabalhos relevantes sobre os fatores de risco para eventuais atos de violência em um doente psíquico são da década de 80.

Com o avanço dos estudos, começou-se a sustentar que as pessoas portadoras dessa doença têm maior probabilidade de serem mais violentas.

No caso de população de presidiários, há evidências indicando a prevalência de transtorno mental quando comparada com a da população geral (TEPLIN, 1996; CARDOSO, 2004).

Na Inglaterra, uma pesquisa realizada com presos por crimes violentos constatou prevalência de pessoas com esquizofrenia quando comparada com o restante da população (TAYLOR E GUNN, 1984; 1999).

Em um estudo retrospectivo com condenados por homicídio na Austrália, de 1993 a 1995, verificou-se uma taxa elevada de condenados com antecedente de tratamento para esquizofrenia previamente ao crime. Essa taxa aumentava quando considerada a comorbidade com uso/abuso de substâncias (WALLACE, 1998).

Interessante estudo sobre doença mental e crime ocorreu na Dinamarca e foi publicado em 1996 por S. Hodgins. Nessa pesquisa, os autores identificaram todas as pessoas nascidas entre 1944 e 1947 (360.000 indivíduos). Quando estas tinham 43 anos de idade, verificou-se através dos bancos de dados quais deles tinham registro de internações em hospitais psiquiátricos e quais tinham sido condenados por crimes do Código Penal (GATTAZ, 1998).

Em seguida, comparou-se a frequência e o tipo de crimes cometidos entre as pessoas com e sem internação psiquiátrica e entre os variados diagnósticos psiquiátricos. Encontrou-se uma maior frequência de crimes violentos em pacientes que haviam sido hospitalizados quando contraposto a pessoas sem internações psiquiátricas. O resultado para homens no período de 1978-1990, estão na tabela abaixo⁴.

Tabela 1 - Diagnóstico X Crimes de violência

⁴ Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C et al. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry* 1997;60:1-22.

Diagnóstico	Crimes de violência (%)
Sem internação psiquiátrica	1,5
Doença mental *	6,7
Retardo mental	11,4
Personalidade anti-social	10,8
Abuso de álcool	10,0
Abuso de drogas	13,0

* apenas os diagnósticos de esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva e outras psicoses

Fonte: S. Hodgins et al., *Archives of General Psychiatry* 53, p. 494, 1996.

Os autores do estudo concluíram, assim, que na Dinamarca, aquelas pessoas que foram internadas em hospitais psiquiátricos apresentam um risco 4,5 vezes maior de praticar um crime violento. Os riscos para outros transtornos aumentam mais ainda em indivíduos que usam drogas abusivamente. Logo, o uso abusivo de drogas e álcool é um condutor de comportamento violento ainda mais perigoso que as doenças mentais.

Deve-se ter cuidado apenas com o contexto dinamarquês que se difere e, muito, de outros vários países. Isso porque na Dinamarca há uma assistência psiquiátrica exemplar, possibilitando que as pessoas vivam muito bem fora das instituições. A internação é reservada apenas para os casos mais graves, aqueles que os serviços complementares se mostram insuficientes (GATTAZ, 1998).

Atualmente, há ainda muita discussão em torno do assunto, sendo certo que é difícil estabelecer com clareza qual a relação entre a doença mental e a violência, haja vista a interferência (direta) de outros variados aspectos, tais como fatores de risco sócio-demográficos, a relevância da psicopatologia, presença de alucinações, etc.

É a essa conclusão que também chega Ana Sofia Cabral, António Macedo e Duarte Nuno Vieira.

A violência não caracteriza toda e qualquer doença mental e a criminalidade dos doentes mentais só representa uma pequena proporção da criminalidade geral. A quantidade de estudos que sobre este tema têm sido feitos nas últimas dezenas de anos reflecte essa convicção generalizada de que as doenças mentais e a violência estarão, pelo menos algumas vezes, relacionadas. Os doentes psicóticos, e em particular os que sofrem de esquizofrenia, são os mais vulgarmente associados a comportamentos agressivos. Algumas características sócio-demográficas, em particular o abuso de substâncias aditivas, parecem relacionar-se positivamente com violência. Mas tem sido o estudo das variáveis clínicas da psicose que mais têm movido e desentendido os investigadores. E, entre todas, sobretudo os delírios e as alucinações (CABRAL, MACEDO, VIEIRA, 2008, p. 19).

Posto isto, difícil traçar uma correspondência exata entre violência e doença mental, sendo que essa ausência, fundada, em grande parte, na falta de dados esclarecedores, perpetua a sensação de insegurança e medo, sendo estes provavelmente umas das mais importantes fontes de estigma em relação ao sujeito com um grave transtorno mental.

Reforçando essa assertiva, interessante estudo realizado no Brasil, mais precisamente no Estado de São Paulo, apontou que as crenças referentes a pessoas com esquizofrenia são muito frequentes. As pessoas que apresentam essa doença foram consideradas potencialmente perigosas por cerca de 70% dos entrevistados (PELUSO; BLAY, 2011).

Assim sendo, verifica-se que a relação entre violência e doença mental atrela-se muito mais ao estigma do que a demonstrações científicas do aumento de periculosidade de quem está em sofrimento mental.

3. DOENÇA MENTAL, CONTROLE SOCIAL, CRIME E VIOLÊNCIA NO BRASIL

No Brasil, a loucura integrava o convívio social desde o século XVI até o início do século XIX. A partir de então, passou a ser enfrentada como desordem e causar inquietude, sendo dominada pelo discurso religioso.

Segundo Heitor Resende (1997), a emergência da loucura e do louco que justificasse a criação de estabelecimentos especiais de controle relacionavam-se com a necessidade social de abafar indivíduos que eram homens livres e não se adaptaram à ordem econômica e brasileira do século XIX. Isso porque esses homens não estavam dispostos a se sujeitar a qualquer tipo de trabalho que carregava uma carga altamente pejorativa. Logo, vê-se que esse cenário guarda muita similaridade com a criação dos hospitais gerais e das *Workhouses* na Europa (séc. XVII).

No século XIX, no Brasil, assistia-se ao desenvolvimento acelerado da cultura cafeeira, especialmente nos Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. As grandes propriedades, que se utilizam de mão-de-obra escrava, suprimiam as pequenas propriedades rurais que produziam gêneros alimentícios de consumo local.

Os proprietários desses locais, às vezes, eram incorporados em grandes latifúndios, mas, em outras, iam em direção à cidade que, por não possuir ainda uma estrutura industrial consolidada, não conseguia absorver a mão-de-obra. Assim, esses homens (livres) se tornavam fortes candidatos à doença mental e ao internamento nos hospícios. Esses grupos formavam o que Caio Prado Jr. denominou de “a casta numerosa dos vadios” (PRADO JÚNIOR., 2007).

Sem uma solução para esse problema, a polícia passou a reprimir a vadiagem, encaminhando para a prisão essas pessoas, de modo que, nas prisões brasileiras (JABERT, 2001), podiam se encontrar bêbados, mendigos, loucos, etc. Porém, quanto aos loucos, desde meados do século XIX começou a se notar particularidades que demandavam a necessidade de o poder público criar instituições responsáveis por proceder com a respectiva exclusão social.

Destarte, tem-se que a criação do primeiro hospício está intrinsecamente ligada ao controle das populações marginais urbanas e, nesse contexto, nasce a psiquiatria brasileira, a qual emerge tendo a sociedade como seu objeto de estudo e intervenção (JABERT, 2001).

Os médicos já apontavam para a necessidade de se criar um hospício, mas, politicamente, não encontravam força suficiente para concretizar essa ideia. Em 1838, contudo, José Clemente Pereira assumiu o cargo de provedor-geral da Santa Casa e passou a

defender a necessidade de reorganizar suas instituições assistenciais para criar um hospital onde pudessem ser internados os loucos que se encontravam no hospital da Santa Casa (JABERT, 2001).

Em respostas às solicitações de José Clemente, em 1841, o Imperador Pedro II aprovou a construção de um hospício, o qual foi batizado com o seu nome. Esse local foi inaugurado em 1852 e ficou sob a administração da Santa Casa de Misericórdia.

Resende (1977) ressalta que a criação do primeiro hospício brasileiro se liga a três fatores: clamores de caráter humanitário em relação às condições de internação dos loucos durante o Governo Imperial; importância médica de se conferir ao alienado um tratamento próprio, conforme a teoria e prática vigentes na Europa; e, a necessidade de se garantir a ordem e paz públicas, impedindo que o louco ficasse pelas ruas do Rio de Janeiro.

Interessante observar que apenas em 1889, com a proclamação da República, é que os médicos assumiram definitivamente a direção do Hospital Pedro II. Uma das primeiras medidas do governo de Marechal Deodoro da Fonseca foi determinar que esse hospital fosse desanexado, tornando-se um estabelecimento público, intitulado, a partir de então, como Hospital Nacional de Alienados.

Daí em diante, foram aprovadas leis que dispunham sobre os serviços de internamento do louco. A medicina se apresentou como solução ideal ao problema social do controle, normatização e disciplinarização das populações urbanas brasileiras do final do século XIX e início do século XX (JABERT, 2001)

Além disso, com a Lei Áurea (1.888) e a Proclamação da República (1.889), foi necessária a criação de novos instrumentos e meios de controle social. A psiquiatria, então, ocupou o espaço antes destinado a outras instituições ou mecanismos estatais que tinham por intuito controlar os trabalhadores livres do período imperial.

De um modo geral, verifica-se que nessa época reinava a ideia de que a doença deveria ser tratada e o crime punido. Restava, porém, a dúvida se os loucos, perpetradores de crimes, deveriam ser julgados como criminosos. Em relação aos criminosos loucos, o Código Penal de 1890 previa apenas que eram penalmente irresponsáveis e deviam ser entregues a suas famílias ou internados nos hospícios públicos se assim exigisse a segurança dos cidadãos. A decisão em cada caso era competência do juiz.

Por volta de 1903, quando Oswaldo Cruz assumiu a direção dos serviços de Saúde Pública, houve um movimento de reforma sanitária nas grandes cidades. Como fruto desse movimento, muitos bêbados, indigentes e criminosos eram encaminhados pela polícia da capital federal ao Hospício, propiciando uma verdadeira “limpa” na cidade (JABERT, 2001).

Começou-se, então, a internar juntamente com os alienados, os criminosos, o que foi um problema. Para resolver a questão, editou-se o Decreto N. 1.132/1.903 que estabeleceu que os alienados não deveriam ser mantidos entre os criminosos e que nos Estados onde inexistissem asilos de alienados, o poder público deveria interná-los em um local próprio. Esse decreto, que é primeira norma sobre assistência aos alienados, previa a criação de manicômios judiciários nos Estados, mantendo os delinquentes em asilos públicos apenas nos pavilhões destinados especialmente para esse fim. Vejamos:

Art. 10. E' prohibido manter alienados em cadeias publicas ou entre criminosos. Paragrapho unico. Onde quer que não exista hospicio, a autoridade competente fará alojar o alienado em casa expressamente destinada a esse fim, até que possa ser transportado para algum estabelecimento especial.

Art. 11. Enquanto não possuírem os Estados manicômios criminaes, os alienados delinquentes e os condemnados alienados sómente poderão permanecer em asylopublicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem(BRASIL, 1903, não paginado).

Foi provavelmente no seio das reformas introduzidas no Hospício Nacional de Alienados, a partir da legislação de 1903, que surgiu, nessa instituição, uma seção especial para abrigar os loucos-criminosos: a chamada Seção Lombroso do Hospício Nacional, embrião do atual manicômio judiciário (CARRARA, 1998).

Em Minas Gerais, mais especificamente, no início do século XX, os loucos poderiam ser encaminhados para diferentes instituições. Em São João Del Rei e Diamantina eram recolhidos na Santa Casa, construídas tão somente para o internamento dessas pessoas. Porém, vale ressaltar que, essas instituições não possuíam nenhum tratamento psiquiátrico específico.

Na capital mineira e em outras cidades interioranas, o destino dos alienados era as cadeias, junto com os demais presos. Nestes casos, o Chefe de Polícia poderia requisitar ao Governador do Estado o encaminhamento dos loucos ao Hospício Nacional, pois, em 1896, o serviço de assistência aos alienados da capital federal havia assinado um convênio com o Governo de Minas Gerais reservando 25 vagas naquele estabelecimento. Em 1903, o Hospital de Assistência aos Alienados de Barbacena foi criado e passou a ser o destino de alienados provenientes de várias regiões do Estado (JABERT, 2001).

A instalação do primeiro manicômio judiciário ocorreu em 1921, no Rio de Janeiro, selando o destino dos loucos criminosos. No Brasil, são em instituições assim que são mantidas, através de medidas de segurança, as pessoas que, por sofrerem algum tipo de

doença ou deficiência psíquica, são considerados inimputáveis. É para lá que também são enviadas as pessoas que se tornam inimputáveis durante o cumprimento de pena.

Os manicômios judiciários são instituições complexas, que conseguem reunir, de um lado, o asilo de alienados e a prisão - e, de outro, o criminoso e o louco.

O trabalho instaurador de Erving Goffman indicou que tanto presídios quanto manicômios podiam ser bem compreendidos através do conceito de instituição total.

Para Erving Goffman (1961), toda instituição apresenta tendência de fechamento. Algumas são mais fechadas e outras menos.

O fechamento nada mais é que uma barreira estabelecida entre os participantes da instituição e o meio social. Tal barreira pode ser inclusive de cunho físico, consistindo em muros, grades. A essas instituições, o autor deu o nome de instituições totais.

Portanto, para Goffman, as instituições totais podem ser definidas como: “Um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1961, p.11).

O autor apresenta cinco categorias de instituições totais presentes na sociedade: instituições criadas para cuidar de pessoas que são tidas por incapazes e inofensivas (casas para órfãos, p.ex.); instituições estabelecidas para pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que constituem um perigo à comunidade, ainda que de maneira não intencional (hospitais para doentes mentais, p.ex.); instituições organizadas para proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem estar das pessoas isoladas não se apresenta como o problema imediato (cadeias, p.ex.); instituições organizadas com o fim de realizar de modo mais adequado tarefas de trabalho, possuindo fundamentos instrumentais (quarteis, p.ex.) e, por fim; os estabelecimentos que se destinam a servir de isolamento do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos.

Essas instituições apresentam como característica básica o fato de constituir, em um mesmo local, aspectos da vida que, em geral, são estabelecidos em locais distintos. Por exemplo, a maioria das pessoas dormem, trabalham e se divertem em locais separados. Nas instituições totais, isso ocorre em um mesmo local físico e sob a autoridade de uma mesma pessoa.

Ademais, nas instituições totais os participantes não executam suas atividades isoladamente. Ao contrário, as realizam na companhia de um grupo de pessoas que se igualam na forma de tratamento e se identificam nas atividades a serem desempenhadas. Essas atividades apresentam horários específicos para serem realizadas e o são sob um sistema

rígido de regras e sob a supervisão de funcionários, de modo que as atividades são planejadas para atender aos fins daquela instituição.

Nesses locais, percebe-se, ainda, que muitas necessidades básicas do indivíduo são controladas pela organização e esse é um aspecto básico e diferenciador das instituições totais. Os participantes dessas instituições vivem sob vigilância de pessoas que são direcionadas para esse fim, isto é, para garantir que todos façam o que foi determinado e da forma determinada. Há, então, um grande grupo de pessoas a serem controladas (internados) e um grupo menor de dirigentes ou supervisores.

Os internados, geralmente, vivem nas instituições, possuindo contato restrito com o meio externo, ao passo que os supervisores lá trabalham, conforme a carga horária estabelecida. Um grupo tende a ver o outro de forma hostil, sendo que os participantes da equipe dirigente se veem como superiores e o grupo de internados como seres inferiores e culpáveis.

Os internados não podem conversar livremente entre si. A restrição da comunicação também atinge a equipe de dirigentes em relação àqueles, o que gera uma distância estratégica entre os grupos e garante certo controle dos dirigentes sobre os internos que, na grande maioria das vezes, não sabem dos planos traçados a seu respeito e desconhecem quaisquer causas e justificativas para tomadas de decisão.

Todas essas restrições fomentam o desenvolvimento de dois mundos socialmente e culturalmente distintos que, embora caminhem juntos, praticamente não se interpenetram.

O próprio estabelecimento da instituição, seu nome, suas características específicas passam a ser vista como pertencente à equipe dirigente, de modo que tanto sua interpretação como seus interesses constituem interesse da equipe e não da instituição em si. Essa relação dicotômica entre internado e dirigente é consequência prática do modelo de direção burocrática de um grande número de pessoas.

Outro aspecto interessante é a relação de trabalho. Se no seio social essa relação se estabelece precipuamente para o recebimento de valores, nas instituições totais essa lógica se inverte. O trabalho para o interno possui outros significados e finalidades. Em algumas instituições, o trabalho é realizado como castigo, em outras, para a aquisição de alguma vantagem, dentre outras possibilidades.

Sob o aspecto do internado, Erving Goffman (1961) aduz que as instituições totais não substituem algo que já foi formado pela cultura específica. Não há aculturação ou assimilação. Essas instituições provocariam algo muito mais limitado, talvez um afastamento de alguns comportamentos ou o fracasso para acompanhar mudanças sociais. Isso seria um

desculturamento, ou seja, temporariamente, a pessoa se torna incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária.

O desculturamento se inicia com a entrada do indivíduo na instituição total. Desde o início, há uma verdadeira mortificação do eu. A primeira forma de promover essa mortificação é com o afastamento do indivíduo do mundo externo. Em sua vida civil, o indivíduo estabelece horários e relações comunitárias, fazendo com que desempenhe certo papel na vida social. Na instituição, sua participação é automática, ocorrendo um despojamento do papel anteriormente desempenhado. É claro que alguns papéis podem ser resgatados quando o indivíduo volta ao mundo externo, mas alguns são irrecuperáveis. A vida civil sofre ainda outro impacto: os direitos civis dos internados sofrem uma série de privações. Em algumas instituições, o internado não tem acesso ao dinheiro, não pode assinar cheques, comprar e vender.

Outro processo de perda e mortificação ocorre quando há a admissão. Ao se despir, ter sua digital coletada, receber número, enumerar bens, receber instruções e ter um novo local como sua moradia, há uma verdadeira programação, que ignora os processos de autoidentificação.

A ausência de bens também gera um enorme impacto. A todo o momento é reafirmado que o internado não possui bens próprios. Buscas e confiscos periódicos, ausência de chaves, mudanças obrigatórias de locais e substituições reforçam essa ausência e promovem uma verdadeira desfiguração pessoal.

Isso porque os bens se ligam fortemente ao eu. O modo de apresentação perante alguém faz parte de como a pessoa se vê e é vista, por exemplo. A guarda dos bens, a escolha, formas de consertar fazem parte do que o autor denomina “estojo de identidade”.

O padrão de deferência obrigatório em muitas instituições totais pode marcar a forma com que a equipe diretora deve ser tratada. Noutra giro, os internos podem ser tratados com nomes obscenos e agressivos. Ainda que tratado indignamente, a pessoa pode ser obrigada a participar de certas atividades incompatíveis com sua compreensão do eu ou que lhe fazem exercer um papel com o qual não se identifica.

Além disso, há submissão ao risco de contaminação. Uma forma comum de contaminação está presente nos alimentos sujos, locais desordenados, toalhas e utensílios de uso pessoal sem a devida higiene, bem como privadas sem assentos e instalações inadequadas para banho. Em algumas instituições totais, ainda:

O internado é obrigado a tomar medicamentos orais ou intravenosos, desejados ou não, e a comer o alimento, por menos agradável que este esteja. Quando um internado se recusa a alimentar-se, pode haver contaminação imposta de suas estranhas por “alimentação forçada”. Já sugeri que o internado sofre mortificação do eu por exposição contaminadora de tipo físico, mas isso deve ser ampliado: quando a agência de contaminação é outro ser humano, o internado é ainda contaminado por contato interpessoal imposto e, conseqüentemente, uma relação social imposta (GOFFMAN, 1961, p; 34).

Os exames de fiscalização rotineiros também constituem forma de mortificação do eu. Ao ser examinado, inclusive em fiscalizações íntimas, a pessoa tem sua intimidade penetrada, assim como o território do seu eu. Ao ser inserido em uma convivência com outras pessoas pertencentes a grupos étnicos, etários e raciais distintos, o internado também pode ser contaminado por contato com companheiros indesejáveis.

Esse contato, então, contaminador, se verifica também com a designação de apelidos. Esses apelidos são colocados tanto pela equipe dirigente quanto por outros internados, fazendo com que o indivíduo não consiga um afastamento natural provocado por estilo formal de tratamento.

Outra forma de exposição contaminadora é a leitura de cartas íntimas direcionadas ao interno, além de publicidade conferida às visitas realizadas e às relações estabelecidas entre eles. Interessante exemplo é trazido pelo autor. Vejamos:

Nas instituições totais, a exposição das relações da pessoa pode ocorrer em formas ainda mais drásticas, pois pode haver ocasiões em que um indivíduo testemunha um ataque físico a alguém que tem ligações, e sofre a mortificação permanente de nada ter feito (e os outros saberem que nada fez) (GOFFMAN, 1961, p. 38).

Na instituição total, os menores segmentos da atividade podem estar sujeitos a regulamentos e julgamentos da equipe diretora. Cada determinação retira do indivíduo uma chance de equilibrar suas necessidades e finalidades de maneira pessoalmente específica, violando a autonomia do ato.

A permissão para ter certos instrumentos em número limitado também coloca o indivíduo em um papel submisso. Pode ser que o indivíduo tenha que pedir várias vezes uma roupa limpa ou algum item e sofrer humilhações, caçoadas, ao invés de ter sua solicitação imediatamente atendida, como ocorreria em outro local.

Há uma tendência de multiplicação de regras que, por vezes, se traduzem em uma obrigação de execução uníssona e que ocorrem em um sistema de autoridade escalonada, quer dizer, qualquer integrante da classe dirigente pode impor disciplina a qualquer um da classe de internados, o que aumenta a possibilidade de sanção. Assim, geralmente, há um esforço

persistente e consciente para não criar problemas, de modo que o internado pode chegar a renunciar certos níveis de sociabilidade.

Aliás, o sistema de castigos e privilégios de uma instituição total é bem peculiar. Os castigos estão ligados, no mundo externo, a crianças e animais. Para os adultos, a inobservância de certas condutas leva a consequências indiretas, ao contrário das instituições, onde os castigos são diretos e específicos. Os privilégios, noutro giro, normalmente não constituem algo que a pessoa espera ser privada em sua vida cotidiana. Logo, tanto os castigos como os privilégios não são os mesmos retirados do eu da vida civil.

Esse processo de mortificação apresenta três problemas gerais, segundo Goffman (1961). O primeiro deles é a provocação no internado de um sentimento de rebaixamento, haja vista que o comportamento dele exigido vai de encontro com a autonomia e comportamento esperados de um adulto; a proibição de expressar sentimento de indignação, raiva; a privação de certas comodidades materiais, pelas quais o indivíduo buscou; perda de decisões pessoais, etc.

O segundo problema trata das justificativas para os ataques ao eu. Nas instituições totais, a mortificação se justifica pela racionalização criada para controlar a vida diária de um número significativo de pessoas com pouco dispêndio de recursos dentro de um espaço restrito.

Por fim, o último problema refere-se a esse esquema simbólico de interação para a consideração do destino do eu e o esquema convencional, centralizado no conceito de tensão. A mortificação do eu pode provocar aguda tensão psicológica em alguns, mas, em outros, em razão de culpa, pode gerar alívio psicológico. Pode provocar, ainda, elevado nível de angústia, aumentando o efeito da violação das fronteiras do eu.

Esses processos de mortificação precisam ser enfrentados pelo interno. Cada um o enfrentará de certo modo, com suas táticas, em diferentes fases. Alguns deixarão de dar atenção a tudo, outros desafiarão a instituição ao negar cooperação ou mesmo terão a instituição como um local melhor que o mundo externo e, outros tantos poderão se comportar como um interno perfeito.

Com todo esse cenário um grande problema se impõe: como se dará a vida do internado após sua liberação? Frequentemente, as instituições totais sustentam sua preocupação com a reabilitação. Fato é que raramente conseguem com que haja a verdadeira reabilitação, isso porque, pouco tempo depois da liberação, o ex-internado esquece muito do que era vivido na instituição. No entanto, o que ele conserva, segundo Goffman,

Nos diz muita coisa a respeito das instituições totais. Muito frequentemente, a entrada significa, para o novato, que passou para o que poderia ser denominado um status proativo: não apenas sua posição intramuros é radicalmente diversa da que era fora, mas como chega a compreender se e quando sai, sua posição social no mundo externo nunca mais será igual a que era. Quando o status proativo é desfavorável, - tal como ocorre com os que saem de prisões ou hospitais para doentes mentais - podemos empregar o termo “estigma”, e esperar que o ex-internado faça um esforço para esconder seu passado e tente “disfarçar-se” (GOFFMAN, 19, p. 68).

O estigma tratado pelo autor faz com que o indivíduo liberado tenha uma recepção muitas vezes sem amistosidade, fazendo-o descobrir que sua liberação pode consistir em limites em sua liberdade.

Para Goffman (1988), o estigma é a relação entre o atributo e o estereótipo, um desacordo entre a identidade real - características que o indivíduo atribui a si mesmo - e a identidade virtual - imagem construída por outro sujeito. O estigma seria, então, uma identidade constituída por representações e valores negativos sobre a pessoa, através de uma ideia pejorativa, com um conjunto de atributos sociais que são relacionados a alguém ou a um grupo de sujeitos, que não representa a verdade sobre esse(s) sujeito(s), mas, sim, uma imagem negativa, ou seja, a sociedade categoriza as pessoas e, quando os indivíduos se conhecem, tendem, ainda que inconscientemente, colocá-los dentro das categorias que conhece.

A pessoa que deixam os manicômios judiciários, não bastasse carregar em si as marcas de toda forma de ruptura com o seu eu, carrega em sua identidade o fato de ser louco e ex-presidiário. Com a estigmatização, como explica Goffman (1988), a pessoa tem sua identidade social anterior substituída pela construção social e valorativa que marcaram seu passado, excluindo-o da normalidade. Há, então, uma verdadeira barreira social de aceitação.

Para os autores da teoria do Labelling Approach, “a conduta desviante é o resultado de uma reação social e o delinquente se distingue do homem comum devido à estigmatização que sofre” (SHECAIRA, 2013, p. 258)

De acordo com essa teoria, a criminalidade pode ser primária ou secundária. A primária decorreria de fatores sociais, culturais, psicológicos ou fisiológicos. Constitui a primeira violação à norma. Já a criminalidade secundária decorre de uma série de ações tomadas pela pessoa em razão da reação da sociedade frente ao seu desvio. Logo, verifica-se que a própria punição ao desviante primário provoca um efeito potencializador, impactando na forma como o indivíduo se coloca na sociedade.

De maneira bastante cruel, pode ser dito que, à medida que o mergulho no papel desviado cresce, há uma tendência para que o autor do delito defina-se como os

outros o definem. [...] Surgirá uma espécie de subcultura delinquente facilitadora da imersão do agente em um processo em espiral que traga o desviante cada vez mais para a reincidência (SHECAIRA, 2013, p.256).

Portanto, a pessoa rotulada como delinquente acolhe o papel que lhe é estabelecido, comportando-se de acordo com ele. Todo o mecanismo do sistema penal está voltado para essa rotulação e para o reforço desses papéis.

Feitas essas considerações, interessante notar que, embora Erving Goffman (1961) colocasse o manicômio e a prisão como "espécies" de um mesmo "gênero", o Manicômio Judiciário e o Hospital de Custódia se destacavam justamente por sobrepor essas duas espécies em um mesmo espaço social, pois essa instituição se caracterizava fundamentalmente por ser, ao mesmo tempo, um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar. A situação, então, era ainda pior.

Por isso, no Brasil, já com forte influência do movimento inaugurado na Itália, iniciou-se o movimento de luta antimanicomial que surgiu marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e regaste da cidadania daqueles que estavam em sofrimento mental. Quanto aos loucos infratores, com muito mais razão, mas com muito menos apoio e difusão, aplicam-se os mesmos princípios norteadores desse movimento, como veremos a seguir.

4. AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A DOENÇA MENTAL

4.1. Luta Antimanicomial

A luta antimanicomial, aliada à Reforma Psiquiátrica, surgiu como resultado da necessidade de reconstruir uma rede de serviços e estratégias comunitárias solidárias, inclusivas e libertárias.

Paulo Amarante (2007) conceitua Reforma psiquiátrica como um processo social complexo que se traduz na e pela junção de dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que abrangem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem alcançar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Esse processo pode ser pensado dentro de quatro dimensões: dimensão epistemológica ou teórico-conceitual - consistente em novas categorias para pensar como deve ser feito na prática e dar-lhe suporte; dimensão técnico-assistencial – referente ao cuidado em saúde mental; dimensão jurídico-político – que enfatiza os direitos; e dimensão sociocultural – dimensão estratégica que indica a modificação da concepção e do estereótipo que se mantém sobre o louco e a loucura.

No Brasil, esse movimento, reverberando a Reforma ocorrida na Itália, emergiu na década de 70 com a mobilização dos profissionais de saúde mental e dos familiares dos pacientes em sofrimento mental que partiram em defesa dos direitos humanos e do resgate da cidadania dessas pessoas.

Os principais atores sociais da reforma psiquiátrica nas décadas de 1970 e 1980 integraram um lugar de lutas e ações sociais, qual seja: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM, atual MLA), a Associação Brasileira de Psiquiatria, a Associação de Usuários e Familiares, dentre outros.

Em 1978, houve a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria quando, em plena ditadura militar, emergiu uma discussão política que não se restringiu ao campo da saúde mental. No mesmo ano, o I Congresso do Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupo e Instituições contou com a importante participação dos principais mentores da Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria e dos pensamentos críticos em saúde mental (Felix Guattari, Robert Castel, Franco Basaglia, Erwing Goffman, Tomas Szasz, dentre outros).

Em 1979, em São Paulo, ocorreu o I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e, em Belo Horizonte, o III Congresso Mineiro de

Psiquiatria, cujos frutos indicaram a necessidade de se realizar trabalhos "alternativos" de assistência psiquiátrica.

Quase dez anos mais tarde, em 1987, outros dois importantes eventos ocorreram: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM (em Bauru/SP). Este último evento contou com a participação de associações de usuários e familiares, como a "Loucos pela Vida", de modo que o envolvimento de outros atores, além dos trabalhadores, encorpou o movimento de luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas. Instituiu-se, aqui, o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Essa aproximação marcou uma renovação teórica e política do MTSM, por meio de uma marcha de distanciamento do movimento em relação ao Estado e de aproximação com as entidades de usuários e familiares que passaram a participar das discussões.

Além disso, com a união desses atores, nesse II Congresso, criou-se o Manifesto de Bauru que, segundo Silva (2003), foi uma espécie de documento de fundação do movimento antimanicomial que denotou o laço social entre os profissionais e a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e seus modos de tratamento.

Assim, instalou-se o lema do movimento: por uma sociedade sem manicômios. Este lema demonstrou um movimento voltado para a questão da loucura que extrapolou o limite assistencial, firmando a criação de uma ideia que passou a demarcar um campo de crítica à realidade do "campo" da saúde mental, principalmente do tratamento dado aos loucos (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Com a proclamação da Constituição, em 1988, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, e foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde.

Em seguida, ainda em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas, a qual propôs a reestruturação da assistência psiquiátrica e marcou as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

Em 1993, em Salvador/BA, foi realizado o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, do qual resultou a carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, cujo principal eixo das discussões girava em torno da organização do movimento (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Conforme o Relatório Final do I Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial:

O movimento da luta antimanicomial é um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento através de novos espaços de reflexões para que a sociedade se aproprie desta luta. Sua representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas formas de fortalecimento (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 5)

Todas essas ações culminaram, em 06 de abril de 2001, na promulgação da Lei 10.216, que ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. O texto legal finalmente positivou a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental.

Dessa lei, originou-se a Política de Saúde Mental que, basicamente, visa a garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo.

Além disso, promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração.

E, ainda, objetiva a constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos, bem como ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer.

Nessa mesma linha, foi ratificada, com quórum de emenda constitucional, pelo Decreto Legislativo n. 186/2008, e promulgada pelo Decreto Federal n. 6.949/2009, a Convenção Internacional de Direitos das Pessoas com Deficiência.

Esse documento reconhece a necessidade de se promover e proteger os direitos humanos de todas as pessoas com deficiência, que devem ser tratadas sem indiferença de caráter preconceituoso ou repressor, independente de quaisquer peculiaridades, seja física, social ou psíquica. É essa igualdade de tratamento que trará a tônica para a extensão dos princípios da nova lei aos loucos infratores.

4.2. Saúde prisional

Para entender o nascimento e desenvolvimento das políticas públicas no plano da saúde mental das pessoas privadas de liberdade, tem-se uma linha do tempo que se inicia com o Código Penal de 1940, seguida da Lei de execuções Penais de 1984 e da Constituição Federal de 1988. Após esse marco, editaram-se algumas normas infralegais que até hoje norteiam essas políticas.

Para investigar sobre o tema no Código Penal, imperioso analisar, primeiramente, a conduta humana, que é o aspecto central para o estudo do delito. É com fundamento nela que são formulados os juízos que compõem o conceito de crime, quais sejam, tipicidade, ilicitude e culpabilidade. A tipicidade é a adequação da conduta à norma; a ilicitude é o juízo de reprovação da conduta e a culpabilidade é o juízo de reprovação sobre o autor da conduta.

O Código Penal brasileiro (1940) adotou a Teoria limitada da culpabilidade, segundo a qual são seus requisitos: a imputabilidade; a potencial consciência da ilicitude e a exigibilidade de conduta diversa. A imputabilidade é a capacidade de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento. No dizer de Jair Leonardo Lopes (1999, p.139), imputabilidade “é o conjunto de condições pessoais que dão ao agente capacidade para lhe ser juridicamente imputada a prática de um fato punível”.

A doença mental, o desenvolvimento mental incompleto ou retardado e a embriaguez completa proveniente de caso fortuito ou força maior são causas que excluem a imputabilidade. Quanto ao critério de aferição de imputabilidade, tem-se que o artigo 26, *caput*, do Código Penal (BRASIL 1940) adotou o sistema biopsicológico, isto é, será analisada a existência de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, no tempo da ação ou omissão, que cause a perda da capacidade de entender e querer.

A partir dessa análise, conclui-se que, praticado um fato típico e ilícito, se for verificada a ausência de capacidade de compreensão ou vontade, em razão de doença mental ou desenvolvimento incompleto ou retardado, ao tempo do fato (inimputabilidade), haverá o que se chama de absolvição imprópria. Não se trata de absolvição propriamente dita, pois ao autor será imposta uma sanção, qual seja, a medida de segurança.

Lado outro, cometido um fato típico e ilícito por alguém que possui a perfeita capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se conforme esse entendimento (imputável), o juiz aplicará outro tipo de sanção: a pena (privativa de liberdade, restritiva de direito ou pecuniária).

Portanto, a verificação de imputabilidade ou inimputabilidade conduz o julgador à aplicação da pena ou medida de segurança, respectivamente.

Segundo Magalhães Noronha:

A pena tem como principal parâmetro de graduação a gravidade do delito e as circunstâncias de caráter objetivo com que foi realizado; já a medida de segurança, por sua vez, gradua-se pela intensidade da periculosidade, reconhecida quando se apresenta, não só a possibilidade de vir a cometer um delito, mas o estado subjetivo de criminalidade latente. (NORONHA, 1999, p.316).

Dessa forma, enquanto a culpabilidade se fundamenta no juízo de reprovabilidade, a medida de segurança encontra seu fundamento no juízo de periculosidade. A periculosidade é a probabilidade de que o agente volte a delinquir, é um juízo sobre o futuro, ao passo que a reprovabilidade é um juízo sobre o passado (JESUS, 2010).

Para Delmanto (2015), as medidas de segurança são, também, sanções penais, à semelhança das penas e se distinguem destas, principalmente pela natureza e fundamento, eis que, enquanto as penas têm caráter retributivo-preventivo e se baseiam na culpabilidade, as medidas de segurança têm natureza apenas preventiva e encontram fundamento na periculosidade do sujeito.

Por fim, insta diferenciar a internação do tratamento ambulatorial, ambas, espécies de medida de segurança. A partir de uma leitura literal do art. 94, §4º, do Código Penal, tem-se que se o delito for punido com reclusão, dever-se-á determinar a internação do sujeito; se punido com detenção, ele deverá ser submetido a tratamento ambulatorial. Nesse viés, a medida de internação tem natureza detentiva, já que representa uma forma de restrição de liberdade do indivíduo, ao passo que o tratamento ambulatorial tem natureza restritiva, eis que o agente permanece livre, mas se sujeita a uma restrição consistente na obrigação de se apresentar a tratamento.

Lado outro, recentemente, o Superior Tribunal de Justiça conferiu nova interpretação ao dispositivo, desvinculando-se da determinação de internação com base apenas na pena abstratamente prevista para o delito. Em virtude disso, o STJ abrandou a regra legal e construiu a tese de que o art. 97 do CP não deve ser aplicado de forma isolada, devendo se analisar também qual é a medida de segurança que melhor se ajusta à natureza do tratamento de que necessita o inimputável (STJ. 3ª Seção. EREsp 998.128-MG, Rel. Min. Ribeiro Dantas, julgado em 27/11/2019 - Info 662).

O Código de Processo Penal (BRASIL, 1941), por sua vez, disciplina o modo de identificação da inimputabilidade/imputabilidade. Segundo esse dispositivo, o meio processual adequado para constatação da imputabilidade ou inimputabilidade penal é através do incidente de insanidade mental. Esse incidente é determinado pelo juiz, na prática, ante o

histórico de passagem pelo sistema psiquiátrico; o modo de execução do crime; ou, simplesmente, pela forma de se apresentar em juízo ou em razão do interesse da defesa.

Interessante observar a omissão do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941) quanto à necessidade de se indagar ao réu sobre sua saúde mental. Esse *Codex* traz apenas a exigência de que seja realizada a qualificação do acusado e lhe seja indagado acerca da existência de filhos com a coleta de dados que lhes digam respeito, inclusive a presença de alguma deficiência, o que não se repete quanto ao próprio acusado (artigo 185, do CPP).

A Lei de Execuções Penais, editada em 1984, atenta-se para a necessidade de acompanhar a saúde do sentenciado, prevendo a assistência à saúde de preso e internado como um direito expresse que deve ter caráter preventivo e curativo, compreendendo o atendimento médico, farmacêutico e odontológico (artigos 11 e 14).

Em seu art. 1º, a Lei 7.210/1984 determina que “a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado” (BRASIL, 1984). E, em seu art. 99, vem consignar que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal. Quanto ao tratamento ambulatorial, o art. 101, do mesmo dispositivo, dispõe que será realizado em HCTP ou em outro local com dependência médica adequada.

Traz, ainda, a possibilidade de conversão da pena privativa de liberdade em medida de segurança quando sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental (art. 183).

A CF 1988, em seu art. 1º, traz como um de seus pilares a dignidade da pessoa humana. No que tange ao criminoso, lhe assegura o direito ao devido processo legal (art. 5º, LIV), presunção de inocência ou não culpabilidade (art. 5º, LVII), a pessoalidade da pena (art. 5º, XLV), dentre outros.

A Constituição da República instituiu ainda os princípios relativos ao Sistema Único de Saúde, restando evidente a distinção de tratamento dada à medida de segurança penal e o discurso ideológico embasador do tratamento do deficiente mental no sistema de saúde convencional.

Os princípios doutrinários do SUS foram bem sintetizados por Augusto César de Farias Costa (2002): saúde como direito; universalidade; integralidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento; participação; descentralização; hierarquização; regionalização; financiamento pela seguridade social; controle social.

Os estabelecimentos onde se cumprem as medidas de segurança não integram o SUS, mas, antes, são considerados estabelecimentos hospitalares (art. 99, do Código Penal), sujeitos

ao sistema penitenciário. Isso significa que, em tese, não são regidos pelos princípios do SUS (Constituição, art. 196 e seguintes, Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990), mas pelos princípios da execução penal (Lei nº 7.210/84), embora estes e aqueles mostrem-se diversos e, por vezes, incongruentes entre si.

Sob esse argumento, são mantidos os hospitais de custódia, de modo que as garantias constitucionais não vêm sendo interpretadas favor do infrator deficiente mental ou intelectual, submetendo-lhes, mesmo quando reconhecidamente incapazes de entender o que fazem ou de poderem conduzir-se conforme esse entendimento, a uma sanção pior que a pena privativa de liberdade, sob o argumento de periculosidade social.

A própria Lei 10.216/01, que trata justamente da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, não exclui, frise-se, aqueles que tenham cometido crime.

Em seu artigo 4º, a Lei admite a indicação da internação, apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Nessa mesma linha, as leis estaduais preveem, em regra, a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos (sem excluir os manicômios judiciais, ressalta-se), com a substituição por outros recursos.

A lei de Minas Gerais, Lei Estadual nº 11.802/95, determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes.

Por isso, ao contrário do que ocorre na prática, há um forte clamor para que a legislação da reforma psiquiátrica seja aplicada integralmente aos manicômios judiciários e aos infratores em sofrimento mental. Isso porque, além de não haver previsão legal restritiva, as normas inerentes aos direitos fundamentais devem ser interpretadas extensivamente, por se tratar de normas protetivas.

Esse assunto, porém, foi tratado pela primeira vez apenas em setembro de 2002, no Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, promovida conjuntamente pelo Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde (JACOBINA, 2003).

O Poder Judiciário, segundo Jacobina, aos poucos, vem aceitando essa orientação, como trazido pelo autor:

PENAL. INIMPUTABILIDADE DO RÉU NA ÉPOCA DOS FATOS. MEDIDA DE SEGURANÇA. TRATAMENTO AMBULATORIAL EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL PREVISTO NA LEI N. 10.216/01, COM ACOMPANHAMENTO DE MÉDICO DA CONFIANÇA DO PACIENTE. DIREITOS ASSEGURADOS AO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS.

Aplicada medida de segurança de tratamento ambulatorial a réu inimputável à época dos fatos, tem este, portador de transtorno mental nos termos da Lei n. 10.216/2001, entre outros, direito de ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo com as suas necessidades, ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, a fim de que possa ser reinserido socialmente em seu meio. Dessarte, em vez da internação em Instituto Psiquiátrico Forense, fica o paciente obrigado a tratamento ambulatorial nos estabelecimentos de saúde mental previstos na Lei n. 10.216/2001, restando facultada a orientação e o acompanhamento do tratamento por médico de confiança pessoal do internado, nos termos do artigo 43 da LEP (TRF 4a Região, 8ª Turma. Apelação Criminal n. 2001.71.00.000774-0, rel. desembargador federal Paulo Afonso Brum Vaz, julg. em 22.10.2003).

Essas orientações, no entanto, excepcionam o infrator do sistema manicomial penal, mas não reconhecem que o próprio sistema é deletério e perverso.

Enquanto esse reconhecimento caminha a passos lentos, internacionalmente, o Comitê sobre os direitos das pessoas com deficiência já sinalizou nesse sentido. Vejamos o que consignou acerca dos direitos previstos nos artigos 14 e 15 da Convenção no Informe final resultante da avaliação do relatório apresentado pelo Estado brasileiro:

30. Preocupa o Comitê que as pessoas com deficiência eximidas da responsabilidade na comissão de um delito em razão de uma deficiência possam ser objeto de medida de segurança, incluída a detenção indefinida. Também lhe preocupam as detenções arbitrárias que possam constituir casos de tratamento desumano e degradante ou de tortura. Expressa, desse modo, sua inquietude pela situação das pessoas com deficiência privadas de liberdade nos cárceres e outros lugares de privação de liberdade com graves problemas de superlotação, nos quais a falta de tratamento mental e psicológico dos detentos se converte na norma, tal e como declarou o Relator Especial sobre a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes, ao final de sua visita oficial ao Brasil, em agosto de 2015.

31. O Comitê recomenda ao Estado parte que:

- a) suprima as medidas de segurança que impliquem em detenção arbitrária de pessoas com deficiência em razão de sua deficiência e apliquem medidas alternativas compatíveis com os artigos 14 e 19 da Convenção;
- b) garanta que os centros psiquiátricos sejam acessíveis e realizem ajustes razoáveis para as pessoas com deficiência. (CRPD/C/BRA/CO/1, 2015).

A par dessas discussões, em 2001 e 2002, no período Fernando Henrique Cardoso, começou um movimento com vistas à estruturação de um Plano da saúde nas Penitenciárias. Como fruto desse movimento, em 09/09/2003, já no governo Lula, foi publicada a Portaria Interministerial MS/MJ 1.777/2003, a qual instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), responsável por tornar mais efetiva a legislação penal e o SUS, dando visibilidade à população prisional no âmbito da política nacional de saúde.

Marden (2016) explica ainda que, apesar de significar o início de um processo de se pensar a política de saúde, por ser um plano e não uma política pública, havia muita vulnerabilidade aos quereres dos governantes.

Por isso, durante todo o período de 2003 a 2010, foi feito um levantamento desse plano, de forma que, em 2011, concluiu-se que o Plano, em termos políticos, era subfinanciado e tinha baixa cobertura assistencial. Além disso, não era desenvolvido em um cenário de rede. Era como se o plano fosse um subsistema do SUS, atingindo tão somente os Estados e era voltado apenas para Penitenciárias e Presídios, deixando em aberto outras etapas englobadas no que Marden chama de itinerário carcerário, que vai desde a Delegacia de Polícia até as Penitenciárias federais (SOARES FILHO, 2016).

Concluiu-se, então, que era necessário trazer o SUS, no modelo tripartite de União, Estados e Municípios, para compreender essa política pública no formato de rede ou políticas transversais.

Por isso, em 2011, começou-se a trabalhar a montagem da política de saúde prisional, como um redesenho do PNSSP. Era necessário, àquela altura, se pensar em como preencher as lacunas na saúde pública que era, justamente, a saúde mental do louco infrator.

Resultado desse trabalho foi a Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde, cujo objetivo é garantir o acesso efetivo e sistemático da população que se encontra sob custódia do Estado, às ações e aos serviços de Saúde, com a mobilização de recursos financeiros mais significativos, bem como a alocação de estratégias de gestão e fortalecimento de capacidades locais (SOARES FILHO, 2016).

A PNAISP define os serviços e equipes e sua carga horária de acordo com a faixa de população dentro de cada unidade prisional. Além disso, a tipificação das Equipes de Saúde do Sistema Prisional obedece a esse mesmo critério, sendo que, por exemplo, nas unidades com mais de 1000 presos, o serviço deve ter um funcionamento mínimo de 30 horas e deve contar com, pelo menos, um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, um cirurgião-dentista, um técnico auxiliar de saúde bucal, um psicólogo, um assistente social, três dentre os seguintes: fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico, terapeuta ocupacional, nutricionista ou enfermeiro; um psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental.

Assim, com a publicação da PNAISP, deve se assegurar uma cobertura assistencial mais efetiva à população custodiada, proporcionando o matriciamento de várias estratégias do SUS.

Dias depois da criação da PNAISP, no dia 14 de janeiro de 2014, foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 94, o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de

Medidas Terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAPs), no âmbito do SUS e, através da Portaria nº 95, foi regulamentado o financiamento desse serviço.

Em fevereiro de 2014, houve ainda a edição da Resolução CNPCP nº 1 que resolveu que o acesso ao programa de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança dar-se-ia por meio do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas, consignado na Portaria MS nº 94.

As EAPs consistem em estratégia de potencialização do acompanhamento e reabilitação psicossocial das pessoas selecionadas pelo sistema da justiça criminal, que incide desde o inquérito policial até o cumprimento de uma sanção penal.

Assim, a nova política impõe que toda unidade prisional passa a ser ponto da Rede de Atenção à saúde, cuja responsabilidade pelas ações de Atenção Básica a serem ofertadas no âmbito do sistema prisional é do SUS e os atendimentos devem ser realizados a toda população privada de liberdade que se encontre sob custódia em todo o itinerário carcerário que vai desde presos provisórios em delegacias de polícia e centros de detenção provisória até os condenados que cumprem pena em penitenciárias federais.

A gestão da rede assistencial dos Estados e Municípios e a oferta do serviço de maior complexidade a toda população prisional é responsabilidade dessa Rede de Atenção à Saúde, conforme os níveis de habilitação do SUS e dos modos contratuais definidos.

Pode-se dizer, então, que dentro da saúde prisional há o foco da atenção primária de saúde, sendo criadas Unidades Básicas de Saúde dentro do próprio sistema prisional com equipes que vão atuar dentro da atenção primária, trabalhando aspectos de prevenção à saúde e tratamento de agravos, tendo toda a rede como fluxo de referência. Se o sujeito precisar de uma complexidade maior de atenção, ele vai para a rede, de média ou alta complexidade.

Por isso, é necessário garantir os incentivos financeiros às chamadas unidades básicas de saúde prisional (UBSp), especialmente para a criação de condições melhores (tanto ambientais, salariais, instrumentais, estratégicas e operacionais) para que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) fortaleça suas capacidades e a população custodiada seja vista pelo SUS, conforme seus princípios da universalidade, integralidade e continuidade.

Em relação às equipes, tem-se que, enquanto as equipes de EABP (Equipe de atenção básica prisional) se destinam a 100% das ações da atenção primária da população encarcerada, as EAPs (Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei), enquanto dispositivo

conector, tem a atribuição de atender, dentro dessa população, as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei penal.

Esses dispositivos visam a apoiar a adoção de modelos alternativos ao tratamento no âmbito da justiça criminal, propondo que os infratores em sofrimento mental sejam alocados, preferencialmente, em redes de saúde, fazendo com a equipe consiga fazer a conexão entre o Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social e os sistemas de Justiça Criminal.

As ações abrangem desde o mapeamento dos sujeitos que estão dentro dos manicômios judiciários até a atuação em dispositivos de porta de entrada como as audiências de custódia, para evitar as prisões, fazendo o redirecionamento da rede, ou após, conforme cada decisão judicial, na porta de saída a fim de possibilitar o processo de desmanicomialização.

Atualmente, constata-se que há cerca de 37% de cobertura pelo PNAISP, sendo o restante oriundo da equipe da execução penal (SOARES FILHO, 2016). Assim, constata-se que, além da saúde pública ter demorado a chegar no sistema prisional, já que grande parte das equipes de saúde nos Presídios eram equipes fundadas na LEP e foram formatadas nos Presídios pelas Administrações Penitenciárias estaduais que organizaram também os espaços de saúde, a operacionalização do plano caminha a passos lentos.

Em todo o território brasileiro, há 11 (onze) equipes habilitadas em 07 (sete) Estados que pactuaram com o Ministério da Saúde para implementação da estratégia: Amazonas, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Pernambuco, Piauí e São Paulo. Em outros estados, a mera previsão da política e a busca por sua implantação provocou rearranjos e redesenhos institucionais que otimizaram a articulação com a RAS e Rede de Atenção Psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Mesmo diante da escassez de políticas voltadas a esse grupo, o Ministro Eduardo Pazuello, em 18 maio de 2020, paradoxalmente, no Dia Nacional da Luta Antimanicomial, editou a Portaria 1.325/2020, que extinguiu o financiamento ao Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020), revogando a Portaria nº 95 de 2014, sob o argumento de que as EAPs não foram “massivamente” implantadas no país.

Conforme o parecer técnico que fundamentou a decisão, 11 equipes foram habilitadas desde 2014, um número pequeno se comparado com as equipes de atenção básica prisional, que atuam intramuros — 357 habilitações no mesmo período, segundo o documento (PARECER TÉCNICO Nº 4/2019-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS).

A medida recebeu diversas críticas, posto que a EAP é a única política brasileira no Ministério da Saúde voltada para a desinstitucionalização. A CONDEGE, Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais, em uma nota técnica, indicou que, ao longo dos anos, diminuíram os detentos com transtornos mentais em presídios e hospitais de custódia, na contramão do aumento da população prisional brasileira. Apontou também que, no ano em que o serviço do SUS foi criado, com o financiamento, havia 4,5 mil pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, seja em hospitais de custódia, em alas psiquiátricas de presídios ou em celas comuns. Naquele momento, conforme a nota, o universo de presos era de 700 mil. Cinco anos depois, a quantidade de presos com transtornos caiu para 4,1 mil, ante um aumento da população prisional para 748 mil detentos (CONDEGE, 2020).

Ainda segundo dados trazidos pelo CONDEGE, 100% da população prisional brasileira corresponde a 748.009 pessoas, para as quais foram habilitadas 357 equipes de atenção básica. Considerando que a equipe mais simples de EABP atende no máximo 100 presos e que apenas 357 equipes foram habilitadas, verifica-se que apenas 4,7% da população prisional é alcançada por essa política pública. Por outro lado, se 100% da população em HCTP e alas psiquiátricas (medida de segurança de internação e de tratamento ambulatorial) corresponde a 4.100 pessoas, para as quais foram habilitadas 11 EAPs, localizada em 07 estados diferentes, o mesmo raciocínio nos conduz ao percentual de 26,82% de pessoas atendidas por EAP (CONDEGE, 2020).

Por fim, cedendo às recomendações, Pazuello, em julho de 2020, revogou a Portaria supramencionada, restabelecendo o financiamento das equipes. Este é o atual cenário nacional das políticas públicas voltadas ao infrator em sofrimento mental.

4.3. Experiências brasileiras de substituição do modelo manicomial judiciário pelo modelo extra-hospitalar

No país, podemos destacar duas grandes experiências no acompanhamento das medidas de segurança substitutivas do modelo manicomial judiciário por um modelo extra-hospitalar fundamentado nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira (Lei 10.216/2001), quais sejam: o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI), do estado de Goiás, e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), do estado de Minas Gerais.

Embora sejam gerenciados por órgãos distintos, haja vista que o PAI-LI está sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde e o PAI-PJ sob a gestão do Poder Judiciário, ambos

utilizam a Lei 10.216/2001 (e não a LEP) articulada com as políticas nacionais e estaduais como premissa para o desenvolvimento dos trabalhos. Além disso, contam com equipes multiprofissionais que atuam em conexão entre o sistema de justiça criminal, o SUS e o SUAS.

O PAI-PJ é regulamentado pela Resolução nº 944/2020, tendo como objetivo assessorar a Primeira e Segunda Instâncias na individualização da aplicação e execução das medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança aos pacientes judiciários.

Para tanto, a norma traz expressamente quem são os pacientes judiciários:

Art. 1º. Parágrafo único. Considera-se paciente judiciário, para os fins desta Resolução, o indivíduo em situação de sofrimento psíquico que seja:

I - custodiado, indiciado, réu ou sentenciado com pena ou medida de segurança, durante o curso do respectivo inquérito policial ou processo criminal;

II - adolescente autor de ato infracional (TJMG, 2020).

O Programa ocorre de modo intersetorial, através da parceria do Judiciário com o Executivo e com a comunidade, de forma geral, promovendo o acesso à rede pública de saúde e à rede de assistência social, de acordo com as políticas públicas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental.

A equipe responsável pelo acompanhamento é interdisciplinar, formada preferencialmente por 1 (um) assistente social, 1 (um) bacharel em direito e 1 (um) psicólogo, cuja função é promover o acompanhamento de até 60 (sessenta) pacientes judiciários.

Os casos chegam ao órgão de duas formas: por demanda espontânea ou por determinação judicial. Em seguida, há uma pré-avaliação, na qual será recomendada ou não a inserção no Programa. Um dos pré-requisitos para o acompanhamento da demanda é a existência de um Núcleo Regional do PAI-PJ na localidade.

Ainda que aprovado na pré-avaliação, o caso passará pelo crivo judicial, dependendo de autorização do juiz competente pelo caso. Sendo autorizado, o paciente é encaminhado à rede pública de saúde mental, se ainda não estiver em tratamento. Junto com a rede, será construído o projeto terapêutico e social para o paciente, o qual será objeto de revisões e reconstruções, conforme as indicações do próprio sujeito (BARROS-BRISSET, 2010).

O acompanhamento se estende até a finalização da execução criminal quando, automaticamente, há o desligamento do Programa.

Ademais, o PAI-PJ, através da equipe interdisciplinar - psicólogos, assistentes sociais judiciais e assistentes jurídicos - funciona como um serviço auxiliar do Juiz, subsidiando a decisão judicial e conectando aos autos os relatórios cujo material foi produzido no trabalho

com os diversos parceiros fora do sistema jurídico: trabalhadores da saúde mental, de organizações e entidades sociais, familiares, dentre outros.

Desse modo, a autoridade judicial, atuando em conjunto com todas as outras áreas imprescindíveis ao funcionamento da execução penal, realiza efetivamente sua função jurisdicional de acompanhamento da sanção penal aplicada, promovendo os meios para que o paciente judiciário possa acessar os recursos necessários - sociais, de tratamento ou mesmo jurídicos - , na invenção de um laço social que lhe convenha e que seja razoável durante o tempo em que responde pelo seu ato fora da lei.

A novidade do Programa foi trazer a possibilidade inédita de inserir o sujeito no centro da rede de atenção e cuidados, acompanhando sua trajetória de perto como mais um recurso do qual ele pode lançar mão para se conectar. Isso, com vistas a dirimir a tensão existente entre a justiça e a saúde mental, dispensando o manicômio judiciário ou qualquer outro como lugar para os loucos infratores.

Deste modo, criaram-se condições necessárias para que o paciente judiciário receba seu tratamento e tenha acompanhamento de sua sanção penal de modo singular, particular, conforme a sua capacidade e responsabilidade.

Afasta-se, então, a ideia de periculosidade que desagrega as possibilidades de o louco infrator ser considerado um sujeito de direitos. O programa acredita que a questão desse sujeito não é responsabilidade apenas da saúde pública, mas deve perpassar pela responsabilização penal, só que subjetivando a relação com a lei que organiza o espaço social no qual habita (BARROS-BRISSET, 2010).

Assim, a possibilidade de responder pelo crime é tida como condição humanizante, um verdadeiro exercício de cidadania que implica em responsabilidade e capacidade do infrator de se reconhecer como parte de um sistema normativo que é aplicável a todos. A responsabilidade penal, então, é um modo de inclusão, desde que feita de forma a atender às peculiaridades do sujeito.

5. ANÁLISE DA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM MINAS GERAIS, A PARTIR DO CONTEXTO DO PRESÍDIO ANTÔNIO DUTRA LADEIRA

5.1 Considerações Iniciais

O Código Penal (BRASIL, 1940) trata da inimputabilidade penal para as pessoas que cometem crimes e, em razão de doença mental ou desenvolvimento incompleto ou retardado, não possuem capacidade alguma de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Nesses casos, como sanção, deve ser aplicada a medida de segurança, seja na modalidade de tratamento ambulatorial, seja na de internação. Esta última, deve ser cumprida em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ao contrário dos imputáveis, que devem cumprir a pena imposta em unidades prisionais comuns.

A Resolução SEJUSP nº 146, de 27 de agosto de 2020 (MINAS GERAIS, 2020), prevê 4 (quatro) modalidades de unidades prisionais: unidades prisionais convencionais e operadas por parceiro privado; unidades prisionais de custódias alternativas; unidades prisionais transitórias; e, unidades prisionais médico penais.

As unidades prisionais médico penais são compostas pelo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), pelo Centro de Apoio Médico Pericial (CAMP) e pelo Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade (CRGPL).

O HCTP é o estabelecimento penal próprio para custódia, cumprimento de medida de segurança de internação, tratamento, realização de exames periciais de internação ou ambulatorial de indivíduos inimputáveis ou semi-imputáveis e/ou IPL's acometidos supervenientemente por doenças mentais.

O único HCTP do sistema prisional de Minas Gerais é o Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz - HPJJV, em Barbacena, com 160 vagas disponíveis para homens e 30 para mulheres. O Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa, em Juiz de Fora, encontra-se desativado provisoriamente, aguardando reforma estrutural para que seja reaberto como unidade prisional convencional, conforme decisão de Gabinete do Secretário à época.

Já o Centro de Apoio Médico Pericial (CAMP), localizado em Ribeirão das Neves, é o estabelecimento penal próprio para custódia, tratamento, realização de exames periciais de internação ou ambulatorial de indivíduos inimputáveis ou semi-imputáveis e/ou IPL's acometidos supervenientemente por problemas de saúde.

Essas unidades têm como competência executar a custódia e ressocialização de IPL em sofrimento mental, com incidente de insanidade mental instaurado, ou, com medida de segurança sentenciada, mediante respectivo laudo médico pericial; desenvolver as atividades médico periciais, tratamento psiquiátrico, internação hospitalar; executar ações para garantia da proteção dos direitos do IPL com indicativos de incidente de insanidade mental, ou já sentenciado com medida de segurança; propor e executar projetos com vistas à adequação do diagnóstico e acompanhamento clínico individualizado; articular tecnicamente parcerias para o atendimento e encaminhamento do paciente na rede de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS; propor a implementação de metodologias que aperfeiçoem a reinserção social do público atendido; elaborar Projeto Terapêutico Individual para os indivíduos em cumprimento de medida de segurança, indicando seu perfil e aptidões, além do tratamento mais adequado, por meio do 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; subsidiar o Poder Judiciário com informações e recomendações em relação à custódia e ressocialização do IPL, dentre outros.

Noutro giro, dentre as unidades prisionais convencionais, destaca-se o presídio é o estabelecimento penal destinado prioritariamente à custódia de indivíduos privados de liberdade (IPLs) presos provisoriamente.

Embora a norma preveja que os presídios sejam responsáveis pela custódia prioritária de presos provisórios, na realidade, nesses locais encontram-se internos de diferentes perfis jurídicos, inclusive pessoas sancionadas com medida de segurança. Isso faz com que o cotidiano prisional apresente uma distorção do que, legalmente, é muito bem delineado.

Isso também devido ao fato de que, há pessoas que, consideradas imputáveis, estão em sofrimento mental e, da mesma forma, se encontram em estabelecimentos prisionais comuns, cumprindo a sanção como se em plena saúde mental estivesse.

A separação teórica não é, então, suficiente para resolver o problema de uma custódia inadequada, o que faz com que seja necessário uma investigação mais profunda da situação das pessoas presas em sofrimento mental.

5.2 Contextualização

A pesquisa se desenvolveu a partir da análise da situação dos infratores em sofrimento mental custodiados no Presídio Antônio Dutra Ladeira.

Foram analisados aspectos especialmente concernentes à identificação da doença mental, seu tratamento, controle, comunicação aos órgãos competentes, prestação de assistência material, médica e psicológica, reincidência e custódia.

O primeiro ponto a ser tratado refere-se ao modo de detecção da doença. Quando a pessoa privada de liberdade é admitida em uma unidade prisional, são encaminhadas todas as documentações relativas à sua saúde física e mental até então geradas. Os profissionais da área realizam uma análise documental, extraindo informações que permitam concluir que determinada pessoa está em sofrimento mental.

Além disso, no cotidiano, chegam ao psicólogo inúmeras queixas, seja pelo próprio interno, pelos familiares, funcionários da linha de frente ou, até mesmo, por outros custodiados. Em casos assim, havendo possibilidade operacional e pertinência, o preso é encaminhado ao atendimento para avaliação.

Outra forma de verificação, é através do atendimento rotineiro. Em quatro dias da semana, a Diretoria de Atendimento ao Indivíduo Privado de Liberdade encaminha aos núcleos jurídico, de saúde, de ensino e de trabalho uma listagem com 15 (quinze) IPL's que serão submetidos às respectivas assistências. Os nomes são selecionados a partir de critérios de alocação e antiguidade e, nessa oportunidade, o profissional da psicologia poderá detectar a existência de alguma doença mental.

Diante de todas as informações colhidas pelos profissionais, ocorre a elaboração de uma Hipótese Diagnóstica – HD – que deve ser confirmada ou refutada pelo psiquiatra, profissional competente para tal.

As consultas psiquiátricas são realizadas quinzenalmente, e não ultrapassam o número de 15 (quinze) custodiados por dia de atendimento. Dada a inexistência de psiquiatra na unidade de análise, conta-se com a colaboração do psiquiatra lotado no Presídio Inspetor José Martinho Drummond, que fica próximo ao Presídio Antônio Dutra Ladeira.

Esse fluxo permite que a equipe de psicólogos alimente, mensalmente, uma listagem de pessoas presas reconhecidamente em sofrimento mental. Os nomes são colocados conforme o entendimento e análise do servidor, pois, tendo em vista a inviabilidade material e humana, nem todos os presos passam pela consulta psiquiátrica para integrar a listagem. O levantamento é, então, encaminhado à Diretoria de Atenção ao Paciente Judiciário, responsável por compilar os dados de todas as unidades prisionais.

Essa Diretoria se subordina à Superintendência de Humanização do Atendimento e tem por competência orientar e fiscalizar as atividades de acompanhamento social e

atendimento clínico, terapêutico e hospitalar dos IPL's com indicativos de incidente de insanidade mental ou já sentenciado com medida de segurança (MINAS GERAIS, 2019).

Os dados integrantes da presente pesquisa foram solicitados para esse órgão e estes foram encaminhados diretamente ao setor jurídico do Presídio Antônio Dutra Ladeira para que se procedesse à análise técnica, com intuito de traçar o perfil jurídico carcerário de cada custodiado. Isso devido à necessidade de se conhecer o perfil do preso em sofrimento mental, isto é, se ele é provisório (aquele que não possui sentença penal condenatória); condenado; se está sujeito ao regime de cumprimento de pena fechado ou semiaberto; se já teve passagem anterior pelo sistema prisional; se, ao ser liberado, voltou a delinquir; se sua custódia dentro do estabelecimento prisional obedece a um prazo razoável para tratamento e acompanhamento, dentre outros.

Saliente-se que, por se tratar de casos identificados, isto é, aqueles que chegam ao conhecimento do profissional da Psicologia, há que se considerar que, eventualmente, o Presídio possa custodiar um número maior de internos em sofrimento mental ou em cumprimento de medida de segurança. Isso porque, além da discrepância entre a população carcerária e os recursos materiais e humanos, desde agosto de 2020, a única profissional lotada na Unidade afastou-se por razões médicas, sendo que foi necessário o apoio de outro psicólogo que, uma vez por semana, comparecia ao local para atender 15 IPL's previamente selecionados. Ainda assim, o profissional de apoio só começou a prestar atendimento a partir de novembro.

Logo, se anteriormente a identificação já sofria os efeitos da escassez de recursos, após esse fato a questão tornou-se ainda mais alarmante.

Mister destacar, ainda, que o advento da pandemia provocada pelo coronavírus ocasionou evidente impacto no sistema prisional. Isso porque, a Secretaria de Justiça e Segurança Pública, em consonância com órgãos de Poder Judiciário, estabeleceu diretrizes para evitar uma contaminação em massa dentro das unidades prisionais. A medida mais evidente foi a liberação de presos que cumpriam pena em regime semiaberto e de presos provisórios (TRIBUNAL DE MINAS GERAIS, 2020; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2020).

Nessa conjuntura, apurou-se que, entre 16 de março e 31 dezembro de 2020, com fundamento na Portaria Conjunta no 19/2020, firmada pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais e pelo Poder Executivo Estadual, foram liberados 12.385 presos. No mesmo período, foram identificadas 11.082 ocorrências policiais envolvendo os presos liberados e 4.167 presos foram responsáveis pela totalidade dos registros, o que indica que 33,65 % dos presos

liberados se envolveram em novos crimes. Do total de presos liberados, 55,54% se envolveram em mais de uma ocorrência⁵.

Evidentemente, havia pessoas em sofrimento mental nessas situações e, conseqüentemente, a medida impactou na situação carcerária delas e também no contexto da pesquisa, como se verá.

Um outro aspecto importante a ser observado é que, no início da presente pesquisa, em 07 de outubro de 2019, foi indagado, por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC), quantos custodiados em unidades prisionais apresentavam transtornos mentais e quantos presos estavam submetidos à medida de segurança.

Em resposta, a Secretaria de Administração de Justiça informou que, naquele momento, em Minas Gerais, havia 251 (duzentos e cinquenta e um) indivíduos reclusos em unidades prisionais que apresentavam algum transtorno mental; além de 170 (cento e setenta) indivíduos reclusos em unidades prisionais, também subordinadas à SEJUSP, que possuíam decisão judicial para cumprimento de medida de segurança, consistente em internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

Esse número representava menos que 0,5% de presos portadores de transtornos mentais em Minas Gerais, já que a população carcerária, naquele período, representava cerca de 75 mil pessoas, conforme dados do Infopen – Departamento Penitenciário Nacional (BRASIL, 2019).

Coincidentemente ou não, logo em seguida, em 24 de outubro de 2019, a referida Secretaria divulgou um Memorando-Circular determinando que, até o quinto dia útil do mês, as unidades prisionais encaminhassem à Diretoria de Atenção ao Paciente Judiciário informações referentes às medidas de segurança e aos portadores de transtorno mental. A partir de então, instalou-se essa forma de controle.

Considerando o baixo quantitativo outrora apresentado e a alteração no procedimento de verificação, em julho de 2021, a indagação fora reiterada nos mesmos moldes e, evidentemente, os números indicados foram outros. Fora informado que 1.130 (mil cento e trinta) custodiados apresentavam transtornos mentais ou sofrimento mental e 182 (cento e oitenta e dois) estavam submetidos a medida de segurança e, ainda assim, estavam custodiados em unidades prisionais.

⁵ Informações fornecidas pelo Ministério Público do Estado de Minas Gerais, por meio do GAECO-Grupo de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado e do CAOCRIM- Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Criminais, com o auxílio do Observatório de Segurança Pública (SOSP), que compila os dados brutos lançados na ponta pelo Departamento Penitenciário do Estado (DEPEN), integrantes da Secretaria Estadual de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP).

Esse quantitativo, por sua vez, representou quase três vezes o quantitativo anteriormente informado, ou seja, cerca de 1,71% da população carcerária do Estado. Os números apresentaram significativo aumento e podem indicar que, antes da provocação realizada pela pesquisadora e da instauração do controle, não havia nenhuma outra forma de aferição dos dados.

Porém, como dito, mesmo essa forma de controle é falha, já que depende de profissionais de saúde (cada vez mais escassos) para identificar, preencher, compilar e encaminhar as informações. Desta feita, está delineada a ausência de monitoração que permita o dimensionamento mais representativo da realidade.

Uma tentativa de delinear e compilar os dados em geral é feita através do SIGPRI - Sistema Integrado de Gestão Prisional – que tem sido utilizado como uma ferramenta para o lançamento dos dados referentes ao interno submetido aos atendimentos.

Cada área de atendimento possui um módulo próprio, tais como: módulo jurídico, módulo psicologia, módulo ensino e módulo trabalho.

Os módulos não se comunicam, sendo que as informações são compiladas apenas quando ocorre a reunião da CTC – Comissão Técnica de Classificação.

A Comissão Técnica de Classificação é um instrumento chave na elaboração de um programa individualizador da execução penal. A Comissão é formada, conforme previsão expressa da Lei de Execução Penal (BRASIL 1984), no mínimo, por dois chefes de serviço, um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, quando se tratar de condenado à pena privativa de liberdade.

No Presídio Antônio Dutra Ladeira, não existe psiquiatra, como já salientado e, então, a composição é feita por um analista jurídico, um servidor integrante do setor de inteligência, um servidor integrante do setor de segurança, um assistente social, um enfermeiro, um psicólogo, um pedagogo e um servidor integrante do Núcleo de Trabalho e Produção.

Cada profissional elabora um relato, em forma de síntese. No documento, são colocadas as informações técnicas de cada setor. O setor jurídico informa se o IPL é condenado ou provisório; se possui processos em andamento; qual o requisito objetivo da progressão de regime, dentre outros. No módulo jurídico, a única informação referente à existência de sofrimento mental é o campo “Registro de casos de pacientes judiciários”, no qual o profissional informa se existe incidente de insanidade mental instaurado ou imposição de medida de segurança.

O setor de inteligência informa se IPL apresenta perfil de liderança negativa ou possui envolvimento com organizações criminosas. O setor de segurança informa se o interno possui

faltas disciplinares nos últimos 12 (doze) meses. A enfermagem exterioriza a avaliação neurológica e física, bem como indica a existência de doenças, inclusive as incapacitantes. A psicologia indica: histórico de violência física ou psicológica familiar, uso de psicofármacos, tratamento psicológico e/ou psiquiátrico; histórico familiar de doença mental; idade do primeiro delito; reconhecimento do delito pelo qual está preso; quais atividades possui interesse; quais são as perspectivas fora da unidade prisional; o nível de consciência; aspectos de orientação, memória, linguagem, pensamento, inteligência, humor e afetividade.

O serviço social aponta a forma pela qual se dá o relacionamento familiar e a criação, a existência de consumo de álcool e outras drogas no convívio familiar, se recebe visitas; etc. O setor de ensino informa o nível de escolaridade e o interesse na realização de cursos. E o setor de trabalho e produção indica a experiência profissional e a existência de interesse em exercer atividade laboral.

Ao final, a Comissão conclui se o interno está apto ou não a exercer a atividade laboral, intra ou extramuros, e se está apto ou não a exercer atividades de ensino e socioculturais.

As reuniões ocorrem semanalmente e, ao total, são 30 (trinta) IPL's avaliados. Dentre eles, há reavaliações que, teoricamente, deveriam ocorrer a cada 1 (um) ano. Com a reavaliação, seria possível revisar as medidas outrora propostas e formular novas com intuito de se chegar à completa preparação para o desligamento.

As informações são reunidas e o procedimento se encerra.

Em verdade, o PIR, que é a compilação de todas essas informações, deveria orientar o modo de execução da pena ou, quando inexistente sentença penal condenatória, o modo como se dará a custódia de forma a privilegiar os atributos individuais, aproveitar adequadamente habilidades, traçar estratégias a curto, médio e longo prazo e sanar alguma necessidade específica.

Entrementes, na realidade, há uma forte cobrança acerca do quantitativo de presos que devem ser submetidos à CTC e, por conseguinte, as reuniões se tornam meramente mecânicas, consistentes mais em repetição de dados, que propriamente na discussão entre os profissionais das peculiaridades das pessoas presas e das medidas que serão ou deveriam ser adotadas para o alcance da efetividade da sanção eventualmente imposta.

A título de exemplo, é possível citar que se a psicologia identificar que o IPL em voga está em sofrimento mental, a informação é trazida à tona, mas, em termos práticos, quase não produz efeitos, exceto quanto a eventuais restrições ao trabalho, já que não há local adequado para ser alocado, não há comunicação ao juízo competente, não há concentração de esforços

para resgate de vínculos familiares, não há terapia ou acompanhamento efetivo, dentre outros.

A ausência de tratamentos alternativos dentro do estabelecimento prisional e o quantitativo de internos e profissionais em muito atrapalha a adoção de medidas eficazes ao acompanhamento das doenças identificadas. No ano de estudo, faziam parte do corpo técnico da unidade prisional três analistas técnicos jurídicos, um psicólogo, duas enfermeiras, dois assistentes sociais e dois pedagogos, de sorte que resta inviabilizada a adoção de certas medidas, ainda que salutares para o processo de tratamento e ressocialização dos internos. O cenário não se alterou desde então.

Além disso, pouco se conta com a colaboração de outros órgãos. O PAI-PJ, órgão do Poder Judiciário, realiza alguns atendimentos que, após março/2020, passaram a ocorrer virtualmente. É o órgão que, unilateralmente, seleciona os presos a serem atendidos, bem como decide em que frequência isso se dará. Em sua maioria, tratam-se de internos já sancionados com medida de segurança e o acompanhamento consiste em atendimentos técnicos, não tendo o condão de alterar o contexto fático no qual essas pessoas estão inseridas.

Ainda assim, não se verifica uma interlocução entre a unidade prisional e o PAI-PJ. Desta feita, ainda que um preso tenha crise ou apresente um quadro mais gravoso, o caso não é repassado para acompanhamento/atendimento.

Da mesma maneira, não há interlocução com o Poder Judiciário que, na grande maioria dos casos, ignora a existência do sofrimento mental. As comunicações que ocorrem entre a Administração Pública e o Poder Judiciário são em resposta a indagações vindas do órgão judiciário e consistem em elaboração de relatórios, prestação de informações, etc. *A priori*, não se leva ao conhecimento do órgão julgador a existência de alguma doença mental detectada. Significa dizer que, se o preso tiver um surto ou apresentar alguma doença mental, isso é tratado dentro da própria Administração.

Seria possível que o advogado particular, familiares, Ministério Público ou Defensoria Pública, uma vez detectada a doença por outros meios, cientificasse o órgão julgador, a fim de que fosse instaurado o incidente de insanidade mental ou determinada a realização de perícia médica com o propósito de converter a eventual pena privativa de liberdade em medida de segurança.

Ocorre que, o que, em tese, é muito bem delineado e configuraria uma benesse ao infrator, na prática, muitas vezes, mostra-se prejudicial ao custodiado.

Explicando melhor, é necessário ter em vista, primeiramente, que a medida de segurança é uma sanção penal sem termo final preestabelecido, ao contrário da pena privativa

de liberdade. Os Tribunais Superiores, inclusive, divergem acerca do tempo máximo permitido de internação ou tratamento, sendo que o STJ defende que esse seria correspondente ao máximo da pena cominada para o delito em questão; ao contrário, o STF afirma que seria o equivalente a 40 anos, conforme previsão do Código Penal (DIAS, 2019).

Pois bem, fixada a medida de segurança, pelo tempo mínimo de 1 (um) ano e 3 (três) anos, de acordo com o art. 97, do Código Penal (BRASIL, 1940); o sentenciado permanece, teoricamente, em tratamento, a fim de que, ao final, seja submetido a uma nova avaliação pericial, quando se concluirá pela cessação da periculosidade ou não.

Ocorre que, os sentenciados não são encaminhados aos Hospitais onde deveria ser dispensado o tratamento, porque inexistente vaga no único hospital de tratamento do Estado. Por isso, permanecem nas unidades prisionais.

Nos últimos anos, vários julgados reconhecem essa situação, indicando que diversos inimputáveis cumprem as medidas de segurança em regime prisional comum, oferecendo riscos por não receberem qualquer tratamento, além de restar configurado o constrangimento ilegal, já que têm sua situação piorada em decorrência da ausência de vagas nos HCTP.

HABEAS CORPUS. EXECUÇÃO PENAL. MEDIDA DE SEGURANÇA. AUSÊNCIA DE VAGA EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO. ESTABELECIMENTO PRISIONAL COMUM. CONSTRANGIMENTO ILEGAL. ORDEM CONCEDIDA. I. Imposta medida de segurança de internação, configura constrangimento ilegal a submissão do réu ao cumprimento de pena em presídio comum por mais de 01 ano, em razão da falta de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou outro estabelecimento adequado. II. A insuficiência de recursos do Estado e a gravidade do delito praticado não servem como fundamentação idônea a ensejar a manutenção do paciente em regime prisional comum, quando lhe foi imposta medida de segurança. III. Ordem concedida para determinar a transferência do paciente para hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou outro estabelecimento adequado, devendo, na falta de vaga, ser submetido a regime de tratamento ambulatorial, até que surja vaga em estabelecimento adequado à sua condição. (Brasil. Superior Tribunal de Justiça, 5ª Turma. HC. nº 207.019/SP, rel. Gilson Dipp, j. 18/18/2011, DJe. 31/08/2011, Disponível: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/21085840/habeas-corpus-hc207019-sp-2011-0112532-2-stj/inteiro-teor-21085841>. Acesso em: 16 de fev. 2018)

De mais a mais, após a Lei da Reforma Psiquiátrica, ficou estabelecida a extinção progressiva dos manicômios e determinada a sua substituição por outros recursos assistenciais, o que impede a criação de novas vagas.

Embora legalmente o HCTP seja considerado o local adequado para a custódia dessas pessoas, é necessário salientar a consistente crítica perpetrada a esse órgão por encerrar em si características asilares e contrariar a recomendação subsidiária e os requisitos para que ocorra

a internação trazidos pela Lei de Reforma Antimanicomial, além de se configurar uma “prisão perpétua camuflada” (LIMA; CASTRO; SILVA, 2017).

Sem adentrar o mérito da inconstitucionalidade ou não desses hospitais, verifica-se que no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Barbacena – Jorge Vaz, na região Central do Estado, a equipe de atendimento é maior e, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, teria que fornecer ao menos um atendimento de saúde e psicossocial por dia para cada paciente.

Em março de 2021, o Hospital possuía em seu quadro de saúde e psicossocial quatro médicos clínicos, cinco médicos psiquiatras, quatro psicólogos, três assistentes sociais, uma farmacêutica, sete enfermeiros, oito técnicos de enfermagem, um dentista, dois auxiliares de consultório odontológico, um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta, uma pedagoga e um gerente de produção.

Em fevereiro de 2020, conforme dados divulgados pela SEJUSP (2021), a instituição forneceu 15.565 atendimentos para os 146 pacientes. Isto é um quantitativo bem superior àquele recomendado pelo Ministério da Saúde.

Além da discrepância entre as equipes de atendimento, no Presídio objeto da pesquisa não há local específico de destinação, de modo que esses internos são alocados com os demais e submetidos aos mesmos ditames, rotina e tratamento.

O Regulamento e Normas de Procedimento do Sistema Prisional de Minas Gerais (ReNP) (SEAP, 2016), sobre o assunto, prevê como procedimento de referência para definição da cela a verificação preliminar se o preso é portador de sofrimento mental, pois, caso comprovada a existência da patologia, este deverá ser alocado próximo ao agente de segurança responsável pelo pavilhão.

Ademais, o dispositivo orienta que a unidade prisional deve ser científica quando da admissão de um preso portador de sofrimento mental. Em termos práticos, essas disposições não passam de letra morta.

As outras disposições sobre o assunto, limitam-se a dispor sobre as funções dos psicólogos e psiquiatras e a isentar de sanção decorrente de processo administrativo disciplinar aquele interno que apresentar incapacidade mental, não fazendo outras referências importantes acerca da situação prisional da pessoa presa em sofrimento mental.

A isenção de responsabilidade quando do cometimento de faltas disciplinares, muitas vezes, é vista como uma oportunidade de impunidade pelos demais, de sorte que é comum que o preso doente assuma, reiteradamente, a posse de produtos ilícitos em troca de pequenos

favores ou mesmo em razão de coações físicas e morais. As situações devem ser analisadas casuisticamente, com o fito de promover uma intervenção e alteração da alocação do interno.

A ausência de previsão e padronização, faz com que, na realidade, ocorram situações que são resolvidas conforme o entendimento dos profissionais envolvidos, sejam os agentes de segurança, psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem ou diretores.

Uma emblemática situação que também demanda a atuação ativa desses agentes ocorre quando essas pessoas estão em crise. Nesses casos, não é incomum que os colegas de cela não as aceitem e exijam sua retirada imediata. Isso pode ocorrer tanto com as pessoas sancionadas com medida de segurança quanto os demais que estão em sofrimento mental, de forma que, momentaneamente, fiquem separados dos outros internos e sejam alocados no setor de enfermaria, setores de segurança ou Centro de Observação Criminológica.

Tais setores são de destinação temporária e, em regra, oferecem ainda menos condições de salubridade. A ideia, contudo, é controlar a crise e, tão logo isso ocorra, retorná-los aos pavilhões.

Já houve caso em que um preso em surto, jogava fezes nos companheiros de cela e nos agentes que se aproximavam e não fazia sua higiene pessoal. Embora a situação fosse grave, não havia muitos recursos que possibilitassem a resolução do problema. No máximo, encaminhava-se o interno para o setor de segurança, eram ministrados os medicamentos e solicitava-se sua transferência para o Centro de Apoio Médico Pericial. Controlada a crise, o interno retornava ao Presídio, mas sua permanência ali já estava estigmatizada. Os outros internos não o aceitavam.

A situação era cíclica, pois o custodiado estava premido pelas regras e rotinas de uma instituição total, sem acesso à terapia em grupo, ao atendimento psiquiátrico e psicológico regular; e sem respeito às suas individualidades e peculiaridades, de sorte que os efeitos da doença poderiam ser momentaneamente controlados, mas continuariam a reverberar por toda a custódia, sem uma previsão de fim (GOFFMAN, 1961).

Para o tratamento das doenças mentais, já se reconhece que cada tipo de transtorno exige um determinado tratamento. O Ministério da Saúde (2003), seguindo essa linha, reconhece a importância do tratamento medicamentoso, mas alerta que uma abordagem mais ampla, na qual se ofereçam outras possibilidades terapêuticas, mostra-se mais adequada e eficaz.

Por consequência lógica, ausentes os tratamentos alternativos e um ambiente próprio, pode se concluir que a custódia em nada contribuirá para o processo de melhora do infrator.

É por isso que, quando há sentença fixando a medida de segurança, chegada a fase de reavaliação para constatação da periculosidade, dificilmente o IPL terá apresentado avanços. Com isso, sua liberação estará comprometida e, como resultado, a sanção se perpetuará.

Noutro giro, quando em cumprimento de sanção consistente em pena privativa de liberdade, o IPL, alcançando o requisito objetivo e subjetivo, poderá galgar a progressão de regime e ser liberado. Por esta razão, em muitos casos, estrategicamente, evita-se a conversão da pena privativa de liberdade em medida de segurança. Ora, já que em ambas as situações o local e as condições de custódia serão similares, não haveria interesse algum em submeter o infrator a uma situação indefinida.

Essa situação gera, inclusive, uma confusão para o preso em sofrimento mental sancionado com medida de segurança. Como fazê-lo compreender que ficará recluso por um tempo indeterminado, enquanto aqueles com os quais convive têm um prazo fixo para serem liberados?

Por tais razões, então, verifica-se que não é raro, estrategicamente, evitar a conversão da pena privativa de liberdade em medida de segurança, embora haja previsão legislativa expressa nesse sentido.

No que diz respeito aos medicamentos, vê-se que estes são entregues conforme recomendação médica. Entrementes, concebendo que o médico psiquiatra comparece quinzenalmente, em muitos casos as receitas não são atualizadas no tempo recomendado pela Portaria nº 344 do Ministério da Saúde (30 dias) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), mas, considerando a necessidade de ministrá-los, estes continuam sendo entregues até a condição ser reavaliada.

Em caso de crises, o controle é feito tendo por base a última receita do prontuário. Caso seja necessário, o interno é encaminhado para os órgãos da rede municipal, mediante escolta hospitalar.

Acentua-se que, em agosto de 2021, o médico psiquiatra que realizava os atendimentos quinzenais também se afastou por razões médicas por 60 dias e, chegado o termo final, se aposentará. Assim, a partir desse mês, pode-se dizer que não há nenhum atendimento psiquiátrico fornecido pela SEJUSP aos internos em sofrimento mental custodiados no Presídio Antônio Dutra Ladeira, ainda que sujeitos a medida de segurança.

Nesses casos, a atuação dos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), é e será ainda mais salutar. Esses órgãos consistem em unidades locais que oferecem atendimentos de cuidados que se concentram entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar e, em casos

extremos, os internos podem ser para lá encaminhados, a critério do assistente social. (FREIRE, 2004).

Lado outro, se o encaminhamento não for imprescindível e persistindo a crise, os internos ficam nas celas dentro do Núcleo de Saúde até a estabilização, o que acontece, normalmente, após algumas horas. Às vezes, cessada a crise, é recomendado o isolamento completo do preso ou, ao contrário, é orientado que ele não fique sozinho, pois pode provocar autoextermínio ou se lesionar de outra forma, como, por exemplo, bater a cabeça na parede, fato não incomum em alguns casos. Nessas circunstâncias, o(s) preso(s) que dividirá(ão) a cela, deverá(ão) aceitar a condição do outro interno.

O CAMP, por sua vez, é uma alternativa e consiste em um local de internação temporária, se configurando como uma unidade de apoio, como o próprio nome denuncia. Para lá vão os presos em surto oriundos de outras unidades prisionais ou aqueles que farão perícia médica para verificação da cessação de periculosidade, sanidade mental ou exame criminológico. Nesses últimos casos, há uma determinação judicial. Nos demais, as unidades de custódia confeccionam uma solicitação instruída com documentos pertinentes e os encaminham para a Secretaria que, por sua vez, avalia a situação e autoriza a transferência para tratamento psiquiátrico temporário ou não. Se houver a transferência, o psiquiatra do CAMP realizará o acompanhamento e, ao entender que o paciente está estabilizado, fará a liberação e, conseqüentemente, o interno retornará à unidade de origem, onde continuará a cumprir a sanção.

Frise-se que o CAMP – Centro de Apoio Médico e Pericial – é uma unidade hospitalar com 110 (cento e dez) vagas/leitos.

No tocante ao trabalho interno do preso em sofrimento mental, há apenas um fator que o distingue dos demais: a doença é avaliada para evitar sua inserção em postos que possam colocá-lo em contato com objetos que porventura possam representar riscos a ele e aos demais ou em locais que sejam de alguma forma incompatíveis com a patologia.

Não há muitas opções. Os presos são inseridos nos serviços de manutenção, capina, faxina, refeitório ou em uma das duas empresas parceiras, nas quais desenvolve-se serviços relacionados a controles eletrônicos ou embalagem de alho. São serviços, preponderantemente, braçais que não levam em consideração a existência de outras habilidades, seja artística ou técnica.

No Presídio em voga, cerca de 250 internos ocupam os postos de trabalho. Esse quantitativo representa pouco menos de 10% do universo de custodiados, o que aponta, indubitavelmente, pela prevalência da ociosidade entre os internos.

O trabalho esbarra tanto em questões envolvendo a segurança, como em fatos relacionados aos recursos materiais e pessoais. Por se tratar de uma unidade prisional de grande porte, a movimentação interna e a liberação diária para ocupação de postos de trabalho é complexa.

Não é incomum que o número de presos laborando seja o décuplo de servidores os acompanhando. A falta de vigilância, muitas vezes, é propícia a um cenário de movimentação de drogas e celulares entre os próprios internos, de forma que o aumento de vagas fique sujeita ao aumento proporcional de servidores disponíveis para realizar essa tarefa.

Porém, por se tratar de atividade considerada dispensável, ao contrário de outras relacionadas à segurança em si, como a ocupação de postos nas muralhas, liberações de alvarás e movimentações internas, os agentes de segurança tendem a ser alocados nestes postos de trabalho.

Por isso, é possível concluir que o déficit de servidores provoca um grande impacto no cenário carcerário.

Sobre as equipes de trabalho, mais especificamente em relação ao PNAISP, em 26 de fevereiro de 2021, via e-mail, foi indagado pela pesquisadora sobre a adesão do Estado de Minas Gerais, bem como sobre a existência de equipes habilitadas na unidade prisional em voga.

Em resposta, no dia 27 de abril do mesmo ano, foi informado pela Diretoria de Atendimento ao Paciente Judiciário, pelo mesmo meio, que, em 2014, o estado de Minas Gerais aderiu à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Penitenciário – PNAISP, e desde então vem trabalhando a adesão e habilitação das equipes de saúde em conjunto com o município para atuarem nas unidades prisionais.

Informou, ainda, que foram implementadas as EAPs dentro das unidades naqueles Municípios que procederam à adesão e habilitação.

Sobre a adesão de Ribeirão das Neves, Município no qual está localizado o Presídio, a respectiva Secretaria Municipal de Saúde informou que, embora esse ente tenha aderido à política, não houve habilitação de equipes de saúde destinadas ao presídio em tela.

Por isso, a equipe de saúde retromencionada é composta apenas de servidores integrantes do quadro da SEJUSP, ou seja, são regidas pela Lei de Execuções Penais e não pelas diretrizes do SUS, demonstrando, claramente, que o cenário é tratado como um problema de segurança pública, e não de saúde pública.

Ainda sobre o PNAISP, um fato curioso ocorreu, outra vez, após as indagações realizadas pela pesquisadora, pois, menos de 1(um) mês após realizá-las, em 17 de maio de

2021, outro Memorando Circular fora expedido pela Secretaria esclarecendo os moldes, público-alvo e benefícios da política, bem como os procedimentos a serem adotados para adesão e habilitação.

Essa inércia pode demonstrar que, embora seja a única política pública voltada para essas pessoas, há um adormecimento que permeia a relação entre o PNAISP e o Presídio em tela.

Como exposto nesse documento, compete aos gestores da unidade prisional a articulação com o Secretário Municipal de Saúde a fim de estabelecer tratativas de uma possível habilitação de equipe de saúde, porém, na unidade objeto de análise, não há tratativas nesse sentido.

À guisa de conclusão, ao indagar a DAIPJ acerca de políticas públicas específicas no âmbito de Sistema Prisional mineiro relacionadas à saúde mental, obteve-se a informação de que: Assim, “a atuação e planejamento das ações são baseadas nas seguintes legislações”:

- Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, instituída pela Resolução SES/MG Nº 5.461, de 19 de outubro de 2016; Diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no estado de Minas Gerais, através da qual orientamos sobre o acesso e inserção de indivíduos à Rede de Atenção Psicossocial -RAPS constante nos municípios.

-Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem essa população.

-Lei nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001, buscando garantir a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, álcool e outras drogas, fazendo com que o cuidado aconteça no território e através de recursos extra-hospitalares, preferencialmente, combatendo o isolamento e promovendo a reinserção social.

Além do incentivo aos gestores das Unidades Prisionais, reforçando a necessidade de articularem com instituições públicas, privadas e profissionais autônomos; parcerias que visem a oferta de atividades de prevenção e tratamento aos IPL's usuários e/ou dependentes de álcool e outras drogas do Sistema prisional.

As legislações citadas, como enfrentado, fornecem mecanismos e diretrizes para minorar os impactos da custódia na saúde mental dos infratores, concedendo-lhes a oportunidade, talvez nunca tida, de terem sua doença tratada e de cumprirem a sanção penal com certa individualização e respeito aos direitos conferidos nacional e internacionalmente.

Ainda assim, são legislações dotadas de pouca ou nenhuma efetividade. Acerca do PNAISP, por exemplo, ainda que reconhecidamente haja sua adesão, a ausência de equipes habilitadas o torna inócuo, deixando a cargo da pequena equipe da SEJUSP a responsabilidade completa pela identificação e tratamento das pessoas em sofrimento mental.

Ademais, a falta de subordinação às diretrizes do SUS e o enfrentamento da questão como problema de segurança pública e não de saúde engessam o desenvolvimento das previsões normativas e, a atuação dos agentes públicos envolvidos na custódia esbarra na limitação dos recursos materiais e humanos disponíveis.

Aliás, as diretrizes da Lei 10.216/01 também se mostram ineficientes, diante do encarceramento daqueles que apresentam algum tipo de doença mental, sem que lhes sejam dispensados os cuidados necessários ou mesmo a atenção básica imprescindível para o seu correto tratamento.

Portanto, a precarização do sistema e do tratamento dessas pessoas ocorre ainda que existam dispositivos legais protetivos.

5.3 Análise dos dados

Seguindo os passos explicitados e diante do cenário exposto, foram obtidos os dados a seguir:

Tabela 2 - Presos em sofrimento mental PRADL 2020

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Total de custodiados na U.P.	2.303	2.381	2.078	2.145	2.206	2.120	2.141	2.113	2.074	2.202	2.071	2.042
Total de IPL's⁶ em sofrimento mental identificados	81	87	81	67	68	65	76	83	x	x	68	61
Novos IPL's em sofrimento mental identificados no mês	X	13	4	0	14	0	16	13	x	x	2	0
Condenados	65	70	65	55	57	54	57	58	x	x	48	45
Provisórios	11	14	13	9	9	8	18	22	x	x	17	14
Medidas de Segurança	5	3	3	3	2	2	3	3	x	x	3	2
Regime fechado	40	41	39	36	38	38	40	41	x	x	34	32
Regime semiaberto	25	29	26	19	19	16	17	17	x	x	14	13
IPL's que possuem admissão anterior	72	77	74	62	62	58	67	70	x	x	57	51

IPL's que possuem processos em andamento	39	42	41	35	37	36	42	45	x	x	37	35
Total de desligamentos do PRADL no mês	7	10	14	13	3	5	6	4	x	x	7	8
Total de transferências do PRADL no mês	6	5	8	5	0	0	0	0	x	x	2	3
Alvarás recebidos no PRADL	1	5	6	8	3	5	6	4	x	x	5	5
Liberações do sistema prisional por Alvará	1	4	8	11	5	5	6	4	x	x	4	5
Alvarás totais motivados por COVID	0	0	5	7	3	5	4	2	x	x	1	2
Total de IPL's que retornaram após liberação	0	1	4	3	1	3	3	4	x	x	1	1
IPL's que possuem incidente de insanidade mental instaurado	9	6	7	6	6	6	11	12	x	x	11	9
IPL's que apresentam histórico de internação em Hospital de Custódia	6	2	6	5	4	4	6	6	x	x	5	3
Quantidade de atendimentos listados no mês	4	4	5	0	0	3	0	0	x	x	2	2

Fonte: dados fornecidos pela SEJUSP/MG.

Sem embargo da probabilidade de os dados estarem aquém da realidade, verifica-se que, os casos identificados de pessoas presas em sofrimento mental correspondem à média de 3,4% da população carcerária custodiada no Presídio Antônio Dutra Ladeira em 2020 (desconsiderados os meses de setembro e outubro).

Salienta-se que a SEJUSP não forneceu os dados de setembro e outubro, porque não foram encaminhados pela unidade prisional em razão da ausência de psicólogos nesse período.

Nos meses seguintes, isto é, novembro e dezembro, o então coordenador do Núcleo de Saúde, encaminhava a relação, sem inserir, é claro, novos nomes. A verificação girava em torno da conferência acerca da permanência na unidade prisional dos IPL's listados na planilha anterior. Assim, aqueles que tivessem sido transferidos ou liberados, eram retirados, e permaneciam os que continuavam custodiados.

Frise-se que, em geral, são encontradas estimativas entre 10 a 15% de presos com doença mental, ao passo que a população em geral apresenta cerca de 2% (TEPLIN; ABRAM; McCLELLAND, 1999).

Em São Paulo, em 2006, foi realizado um estudo indicando a prevalência significativa de transtornos mentais na população prisional, especialmente entre as mulheres. O trabalho indica que 61,7% dos presos tiveram ao menos uma ocorrência de transtorno mental ao longo da vida e cerca de 25% daqueles que estavam em regime fechado preenchem critérios diagnósticos para pelo menos um transtorno mental no ano anterior ao estudo. Cerca de 11,2% dos detentos homens e 25,5% das mulheres apresentavam transtornos mentais graves. Os autores realizam uma estimativa para o Brasil, concluindo que cerca de 60 mil presos apresentavam doenças mentais graves, tudo a demonstrar que, de fato, os dados aqui trabalhados podem ser ainda mais alarmantes (RIBEIRO; QUINTANA; ANDREOLI, 2008).

Nada obstante, por serem os únicos detectáveis, será imprescindível usá-los, tendo em vista, contudo, essa ressalva.

Nesse viés, tem-se que, do quantitativo apurado, a grande maioria, isto é, 77,91% em média, possui condenação à sanção penal consistente em pena privativa de liberdade, o que significa dizer que, no processo criminal a patologia não fora suscitada como causa de inimputabilidade ou, se o fora, não se mostrou grave o suficiente para comprometer o entendimento do caráter ilícito do fato ou a sua determinação.

Desses, 51,42% cumprem pena em regime fechado, que impõe isolamento completo, com liberação, dentro do pátio dos Pavilhões, durante cerca de 4 horas, para o banho de sol. Os presos que estão nesse regime trabalham, quando possível, apenas na faxina e, sendo baixa a condenação e inexistindo outros processos em andamento, podem laborar nas empresas parceiras.

Machado e Sloniak (2015) explicam que a falta de estrutura para o trabalho prisional no regime fechado provoca o desaparecimento do debate sobre o tema ou o seu obscurecimento pelo extenso rol de mazelas nas prisões. Além disso, a alegação de que é necessário pensar na segurança, disciplina e controle acima de tudo, é um discurso presente nas falas dos órgãos e gestores responsáveis pela execução penal, afastando eventuais políticas voltadas ao fortalecimento desse tipo de trabalho prisional em regime fechado.

Os demais condenados, 26,49%, cumprem pena em regime semiaberto, no qual, em geral, há a concessão judicial dos benefícios de saídas temporárias e trabalho externo.

As saídas temporárias consistem na liberação por 7 dias, de forma que, no Presídio Antônio Dutra Ladeira, o interno é liberado às sextas-feiras previamente agendadas e retornam na sexta-feira seguinte. Já o trabalho externo é a liberação diária para que o custodiado labore em alguma empresa particular, ou mesmo conveniada. Considerando a inexistência de empresas parceiras conveniadas que tenham vagas externas, haverá liberação

apenas quando o próprio custodiado ou sua família obtiverem êxito em angariar uma vaga alguma empresa privada. O horário de liberação e retorno variará conforme a escala e jornada de trabalho.

Por outro lado, as pessoas presas em sofrimento mental sancionadas com medida de segurança representaram 3,9%. Essas pessoas reconhecidamente possuem uma doença mental que comprometem a culpabilidade ou responsabilização penal, mas não estão isentas de sanção, que deveria ser cumprida em local próprio, especialmente destinado a esse fim.

Os demais, cerca de 18,2% dos presos identificados, estão presos provisoriamente, o que significa dizer que não tiveram analisadas as circunstâncias, materialidade e autoria do delito, bem como a possibilidade de ser aplicada uma sanção penal.

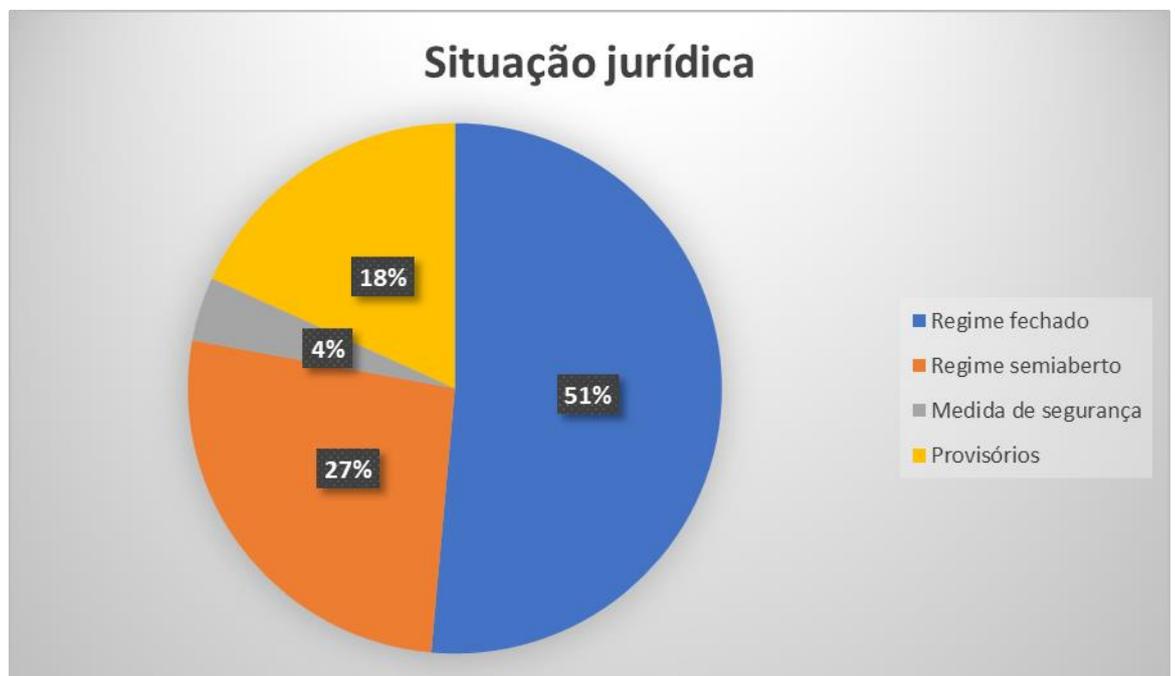


Gráfico 1- Situação jurídica

A grande questão referente ao regime de cumprimento, envolve os cuidados que podem ser dispensados, conforme os moldes da reclusão e a alocação.

Além disso, segundo Souza (2003), a privação da liberdade é por si mesmo um fator estressor que varia conforme a forma de privação. Assim, além das péssimas condições do ambiente prisional, há de se considerar o impacto que os diferentes tipos de prisões causam no psiquismo. Se a pessoa está em condição de preso provisório ou se já condenado, se está ou não aguardando uma decisão judicial, ou ainda, se tem realmente o conhecimento sobre sua condição.

Quando o custodiado é provisório, cumpre pena em regime fechado ou cumpre medida de segurança, o isolamento é mais rígido. Já quando está em regime semiaberto, é possível estabelecer contato com o mundo externo, sendo viável, durante o benefício, inclusive, a realização de consultas ou terapia.

Esses internos podem ficar alocados em qualquer ala da unidade. Quando estão nos pavilhões I, II e III, chamados de pavilhões antigos, ficam com cerca de mais 1 ou 2 presos na cela. Nesses casos, em geral, os colegas possuem baixa condenação e não respondem a outros processos. Nos demais, são alocados os presos provisórios e os condenados cujas penas são consideradas altas e/ou apresentem outros processos em andamento e, via de regra, ficam acompanhados de outros 20 custodiados. Em ambos os casos, o banho de sol é realizado uma vez por dia, na parte da manhã ou tarde, alternadamente. As visitas familiares nesses locais são feitas quinzenalmente e ocorrem no pátio.

Esses custodiados podem ser alocados também, em outro Anexo, nas galerias, onde estão presos que cumprem pena em regime semiaberto ou presos em regime fechado com condenações ainda mais baixas e sem processos em andamento. As visitas e o banho de sol seguem o padrão dos pavilhões. A distinção é que as galerias são menores, abrigando cerca de 100 presos em cada uma delas, com 2 ou 3 presos/cela.

Não é incomum que os presos em sofrimento mental sejam alocados nos setores de segurança ou C.O.C (Centro de Observação Criminológica), ambos são lugares apartados, onde estão internos que alegam não poder ficar na cela ou pavilhão atuais ou que cometeram faltas e cumprem sanção disciplinar.

No setor de segurança do Anexo I, com 12 celas, ficam em torno de 2 presos/cela. Já no setor de segurança do Anexo II, com 15 celas, ficam cerca de 4/5 presos/cela. Nesses locais, não há banho de sol ou liberação para visitas comuns.

Já no C.O.C, com 5 celas ativas, a cela é individual, e, da mesma forma, não possui banho de sol e/ou visitas.

Esses locais, embora permitam uma vigilância mais próxima, são ainda piores que os comuns, não apenas por encerrar em si características de locais onde serão cumpridas sanções, mas por não disporem de recursos físicos básicos.

Porém, é uma forma de se isolar o preso, quando necessário, pois, como relatado, é possível que a doença afete de tal modo a convivência que torne impossível a permanência da pessoa dentro das celas dos pavilhões ou galerias.

Frise-se que, inicialmente, durante a pandemia, as galerias ficaram reservadas para aqueles IPL's que integravam o grupo de risco. Após cerca de três meses, estes foram alocados no pavilhão I e lá permanecerão enquanto perdurar a situação.

É claro que a situação é muito dinâmica e depende da avaliação e identificação de novos casos.

Sobre o assunto, ao analisar quantos novos casos foram identificados por mês, chega-se à quantidade média de aproximadamente 7 (sete). Esse número sofreu importante impacto com o advento da pandemia, que provocou, no fim do mês de março e durante todo o mês de abril, a suspensão dos atendimentos e atividades presenciais. Especialmente em abril, a psicóloga laborou em *home office*. No mês seguinte, retornou à unidade prisional, e, considerando a prerrogativa de, mesmo com as atividades rotineiras suspensas, poder efetuar o atendimento presencial em casos de urgência e conforme o entendimento técnico, as identificações aumentaram.

Porém, em seguida, já no mês de junho, houve novo afastamento médico e, novamente, não houve outras identificações. Por fim, no fim de agosto, o afastamento da profissional se estendeu, de maneira que os dados ficaram comprometidos, sendo que o acompanhamento parcial retornou apenas em novembro, quando iniciou a colaboração de outro psicólogo durante as atividades rotineiras, ou seja, uma vez por semana, o que refletiu nos índices apresentados.

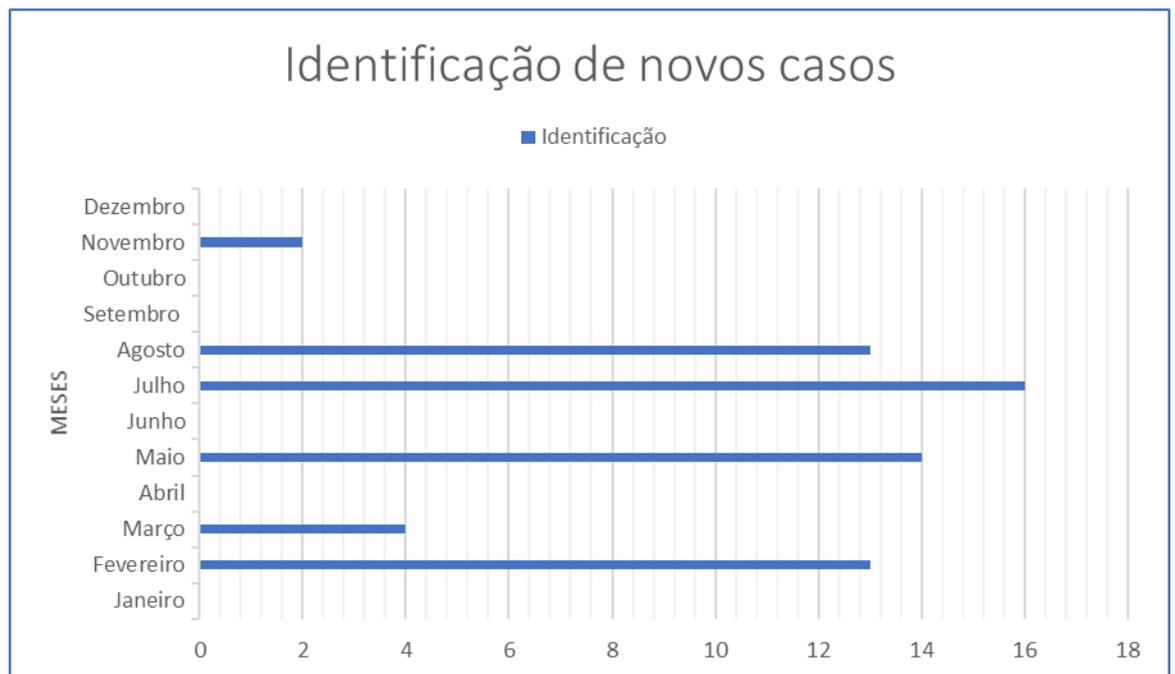


Gráfico 2 - Identificação de novos casos

Nesse mesmo sentido, a média mensal de atendimentos foi de 2 (dois). É um número baixíssimo, mas que deve ser analisado no contexto imposto, especialmente porque os reflexos da pandemia acompanharam mais da metade do período do estudo e os afastamentos da única profissional lotada na unidade foram cruciais.

Aqui, importante chamar atenção ao contraste entre os atendimentos realizados dentro da unidade prisional e aqueles realizados pelo HCTP Jorge Vaz. Esse hospital, em fevereiro de 2020, dispensou 15.565 atendimentos de saúde e psicossocial para uma população de 146 pacientes, ao passo que, no mesmo período, o Presídio Antônio Dutra Ladeira dispensou 4 atendimentos psicológicos para um quantitativo de 87 custodiados.

Frise-se que os dados do HCTP não estão separados por área de atendimento, ainda assim, refletem uma discrepância absurda quando comparado com a unidade de análise.

Acerca da permanência dessas pessoas na unidade prisional objeto da pesquisa, tem-se que, em um universo médio de 73,7 presos, houve, mensalmente, pouco mais 10% (dez por cento) de desligamentos, o que representa 7,7 presos por mês. Os desligamentos ocorreram tanto em razão de liberação por alvará de soltura quanto por transferências para outras unidades prisionais.

Os alvarás motivaram a maioria dos desligamentos, representando cerca de 4,8 (62,33%) presos/mês, ao passo que as transferências representaram 2,9 (37,66%) dos presos liberados.

As transferências sofreram uma queda brusca com a pandemia, pois evitou-se, ao máximo, a movimentação entre os presídios, com o fim de impedir a disseminação do vírus. Nesse norte, percebe-se que, no primeiro trimestre, a média de liberações por transferência girou em torno e 6,33, o que representou 61,27% dos presos liberados naquele período, ou seja, 1,6 vezes a mais que a média anual. Após esse interregno, os índices caíram para 21,66%.

Essa movimentação pode representar um sério prejuízo aos presos em sofrimento mental, ao prejudicar o acompanhamento profissional, quando existente; a continuidade da medicação; e, o vínculo estabelecido com os demais. Desta forma, deve ser feita com cautela e analisando caso a caso, o que, por óbvio, não ocorre.

O procedimento de transferência é vertical, feito a partir de uma ordem emanada pela Diretoria de Vagas, órgão da SEJUSP. Em geral, são analisados aspectos objetivos, no que tange à pena, *modus operandi* da empreitada criminosa, alcance de benefícios, etc, e também subjetivos, concernentes ao convívio, comportamento e disciplina. Em casos graves de doença mental, a solicitação de transferência é feita pelo Presídio, com o fito de que o custodiado seja

transferido para o CAMP ou, em casos extremos, para o HCTP. Os casos menos graves, sob controle, sequer são levados ao conhecimento dessa Diretoria que, sem a posse de tais informações, pode determinar a transferência para outra unidade prisional comum.

Nesse local, reinicia-se o procedimento de identificação da doença para continuidade do tratamento medicamentoso ou outro que possa ser oferecido pela unidade de destino.

Os alvarás são fruto de ordens judiciais. Como não há interlocução entre os órgãos, o Poder Judiciário, em geral, realizada análise subjetiva e objetiva para a concessão de benefício executório, como determinado na LEP (BRASIL, 1984). Nesses casos, a análise subjetiva se limita à verificação de existência de faltas disciplinares nos últimos 12 meses.

Já quando não há execução penal, a liberação fica muito mais condicionada a aspectos processuais do que a aspectos subjetivos.

Por outro lado, em caso de medida de segurança, a liberação é condicionada à confecção de laudo pericial constatando a ausência de periculosidade.

Ainda sobre as liberações, após o advento da pandemia, em 19/03/2020, atendendo à Recomendação nº 62 de 17/03/2020 do CNJ, o Presidente do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, o Governador do Estado, o Corregedor Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais e o Secretário de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais, editaram a Portaria Conjunta nº 19/PR-TJMG recomendando que todos os presos condenados em regime aberto e semiaberto deveriam seguir para prisão domiciliar, desde que não estivessem respondendo a suposta falta grave. Além disso, recomendaram a reavaliação de todas as prisões cautelares, com o fim de verificar a possibilidade de aplicação de medidas cautelares alternativas à prisão.

Referida Recomendação foi prorrogada pela também Recomendação n.º 78, datada de 15.09.2020, com restrição aos crimes nela listados. Outrossim, no habeas corpus nº 188.820, de relatoria do Ministro Edson Fachin, a 2ª Turma do STF referendou a liminar para que fossem avaliadas as situações dos detentos em conformidade com a citada Recomendação.

Fato é que a situação pandêmica desde março de 2020 continuou e continua motivando a liberação de outros custodiados.

Interessante observar que, considerando o período de meados de março a dezembro, quando efetivamente foram expedidos alvarás motivados pela referida Portaria, a média de liberação por alvarás entre as pessoas em sofrimento mental sofreu um aumento, passando de 2,66 presos/mês entre janeiro e início de março (antes do evento pandêmico), para 5,37 presos/mês entre final de março e dezembro. Desses, cerca de 3,62 (67,41%) presos/mês foram liberados com fundamento nesse dispositivo, ao passo que 1,75 (31,84%) foram

liberados por outros motivos, tais como revogação de prisão, progressão de regime e livramento condicional.

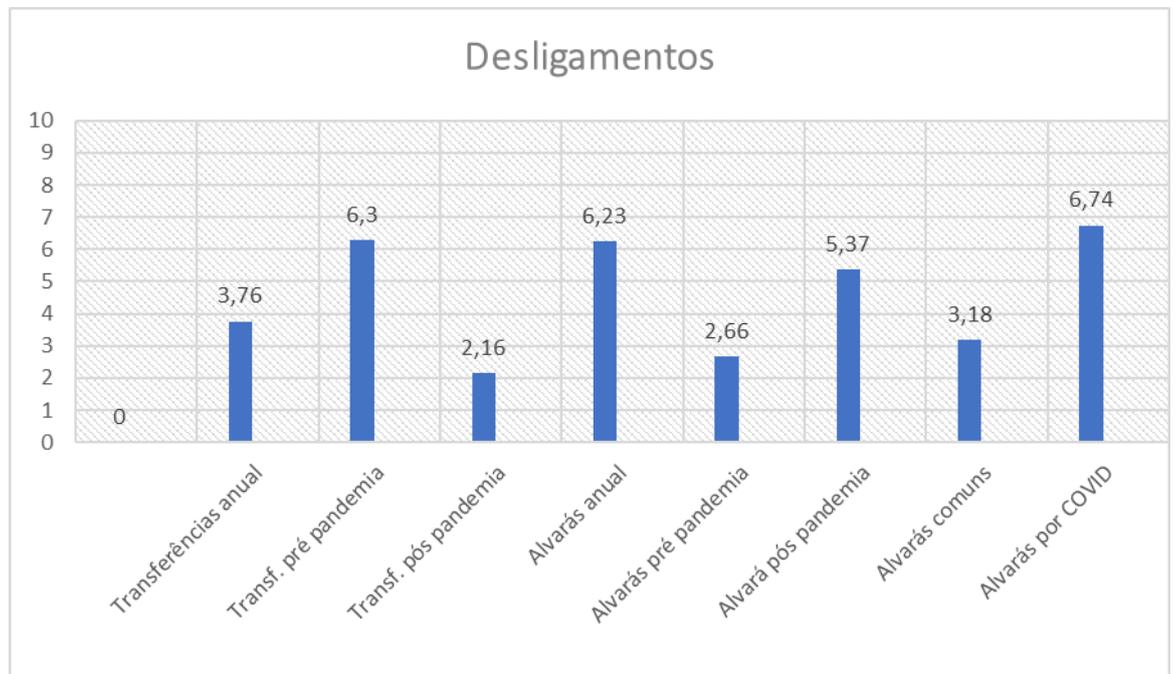


Gráfico 3 - Desligamentos

Sobre o índice de reentrada, no geral total, a cada 5,3 presos desligados do sistema prisional, verificou-se que, na data da análise, que se deu no início de 2021, aproximadamente 2,1 pessoas foram novamente presas, representando 39,62% (trinta e nove vírgula sessenta e dois por cento).

De acordo com dados divulgados pelo DEPEN/MG⁷, durante período semelhante, qual seja, março de 2020 a janeiro de 2021, o total de reentradas no sistema prisional mineiro correspondeu a 11,53% dos presos liberados. Vejamos os dados expressos na Tabela 3:

Tabela 3 - Dados DEPEN

Solturas total	Total de Entradas em Unidades Prisionais – Mar de 2020 a Jan de 2021	Solturas Pandemia – Portaria 19	Solturas Comuns	Total de Reentradas	Reentradas Liberados Portaria 19	Reentradas Comum	Data Referência
82.737	96.206	12.341	70.396	9.542	1.463	8.079	18/01/21

Fonte: DEPEN/MG

⁷ SEJUSP - Observatório de Segurança Pública (SOSP) – Tabela Desligados COVID-19 PRODEMGE – 13/01/2021 e 18/01/2021. Relatório de APFD do Armazém de Dados do INFOPEN – DEPEN/MG – 18/01/2021 - Data Atualização Armazém: 18/01/2021

Esses dados demonstram que, em geral, o índice de reentrada constatado pelo DEPEN foi aproximadamente 3,5 vezes menor que o apurado pela amostra do estudo em período muito similar. Significa que, a cada 10 pessoas em sofrimento mental identificadas no Presídio Antônio Dutra Ladeira e liberadas, 3 ou 4 foram readmitidas, ao passo que, a cada 10 pessoas liberadas do sistema prisional estadual, apenas 1 o fora.

Ainda assim, é possível que, dado o pequeno interregno entre a data de liberação e a data de análise, o número acima, embora expressivo, não demonstre a realidade da reincidência. Por esta razão, foi analisado o quantitativo de presos que, antes da custódia no Presídio Antônio Dutra Ladeira, apresentaram admissão anterior, isto é, aqueles que já tinham passagem pelo sistema prisional. O número impressiona, pois perfaz 88,19% do total de custodiados. Isso pode demonstrar não apenas a falibilidade da forma em que é realizada a custódia, como também a necessidade de se amparar, de forma adequada a individualizada, o infrator em sofrimento mental.

Isso quer dizer que, seguindo essa média, dos 5,3 presos já liberados, 2,1 voltaram ao sistema e outros 2,5 voltarão, de modo que quase todos foram ou serão novamente presos.

A reentrada levou em consideração as admissões anteriores, ainda que realizada no hospital de custódia. Ainda assim, foi feito um levantamento a parte, oportunidade em que se avaliou o quantitativo de presos que já foram admitidos na referida instituição, local, em tese, adequado para o tratamento de pessoas em sofrimento mental ou sancionadas com medida de segurança. Do total de presos identificados, 6,37% já ficaram internados nesse local e, ainda assim, foram encaminhados para a unidade prisional, seja por nova admissão após liberação, seja por simples transferência entre os órgãos.

Sublinhe-se que o DEPEN/MG não divulgou o índice de admissão anterior das pessoas custodiadas no sistema prisional em 2020, tampouco de reincidência, porque, segundo informações fornecidas pelo e-SIC em 13/08/2021, “a metodologia para o cálculo de reincidência criminal está desatualizada, impossibilitando a apuração desse cálculo”.

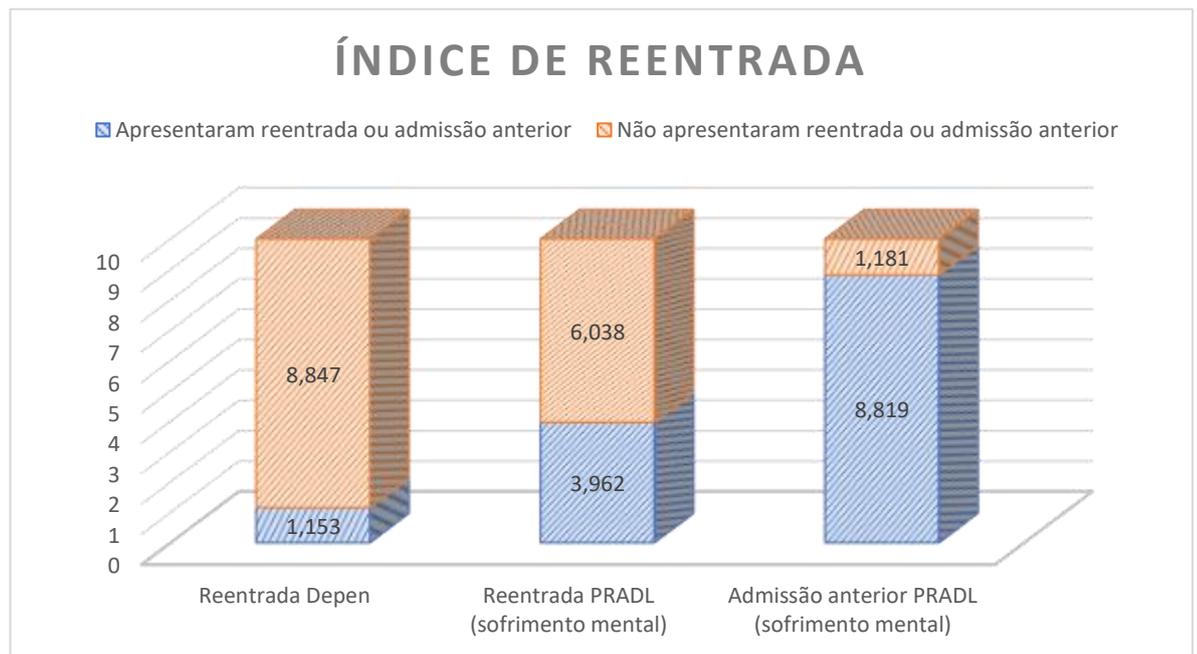


Gráfico 4 - Índice de reentrada

Além desses alarmantes índices, constata-se que em torno de 53,11% dos presos identificados em sofrimento mental possuem processos em andamento. Logo, há possibilidade de que haja imposição de nova sanção penal, além daquela que eventualmente cumpre.

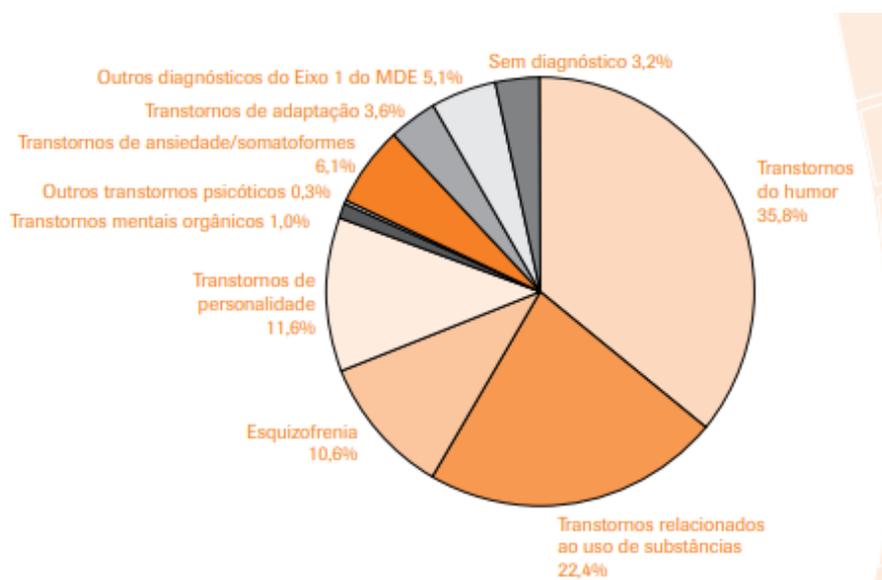
Noutro giro, tem-se que cerca de 14,17% dos presos possuem incidente de insanidade mental instaurado, que poderá resultar na constatação de inimputabilidade penal.

Considerando a inexistência de interlocução entre o presídio e o Poder Judiciário, é possível que esse índice fosse maior se a detecção da doença fosse comunicada ao órgão competente que, instaurado o incidente, verificaria se essa seria fundamental à determinação da inimputabilidade ou não.

Ressalte-se que, outro dado salutar seria a aferição do índice de suicídio entre as pessoas em sofrimento mental. Não há nenhuma forma de controle específico, sequer concernente aos demais custodiados, mas consta no banco de dados que, no primeiro trimestre do presente ano, um dos internos listados e identificadamente em sofrimento mental, que não teve o nome divulgado, cometeu suicídio. As causas não foram divulgadas, mas o fato denuncia o risco em que essas pessoas estão envolvidas.

Casos semelhantes ocorrem a todo instante. Isso porque, segundo Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental publicado pelo Ministério da Saúde (2006), as pessoas que apresentam doenças mentais, tais como esquizofrenia, depressão ou transtorno afetivo bipolar, possuem maior risco para o suicídio. Além disso, quando estão em crise, o risco se encontra agudizado.

Estudos apontam que, em quase toda a totalidade dos suicídios, os indivíduos estavam padecendo de um sofrimento mental. Abaixo, o resultado da compilação de 15.629 casos de suicídio realizada pela OMS⁸



Fonte: OMS

Gráfico 5 - Casos de suicídio OMS

Na introdução, o caso Lucas Félix retrata essa assertiva de forma muito clara. Nos presídios federais, a situação também não é incomum.

No fim do ano passado, Elias Pereira da Silva, conhecido como “Elias Maluco”, teria cometido suicídio. Com isso, veio à tona uma discussão já enfrentada pela Defensoria Pública da União (DPU) em 2017. Para esta instituição, 60% dos presos sofrem com problemas mentais, por isolamento.

Na ação em que solicita a volta dos presos a seus estados, a DPU alegou, entre outras coisas, que o isolamento levou muitos presos a terem problemas de saúde mental. Usando dados fornecidos pelo DEPEN, o órgão diz que “cerca de 12% dos custodiados federais já recorreram ao suicídio e 60% sofrem com alucinações auditivas, psicose, desorientação, dentre outros problemas mentais”. (SOUZA, 2017, p.4).

Esses dados são indicativos da necessidade de se apurar, de forma mais clara, os índices e as causas de autoextermínio e nos oferecem um panorama da pessoa em sofrimento mental custodiada no Presídio Dutra Ladeira, bem como os desafios que permeiam essa

⁸ Fonte: BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* I (3), p. 181-185, 2002

custódia, com o fito de fazê-la eficaz não apenas no tratamento da doença, como também na ressocialização da pessoa.

5.4 Discussão

Resumidamente, pelos dados apresentados acima, os presos custodiados no Presídio Antônio Dutra Ladeira que apresentaram alguma doença mental, em sua maioria, cumprem pena privativa de liberdade em regime fechado, não são atendidos com regularidade pelo psicólogo, são alocados nos pavilhões com outros tantos internos, não têm acesso ao trabalho interno, já apresentaram admissão anterior no sistema prisional e possuem outros processos criminais em andamento.

Embora em menor quantidade, o presídio abriga também presos em medida de segurança, provisórios ou que cumprem pena em regime semiaberto, sendo possível, nos moldes oferecido por este último regime, a inserção do preso em atividades laborais externas e o retorno progressivo ao convívio social, o que não é possível na medida de segurança ou no regime fechado.

A identificação das patologias é feita por apenas um profissional que, quando ausente, compromete cabalmente o procedimento. Por isso, a concentração da identificação nas mãos de pessoas específicas e, por vezes, individuais, como psicólogos e psiquiatras, denuncia um sistema falho. Os atendimentos técnicos se enquadram nessa mesma perspectiva, flutuando conforme a presença ou não de profissionais específicos.

A falta de programas de gestão de controle mais amplo, especialmente antes das provocações pela pesquisadora, demonstra a pouca relevância dada ao problema. Até mesmo os instrumentos já instituídos e colocados à disposição para que haja o desenvolvimento de uma rede de atenção, como o PNAISP, precisaram ser lembrados para provocar alguma ação, mesmo que seja a expedição de um Memorando de divulgação, ou seja, algo salutar.

A inexistência de locais apropriados faz como que a alocação seja feita caso a caso, sendo que o infrator em sofrimento mental, na grande maioria das vezes, é colocado com outros, apresentem ou não doenças mentais. Esse convívio pode ser nocivo, porque no sistema prisional qualquer fragilidade emocional representa um ponto de vulnerabilidade a ser explorado por outros internos.

A falta de responsabilização disciplinar corrobora para esse quadro que, nem sempre, chega ao conhecimento do agente competente para retirar do local o preso que está sendo coagido.

Ao se buscar o isolamento parcial do indivíduo, tem-se que este é alocado nos mesmos setores em que aqueles que cometeram faltas disciplinares, de modo que o local é ainda mais desestruturado e não contempla benefícios básicos como o banho de sol e visitação social.

Quando em crise extrema, recorre-se às unidades de apoio que se responsabilizam temporariamente pela situação, deixando a cargo da unidade de origem a continuidade dos procedimentos da custódia.

As liberações, por transferência ou alvarás, não respeitam a situação apresentada e, sequer, contemplam eventuais vínculos e tratamentos dispensados ao longo do período de custódia.

Além de todos esses vieses, a pandemia provocou uma série de alterações no cenário estudado. Talvez a mais evidente tenha sido o advento de novas previsões, especialmente destinadas à liberação em massa, que provocaram um importante aumento nos índices de presos liberados.

Os impactos da pandemia, a suspensão das visitas e as restrições de benefícios alteraram a rotina do presídio e impuseram um isolamento mais rígido. Contudo, a interferência desses fatos na saúde mental dos custodiados é um fator que precisa ser melhor avaliado.

A mecanização fruto de uma cobrança cega de produtividade engessa um mecanismo salutar para a individualização da pena que é o PIR. A reunião entre os membros das diversas áreas poderia sim configurar uma oportunidade salutar para a discussão e fortalecimento de estratégias específicas que privilegiassem as peculiaridades mentais ou psicológicas apresentadas pelo infrator. Ainda assim, é encarado como mais um procedimento a ser realizado, que gerará apenas números frios.

A situação, mostra-se estarrecedora, principalmente porquanto não há políticas públicas específicas e eficazes que possam ser empregadas de modo a minorar os impactos do isolamento, podendo configurar, inclusive, fator de risco para os internos em relação à própria vida.

O atrelamento entre as características de uma instituição total e uma doença mental não tratada e sem previsão de tratamento impregna no indivíduo não apenas estigmas próprios do crime, mas também do louco, de forma que os índices de readmissão se apresentem altíssimos.

A situação cíclica demonstra a falibilidade da previsão de que os infratores em sofrimento mental devam, ao menos, ser submetidos a um exame pericial e, constatada a

inimputabilidade, cumprir medida de segurança em local próprio, especialmente equipado para esse fim.

Até mesmo a lacuna legislativa, embora tênue, é um fator relevante ao não prever como se daria a sanção daqueles que, embora imputáveis, apresentam doenças mentais que tornam a custódia ainda mais desafiadora, tanto para o Estado, quanto para sociedade e para a pessoa custodiada.

Portanto, todos esses fatores demonstram que pouca ou nenhuma assistência possui aqueles que apresentam um sofrimento mental, o que tem provocado índices altíssimos de reincidência, além de que as previsões normativas, quando existentes, são abstratamente interessantes, mas dotadas de pouca ou nenhuma efetividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa foi analisada a execução das políticas públicas na custódia das pessoas presas em sofrimento mental a partir da realidade apresentada pelo Presídio Antônio Dutra Ladeira, localizado em Ribeirão das Neves/MG.

Para tanto, foi necessário analisar o histórico e a evolução do tratamento da loucura sob o viés do crime, do controle social e da violência para compreender a forma pela qual a doença mental é tratada atualmente, especialmente quando relacionada a um infrator.

Percebeu-se, então, que, inicialmente, o temor do desconhecido reinava entre as pessoas, pois a ciência ainda não tinha concedido dados suficientes para compreender e tratar as manifestações da doença em todos os seus vieses.

A teoria do conhecimento se expandiu conforme os saberes de cada momento histórico, sendo a exclusão do convívio familiar e o isolamento as formas mais nítidas e corriqueiras de solução imediata durante todo esse período.

Ainda pior se revelou a situação daquele que, acometido da doença mental, infringia normas penais, porque nele se cruzavam duas figuras do indesejável: o louco e o infrator.

Estas questões foram (e são) exaustivamente enfrentadas pelas mais diversas áreas, como a Psicologia, o Direito, a Sociologia, a Medicina e a Filosofia, mas, ainda assim, com uma ou outra distinção, sempre desaguaram no isolamento como forma de neutralização, tratamento ou punição.

Nos estudos de Michel Foucault (1972) e Erving Goffman (1961), esses autores firmaram um diálogo com o desenvolvimento dos fatos históricos, concatenando o início do isolamento do doente ao encarceramento, demonstrando que o que nasceu como uma forma de ocupação dos leprosários e, concomitantemente, como um modo de controle social do indesejado perpetuou-se de tal forma que a evolução do conhecimento teórico durante todos esses anos se mostrou inócua e incapaz de alterar a realidade daqueles que são duplamente estigmatizados por serem “loucos” e infratores. Não à toa, essas pessoas eram encerradas em verdadeiras masmorras, caracterizadas por adotarem processos e procedimentos tais que provocavam no sujeito uma verdadeira mortificação do eu.

Claramente, essa relação se expande aos tempos atuais, porque até a presente data ainda se confundem e se misturam nos presídios, transgressores mentalmente são com aqueles que apresentam alguma doença mental.

Nesse contexto, não há diferenciação entre quais os tratamentos são ou deveriam ser dirigidos aos doentes que permitiriam a sua cura ou possibilitaria, ao menos, que pudessem se integrar verdadeiramente a sociedade na medida limitativa do seu conhecimento e da sua saúde mental. Ainda assim, espera-se que, quando tais pessoas forem liberadas, apresentem uma melhora ou cura milagrosa, de modo a não praticar novos delitos e conseguir ajustar-se aos ditames sociais.

No Brasil, o conhecimento conquistado por meio da observação dos doentes em ambiente fechado, com a evolução da ciência lançando luzes sobre o que é a doença mental, permitiu que fosse defendido um tratamento de cunho mais humanista e inclusivo, razão pela qual foi editada a Lei 10.216/2001 (BRASIL).

No âmbito prisional, seguindo essa mesma linha, lançou-se o PNAISP, a fim de trazer ao sistema prisional as bases da rede pública de saúde, conectando-a ao atendimento eficaz do interno. Restou mantida, porém, a ideia do isolamento próprio do sistema carcerário, embora o intuito seja de humaniza-lo e colocar à disposição dos infratores doentes equipes de saúde que possam assisti-los em todas as suas necessidades específicas.

Ocorre que os dados relativos ao Presídio Antônio Dutra Ladeira e as ações/omissões observadas nas rotinas da execução penal denunciam a existência de um forte hiato entre as normas e princípios constitucionais, e as práticas institucionais da administração pública, do Ministério Público e do Poder Judiciário.

A orientação vigente atualmente acerca do infrator em sofrimento mental, que permanece inalterada desde o início do século XX no Brasil, encontra-se no art. 26 do Código Penal e está amparada na presunção de periculosidade, sendo guiada pela aplicação da medida de segurança a ser cumprida em manicômio judiciário, quando necessária a internação, até a cessação da periculosidade.

Entretantes, além dessa disposição estar contrária às novas orientações lançadas pela Lei Antimanicomial, verifica-se que, prática, a questão é bem mais complexa.

A materialização desse raciocínio é muito bem demonstrada quando analisamos a realidade de um Presídio de grande porte localizado na região metropolitana de Belo Horizonte.

A inserção da pesquisadora nesse ambiente colaborou para que a conjuntura fosse trazida à baila em sua forma mais verídica. Inicialmente, percebeu-se que alguns dos internos em sofrimento mental, ainda que submetidos a uma medida de segurança, permanecem por meses ou até mesmo anos dentro de um estabelecimento prisional comum.

Nesse panorama, cabe à equipe psicossocial e de saúde, quando presente, estabelecer um diálogo com a equipe de segurança a fim de realocar o sujeito para que ele possa ser observado e, eventualmente, não sofra represálias. Em verdade, inexistem locais específicos e alguns setores são adaptados para receber temporariamente esses internos.

A inexistência de locais próprios reflete a ausência de políticas públicas específicas em Minas Gerais. Há tão somente determinações emanadas via Memorandos que orientam a confecção de listagens mensais a medida em que novos IPL's forem sendo identificados como pessoas em sofrimento mental.

Ainda assim, essa forma de controle foi instaurada após uma provocação feita no início dessa pesquisa, conduzindo ao entendimento de que, até então, inexistia um modo de controle.

O controle é meramente formal, pois ausentes diretrizes para o tratamento, amparo, trabalho com vínculos familiares, comunicação aos órgãos de persecução penal e encaminhamento para a rede de saúde. Ademais, se mostra falho, já que é inteiramente subordinado à existência de profissionais psicólogos nas unidades, fazendo com que dificilmente o número apontado pelas listagens se traduzam no quantitativo de presos em sofrimento mental verdadeiramente existente.

Em âmbito nacional, a única política pública que poderia direcionar a custódia de forma mais humanizada é o PNAISP. Apesar de Minas Gerais e Ribeirão das Neves terem aderido à Política, o Presídio em voga não possui equipes habilitadas, fazendo com que os profissionais que ali laboram sejam aqueles previstos na Lei de Execução Penal.

Nesse sentido, os IPL's identificados como pessoas em sofrimento mental sequer têm acesso a um tratamento psicológico e psiquiátrico adequado, o que seria o mínimo em se tratando de doença mental.

Os números apresentados no trabalho demonstram claramente as várias mazelas a que estão sujeitos esses internos. A começar pelo baixo número de atendimentos prestados durante a custódia. É claro que o advento da pandemia alterou o cenário de estudo, mas, por simples lógica, é possível concluir que apenas um profissional é incapaz de atender com qualidade e em quantidade suficiente uma população carcerária que gira em torno de 2.000 pessoas. Da mesma forma, um psiquiatra que comparece ao local quinzenalmente é incapaz de acompanhar e prescrever medicamentos da forma como recomendada.

Essa realidade se translada no altíssimo índice de reentrada apresentado por aqueles internos que foram identificados durante o ano de pesquisa como pessoas em sofrimento

mental, pois 88,19% do total de custodiados já haviam sido admitidos anteriormente em alguma unidade prisional.

Outro dado preocupante é o aumento de liberações prévias ocorridas em razão da pandemia. Se, de um lado, procurou-se evitar uma contaminação em massa dentro do ambiente carcerário, por outro, as liberações sem um suporte de rede de saúde mental, familiar e assistencial, ainda mais diante de um cenário pandêmico, podem fazer com que esses sujeitos se tornem ainda mais vulneráveis e desassistidos.

Nesse mesmo sentido, a movimentação entre as unidades prisionais pode contribuir para a falta de assistência, dada a dificuldade em se identificar e dar continuidade a um tratamento porventura iniciado, promovendo verdadeiros rompimentos ao longo de toda a custódia.

A par disso, a pouca importância dada ao tema pelo Estado vai na contramão da realidade já tão evidente e perturbadora, sendo necessário fazer emergir e problematizar o processo de aprisionamento do infrator em sofrimento mental, fora do Hospital de Custódia (e quiçá dentro dele). Esse quadro se choca também com as manifestações e lutas antimanicomiais, que rechaçam não apenas o internamento em manicômios, como também o internamento ou isolamento em si, levando a bandeira de que é necessário trazer o doente para perto da sociedade e a sociedade para perto do doente.

Imperioso, então, atuar de forma específica com os infratores em sofrimento mental, tendo em vista a vida em liberdade e estimulando a descontinuidade de círculos viciosos que promovem a exclusão social e o agravamento da doença mental. O que se visa é combater a ideia largamente aceita e historicamente amparada de que a loucura está implicitamente associada à periculosidade e que a única alternativa é o isolamento.

As experiências extramuros que contam com o apoio do Poder Judiciário e dos serviços da rede de atenção básica têm sido elogiadas por dispensarem um tratamento de respeito aos direitos individuais que apontam para o caminho da adequação da legislação penal à nova política de saúde mental.

O crescimento dessa população nos presídios, a escassez de vagas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, dentre outros aspectos, evidenciam a necessidade da construção de estratégias que potencializem a vida em liberdade e atuem de forma intersetorial, perpassando as mais diversas áreas do conhecimento e concretizando as evoluções da ciência e dos saberes, substituindo, finalmente, a lógica da segregação como forma de controle social e punição por práticas e ações na execução de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo (coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: ARTMED, 2013, 5. ed.
- ANDREOLI, Sérgio; SANTOS, Maíra. Transtorno Mental e Prisão. In: Taborda JGV, Abdalla-Filho E, Chalub M. *Psiquiatria Forense*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- ANDREOLI, Sérgio; SANTOS, Maíra. *Estudo da prevalência de transtornos mentais na população prisional do estado de São Paulo*. Brasília: CNPq; 2008.
- ARAUJO, Fábio Alves; NAKANO, Tatiana de Cássia; GOUVEIA, Maria Lígia. *Prevalência de depressão e ansiedade em detentos*. Avaliação Psicológica, Porto Alegre. 2009.
- BARATTA, Alessandro. *Criminologia Crítica e Crítica ao Direito Penal*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Renavam. Instituto Carioca de Criminologia, 2002.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.
- _____. *Análise de Conteúdo*. 4 ed. Lisboa: Edições 70, LDA, 2009.
- _____. *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luis Antero Reto. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte*. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 20, n. 1, p. 116-128, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2021.
- BATISTA, Nilo. *Punidos e mal pagos: violência, justiça, segurança pública e direitos humanos no Brasil de hoje*. Rio de Janeiro: Revan, 1990.
- BECCARIA, Cesare *Dos delitos e das penas*. Rio de Janeiro: Ediouro. 1999.
- BERTAZZO, Anagali Marcon. *Doença mental: aspectos históricos, sociais e jurídicos dos doentes mentais no sistema prisional do Estado do Amazonas*. Manaus: Scielo; 2015.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal - v. 1: parte geral (arts. 1 a 120)*. 24. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2018. 1032 p.
- BRASIL. *Constituição*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. *Código Penal*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1940.

BRASIL, *Código de Processo Penal*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1941.

BRASIL. Decreto n. 1.132, de 22 de dez. de 1903. Reorganiza a assistência a alienados, Brasília, DF, dez 1903.

BRASIL. Lei de Execução Penal. In: *Vade mecum Mandamentos de Direito*. 3 ed. Belo Horizonte: Mandamentos, 2007. p.1065- 1074.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/eap.pdf>. Acesso em 25 fev 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: [s.n.], 2006. 76p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Infopen. 2019.

BRASIL Superior Tribunal de Justiça, 5ª Turma. HC. nº 207.019/SP, rel. Gilson Dipp, j. 18/18/2011, DJe. 31/08/2011, Disponível: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/21085840/habeas-corpus-hc207019-sp-2011-0112532-2-stj/inteiro-teor-21085841>. Acesso em: 02 de ago. 2021.

BRINK, J. *Epidemiology of mental illness in a correctional system*. Current Opinion in Psychiatry, 2005.

CABRAL, Ana Sofia; MACEDO, Antônio; VIEIRA, Duarte Nuno. *Da doença mental à violência*. Repositório Institucional do CHUC. X Nº6 Novembro/Dezembro 2008.

CARDOSO, RG, Blank P, Taborda JGV. *Exame de superveniência da doença mental*. In: Taborda JGV, 2004.

CHALUB, Abdalla Filho E. *Psiquiatria forense*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CHAVES, Fábio César. *Crime e Loucura: as relações entre medicina e justiça penal no Rio de Janeiro (1830-1903)*. Universidade Estadual Paulista. 2010.

CARRARA, Sérgio. *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

CASTEL, Robert, 1978. *A Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

CONDEGE. *Nota técnica*. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/06/Nota-Tecnica--EAP-vf-condege-assinada.pdf>. Acesso em: 25 fev 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação nº 62 de 17/03/2020. Recomenda aos Tribunais e magistrados a adoção de medidas preventivas à propagação da infecção pelo novo coronavírus – Covid-19 no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3246>. Acesso em 25 jul 20.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação nº 78 de 15/09/2020. Acrescenta o art. 5-A à Recomendação CNJ nº 62/2020, que trata das medidas preventivas à propagação da infecção pelo novo Coronavírus – Covid-19 no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo, e altera o art. 15, para prorrogar sua vigência. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3480>. Acesso em 25 jul 20.

CONSTANTINO, Patrícia; ASSIS, Simone. *O impacto da prisão na saúde mental dos presos do Rio de Janeiro, Brasil*. São Paulo: Scielo; 2016.

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: *Curso de especialização à distância em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura*. Brasília: Universidade de Brasília/Fiocruz, 2002

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.

CRPD/C/BRA/CO/1. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial del Brasil. Publicada em 29 de setembro de 2015. Original: inglês. Versão consultada: espanhol. Disponível em: <<https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/220/78/PDF/G1522078.pdf?OpenElement>> Acesso em: 25 fev.2021.

DAMAS, Fernando; OLIVEIRA, Waltar. *A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil*. Santa Catarina: Scielo; 2013.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/> . Acesso em: 24 mar. 2019.

DELMANTO, C. *Código Penal comentado*. São Paulo: Renovar; 1991.

DIAS, Thiago Prats. O prazo máximo da medida de segurança. Jus, 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/75647/o-prazo-maximo-da-medida-de-seguranca>. Acesso em: 29 jul 21.

FAZEL, Seena. DANESHE, John. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*: Vol 359, February 16, 2002

FERREIRA, Isabella Maria; CORREIA JUNIOR, Rubens. *A criminologia revisitada – do positivismo e sua crítica*. Factus Jurídica. Uberaba, 2016.

FERRI, Enrico. *The Positive School of Criminology*. Tradução inglesa da obra La Scuola

Positiva de Criminologia. Tradução de Ernest Untermann, 1908, in Project Gutenberg, jan. 2004. Disponível em: < <https://www.gutenberg.org/files/10580/10580-h/10580-h.html> >. Acesso em: 09dez. 2020.

FREIRE, Flávia Helena. *O sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos*. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004.

FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Tradução Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro LTDA, 1975.

_____. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

GAROFALO, Rafaella. *Criminology*. Tradução de Robert Wyness Millar. Boston: Little, Brown & Company, 1914. Disponível em: < <https://archive.org/stream/criminology00garoiala#page/n5/mode/2up> > Acesso em: 09 dez. 2020.

GATTAZ, Wagner F. *Violência e doença mental: fato ou ficção?* Rev. Bras. Psiquiátrica. São Paulo. v. 21 n.4, dez. 1999.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, conventos e prisões*. Rio de Janeiro: Editora Perspectiva, 1961.

HÄFNER, H.; BÖKER, W. *Crimes of Violence by Mentally Abnormal Offenders*. Cambridge University Press, Cambridge, 1982.

HODGINS, S.; MEDNICK, S.A.; BRENNAN, P.A. et al. – Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 53: 489-496, 1996.

IRÍAS, Ortiz; MARTÍNEZ, Molina; AMAYA, Martinez. Prevalencia de trastornos mentales en personas privadas de libertad. *Rev. Med. Post UNAH* 1999; 4(4):129-136.

JABERT, Alexander. *Da nau dos loucos ao trem de doido: as formas de administração da loucura na primeira República – o caso do Espírito Santo*. Rio de Janeiro: 2001.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito Penal da Loucura: Medida de segurança e reforma psiquiátrica*. São Paulo: 2003.

JESUS, Damásio E. de. *Direito penal*. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. v. 1.

LIMA, Antônio; CASTRO, Camila; SILVA, Ana Paula. Ensaio sobre saúde mental, sistema prisional e direitos humanos: por uma radicalização da desinstitucionalização. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.24, p.123-147, 2017.

LOMBROSO, Cesare. *O homem delinquente*. São Paulo: Ícone; 2007.

LOMBROSO, *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, ala giurisprudenzaedalle discipline carcerarie*, volume primo. Torino: Nabu Press, 1896.

LÜCHMANN, Lígia Helena; RODRIGUES, Jefferson. *O movimento antimanicomial no Brasil*. Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200016&script=sci_arttext. Acessado em 17 fev 21.

MACHADO, A, B; SLONIAK, A, M. Disciplina ou ressocialização? Racionalidades punitivas, trabalho prisional e política penitenciária. *Revista de Direito*. v 11, n. 1, 2015.

MAGNABOSCO, Danielle. *Sistema penitenciário brasileiro: aspectos sociológicos*. Jus Navigandi, Teresina, 1998. Disponível em: <<http://https://jus.com.br/artigos/1010/sistema-penitenciario-brasileiro-aspectos-sociologicos>>. Acesso em: 21 mar 2019.

MAIA NETO, Cândido Furtado. *Direitos humanos do preso : lei de execução penal - Lei n. 7.210/84*. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

MARCONI. M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1999.

MARQUES, Maíra. *Fatores associados a transtornos mentais graves no contexto prisionais*. São Paulo, 2018. Disponível em: <http://biblioteca.unisantos.br:8181/bitstream/tede/4461/2/Maira%20Mendes%20dos%20Santos%20Marques.pdf>. Acesso em 20 out 2019.

MARTINS, G. A. *Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2006.

MINAYO, M C S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 407 p.

MINAYO, M. C. S. (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea - ANPAD*, v. 15, n. 4, p. 731-747, Jul./Ago. 2011

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Regras de Mandela. Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos. Disponível em: . Acesso em: 24 mar. 2019.
MINAS GERAIS. *Decreto nº 47.795, de 19 de dezembro de 2019*. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova->

min.html?tipo=DEC&num=47795&comp=&ano=2019&texto=original. Acesso em: 29 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 2ª Edição. Brasília/DF. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em 29 jul 21.

NORONHA, E. Magalhães. *Direito penal*. 4. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 1969. v.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Regras de Mandela. Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf. Acesso em: 24 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946*. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 2 jan 2020.

PAREKH, Ranna. *What is mental illness?* Tradução livre. ASSOCIAÇÃO PSQUIÁTRICA AMERICANA. 2018.

PRADO JÚNIOR, Caio. Formação do Brasil Contemporâneo – Colônia, São Paulo: Brasiliense, 2007.

PELUSO, ET; BLAY, SL. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. *Rev Bras Psiquiatria*. 2011.

RESENDE, Heitor. *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. In: *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. (S. A. Tundis & N. R. Costa, org.). Petrópolis: Vozes. 1997.

SANTOS, Humberto Souza; MARTINELLI, João Paulo; LOBATO, José Danilo. *O criminoso ou antissocial predeterminado: a busca pela identificação e neutralização do indivíduo antes de praticar o fato por meio de argumentos biológicos, neurocientíficos e estatísticos*. *Delictae Revista de Estudos Interdisciplinares sobre o Delito*, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 376-437, june Disponível em: <http://delictae.com.br/index.php/revista/article/view/28>. Acesso em: 02 fev. 2021.

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. *Resolução nº 146, de 15 de julho de 2020*. Dispõe sobre as definições e critérios para classificação das unidades prisionais e discrimina as unidades que constituem o Departamento Penitenciário de Minas Gerais, conforme sua classificação e porte. Disponível em: <http://pesquisalegislativa.mg.gov.br/LegislacaoCompleta.aspx?cod=191978&marc=>. Acesso em: 21 jul. 2021.

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. Tratamento psiquiátrico supera em quase quatro vezes atendimentos previstos. Disponível em: <http://www.seguranca.mg.gov.br/component/gmg/story/3952-hospital-de-custodia-e-tratamento-psiquiatrico-supera-em-quase-quatro-vezes-atendimentos-previstos>. Acesso em: 05 ago. 2021.

SILVA, MV. *O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares*. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

SOARES FILHO, Marden. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade do Sistema Prisional (PNAISP)*. Vitória, Espírito Santo. 2016. Disponível em: https://proex.ufes.br/sites/proex.ufes.br/files/field/anexo/versao_com_isbn.pdf. Acesso em 24 fev 2021.

SOARES FILHO, Marden; BUENO, Paula. *Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000702101&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 18 mar 2020.

SOUZA, C. Políticas públicas: Uma revisão da literatura. Sociologia, Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>> Acesso em.: 05 de Ago de 2021.

SOUZA, André. Defensoria aponta danos mentais a presos federais. O globo, n.30821, 25/12/2017. PAÍS, p. 4

SUBSECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL. Regulamentos e Normas de Procedimento do Sistema Prisional de Minas Gerais. 2016.

STONE, Michael H.. *A cura da mente: a história da psiquiatria da antiguidade até o presente*. Porto Alegre: Artmed, 1999. 480p.

TABORDA, J. G. V.; BINS, H. D. C. *Exame Pericial Psiquiátrico*. In: ABDALLA-FILHO, E.; CHALUB, M.; TELLES, L. E. B. *Psiquiatria Forense de Taborda*. 3 .ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

TAYLOR, PJ; GUNN J. Violence and psychosis: risk of violence among psychotic men. *British Medical Journal*, 1945, 1984.

TAYLOR, PJ; GUNN J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry*, 1999.

TEPLIN LA. *The prevalence of severe mental disorder among urban jail detainees: comparison with the epidemiologic catchment area program*. American Journal of Public Health, 1990.

TEPLIN, LA; ABRAM, KM; McCLELLAND, GM. *Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women*. Archives of General Psychiatry, 1996.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução nº 944/2020. Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ e dá outras providências. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/data/files/3E/55/75/6A/D14D57106D6CCB576ECB08A8/Resolucao%20944-2020.pdf>. Acesso em 15 mar 21.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução nº 19/PR – TJMG/2021. Aplica ao sistema prisional as medidas necessárias para o contingenciamento da pandemia do coronavírus no Estado de Minas Gerais. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/xq00192020.pdf>. Acesso em 25 jul 21.

VENTURA, M. M. O Estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Rev. SOCERJ*, v.20, n. 5, p. 383-386, set/out. 2007.

VIEIRA, Priscila Piazzentini. *Reflexões sobre a história da loucura de Michel Foucault*. Revista aulas. 2007.

WACQUANT, Loic. *O lugar da prisão na nova administração da pobreza*. 2008. Novos estudos – Cebrap.

WALLACE C; MULLEN P.; BURGESS P. Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 172:477-84, 1998.

WORLD Health Organization. Mental health: a state of well-being. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>. Acesso em: 01 fev 2021.

YIN, R. K. *Estudo de caso: Planejamento e Métodos*. Daniel Grassi (Trad.). 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 200 p.