UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

BRUNA TÁSSIA SOUZA NAKAYAMA

O Direito à Saúde Mental das Pessoas sob Medida de Segurança na Perspectiva
dos Aplicadores da Lei

Ribeirão Preto

2016

BRUNA TÁSSIA SOUZA NAKAYAMA

O Direito à Saúde Mental das Pessoas sob Medida de Segurança na Perspectiva
dos Aplicadores da Lei

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção de título de Mestre em Ciências,
Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Estudos sobre a conduta, a
ética e a produção do saber em saúde.

Orientador: Prof^a Dr^a. Carla Aparecida Arena
Ventura

Ribeirão Preto

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Nakayama, Bruna Tássia Souza

O Direito à Saúde Mental das Pessoas sob Medida de Segurança
na Perspectiva dos Aplicadores da Lei / Bruna Tássia Souza

Nakayama; orientador Carla Aparecida Arena Ventura - Ribeirão
Preto, 2016.

121 p. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo

1. Direitos Humanos 2. Saúde Mental. 3. Medida de
Segurança 4. Lei 10.216/2001

Nome: NAKAYAMA, Bruna Tássia Souza

O Direito à Saúde Mental das Pessoas sob Medida de Segurança na Perspectiva
dos Aplicadores da Lei

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre Ciências, Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:...../...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho

Aos meus pais Sérgio (pai herói) e Lourdes, pelo amor e dedicação ao longo da vida, e porque não apenas me ensinaram valores, força e perseverança, mas viveram isso e me deixaram observar.

À minha irmã Ana Beatriz, pelo amor e companheirismo imprescindíveis em minha vida.

Ao noivo Vitor Abrahão Sordi, amor da minha vida, por caminhar comigo ao longo desses anos, me ajudar a sonhar alto e tornar todos os meus dias mais alegres e doces.

Aos “ninguéns” com transtornos mentais, que caminham pelo mundo sem visibilidade e sem voz.

Agradecimentos

A Deus, por se fazer presente em cada segundo.

À minha orientadora, Profª Drª Carla Aparecida Arena Ventura, por ter sido não só uma inigualável professora, mas a inspiração que me trouxe até aqui.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo por me acolher desde a graduação.

Ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP/USP pela oportunidade de desenvolver este estudo.

Aos Advogados e profissionais da Defensoria Pública, do Ministério Público, do Tribunal de Justiça, e dos Departamentos de Polícia do Estado de São Paulo que se dispuseram a contribuir com as entrevistas, sem as quais não seria possível que este trabalho fosse consolidado.

Aos docentes da FDRP/USP, EE/USP e EERP/USP que contribuíram durante o desenvolvimento deste estudo em diferentes fases, entre elas a validação do instrumento de coleta de dados.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa durante o período de realização deste mestrado.

À Marcela Jussara Miwa, pela disponibilidade, ajuda e sorriso (sempre aberto e reconfortante) que fizeram toda a diferença.

À Edilene Bernardes Mendonça, pelas inúmeras “dúvidas procedimentais” sanadas.

À Emanuele Seicenti de Brito, pela disponibilidade e ajuda que me foram tão essenciais.

Aos queridos integrantes do GEPESADEs e da LiDiHuS, pelo crescimento que me ofereceram, enquanto profissional e ser humano.

Aos companheiros de militância, que lutam comigo por um mundo mais justo e humano, e que acreditaram neste trabalho.

À família Nakayama, por torcerem por mim, e em especial à tia Dulce, por acreditar na minha capacidade sempre.

À família Souza, principalmente à tia Isa, tio Calixto e avó Philomena, por se fazerem sempre presentes.

Aos queridos Luiz Sérgio Sordi e Maria Cecília Sordi, por serem sempre tão amáveis ao longo deste caminho.

Às heroínas da resistência Pauly Nakayama, Gi Possani, Georgia Tedesco; e ao afilhadinho Bernardo Possani Bocchini, por serem tão representativos de força, amizade e amor para me fazerem mais forte para resistir e caminhar até aqui.

***“Os filósofos já analisaram demais o mundo,
trata-se agora de transformá-lo.”
(Karl Heirinch Marx)***

RESUMO

NAKAYAMA, B.T.S. **O Direito à Saúde Mental das Pessoas sob Medida de Segurança na Perspectiva dos Aplicadores da Lei.** 2016. 121 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

O direito humano à saúde mental deve ser compreendido como uma transdisciplina integradora de saberes relativos à condição humana, merecendo tratamento especial e visibilidade. O antigo modelo assistencial psiquiátrico – excludente e violatório - difundido pelo mundo, entrou em processo de desconstrução, e segue sendo alvo de ferrenhas críticas em função de sua improdutividade e anacronismo. Há consciência crescente sobre a importância da luta pela preservação dos direitos à singularidade, à subjetividade e à diferença no tratamento das pessoas com transtornos mentais. No que diz respeito às pessoas com transtorno mental que cometeram delitos, o estigma e a complexidade são multiplicados. O Código Penal prevê a substituição da pena pela medida de segurança, que se dará (preferencialmente) sem retirar o cidadão da comunidade, com tratamento em ambulatórios ou nos CAPS. A Lei 10.216/2001 representa instrumento de defesa dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental, redirecionando a atenção em saúde mental, assimilando os princípios e objetivos da Reforma Psiquiátrica de forma a promover a integralidade e a humanização dos serviços prestados. Contudo, a realidade não consolida o cumprimento geral previsto neste instrumento, fazendo com que estas pessoas sejam frequentemente vítimas de violações de seus direitos humanos. Com base nisto, este estudo buscou identificar como os aplicadores da lei compreendem o direito à saúde mental das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com operadores do direito que participam do processo de execução e cumprimento de medidas de segurança e analisados por meio de análise de conteúdo. Foram entrevistados 12 operadores do direito distribuídos entre advogados, juízes, promotores de justiça, defensores públicos e delegados. Após a exploração do material e sua respectiva codificação foram obtidas cinco categorias: Informante-chave e a percepção prática da aplicabilidade da Lei 10.216; a Lei 10.216, sua representatividade e os

direitos das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos; o acompanhamento e a comunicação do poder judiciário durante o cumprimento da medida de segurança; Dificuldades no acesso ao direito à saúde mental pelas pessoas com transtorno mental que cometeram delitos; e Efetividade do CAPS e dos Hospitais de Custódia na assistência às pessoas com transtorno mental que cometeram delitos, que foram discutidas com o subsídio da literatura científica sobre o objeto de pesquisa, culminado nas considerações finais, que apontaram que a horizontalidade e participação da sociedade e das instituições que a compõem enquanto poder público e Estado se fazem extremamente necessárias, e que há necessidade de uma reestruturação urgente, que permita que as pessoas com transtornos mentais possam protagonizar a garantia de seus direitos e tratamentos, ou corre-se um risco ainda maior de que os casos dos “loucos e criminosos” fiquem reduzidos a um número de processo na justiça e a uma patologia nos serviços de saúde e de reclusão, fazendo parte de um modo produtivo de atender demandas, e não de uma forma eficaz de gerar recuperação, ressocialização e exercício da cidadania.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Saúde Mental. Medida de Segurança. Lei 10.216/2001.

ABSTRACT

NAKAYAMA, B.T.S. **The Right to Mental Health of Persons under Security Measure in perspective of Applicators of Law.** 2016. 121 f. Thesis (Master's Degree) - University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing. Ribeirão Preto, 2016.

The human right to mental health should be understood as an integrative transdiscipline of knowledge concerning the human condition, deserving special treatment and visibility. The former psychiatric care model - exclusionary and violating - spread throughout the world, came into deconstruction and remains the subject of criticism due to its lack of productivity and anachronism. There is a growing awareness about the importance of the fight for the preservation of the rights to singularity, subjectivity and the difference in the treatment of people with mental disorders. With regard to people with mental disorders who have committed crimes, stigma and complexity are multiplied. The Penal Code provides for the replacement of the penalty by security measure, which will (preferably) be implemented without removing the community citizen, through treatment at clinics or in CAPS. Law 10.216/2001 created a defense instrument of the human rights of people with mental disorders, redirecting attention to mental health, assimilating the principles and objectives of the Psychiatric Reform to promote the comprehensiveness and humanization of services. However, reality does not consolidate the general compliance provided herein, making these people often victims of violations of their human rights. On this basis, this study aimed to identify how law enforcers include the right to mental health of people with mental disorders who have committed crimes. Data were collected through semi-structured interviews with legal professionals involved in the process of implementation and enforcement of safety measures and analyzed using content analysis. 12 operators were interviewed, among lawyers, judges, prosecutors, public defenders and delegates. After exploration of the material and its respective coding five categories were obtained: Key informant and the applicability of Law 10.216; Law 10.216, its representativeness and the rights of people with mental disorders who have committed offenses; monitoring and communication of the judiciary during the enforcement of security measure; Difficulties in the access to the right to mental health for people with mental disorders who have committed offenses; and

Effectiveness of CAPS and Custody Hospitals in assistance to people with mental disorders who have committed crimes, which were discussed in the light of scientific literature on the subject of research, culminating in the final considerations which pointed out that the horizontality and participation of society and institutions that make up as government and state are made extremely necessary, and that there is a need for urgent restructuring, which allow people with mental disorders to assure their rights and treatments, or there is a risk for this people to remain as a number of a proceedings in court and a pathology in health services and in prison as part of a productive way to meet demands, and not an effective way to generate recovery, rehabilitation and the exercise of citizenship.

Keywords: Human Rights. Mental Health. Security Measure. Law 10.216 / 2001.

RESUMEN

NAKAYAMA, B.T.S. **El derecho a la salud mental de las personas sometidas Medida de Seguridad en perspectiva de Aplicadores de la Ley.** 2016. 121 f. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

El derecho humano a la salud mental debe ser entendido como una transdisciplina integradora de los conocimientos relativos a la condición humana, que merece un tratamiento especial y visibilidad. El modelo anterior de atención psiquiátrica - excluyente y violatorio - extendido por todo el mundo, entró en proceso de deconstrucción, y sigue siendo objeto de fuertes críticas debido a su falta de productividad y anacronismo. Existe una creciente conciencia de la importancia de la lucha por la preservación de los derechos a la singularidad, subjetividad y diferencia en el tratamiento de personas con trastornos mentales. Con respecto a la particularidad de las personas con trastornos mentales que han cometido delitos, el estigma y la complejidad se multiplican. El Código Penal prevé la sustitución de la pena por medida de seguridad, el cual será (preferentemente) sin quitar el ciudadano de la comunidad, con el tratamiento en las clínicas o en hospitales de custodia. La Ley 10.216 / 2001, representa un instrumento de defensa de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, la reorientación de la atención a la salud mental, la asimilación de los principios y objetivos de la Reforma Psiquiátrica para promover la amplitud y la humanización de los servicios. Sin embargo, la realidad no consolida y estas personas son víctimas de violaciones de sus derechos humanos. Sobre esta base, este estudio trata de identificar cómo los operadores del derecho comprenden el derecho a la salud mental de las personas con trastornos mentales que tienen crímenes cometidos. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas con los profesionales del Derecho que participan en el proceso de aplicación y el cumplimiento de medidas de seguridad y se analizaron mediante análisis de contenido. Se entrevistó a 12 operadores del derecho distribuidos entre abogados, jueces, fiscales, defensores públicos y los delegados. Después de la exploración del material y su respectiva codificación fueron obtenidas cinco categorías: informante clave y la realización práctica de la Ley 10.216; Ley 10.216, su representatividad y los derechos de las personas con trastornos mentales que tienen los delitos cometidos; el seguimiento

y la comunicación del poder judicial durante la aplicación de la medida de seguridad; Las dificultades en el acceso al derecho a la salud mental de las personas con trastornos mentales que tienen los delitos cometidos; y Efectividad de CAPS y Hospitales de Custodia en la asistencia a las personas con trastornos mentales que han cometido delitos, que fueron discutidas con la ayuda de la literatura científica sobre el tema de la investigación, que culminan en las consideraciones finales, que señalan que la horizontalidad y la participación de la sociedad se hacen sumamente necesarias en instituciones que conforman como el gobierno y el estado, y que existe la necesidad de una reestructuración urgente, que permita a las personas con trastornos mentales garantizar sus derechos y tratamientos, o se corre un riesgo aún la mayor parte de los casos de "locos y criminales" siguen siendo reducidos a una serie de procesos en tribunales y una patología en los servicios de salud y en la cárcel, como parte de una forma productiva para satisfacer la demanda, y no una forma eficaz de generar recuperación, rehabilitación y ejercicio de la ciudadanía.

Palabras-clave: Derechos Humanos. Salud mental. Medida de seguridad. Ley 10.216 / 2001.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Relação de tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Brasil e respectivos decretos.....	25
Quadro 2	Categorias e Subcategorias temáticas resultantes da sistematização dos achados da pesquisa.....	61
Quadro 3	Características individuais dos operadores do direito participantes do estudo	63
Quadro 4	Frequência de características segundo sexo, estado civil, categoria operacional da profissão do direito e tempo de trabalho na categoria .	64
Quadro 5	Características sócio-demográficas do informante-chave	64

LISTA DE FIGURA

Figura 1	Atores do direito que interagem no processo na medida de segurança.....	42
-----------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFRF/88	Constituição Federal da República Federativa de 1988
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CP	Código Penal
DeIPol	Delegacia de Polícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
LEP	Lei de Execução Penal
MP	Ministério Público
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SDR/PR	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência República
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema único de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação	19
1. Introdução	21
1.1. Lei 10.216 no contexto da Proteção Nacional e Internacional dos Direitos Humanos e dos Direito à Saúde e a Saúde	24
1.2. O Direito Humano à Saúde	28
1.2.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Direito à Saúde Mental no Brasil	29
1.3. Reforma Psiquiátrica e a Legislação em Saúde Mental no Brasil	30
1.4. A Pessoa com Transtorno Mental autora de delitos e as Leis Penais Brasileiras.....	34
1.5. Inimputabilidade e Medida de segurança	35
1.6. O Fluxo e os Atores do Processo Penal à Medida de Segurança	37
1.6.1. A Polícia Judiciária e o Delegado de Polícia	37
1.6.2. O Ministério Público	39
1.6.3. O Juiz	39
1.6.4. O Perito Médico.....	40
1.6.5. O Defensor Público	41
1.7. Foucault, poder e punição.....	47
2. Justificativa.....	50
3. Objetivos	52
3.1. Objetivos Gerais	53
3.2. Objetivos Específicos	53
4. Método.....	54
4.1. Desenho do estudo	55
4.2. Participantes do Estudo	55
4.3. Local de Estudo	56
4.3.1 A Dificuldade de Acesso às Pessoas do Poder Judiciário para a realização do estudo	57
4.4. Aspectos éticos.....	57
4.5. Instrumento de Coleta de Dados.....	58
4.6. Validação do instrumento de coleta de dados por especialistas	58
4.6.1. O Informante-chave	59
4.7. Coleta de Dados	59
4.8. Análise dos dados	60
5. Resultados e discussão.....	62
5.1. Informante-chave e a percepção prática da aplicabilidade da Lei 10.216	65
5.2. A Lei 10.216, sua representatividade e os direitos das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos	66
5.3. O Acompanhamento e a Comunicação do Poder Judiciário Durante o Cumprimento da Medida de Segurança	71
5.3.1. Avaliação do serviço de saúde mental antes da determinação da medida de segurança em caráter de institucionalização (Hospital Psiquiátrico de Custódia).....	75
5.3.2. A relação entre sistema de justiça e os serviços de saúde mental que atendem/recebem cidadãos sob medida de segurança	79

5.4. Dificuldades no acesso ao direito à saúde mental pelas pessoas com transtorno mental que cometeram delitos	81
5.4.1. Dificuldades no Fluxo Processual da Medida de Segurança e dificuldades.....	86
5.4.2. A Dinâmica do Poder na Ineficiência do Estado	87
5.5. Efetividade do CAPS e dos Hospitais de Custódia na assistência às pessoas com transtorno mental que cometeram delitos	91
6. Considerações Finais	100
7. Referências	105
8. Apêndices.....	113
9. Anexo	119

Apresentação

“Podes dizer-me, por favor, que caminho devo seguir para sair daqui? Isso depende muito de para onde queres ir - respondeu o gato. Preocupa-me pouco aonde ir - disse Alice. Nesse caso, pouco importa o caminho que sigas - replicou o gato.”

(Lewis Carroll)

Escolhi cursar Enfermagem na USP de uma forma aparentemente pouco pensada em 2009, e um ano mais tarde estava cursando Direito na Universidade Estadual de Minas Gerais. Contudo, pouco tempo depois desisti do curso de Direito e estava de volta à EERP, onde me formei em 2013.

Superficialmente as mudanças do meu caminho mostram que eu não sabia o que queria, mas não, eu sempre soube exatamente o que queria, só não sabia qual o caminho deveria tomar para que minhas possibilidades abarcassem meu idealismo e minhas inquietudes na prática de uma profissão e da própria vida. Agora percebo que a enfermagem é e sempre foi o meu lugar, mas ela terá que estar ligada ao direito indubitavelmente para que eu alcance meus objetivos.

No momento em que pude indagar o fato de existir e fazer parte de um mundo injusto e cruel, eu descobri que queria mudá-lo, e antes que me dissessem que era loucura, descobri que o mundo já está muito mudado, mas que eu poderia escolher entre ser parte dos problemas ou das soluções.

Acredito que grande parte da juventude tende a passar pela metamorfose de despertar para um mundo que não representa o ideal de justiça que gostaria, mas no meu caso a indignação e a necessidade de tornar esta sociedade humanamente mais democrática e justa são o que eu sou, e não consigo falar sobre mim mesma sem externar esta minha compreensão do mundo.

A garantia de Direitos Humanos em sua totalidade, para mim, representa uma fonte de esperança inesgotável e a característica mais basilar de concepção da construção de um novo mundo. Por isso, foi minha escolha para iniciação científica, no segundo ano da graduação, quando desenvolvi o projeto “A Corte Interamericana de Direitos Humanos e os casos de violação ao Direito Humano à Saúde”, com a professora Dra. Carla Aparecida Arena Ventura; minha orientadora atual e a

responsável pelo meu segundo projeto de iniciação científica que buscou analisar o perfil das pessoas com transtorno mental internadas sob medida de segurança em um hospital do interior do Estado de São Paulo. Este projeto foi o disparador para minha pesquisa de mestrado.

A realidade que abarca as pessoas com transtorno mental desperta em mim uma necessidade de busca por transformação impetuosa e imediata. No que diz respeito as que cometeram algum tipo de delito e que se encontram reclusas, o imediato se torna quase inflamável diante da situação dupla de exclusão: transtorno e encarceramento.

Como militante em direitos humanos, tenho buscado dar voz às realidades invisibilizadas pela vulnerabilidade e representação mínima à qual as pessoas das camadas sociais dominadas estão submetidas. No entanto, este projeto deu voz aos operadores do direito, incluindo magistrados e policiais, que provém de instituições às quais tenho fomentado severas críticas ao longo do aprofundamento dos meus estudos sociais, mas nunca havia observado ou contatado para concretizar uma discussão realmente equilibrada. Desta forma, eu inovo, fazendo algo novo em pesquisa por uma enfermeira, e me proponho a trazer à tona a compreensão dos responsáveis pelo andamento dos processos penais das pessoas com transtorno mental, o que me possibilitou rever e estabelecer novos paradigmas.

Eduardo Galeano assertiva que “os ninguéns” são donos de nada, e não são ninguém embora sejam, não têm nomes, mas números, além de não aparecerem na história universal, mas nas páginas policiais da imprensa; e afirma também que para mudarmos uma realidade é preciso antes conhecê-la.

No meu caso, conhecer todos os lados que constroem uma realidade foi fundamental. A minha vida é movida a fazer algo pelos “ninguéns”, e para isto, eu escolhi começar por aqui, porque é preciso compreender a percepção do acesso aos direitos que os “alguéns” possuem, porque muitas vezes, são estes que decidem o destino das vidas dos “ninguéns” com transtorno mental.

1. INTRODUÇÃO

O Direito à Saúde Mental das Pessoas Sob Medida de Segurança na Perspectiva Dos Aplicadores da Lei

1. Introdução

A Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) conceitua os transtornos mentais como doenças, com manifestação psicológica, minimamente associada ao comprometimento funcional que resulta de disfunção biológica, física, psicológica, genética, física, química ou social; e podem ser ainda designados como alterações do modo de pensar e do humor associadas a uma expressiva angústia, engendrando prejuízos no desempenho global da pessoa em âmbitos pessoal, ocupacional, familiar e social (OMS, 1993).

Contudo, foi necessário um longo percurso evolutivo até a compreensão social da loucura como adoecimento mental. É possível afirmar que cada época tratou de excluir um grupo diferente, mas que as pessoas com transtornos mentais foram vítimas de exclusão recorrente.

Ao longo da história da humanidade, as pessoas com transtornos mentais sofreram as piores indignidades se comparadas a qualquer outro grupo. Temidos e incompreendidos, foram socialmente excluídos por serem considerados um perigo para si próprios e para as outras pessoas. Muitos foram e ainda são privados de sua liberdade, isolados em instituições psiquiátricas em condições deploráveis que prejudicam a sua saúde e suas vidas. Muitos países não possuem um sistema de saúde que forneça tratamento básico e proteção para as pessoas com transtornos mentais, circunstâncias estas que violam os princípios dos direitos humanos encontrados em normas internacionais e instrumentos jurídicos regionais fundamentados na igualdade, não discriminação, direito à privacidade e autonomia individual, liberdade de tratamento desumano e degradante, o princípio do ambiente menos restritivo e os direitos à informação e à participação de seu tratamento (GABLE et al. 2005; OMS, 2005, p.4).

O direito fundamental à atenção à saúde mental é destacado em diversos instrumentos internacionais, dentre eles a Declaração de Direitos Humanos da ONU (1948); Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação racial (1965); Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos

(1966); Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais; Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1978); Convenção das Nações Unidas para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou punição desumanos e degradantes (1987); Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1988); Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989); Declaração de Caracas (1990); Princípio das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (1991); Declaração de Salamanca e Referencial para Ação em Educação de Necessidades Especiais (1994); Recomendação 1235 do Conselho da Europa sobre Psiquiatria e Direitos Humanos (1994); Declaração de Madri da Associação Psiquiátrica Mundial (1996); Recomendação da Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos para a Promoção e Proteção dos Direitos dos Mentalmente Enfermos (2001) (OMS, 2005).

A proteção contra a discriminação é enfatizada na maioria desses instrumentos, que assinalam as pessoas como titulares dos direitos humanos. Desta forma, os direitos humanos devem ser assegurados a todos sem qualquer distinção ou forma de discriminação. Outros direitos imprescindíveis e especificamente protegidos por esses documentos abarcam o direito a serviços de reabilitação, o direito à integração na comunidade, o direito à acomodação razoável, o direito à liberdade e segurança da pessoa e a necessidade de ação afirmativa para proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais (OMS, 2005).

Em consonância com o movimento internacional de proteção das pessoas com transtornos mentais, no Brasil, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 1.407/1994 adotando os “Princípios para Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 17.12.91. Posteriormente, em 09.08.2000, normatizou o atendimento médico a pacientes com transtorno mental (BRASIL, 2002) e, em 2001, foi promulgada a Lei 10.216 que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Em 2010, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM nº 1.952 de 2010 que adotou as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, da Associação Brasileira de Psiquiatria (2008), revogando a Resolução 1.407/1994 e

modificando a resolução de 2000 (D'ANDREA; BRITO; VENTURA, 2013).

Em 2001, a Lei 10.216 reafirmou a necessidade de respeito à pessoa com transtorno mental, elencando os seus direitos e garantindo acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, adequado às suas necessidades; com humanidade, respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, além de garantir direito à proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; garantia de sigilo nas informações prestadas; e direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; possuírem livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receberem o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; serem tratados em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; serem tratados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2002).

Entretanto, apesar dos avanços e transformações ocorridas, bem como da preocupação que se tem quanto ao cumprimento e respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, ainda não é possível afirmar que tais direitos sejam respeitados em sua totalidade, principalmente quando se trata de pessoas com transtornos mentais, que em decorrência de seu transtorno cometeram algum tipo de crime. Tais pessoas ficam sujeitas ao sistema penal brasileiro e na maioria das vezes não são tratadas dentro das diretrizes da Lei 10.216 de 2001. Enfrentam ainda um estigma duplo, pelo transtorno mental e pela criminalidade, o que as deixa à margem da sociedade e pode acarretar o recebimento de tratamento inadequado nos hospitais psiquiátricos.

Considerando este cenário, esta pesquisa centra-se na seguinte questão norteadora: como os operadores do direito envolvidos no processo penal da pessoa com transtorno mental autora de delito compreendem o direito à saúde mental dessas pessoas?

1.1. Lei 10.216 no contexto da Proteção Nacional e Internacional dos Direitos Humanos e dos Direito à Saúde e a Saúde Mental

A Lei 10.216 é o resultado no Brasil da incorporação de princípios de consolidação de direitos estabelecidos internacionalmente no pós-guerra e caracterizados pela multiplicidade e diversidade de mecanismos de proteção aos

direitos humanos (TRINDADE, 1991).

Dentre estes instrumentos, a Declaração Universal dos Direitos Humanos é considerada um marco. Aprovada em 1948 pela Assembleia Geral da ONU, preconiza que todas as pessoas têm direito à vida, à liberdade, à segurança pessoal, à personalidade jurídica, que ninguém será submetido à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes e, especialmente, que as pessoas têm direito à proteção do Estado (ONU, 1948).

Nesse cenário, o Brasil foi ratificando ou aderindo a tratados internacionais de direitos humanos, incorporando estes princípios em sua legislação interna, especialmente por meio de sua Constituição em 1988. Em âmbito global, o país é signatário das seguintes tratados internacionais:

Quadro 1 – Relação de tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Brasil e respectivos decretos.

Tratado	Ratificação pelo Brasil	Decreto
Convenção para Prevenção e a Repressão do crime de genocídio (1948)	6 de maio de 1952	Decreto 30.822
Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados (1951)	28 de janeiro de 1961	Decreto 50.215
Convenção Internacional sobre Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial (1965)	27 de março de 1968	Decreto 65.810
Protocolo sobre o Estatuto dos Refugiados (1966) e Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966)	6 de julho de 1992	Decreto 592
Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966)	6 de julho de 1992	Decreto 591
Convenção Internacional sobre Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (1979)	1 de fevereiro de 1984	Decreto 89.460

Tratado	Ratificação pelo Brasil	Decreto
Convenção sobre os Direitos das Crianças (1989)	21 de novembro de 1990	Decreto 99.710
Convenção contra a tortura e outros Tratamentos ou Penas cruéis, desumanas ou degradantes (1984)	15 de fevereiro de 1991	Decreto 40
Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança referente à venda de criança, à prostituição infantil e à pornografia infantil (2000)	8 de março de 2004	Decreto 5.007
Protocolo Facultativo relativo ao Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966)	16 de junho de 2009	Decreto 311
Estatuto da Corte Interamericana de Direitos Humanos (1979)	31 de outubro de 1979	Resolução AG/RES. 447 (IX-O/79)- signatário.
Convenção Interamericana para prevenir e punir a Tortura (1985)	20 de julho de 1989	Decreto 98.386
Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1969) – Pacto de San José da Costa Rica ratificada pelo Brasil	06 de novembro de 1992	Decreto 678
Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a Mulher (1994) – Convenção de Belém do Pará	1 de agosto de 1996	Decreto 1.973,
Convenção Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores (1994)	20 de agosto de 1998	Decreto 2.740

Tratado	Ratificação pelo Brasil	Decreto
Protocolo à Convenção Americana sobre Direitos Humanos referentes à abolição da pena de morte (1990)	27 de agosto de 1998	Decreto 2.754
Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais (1988) – Protocolo de San Salvador	30 de dezembro de 1999	Decreto 3.321
Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência (1999)	8 de outubro de 2001	Decreto 3.956

Os tratados ratificados reforçam a necessidade de desenvolver a cooperação entre as Nações a fim de garantir a paz, a segurança e a liberdade fundadas sobre a justiça e a honra, por meio da observância de seus princípios (ONU, 1945).

Dessa forma, ao reafirmar a fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor do ser humano, o Brasil estabelece condições sob as quais a justiça e o respeito às obrigações decorrentes de tratados e de outras fontes do direito internacional seriam mantidos, promovendo o progresso social e a melhoria nas condições de vida de seus habitantes. Nesse contexto, o processo de democratização iniciado em meados da década de 1980 no país teve como consequência a incorporação de importantes instrumentos de Direito Internacional dos Direitos Humanos, rompendo com a sistemática das antigas Constituições. A Constituição da República de 1988 consagrou de forma inédita o primado do respeito aos Direitos Humanos, como paradigma proposto pela ordem internacional e incorporado à sua ordem jurídica interna (PIOVESAN, 2007). Ainda, a Constituição de 1988 atribui aos acordos internacionais de direitos humanos uma natureza excepcionalmente diferenciada de norma constitucional.

Em 1992, com a ratificação dos três tratados gerais de proteção aos direitos

humanos - a Convenção Americana e os dois Pactos de Direitos Humanos das Nações Unidas - o Brasil se insere em definitivo ao sistema de proteção internacional de Direitos Humanos, o que passa a exigir providências adicionais com o objetivo de alinhamento do país com os princípios internacionais de proteção dos direitos humanos (BRASIL, 1988; PIOVESAN, 2007), dentre eles o direito à saúde e à saúde mental.

1.2. O Direito Humano à Saúde

Após a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, a saúde passa a ser reconhecida como um direito fundamental, sendo objeto de inúmeras convenções internacionais até se chegar a criação de um direito sanitário internacional (SCHWARTZ, 2004). Declara-se, alinhadamente com a Carta da ONU, que os Estados signatários reconhecem que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidades e que constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social. (ONU, 1946).

Nessa perspectiva, é importante destacar que o direito à saúde é um direito fundamental e condição para o exercício de outros direitos de cidadania. Os direitos fundamentais podem ser observados sob a perspectiva objetiva, uma vez que cabe ao Estado sua garantia, e sob a perspectiva subjetiva, que institui que as pessoas têm o direito de exigir uma prestação positiva ou negativa do Estado (ORDACGY, 2008).

Consagra o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O Direito à saúde é mencionado na Constituição em outros 22 artigos (5º, 6º, 7º, 21, 22, 23, 24, 30, 127, 129, 133, 134, 170, 182, 184, 197, 216, 218, 220, 225, 227 e 230), o que fortalece ainda mais a relevância deste direito e a necessidade do estabelecimento de uma legislação infraconstitucional visando protegê-lo (AITH,

2007; BRASIL,1988).

1.2.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Direito à Saúde Mental no Brasil

Desde seu início, a Reforma Psiquiátrica brasileira esteve diretamente articulada à criação do SUS, estabelecido na Constituição Federal de 1988 como reivindicação central do movimento de Reforma Sanitária, instaurando o marco legal que sustentou o modelo assistencial de sistema de saúde no Brasil. Dessa forma, o SUS se estrutura com base em princípios igualitários e universalistas sob a concepção da saúde como um direito comum e um dever do Estado, caracterizando-se como uma instituição-organismo de direito público, organizada como sistema. Compreende um conjunto de normas jurídicas que determina os seus integrantes, estabelece seus campos e mecanismos de ação e atuação, além de prever formas de sanção cabíveis a quaisquer eventuais descumprimentos normativos (CORDEIRO, 1991; CAMPOS, 1992; AITH, 2006; ROCHA, 1999).

Assim, a Constituição Federal garantiu, a partir de 1988, o direito à saúde da população, prevendo expressamente que serviços e ações públicas de saúde integrariam uma rede hierarquizada e regionalizada constituindo um sistema único, que se organizou, de acordo com diretrizes básicas, que abarcam a descentralização (com direção única em cada esfera de governo); atendimento integral (priorizando atividades preventivas sem prejudicar serviços assistenciais); financiamento permanente e com vinculação de recursos orçamentários; e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Na mesma direção, foi aprovada em 1990 a Lei 8.080, que com caráter mais específico elencou os objetivos do SUS e “dispôs *sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências*”, reforçando o dever do Estado de proteger o direito à saúde, agindo sobre a regulamentação, fiscalização e controle. Ainda, enquanto poder público, não eximiu o dever e a responsabilidade das pessoas, da família, de empresas e da sociedade em proteger e contribuir para a saúde da população (BRASIL,1990; AITH,2006).

No âmbito do direito à saúde, o direito à saúde mental apresenta especificidades e desafios a serem vencidos, especialmente em função da

vulnerabilidade e exclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Na perspectiva mundial, o direito fundamental de atenção à saúde mental foi destacado em diversos acordos e normas internacionais, dentre eles a Declaração Universal de Direitos Humanos da ONU de 1948 e a Recomendação da Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos para a Promoção e Proteção dos Direitos dos Mentalmente Enfermos em 2001 (OMS, 2005). A maioria dos documentos (mandatórios ou recomendativos), ao longo deste período, enfatiza a proteção destas pessoas contra a discriminação, assegurando seus direitos humanos e especificamente outros direitos indispensáveis como: serviços de reabilitação, integração na comunidade, acomodação razoável, liberdade e segurança da pessoa, e a necessidade de ação afirmativa para proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais (OMS, 2005).

Nesse processo de afirmação dos direitos humanos no Brasil, especialmente do direito à saúde e à saúde mental, destaca-se a Lei 10.216 de 2001, como resultado do movimento de Reforma Psiquiátrica que se inicia no país no final da década de 1970.

1.3. Reforma Psiquiátrica e a Legislação em Saúde Mental no Brasil

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um movimento social que surgiu com o objetivo de transcender o modelo hospitalocêntrico que se embasava em concepções e práticas centradas na doença. Com a Lei 10.216, reorientando o modelo assistencial, houve uma reestruturação de estratégias de cuidado buscando-se a preservação de cidadania e produção de autonomia e inclusão social para as pessoas com transtornos mentais, por meio da criação de uma rede substitutiva de serviços de base territorial comunitária (BRASIL, 2004).

A Reforma Psiquiátrica é definida como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das

relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil, 2005, p.6).

Teve seu início protagonizado pela organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no final da década de 1970, que com a retomada democrática no fim da ditadura colocaram em foco a precariedade e degradação que as pessoas com transtorno mental sofriam dentro das instituições psiquiátricas, em um processo de violência institucionalizada cometida também contra presos políticos, trabalhadores e outros cidadãos que divergiam do padrão considerado normal. Foi, portanto, por meio do processo da Reforma Psiquiátrica que se intensificou o pensamento crítico sobre o que se encontrava em vigor enquanto práticas médicas e da psiquiatria como um instrumento de controle social (AMARANTE, 1998).

A Reforma italiana Influenciou o Brasil por meio da “Lei Basaglia” (Lei 180), aprovada em 1978 e que se consolidou com um processo de cuidado embasado em uma psiquiatria democrática que sustentava transformações no modelo assistencial combinando elementos políticos, culturais e sociais, postulando o fim dos hospitais psiquiátricos e buscando um sistema de cuidado em saúde mental reorganizado. As visitas constantes ao Brasil de Franco Basaglia (psiquiatra fundador do Movimento da Psiquiatria Democrática) influenciaram a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2006; BEZERRA JUNIOR, 1992).

Nesse cenário, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, revelou a situação de crise do sistema de saúde do país e a possibilidade de sua superação por meio da democratização social. Nasceu, portanto, a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) e o texto que abarcava a saúde mental e assistência psiquiátrica no contexto deste modelo (NICÁCIO, 2003; AMARANTE, 1998).

Após o início do processo de redemocratização, a década de 1980 foi marcada por movimentos sociais que exigiam maior liberdade e democracia. Com a Assembleia Nacional Constituinte, o movimento sanitarista se fortaleceu e passou a ter representatividade no campo da saúde pelos próprios usuários e profissionais, obtendo apoio de lideranças de movimentos sociais e políticos, o que fortaleceu a luta pelo direito à saúde. Esta sistematização dos conhecimentos e críticas ao modelo vigente de assistência foi o centro do que se designou como Reforma Sanitária. Este movimento se intensificou clamando por políticas públicas que

garantissem a plena cidadania e universalização dos direitos (BRASIL 2005; BRASIL, 2006).

Em 1986, o Brasil sediou a VIII Conferência de Saúde, postulando o que representava o divisor de águas da Reforma Sanitária que passou a ser designada como o conjunto de ideais que se relacionavam às transformações e mudanças que abrangiam a saúde (FIOCRUZ, 2012). Por meio dos desdobramentos da VIII Conferência de Saúde se consolidou, no ano seguinte, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que abriu caminho para o movimento de trajetória da desinstitucionalização (AMARANTE,1998).

O II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado no mesmo ano da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) resultou na instituição de 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial e trouxe à luz a causa “por uma sociedade sem manicômios”, pelos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais. Embora se inclinasse sobre exigências políticas e administrativas, a Reforma Psiquiátrica era contundente no argumento originário dos “direitos” das pessoas com transtorno mental e do exercício de sua cidadania, como sujeitos de direito (DELGADO,1992).

Este momento foi reconhecido como uma ruptura direta no percurso da Reforma Psiquiátrica, que deixou de estar restrita às transformações no campo técnico e assistencial, para atingir uma dimensão global complexa que abrangeria de forma mista e articulada também os campos político, jurídico, sociocultural e teórico-conceitual (AMARANTE, 1998).

Em 1989, no bojo das experiências trazidas pelas conferências e pelo próprio movimento da Reforma Psiquiátrica, o Deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei 3.657/89 que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais juntamente com a extinção de forma progressiva dos manicômios no Brasil. Contudo, a lei somente foi aprovada em 2001. Ressalta-se, ainda, que o texto da legislação proposta não continha especificidades sobre as pessoas com transtorno mental que tivessem cometido algum tipo de delito, ou que se encontrassem em hospitais de tratamento e custódia.

No período de 1989 a 2001, o Ministério da Saúde editou 11 portarias e, dentre elas, salienta-se a 189/1991 e a 224/1992 que deram existência institucional aos Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), e as portarias 106/2000 e 1.220/2000 que preconizam serviços terapêuticos residenciais

(TENÓRIO, 2002).

Em 1994, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução 1.407/1994 adotando os “Princípios para Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 17 de dezembro de 1991.

Em 09 de agosto de 2000, o Conselho Federal de Medicina normatizou o atendimento médico a pacientes com transtorno mental (BRASIL, 2002) e, em 2001, foi promulgada a Lei 10.216 que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, já citada anteriormente. Em 2010, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM nº 1.952 de 2010 que adotou as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, da Associação Brasileira de Psiquiatria (2008), revogando a Resolução 1.407/1994 e modificando a resolução de 2000 (D’ANDREA; BRITO; VENTURA, 2013). A resolução abrange a reclusão e o isolamento do paciente para o tratamento, única e exclusivamente se este oferecer riscos a si e a terceiros como dispõe em parte de seu texto (Princípio 11):

Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir danos imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado (BRASIL, 2002).

Em 2001 finalmente a Lei 10.216 foi promulgada, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental e reafirmando a necessidade de respeito à pessoa com transtorno mental, elencando os seus direitos e garantindo o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, adequado às suas necessidades; o tratamento com humanidade, respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, além de ter direito à proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; possuir livre acesso aos meios de comunicação

disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2002). Dessa forma, a Lei 10.216 dá suporte para a aplicação da medida de segurança nos casos de delitos cometidos pelas pessoas com transtorno mental, remetendo à aplicação da internação ou encaminhamento para tratamento ambulatorial.

Durante os atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares devem ser formalmente cientificados sobre estes direitos. Nesse contexto, a lei ressalta a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental e na assistência e na promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da comunidade e da família (art. 3º). Também orienta que o tratamento visará como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio e deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (§§1º e 2º do artigo 4º). Veda, ainda, internações em instituições com características asilares, desprovidas dos recursos anteriores e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º (§§1º, 2º e 3º do artigo 4º). Nesse sentido, a Lei 10.216 visa tirar a pessoa com transtorno mental da posição de subcidadania à qual foi submetida ao longo da história.

Todavia, a Lei 10.216, ao tratar dos direitos das pessoas com transtornos mentais, não especifica ou pormenoriza os direitos das pessoas sob custódia do sistema prisional ou não, por terem cometido algum delito. Dessa forma, a amplitude da Lei 10.216 abarca o aparato de tratamento e ressocialização destas pessoas que ficam sob a vulnerabilidade da doença. Assim, para entender as especificidades dos direitos das pessoas com transtornos mentais em cumprimento de medida de segurança, é importante revisar as leis penais brasileiras relacionadas a este tema.

1.4. A Pessoa com Transtorno Mental autora de delitos e as Leis Penais Brasileiras

Em 1940 foi promulgado o **Código Penal Brasileiro**, vigente até hoje, e que

inaugurou no Brasil o instituto da medida de segurança. Adotava o sistema do duplo binário, em que se aplicava a pena e a medida de segurança, sendo que a segunda sempre antecedia à primeira. Em 1984, o **Decreto-lei 2.848** modificou a parte geral do Código Penal adotando o sistema vicariante, estipulando que para os semi-imputáveis, aplica-se primeiramente a pena, reduzida de 1 a 2/3, que pode, a critério do juiz, e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, ser substituída por medida de segurança. Para os inimputáveis, não há pena e o indivíduo é absolvido e submetido à medida de segurança (BRASIL, 2012).

1.5. Inimputabilidade e Medida de segurança

São considerados inimputáveis os que, *por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, eram, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinarem-se de acordo com esse entendimento* (Art. 26 do Código Penal). Essas pessoas são isentas de pena e a elas é aplicada a medida de segurança, que pode ser: *I – internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II – sujeição a tratamento ambulatorial* (Art. 96, CP).

Quanto a esta segunda espécie de medida de segurança, o tratamento ambulatorial, o artigo 101 da Lei de Execuções Penais (LEP) dispõe que *será realizado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada*.

A maioria dos estados brasileiros não dispõem de unidades de tratamento psiquiátrico forense. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico têm caráter institucional híbrido uma vez que agregam funções tanto hospitalares como prisionais. Não são credenciados pelo SUS e muitos são dirigidos por agentes penitenciários e não profissionais de saúde especializados. Devido a essas características, sofreram grande número de denúncias e vários foram fechados, predominando nos dias atuais a internação dessas pessoas em hospitais psiquiátricos (D'ANDREA; BRITO; VENTURA, 2013).

A espécie de medida de segurança imposta e o prazo mínimo dependerá de alguns fatores, como o tipo de crime praticado: *Art. 97. Se o agente for*

inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial (CP). §1º A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 a 3 anos.

Essa determinação do tratamento em função do tipo de delito (internação para crimes punidos com reclusão e tratamento ambulatorial para crimes punidos com detenção), baseadas em prazos fixos (mínimo de 1 a 3 anos), é incompatível com os princípios da Lei 10.216/01 que determinam que o tratamento visará como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio, e que a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (JACOBINA, 2004).

Outro aspecto importante da Medida de Segurança é o critério de periculosidade. Dessa forma, a medida de segurança perdura enquanto não for averiguada a cessação da periculosidade, não bastando a estabilização do quadro patológico diagnosticado anteriormente. Essa circunstância de perpetuar a restrição de ir e vir da pessoa com transtorno mental configura uma situação de desrespeito aos princípios dos direitos humanos. A perícia médica de averiguação de cessação da periculosidade deve ser realizada *ao término do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução* (Art. 97, §2º CP). Contudo, estudo encomendado pelo Ministério da Justiça demonstra que 65% dos internos de manicômios judiciais do Estado de Minas Gerais e Bahia não passavam pelos exames de periculosidade. Outros dados importantes da pesquisa demonstram que 35% dos internos por medida de segurança não voltam à liberdade, 25% estão internados há mais de 15 anos e 85% não tinham qualquer antecedente criminal quando cometeram o delito (MARIZ, 2011).

Sendo assim, é possível verificar que há diversos conflitos entre os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica e os princípios do direito penal. A Lei 10.216/2001 não exclui as pessoas com transtornos mentais autoras de delitos, pelo contrário, já em seu artigo 1º dispõe que os direitos e a proteção dos quais trata são assegurados sem qualquer forma de discriminação. Nessa perspectiva, essas normas devem ser de pronto aplicadas aos atuais internos de manicômios judiciais e de hospitais psiquiátricos que ali se encontram por terem cometido

fato descrito como crime na lei penal (JACOBINA; 2004).

Diante das divergências entre as leis penais e os princípios da reforma psiquiátrica, é possível afirmar que é necessária uma maior aproximação das leis penais com a realidade jurídica atual das pessoas com transtornos mentais, visando proporcionar um trabalho mais integrado entre judiciário e profissionais de saúde, e, conseqüentemente, um tratamento de melhor qualidade. É necessário que os profissionais de direito tenham compreensão dos direitos adquiridos recentemente pelas pessoas com transtornos mentais, e busquem a sua aplicabilidade, buscando, ao determinar a medida de segurança, não um “castigo”, mas sim a possibilidade de melhoria de qualidade de vida e de exercício de cidadania, por meio do tratamento adequado ao problema, assim como a reinserção social do indivíduo com transtorno mental que cometeu algum delito.

1.6. O Fluxo e os Atores do Processo Penal à Medida de Segurança

1.6.1. A Polícia Judiciária e o Delegado de Polícia

O Fluxo processual tem seu disparo no momento do cometimento do crime, quando a pessoa é flagrada ou detida por ofender o direito de outra pessoa e então é encaminhada à Delegacia de Polícia (Delpol), momento em que inicia a persecução penal. Dessa forma, a polícia representa o primeiro acesso e os primeiros atores no processo descrito.

As instituições policiais representam o poder de polícia do Estado. Segundo o artigo 144 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), a segurança pública é dever do Estado, e compõe direito e responsabilidade de todos, devendo ser exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, por meio dos órgãos policiais em todas as suas esferas, cada qual regida por suas atribuições. À polícia judiciária, formada pelas polícias civis estaduais e federais, compete a apuração das infrações penais (salvo as militares), o que ocorre por meio do que se denomina “investigação preliminar” ou “investigação criminal”, formalizada através do *inquérito policial*. Dessa forma, cabe exclusivamente à polícia judiciária a apuração de fatos delituosos e a coleta preliminar dos elementos de prova que darão sustentação e viabilidade ou não ao subsequente processo penal, meio

instrumentalizador do direito de punir do Estado (CORREA, 2008).

A polícia judiciária comanda a investigação criminal, agindo em busca da elucidação dos delitos já cometidos e reprime a prática de infrações penais. A investigação preliminar apresenta como objetivo elucidar um evento criminoso, verificando sua real existência e materialidade e buscando a identificação de seu autor. Portanto, a atuação da polícia judiciária caracteriza-se como pré-processual e deve ater-se à coleta de todas as provas necessárias à elucidação do fato, sejam estas úteis ou não à acusação e dará embasamento para o inquérito policial, instrumento de investigação preliminar e para a formação de convicção por parte do Estado-acusador e do Estado-julgador para a confirmação ou não de um processo criminal (CORREA, 2008).

O Delegado de Polícia é o ator principal nesta etapa. Este atua tanto na fase pré-processual quanto na processual e em muitas situações a denúncia do Ministério Público ou até mesmo a sentença do Juiz é fundamentada na execução do trabalho da Polícia Judiciária. O Delegado de Polícia é necessariamente o primeiro jurista a ter acesso ao fato criminoso. Sendo assim, representa o primeiro receptor do caso concreto, e possui a atribuição de analisar juridicamente os fatos ocorridos e promover a investigação criminal, agindo com atenção e cautela diante da iminência de suas atribuições com o direito fundamental de liberdade da pessoa humana, e a este, por vezes, caberá o dever de cercear o direito à liberdade do indivíduo, como no caso da prisão em flagrante (MARTINS, 2012).

O Delegado de Polícia é o responsável por presidir inquéritos policiais, elaborar portarias, despachos interlocutórios, relatórios finais, termos circunstanciados e autos de prisão em flagrante, apreender os objetos do crime e requisitar perícias probatórias; cumprir e fazer com que cumpram mandados de prisão, pela direção e orientação da investigação criminal e demais atividades típicas de uma Delegacia. Este averigua os atos criminosos que tomar conhecimento, tomando as devidas providências jurídicas que o caso exigir e elabora relatórios. É também o ator que representa a decretação judicial de prisões temporárias, procede sindicâncias administrativas e aplica processos administrativos disciplinares, além de expedir e fiscalizar a emissão de documentos públicos de sua competência e gerenciar a delegacia de polícia (MARTINS, 2012).

Dessa forma, o Delegado inicia o processo, abrindo a investigação por meio

do inquérito policial que é encaminhando ao Ministério Público.

1.6.2. O Ministério Público

Segundo o artigo 127 da CRFB/88, o Ministério Público (MP) é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

O MP sempre atua na defesa do interesse público primário, em busca de valores democráticos, em especial do acesso do cidadão à prestação jurisdicional e à Justiça (MAZZILLI, 1989). Tem sido o agente mais importante da defesa de direitos coletivos pela via judicial, uma vez que os conflitos relativos a tais direitos possuem, em geral, conotação política.

Na esfera criminal, o MP é incumbido do dever de promover em juízo a apuração de delitos e a responsabilização de seus autores. A acusação penal é a primeira garantia da defesa, o que designa que o réu tem direito de ser acusado por um órgão independente do Estado e escolhido previamente por critérios legais. A titularidade da ação penal, em mãos do Ministério Público, constitui importante garantia para a defesa, sendo um fator da própria imparcialidade judicial por possibilitar o princípio da inércia da jurisdição (MAZZILLI, 1989).

Ao ser remetido ao MP, o inquérito é submetido à análise. Com base na análise, pode ser arquivado ou convertido em denúncia, o que o torna um Processo Penal que será encaminhado ao Juiz.

1.6.3. O Juiz

O Juiz integra o órgão julgador em primeiro e segundo grau, que precisa ser dotado de jurisdição e competência e, enquanto elemento subjetivo, que manifesta a vontade do organismo, e precisa de qualidades que legitimem o exercício de sua função. As qualidades exigidas pela lei são investidura, capacidade e imparcialidade. O Juiz é dotado de poderes para que se possa alcançar o objetivo do processo que é a aplicação correta da lei penal, cabendo-lhe a condução regular do processo até a sentença final. Este tem seus poderes classificados como deveres e dentre tais estão os poderes instrutórios, como de presidir a prova, determinar diligências, ouvir testemunhas e intervir em exames

periciais. Possui poderes de disciplina processual, como o de velar pela defesa técnica e representação processual das partes, nomeando advogado ao querelante, ao acusado e ao ofendido, e declarando o réu indefeso, anulando o julgamento. Cabe a este também poder decisório, como o de proferir despachos e sentenças e poderes anômalos, de concessão de *habeas corpus* de ofício, de recorrer de ofício e de requisitar inquérito (GRECO FILHO, 2010).

O processo penal apresenta a dicotomia entre os imputáveis, julgados com matéria para sequenciar uma sentença, e os ***inimputáveis*** que são classificados como aqueles que cometem o ***crime incidente*** e necessitam da análise de um perito médico para que seja comprovada a ***insanidade*** que levará à ***medida de segurança***, anteriormente descrita.

1.6.4 O Perito Médico

O Juiz deve delegar os atos que ele próprio não pode exercer, apelando a especialistas, tradicionalmente elevados a categoria de perito. Essa escolha se dá em razão dos conhecimentos técnicos do profissional. Dessa forma, o perito é um “auxiliar da justiça” e tem como missão proceder a exames, apreciações e constatações dos fatos (LANDRY, 1981).

O exame médico legal do acusado pode ser requerido pelo juiz, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, defensor, curador, ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, quando houver necessidade de comprovar a higidez mental do ofensor.

O perito será então nomeado ou convocado quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico e deverá cumprir o dever no prazo que lhe marca a lei, sem direito à recusa de exercer o encargo salvo por motivo legítimo. Como órgão auxiliar da justiça, está sujeito à sanções penais em caso de falsidade e à sanção civil de reparação de dano que causar a parte por informações irreais, podendo estar sujeito a dois anos de afastamento de outras perícias, e devendo ser afastado se impedido ou suspeito (GRECO FILHO, 2010). Após realizada a perícia e formulados os laudos cabe ao magistrado tomar as providências cabíveis. Em caso de constatação de insanidade não é elaborada e proferida sentença, outrossim, uma ***medida de segurança***.

1.6.5. O Defensor Público

A Defensoria Pública se caracteriza como uma instituição pública que presta assistência jurídica gratuita a qualquer pessoa que não possua condições financeiras de contratar um advogado particular. Desta forma, o cidadão passa a ter a assistência de um defensor público (que são profissionais formados em Direito, remunerados pelo Estado para prestar assistência jurídica nas áreas cível, familiar, criminal e de execução criminal) e são munidos de acesso irrestrito a estabelecimentos prisionais; podem requisitar documentos a órgãos públicos, examinar autos sem procuração, solicitar auxílio de demais autoridades para o desempenho de suas funções e atuar de maneira institucional, mediante planejamento administrativo e intercâmbio de informações e teses jurídicas (DEFENSORIA PÚBLICA, 2016).

A **Figura 1** relaciona os distintos atores da área do direito que interagem neste processo. O processo descrito pode ser observado por meio do seguinte fluxograma:

Figura 1: Atores do direito que interagem no processo na medida de segurança.

Verifica-se, neste processo, a necessidade de um elo intersetorial entre os sistemas judiciários e o sistema de saúde para que seja atingido o objetivo da medida de segurança, ensejando atuação compartilhada e comunicação. Dessa forma, esta pesquisa foca os profissionais do direito que atuam no processo-crime que envolve pessoas com transtornos mentais buscando identificar como os operadores do direito envolvidos nesse processo penal da pessoa com transtorno mental autora de delito compreendem o direito à saúde mental dessas pessoas.

Para tanto, este estudo mapeia este fluxo na prática, buscando as ações desempenhadas pelos profissionais do direito neste processo e visando identificar como estes profissionais compreendem os direitos das pessoas com transtorno mental e a aplicação destes direitos.

O conceito de loucura não permite uma interpretação única e não foi ainda desvendado pelo progresso da ciência. A loucura sempre foi em todas as sociedades uma questão de como o indivíduo se relaciona consigo mesmo e com o mundo e, principalmente, como o vê e como é visto por ele (JACOBINA, 2004).

O conceito de vulnerabilidade é considerado dinâmico, polissêmico, transdisciplinar, de múltiplas dimensões qualitativas e pode estar associado não apenas ao quesito da fragilidade ou condição, mas também à desvantagem (PORTO, 2007). As pessoas com transtorno mental possuem comprometimentos de sua autonomia e de reconhecimento social, por trazerem consigo a vulnerabilidade inerente à existência de sua condição.

No direito, ainda prevalece uma noção desumanizadora da loucura proveniente do racionalismo e positivismo tão arraigados na ciência desde sua origem. Dessa forma, as legislações penal, sanitária e processual penal trazem uma concepção da loucura e uma forma de lidar com ela em um contexto histórico e filosófico que evidencia que esta concepção não é única, a última ou a melhor, mas que certamente representa um produto de contextos ideológicos de um constructo social e histórico (JACOBINA, 2004).

É reconhecível que cada período histórico produziu processos de marginalização e segregação de determinados grupos sociais, com relação direta com a estrutura econômica e as formas culturais e políticas de cada sociedade. Para o funcionamento de mecanismos de exclusão que foram legitimados de diversas formas, como manicômios, penitenciárias e

instituições de longa permanência, cada sociedade organiza também modelos judiciais e de repressão que qualificam, rotulam e punem algumas personalidades e condutas. Designado erroneamente por vezes como um resíduo accidental de cada modo de produção e forma histórica, esses dispositivos viabilizam a produção de modelos sociais que, quanto mais injustos em termos de distribuição de poder e riqueza, mais efetivamente funcionam (BRAVO, 2007).

Nesse sentido, a criação dos manicômios judiciais e o consequente surgimento do instituto da medida de segurança emergiram de grandes embates entre a psiquiatria e a antropologia criminal que contrapunham as ideias de crime-doença e crime-atributo respectivamente. A medida de segurança é instituída na tentativa de tratamento, em claro caráter humanitário e, de outro lado, a contenção, através da clausura, reclusão de sujeitos potencial e patologicamente perigosos, como meio de assegurar a segurança da sociedade (RUBIN et al, 2008).

Os sujeitos submetidos à medidas de segurança nos hospitais psiquiátricos judiciais, hospitais de custódia e tratamento e alas especiais dentro dos presídios caracterizam o setor mais castigado do sistema penal, punidos em forma dupla: pela sua condição de loucos e criminosos e por dois discursos e aparelhos de poder que se articulam - o da psiquiatria e o do direito penal. É visível que se produz uma dupla identidade do segurado, como preso e como louco, o que permite e até incrementa a cronificação. Os próprios segurados parecem se adequar a esse discurso, entendendo a sensação do descontrole psíquico como uma manifestação de caráter perigoso (BRAVO, 2007).

Nesse cenário, os manicômios judiciais ficaram à margem do processo da Reforma Psiquiátrica brasileiro, com pessoas duplamente negligenciadas: pelas políticas penitenciárias e pelas políticas de saúde, o que torna estes locais mais permissivos a ilegalidades e violações de direitos (PACHECO, 2011). Estudos sobre o desenvolvimento da assistência psiquiátrica expõem efeitos negativos como o agravamento da situação das pessoas com transtorno mental em situação prisional, enfatizando a existência de sérios desafios a serem enfrentados no cuidado de presos psiquiatricamente afetados no sistema de justiça criminal e no sistema de saúde, pois estas pessoas, duplamente estigmatizadas, pelo transtorno mental e pelo delito, estão dentro de dois grupos de exclusão e vulnerabilidade, tornando-se um desafio reabilitá-las, uma vez que é preciso tratá-las fornecendo

assistência psiquiátrica (medicamentosa e terapêutica) e social (reabilitação) (ARBORELA FLOREZ, 1999; KONRAD LAU, 2010).

No Brasil, apesar da desconstrução da institucionalização como a base do tratamento psiquiátrico, após a Reforma Psiquiátrica houve a inauguração de novos hospitais de Custódia. Em 2012, havia um total de 606 pessoas abandonadas há mais de trinta anos (tempo limite de pena pelo Estado a indivíduos imputáveis) em diferentes hospitais de custódia do país, somando 21% da população sob medida de segurança internada no país (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005; BRASIL, 2012; DINIZ, 2013).

Apesar de a execução das medidas de segurança para inimputáveis em razão de doença ou deficiência mental no Brasil ocorrer há mais de setenta anos, a população que vive em hospitais de custódia e tratamento como consequência do cometimento de delitos é pouco estudada. Há limitados estudos sobre o perfil socioeconômico, infrações, diagnósticos, trajetórias penais e itinerários jurídicos das pessoas em medida de segurança no Brasil, o que prejudica o planejamento e aperfeiçoamento das políticas penitenciárias e de assistência em saúde mental direcionada a esta população (DINIZ, 2013).

A prática expõe a medida de segurança como um processo de caráter punitivo, uma vez que se prolonga por tempo indeterminado, condenando os indivíduos considerados perigosos socialmente à perpétua reclusão em condições que violam substancialmente seus direitos e sua dignidade e, portanto, sua cidadania (REIS, 2010). Contudo, visando reverter este movimento, a Recomendação número 35 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de 12 de julho de 2011 dispõe sobre as diretrizes a serem implementadas em atenção aos pacientes judiciários e preconiza que os tribunais adotem a política antimanicomial em meio aberto na execução da medida de segurança, sempre que possível e que esta política possua como diretrizes a mobilização dos diversos segmentos sociais, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental e o respeito aos direitos fundamentais e sociais destas pessoas com compartilhamento de responsabilidades. Preconiza também diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes na busca da intersetorialidade necessária; criação de um núcleo interdisciplinar para que o juiz seja auxiliado nos casos que envolvam sofrimento mental; acompanhamento psicossocial e interdisciplinar de modo contínuo durante o tempo necessário;

adoção de permissão do não afastamento do paciente de seu meio social e manutenção de laços familiares sempre que possível, além de adoção de medida adequada às circunstâncias do fato praticado, respeitando singularidades sociais e biológicas do paciente judiciário. Esta recomendação propõe a promoção da reinserção social das pessoas internadas nos hospitais de custódia, fortalecendo suas habilidades e abrindo possibilidade para novas respostas visando à efetivação das políticas públicas consoantes ao art.5º da Lei 10.216/2001 (CNJ, 2011).

Ressalta-se, ainda, que a recomendação propõe a manutenção permanente de contato com a rede pública de saúde, com vistas a motivar a elaboração de um projeto de atenção integral às pessoas submetidas à medida de segurança, o que deve abranger realização de perícias por equipe interdisciplinar (CNJ, 2011).

Nesse contexto, em 2013, foi realizada ampla discussão dos poderes Judiciário e Executivo junto à entidades da sociedade civil organizada que chegaram a um consenso sobre a necessidade da criação de um Comitê Nacional de Direitos Humanos e Saúde Mental para os próximos anos. O Comitê tem previsão de ser criado no âmbito da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência República (SDR/PR) com o objetivo de articular os campos de direitos humanos e saúde mental por meio do aperfeiçoamento de mecanismos eficazes, destinados à proteção e à promoção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e dependência química (CNJ, 2013).

A mudança mais recente no campo legislativo é representada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 94, de 14 de Janeiro de 2014 que preconiza um serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental que apresentem dívidas legais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o que designa um serviço que é composto pela equipe de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental que cometeram algum delito, ou seja, em conflito com a lei (EAP). Esta mudança visa apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2014).

Os beneficiários deste serviço são pessoas que, presumidamente ou comprovadamente, apresentem transtorno mental e que tenham cometido delitos, estando em situação jurídica conflituosa, como, por exemplo, o indivíduo em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de

segurança ou ainda com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2014).

Algumas das atribuições da EAP são realizar avaliações psicossociais e apresentar propostas fundamentadas na Lei 10.216 de 2001 e nos Princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP); identificar programas e serviços do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e para a garantia da efetividade do Projeto Terapêutico Singular (PTS); além de acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de justiça e as equipes da PNAISP (BRASIL, 2014).

1.7. Foucault, poder e punição

Em relação à medida de segurança, é possível observar que os operadores do direito envolvidos no processo podem decidir o curso das vidas das pessoas com transtorno mental que cometeram delitos, e isto acontece em função da verticalidade das decisões tomadas ao longo do fluxo processual, uma vez que são estes os aplicadores da lei, e, portanto, os detentores do poder.

Nesse contexto, Foucault (1979, p. 79) argumenta que:

No fundo em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso.

O poder se materializa nas relações que se estabelecem em sociedade. Dessa forma, o poder não representa a essência da decisão dos operadores do direito ou as assinaturas e encaminhamentos dos autos, mas se materializa por meio destas. Se expressa por meio de um conjunto de posições estratégicas utilizadas pela classe que domina, por vezes reconduzida pelos próprios dominados (FOUCAULT, 1979; FOUCAULT, 2005). No campo jurídico, o poder se concretiza por meio das sentenças.

Para Godinho (1995, p. 68):

Na concepção foucaultiana de poder, existem poderes disseminados em toda a estrutura social por intermédio de uma rede de dispositivos da qual ninguém, nada escapa. O poder único não existe, mas, sim, práticas de poder, [...] o poder não é algo que se possui, mas algo que se exerce.

Segundo Silva (2010), Foucault esclarece que o que dá organização à sociedade é o poder que a estrutura, mantendo-a hierarquicamente estruturada, por meio de um conjunto de poderes menores que continuamente são exercidos no seu interior, muitas vezes imperceptivelmente.

Foucault (2005), em *Vigiar e Punir*, analisa o sistema de punição como uma função social complexa desde a Idade Média, que atua por meio de métodos punitivos como técnicas de poder. Assim, analisa a evolução das punições que, até meados do século XIX, tinham como cerne o corpo e o suplício e que migraram para a perda de direitos, especialmente a liberdade. Dessa forma, fomenta-se um novo regime de poder, com uma miscelânea de saberes, técnicas e discursos científicos, que se consolidam e se entrelaçam com a prática da punição. Nessa perspectiva, o regime de poder disciplinar produz saberes que estrategicamente irão servir de mecanismo para moldar o comportamento das pessoas e os espaços a serem construídos são determinados por modelos que possibilitam vigiar os indivíduos para controlá-los e para discipliná-los (SILVA, 2008; SOUZA; MENESES, 2010) a serviço de atender o sistema ou não atrapalhá-lo constituindo os manicômios e prisões.

A forma de punir mudou porque as **formas de poder** foram se transformando. Essa transformação atinge seu ápice na estruturação que resulta em quatro tipos de poder disseminados nas distintas instituições: o poder político em que uns estabelecem ordens sobre outros; o poder econômico, que se concretiza monetariamente em forma de salário como pagamento da força de trabalho; e o poder judiciário, em que alguns podem julgar e punir infrações e também definir a inimputabilidade e a irresponsabilidade. Há, também, o poder epistemológico, que está diretamente ligado ao saberes, ou seja, um conhecimento sobre as pessoas já submetidas à observação e controladas por todos os distintos poderes (GODINHO, 1995).

Foucault estabelece conceitos que se caracterizam como mecanismos para as engrenagens do exercício do poder e da punição e que atendem diretamente ao sistema do capital. Este estudo abarca os conceitos de controle, disciplina, vigilância hierárquica e as sanções normalizadoras.

Ao descrever a importância do controle, Foucault coloca o corpo como um instrumento que dentro do processo disciplinar é controlado, não para ser cuidado, mas para ser trabalhado ininterruptamente para que haja uma relação de docilidade-utilidade (FOUCAULT, 2005).

A disciplina é muito destacada no interior da instituição educacional de forma a não ficar restrita ao corpo, mas à submissão dos conhecimentos e da disciplina institucional (que abrange formas eficazes e reguladoras para análise dos indivíduos) com critérios de separação e delimitação de espaço. As instituições possuem operações históricas de organização, classificação e depuração, o que se aplica às penitenciárias e instituições de tratamento psiquiátrico (sejam de custódia ou não), por meio do controle de espaço (grades, alas ou celas) e do tempo (banho de sol, horários regulares de alimentação e sono).

Foucault expõe a “correta disciplina” como a arte para o bom adestramento, que se caracteriza como aquele que multiplica forças num emaranhado de microações que torna os indivíduos células confusas e que humildemente são adestradas pelas instituições como o Estado e o Poder Judiciário, por meio da vigilância hierárquica e de sanções normalizadoras (FOUCAULT, 2005).

A vigilância hierárquica é utilizada a todo momento (FOUCAULT, 2005) principalmente em espaços de enclausuramento como dispositivo essencial para a exclusão e adestramento. As sanções normalizadoras se materializam através das punições e castigos, que propositam ajustar desvios, mas que muitas vezes perpetuam a punição, como no caso da medida de segurança, que avalia os atos dos indivíduos com foco na lei e não com base em seu transtorno, retroalimentando a sistemática do exame que caracteriza a combinatória da vigilância e as sanções em ritual. No caso das pessoas com transtorno mental, há o chamado exame de periculosidade. Foucault (2005) argumenta que o exame torna mais visível as pessoas mais baixas na hierarquia.

Mesmo que a prisão ou instituição de reclusão se constitua fora do aparelho judiciário e preexista à utilização sistemática das leis penais, representa um aparelho “onidisciplinar”, por ser responsável por cuidar de todos os aspectos do indivíduo, não o privando puramente de liberdade, mas o isolando e tendendo ao modelo técnico-médico e de normalização (FOUCAULT, 2005). Dessa forma, aqueles que não se alinham ao padrão da normalidade, da sanidade e não atendem ao interesse direto de produzir e consumir alimentando o sistema são disciplinados.

2. JUSTIFICATIVA

2. Justificativa

A reestruturação da saúde mental trazida com o advento da reforma psiquiátrica necessita de acompanhamento e cuidado constantes, visando concretizar aos portadores de transtornos mentais que cometeram delitos uma assistência de qualidade, com a possibilidade para que exercitem estes seus direitos. Esta pesquisa confronta e estreita laços entre a saúde mental e o direito, visando fortalecer esta articulação a partir da identificação da compreensão da medida de segurança e dos direitos das pessoas com transtorno mental que cometeram delitos pelos operadores do direito.

3. OBJETIVOS

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Identificar como os profissionais de direito envolvidos no processo penal da pessoa com transtorno mental autora de delito compreendem o direito à saúde mental dessas pessoas.

3.2. Objetivos Específicos

1. Mapear as ações processuais e os profissionais do direito responsáveis pela expedição e cumprimento de medida de segurança desde o cometimento do delito até sua institucionalização.
2. Descrever a opinião dos operadores do direito sobre o fluxo processual de expedição e cumprimento de medida de segurança.
3. Identificar a opinião dos operadores do direito sobre o acesso ao direito à saúde e saúde mental de pessoas com transtorno mental autoras de delitos.

4. MÉTODO

4. Método

4.1. Desenho do estudo

Trata-se de pesquisa analítico-descritiva com abordagem de dados qualitativa. A abordagem qualitativa foi delimitada como opção metodológica tendo em vista a natureza do fenômeno e o objetivo do estudo. O método qualitativo constitui uma abordagem sistemática, subjetiva, usada para descrever as experiências de vida e apreender seus significados (CHIZOTTI, 2000; MINAYO, 2000). Envolve uma análise completa e em profundidade de uma pessoa, grupos, instituições ou outra unidade social (POLIT et al., 2004).

Segundo Minayo (1996), a pesquisa qualitativa é aquela que responde a questões particulares, preocupando-se, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, os significados, motivos, crenças, valores e atitudes, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

4.2. Participantes do Estudo

Participaram desta pesquisa 12 profissionais de direito que atuam no processo penal que envolve pessoas com transtornos mentais que cometeram atos descritos como crimes: 3 Delegados de Polícia, 3 Defensores Públicos, 2 Advogados, 2 Promotores de Justiça e 2 Juízes.

Também foi incluído no estudo como informante-chave, um policial civil bacharel em direito, que atua na prática no processo de investigação da medida de segurança. Nesse sentido, em virtude de sua atuação diferir dos demais entrevistados pela categoria profissional à qual se insere, os dados coletados foram analisados separadamente.

Foram incluídos no estudo bacharéis em direito que tinham envolvimento direto no fluxo dos processos de expedição da medida de segurança e institucionalização da pessoa com transtorno mental e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos aqueles não atenderam a estes critérios.

Todos os (cinco) juízes da vara criminal, os (dois) juízes da vara de execução criminal, o promotor responsável pela área de interesse (saúde mental) foram convidados a participar. Os delegados, defensores públicos, advogados e promotores foram indicados pelos entrevistados ao longo do processo da coleta de dados (técnica de bola de neve) e convidados a participar. A técnica de bola de neve é uma forma de amostra não probabilística que operacionalmente é utilizada em pesquisas sociais de forma que os primeiros participantes de um estudo indicam os próximos participantes, que indicarão outros participantes, até que seja alcançado o objetivo proposto pelo pesquisador (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

Nas categorias da magistratura e da promotoria, todos os indicados foram convidados a participar, e na categoria dos delegados, defensores e advogados a cessação da coleta de dados se deu em razão do esgotamento de dados na maioria das questões. Inicialmente a proposta seria a finalização por saturação de todos os dados, mas em razão do tempo e do caráter subjetivo de algumas questões, é possível inferir que sempre haveria o aparecimento de novos dados em determinadas categorias. O encerramento amostral por saturação teórica se define de forma operacional, com a suspensão de inclusão de novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar uma característica redundante ou passam a repetir-se de acordo com o pesquisador, não sendo mais proveitoso continuar coletando mais dados (DENZIN; LINCOLN, 1994).

4.3. Local de Estudo

Os participantes foram entrevistados nos respectivos locais onde desempenham sua função profissional, o que abarca o Tribunal de Justiça, as Delegacias Policiais, o Ministério Público, a Defensoria Pública e escritórios de Advocacia, em Ribeirão Preto. Ainda, diante da dificuldade de acesso a operadores do direito (juízes e promotores) nesta cidade, foram coletados dados nas cidades da região: São Carlos, Morro Agudo e Orlândia, pela proximidade e disponibilidade dos entrevistados.

4.3.1. A Dificuldade de Acesso às Pessoas do Poder Judiciário para a realização do estudo

A dificuldade de acesso aos operadores do direito tornou-se a regra durante a execução desta pesquisa. O processo de busca das autorizações (que incluiu a Diretoria de Polícia, o Tribunal de Justiça e o Ministério Público da cidade de Ribeirão Preto) para a realização das entrevistas me levou a frequentar semanalmente alguns desses órgãos ao longo de aproximadamente nove meses. Superada a primeira etapa, a segunda foi ainda mais complexa, em razão da impossibilidade de acesso a juízes ou promotores diretamente, senão por assessores ou endereços eletrônicos que, em geral, são completamente ignorados.

Com exceção dos operadores do direito da Defensoria Pública do Estado e das Delegacias de Polícia, conseguir agendar entrevistas tornou-se uma barreira quase intransponível ao longo da coleta de dados.

Foi realizado contato com todos os (sete) juízes das varas criminais e de execução criminal da cidade de Ribeirão Preto; também foram contatados onze promotores da cidade e só houve devolutiva de um operador que culminou na sua entrevista. Diante da inacessibilidade dessas pessoas, foi necessário recorrer a campos mais distantes e as entrevistas passaram então a serem agendadas com operadores do Tribunal de Justiça e do Ministério Público de cidades da região.

4.4. Aspectos éticos

Foram encaminhados uma cópia do projeto e um ofício ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, solicitando a autorização para realização do estudo (Anexo).

Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, anonimato e sigilo das informações, bem como sobre a liberdade em interromper a participação na pesquisa caso houvesse necessidade, sem que isso lhes acarretasse dano pessoal. Foram esclarecidos os riscos, que são relativos aos dados obtidos nas entrevistas, mas que foram minimizados pela cautela da pesquisadora em seu armazenamento, que consistiu no arquivamento em local seguro e exclusão dos dados dos aparelhos utilizados para gravação a cada entrevista realizada. Após consentirem verbalmente em participar da pesquisa, foi

solicitado aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) no qual consta a autorização para que as entrevistas fossem gravadas. Os arquivos digitais (gravações) após serem transcritos na íntegra, serão seguramente arquivados por cinco anos e após este período serão inutilizados, conforme recomendação da Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

4.5. Instrumento de Coleta de Dados

Após realizada revisão da literatura científica, a entrevista semi- estruturada (APÊNDICE B) foi utilizada para obtenção de dados.

A construção do instrumento consolidou-se a partir dos objetivos propostos na pesquisa. As questões que compõem o instrumento de coleta de dados para a entrevista foram elaboradas pela própria pesquisadora, com base em cada um dos objetivos específicos apresentados e no fluxo processual da expedição da medida de segurança.

4.6. Validação do instrumento de coleta de dados por especialistas

O instrumento foi submetido à validação por quatro especialistas da área do direito e saúde: dois advogados (docentes universitários e pesquisadores) especialistas em direito penal e criminologia; e dois enfermeiros (docentes universitários e pesquisadores) especialistas em saúde mental. Foi solicitado a estes especialistas que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), elaborado especificamente para estes profissionais. A partir da análise e sugestões dos especialistas, o instrumento de coleta de dados teve a ordem das questões e a forma de questionamento dos operadores alteradas, principalmente no que tangia a sua opinião sobre o respeito aos direitos humanos dessas pessoas, visando-se que este instrumento obtivesse como resultado respostas mais amplas e completas. Posteriormente a essa modificação, um dos validadores revisou o questionário e aprovou como instrumento de coleta de dados adequado ao objeto de pesquisa. Esta etapa de validação teve a finalidade de refinar e adequar o instrumento e a própria pesquisa, considerando-se que o julgamento coletivo de diferentes visões, organizado adequadamente, é

melhor e mais eficaz que a opinião e construção de um único indivíduo. Dessa forma, o consenso de opiniões entre os especialistas possibilitou a construção de um instrumento capaz de captar da melhor forma as informações buscadas (MINAYO, 2009; WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

4.6.1. O Informante-chave

No período entre a consulta aos validadores do instrumento de coleta de dados e o envio para o parecer final do último profissional, (anteriormente consultado durante processo da validação do instrumento de coleta de dados pelos especialistas), houve a realização da entrevista piloto com o policial civil bacharel em direito, que foi procurado porque acompanha casos e investigações de processos de medida de segurança na prática. Desta forma, este se caracterizou como um informante-chave sobre as etapas do fluxo de expedição e cumprimento da medida de segurança. Informantes-chave representam fontes primárias de informação, detendo capacidade comunicativa, conhecimento, experiências e vivências (GAYA, 2008).

Desta forma, foi possível observar que o instrumento de coleta de dados atendia adequadamente aos requisitos para encontrar o que havia sido proposto pela pesquisa. Esta entrevista culminou também na sensibilização da pesquisadora para uma perspectiva mais apurada na condução das entrevistas com os aplicadores da lei e para a própria análise de dados, por destacar fatores importantes que apontam discrepâncias entre a legislação em saúde mental e a prática do processo da medida de segurança.

4.7. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período entre 23 de fevereiro de 2016 e 14 de maio de 2016.

O propósito da entrevista é ter acesso à perspectiva da pessoa entrevistada, para conhecer o que não poderia ser observado diretamente, uma vez que a entrevista parte do pressuposto que a perspectiva do outro é

significativa e que pode ser explicitada e compreendida (PATTON, 1990).

Desta forma, as entrevistas tiveram duração média de 40 minutos e foram embasadas no instrumento de coleta de dados.

4.8. Análise dos dados

Para a análise dos dados, foi aplicada a técnica de análise de conteúdo por categorias temáticas. Os dados foram organizados por categorias, revisados repetidas vezes e codificados continuamente. A análise por categorias é o tipo de análise mais antiga e utilizada. Na análise temática, as categorias são construídas conforme os temas que emergem do texto, e para classificar as informações em categorias é preciso identificar o que elas têm em comum, permitindo seu agrupamento (BARDIN, 1995; CAREGNATO e MUTTI, 2006). Conforme Bardin (1995), as diferentes fases da análise de conteúdo, organizam-se em torno de três pólos cronológicos:

A pré-análise: que tem por objetivo a organização, embora ela própria seja composta por atividades não estruturadas, <abertas>, por oposição à exploração sistemática dos documentos.

A exploração do material: não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: o analista já tem a sua disposição resultados significativos e fiéis, podendo então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Na pré-análise, os dados foram transcritos na íntegra e organizados com base em regras pré-estabelecidas: exaustividade (esgotamento da totalidade da comunicação); homogeneidade (tema e técnica de coleta iguais para indivíduos semelhantes), e pertinência (entrevistas atenderem ao objetivo da pesquisa) (CHAVES, 2006). Após a pré-análise, foi realizada a exploração do material e sua respectiva codificação, até a delimitação das categorias e subcategorias temáticas (Quadro 2). Após este processo, chegou-se a fase final, de tratamento e interpretação dos resultados que foram analisados e discutidos com subsídio da literatura científica sobre o objeto de pesquisa, e por fim, culminaram-se as considerações finais deste estudo.

Quadro 2- Categorias e Subcategorias temáticas resultantes da sistematização dos achados da pesquisa

Categorias	Subcategorias
Informante-chave e a percepção prática da aplicabilidade da Lei 10.216	
A Lei 10.216, sua representatividade e os direitos das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos	
O acompanhamento e a comunicação do poder judiciário durante o cumprimento da medida de segurança	<p>Conhecimento sobre avaliação do serviço de saúde mental antes da determinação da medida de segurança em caráter de institucionalização (Hospital Psiquiátrico de Custódia)</p> <p>A relação entre sistema de justiça e os serviços de saúde mental que atendem/recebem cidadãos sob medida de segurança</p>
Dificuldades no acesso ao direito à saúde mental pelas pessoas com transtorno mental que cometeram delitos	<p>Dificuldade no Fluxo Processual da Medida de Segurança e dificuldades</p> <p>A Dinâmica do Poder na Ineficiência do Estado</p>
Efetividade do CAPS e dos Hospitais de Custódia na assistência às pessoas com transtorno mental que cometeram delitos	

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. Resultados e Discussão:

Para preservar a identidade dos participantes do estudo, estes foram identificados com uma sigla e o respectivo número de ordem da ocorrência da entrevista de sua categoria de operação profissional dentro do direito. O Quadro 3 apresenta as características sócio-demográficas dos participantes do estudo; o quadro 4 a frequência das características segundo sexo, estado civil, categoria operacional da profissão do direito e tempo de trabalho e o quadro 5 apresenta as características sociodemográficas do informante-chave, que não foi incluído nos quadros anteriores (3 e 4) por não caracterizar um aplicador do direito durante o processo da medida de segurança.

Quadro 3- Características individuais dos operadores do direito participantes do estudo

Sujeito	Sexo	Estado Civil	Categoria da Profissão	Tempo de Carreira
A1	Masculino	Casado	Advogado Particular	10 anos
A2	Masculino	Solteiro	Advogado Particular e da Assistência Judiciária Pública	03 anos
Def1	Masculino	União Estável	Defensor Público	05 anos
Def2	Masculino	Solteiro	Defensor Público	09 anos
Def3	Masculino	Casado	Defensor Público	08 anos
Del1	Feminino	Casada	Delegada	12 anos
Del2	Masculino	Casado	Delegado	16 anos
Del3	Masculino	Casado	Delegado	24 anos
J1	Masculino	Casado	Juiz	25 anos
J2	Feminino	Casada	Juíza	17 anos
P1	Masculino	Casado	Promotor de Justiça	28 anos
P2	Masculino	Casado	Promotor de Justiça	03 anos

Quadro 4- Frequência de características segundo sexo, estado civil, categoria operacional da profissão do direito e tempo de trabalho na categoria.

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
SEXO		
Feminino	2	16,66
Masculino	10	83,33
ESTADO CIVIL		
Solteiro	2	16,66
Casado	9	75
União Estável	1	8,33
CATEGORIA OPERACIONAL DO DIREITO		
Advogado	2	16,66
Defensor Público	3	25
Delegado de Polícia	3	25
Juiz	2	16,66
Promotor de Justiça	2	16,66
TEMPO DE CARREIRA COMO OPERADOR DA CATEGORIA		
1 a 5 anos	3	25
6 a 10 anos	3	25
11 a 15 anos	1	8,33
16 a 20 anos	2	16,66
Mais de 20 anos	3	25

Quadro 5 – Características do Informante-chave

Sujeito	Sexo	Estado Civil	Categoria da Profissão	Tempo de Carreira
Informante-chave	Masculino	Solteiro	Polícia Militar	2 anos
			Policial Civil (atual)	6 anos

5.1. Informante-chave e a percepção prática da aplicabilidade da Lei 10.216

Esta categoria expõe a visão do informante-chave, obtida na entrevista piloto, que foi analisada separadamente, por este não se adequar à categoria de operador do direito propriamente dita e por ser o informante agente da polícia civil e ex-agente da polícia militar. Os dados a seguir serviram para tornar mais apurada, durante as entrevistas, a busca da pesquisadora pela percepção dos operadores do direito sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos.

Quando indagado sobre a Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216 e Medida de Segurança, o entrevistado expôs em sua percepção uma realidade bastante descumpridora dos princípios da Lei :

*A única coisa que, na minha opinião, eu consigo ver, quando fala de Lei de saúde mental é para internar a pessoa, **é para resolver** - pode internar por causa da Lei número x - então você pega a pessoa e usa aquilo como fundamento para internar, **mas não como proteção [...]** até porque a medida de segurança é considerada como pena, então chega lá e você vê que é melhor nem citar que ela pode ter transtorno mental porque tem que justificar muito no papel (Informante-chave).*

É possível observar na fala do entrevistado a face errante da aplicação da Lei 10.216, que vem a serviço do fortalecimento do processo de desinstitucionalização, mas que, segundo a experiência do policial civil, erroneamente, serve de suporte para o contrário, pois é utilizada na prática para legitimar a internação e não para garantir os direitos e a cidadania da pessoa com transtorno mental.

A presença de legislação de saúde mental em si mesma não garante respeito e proteção dos direitos humanos. **Por ironia, em certos países [...]** a legislação de saúde mental tem resultado mais na violação do que na promoção dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais. Isso acontece porque grande parte da legislação de saúde mental inicialmente redigida objetivava salvaguardar pessoas em relação a pacientes “perigosos” e **isolar estes do público, em lugar de promover os direitos das pessoas com transtornos mentais como pessoas e como cidadãos** (OMS, 2005, p.1, grifo nosso).

Assim, foi possível observar que para o entrevistado muitas vezes, o poder judiciário enxerga na internação uma forma de “resolver” o caso. O informante-chave destacou a Lei da Reforma Psiquiátrica como princípio de grande importância, mas sem representação efetiva especialmente no que diz respeito à medida de

segurança:

Não existe, na minha opinião, nada relativo à proteção de pessoa com transtorno mental, eu realmente não acho que há aplicação prática disso [...] eu compreendo a Lei 10.216 como princípio de grande importância que deve ser aplicado, mas que há falta de aplicação [...] ela devia abranger tudo e não tem aplicabilidade, ninguém nem relaciona que a Lei 10.216 tem relação com o processo penal

Apesar do arcabouço jurídico de proteção, as pessoas com transtornos mentais no país são vulneráveis à violações tanto dentro quanto fora do contexto institucional. A legislação visa promover autonomia, garantir serviços de saúde mental acessíveis, e estabelecer critérios claros e objetivos para admissões hospitalares involuntárias e admissões voluntárias. Nesse cenário, é necessário que haja justiça com as pessoas que cometeram crimes devido ao transtorno mental para que se previna o abuso, pois o modo como estas pessoas são detidas e tratadas, em geral, não se estabelece de acordo com a Lei 10.216 (MUSSE, 2008; VENTURA, 2015).

5.2. A Lei 10.216, sua representatividade e os direitos das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos

Essa categoria engloba a análise das falas dos entrevistados sobre sua percepção sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos, sua submissão à medida de segurança sob o escopo da aplicabilidade da Lei 10.216/01 no contexto do sistema judiciário.

A Reforma Psiquiátrica (que culminou na aprovação da Lei 10.216/01) embasa-se em uma nova concepção da loucura, que visa afastar a pessoa com transtorno mental da lógica segregadora dos manicômios. Fundou-se na crise do modelo de assistência hospitalocêntrico e nos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, que buscaram transpor a sanção de novas leis e normas, revolucionando as políticas governamentais e os serviços de saúde, para tornar esses pacientes sujeitos de sua história. Buscou, portanto, propiciar às pessoas com transtornos mentais não apenas convivência social mas sentido à sua existência, favorecendo de modo geral o respeito à diversidade (BRASIL, 2005; MORENO; ALENCASTRE, 2004).

De acordo com a percepção dos operadores do direito sobre o que é a loucura, são objetos da Lei 10.216: a proteção das pessoas com transtornos mentais, seus direitos e o modelo assistencial em saúde mental. A partir disto, verifica-se que a unidade de um discurso é feita pelo espaço em que esses diversos objetos convergem e se transformam continuamente, resultando na interpretação da própria Lei 10.216 a partir da subjetividade sobre os transtornos mentais (FIGUEIREDO NETO; ROSA, 2010).

Nesse sentido, as percepções dos participantes foram diversificadas, não apenas entre as categorias profissionais, mas entre as pessoas das próprias categorias profissionais, o que nos oferece indícios de que a discussão da temática da loucura e dos direitos das pessoas com transtornos mentais está imbuída de subjetividade, relacionando-se, diretamente, à visão de mundo de cada operador de direito.

Eu compreendo os direitos delas muito mais num âmbito de saúde do que propriamente de direito penal ou processual penal, né? A meu ver, trata-se de uma questão evidentemente de saúde [...] a 10.216, ela não tem representação entre os juristas, na minha percepção aplica-se o Código Penal para as medidas de segurança e as respostas são sempre no âmbito das medidas de segurança. Eu, nas minhas últimas situações eu apliquei a Lei Antimanicomial, mas porque eu tinha outro recorte, eu na época era consultor do Ministério da Saúde para assuntos prisionais e acabei entrando em contato com colegas que me viabilizaram a aplicação de uma situação de saúde no processo criminal. Em razão disso, então eu quanto tive oportunidade e apliquei. Na minha percepção esses direitos são muito minimizados, chegam a situações cruéis (J1).

Olha, as pessoas com problema, é psíquico, que cometeram delito, elas se forem condenadas, elas devem cumprir uma medida de segurança, eu acho que essa lei veio sim ajudar e melhorou o acompanhamento do judiciário dessas pessoas (J2).

Bem, então a nossa legislação penal e processual penal ela dá um tratamento, existe um tratamento legal, existe um tratamento legal para aqueles indivíduos que cometeram crimes, vamos dizer assim, essas pessoas se demonstrada prática (inaudível) jurídica, essas pessoas elas ficariam sujeitas à medida de segurança, então você tem um tratamento legal para isso, agora se é um tratamento adequado? Não (Del2).

Uma coisa é aquilo que tá na lei, é tipo o Estatuto da Criança e do Adolescente, quem pega o Estatuto da Criança e Adolescente é uma lei de primeiro mundo, mas a gente vê na prática que nada, quase nada se aplica, nada, porque quem lê fala - nossa, vai recuperar o adolescente - a mesma coisa essa lei, quando você lê, é recuperação, é tratamento é tratamento humano que se deve ter, mas a gente sabe na prática o preparo, a falta de vagas[...] direito até é cumprido, mas entra infelizmente no nosso sistema a parte burocrática, então as vezes, ele fica no sistema que não é o adequado até se provar [transtorno mental], e se conseguir a vaga (Del3).

Com certeza a 10.216 gerou algumas mudanças no sistema judiciário, ainda que seja difícil já observar que a lei tenha atingido toda sua finalidade, algumas mudanças já começaram a ocorrer, efetivamente houve uma redução na questão das internações dos hospitais psiquiátricos, porque houve um maior entendimento das situações dessas pessoas (Def1).

Bom, eu acho, os direitos são previstos em lei mas a gente sente um pouco de falta de efetividade desses direitos né? Eu acho que talvez falte concretizar o que tá na lei, em termos de respeito aos direitos dessas pessoas. Então a gente tem uma distância entre o que está na lei e o que realmente existe e por essa representatividade da lei [...] os juízes criminais têm uma grande objeção da dificuldade de visualizar a aplicação prática dessa lei no caso do direito penal, então eu acho que ainda há um distanciamento da realidade do que a lei prevê e da aplicação dessa lei (Def2).

Na prática eu vejo muita resistência na implementação do que é proposto na Lei, e eu sei mais assim da época também que eu trabalhei no criminal [...] se fazia questionamentos relacionados a essa nova legislação, isso aí acabava sendo deixado um pouco de lado, pelo que eu percebo, pela falta de estrutura dos hospitais [...] questão de vagas e tal. Então, mantinha-se uma cultura do que já havia sendo feito, ou seja, teve uma inovação legislativa sem estruturação do aparelhamento do Estado para poder cumprir essa norma adequadamente (Def3).

A ressocialização, no que toca à percepção de direitos das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos, é o princípio mais destacado para os advogados entrevistados.

Eu penso que quando a pessoa é diagnosticada com uma doença que tira o poder dela de discernir o que é certo do que é errado, ela deve ser tratada pelo direito de uma forma diferente de uma pessoa que tem as suas capacidades mentais “boas” assim por dizer. É óbvio que eu não posso pegar esta pessoa e colocá-la num sistema penitenciário comum, porque eu vou trazer prejuízo as pessoas que ali estão, porque este é o intuito do sistema, ressocializar, e não só que elas cumpram pena. Se você colocar essa pessoa, talvez ela também traga prejuízo para o resto da população carcerária, e mais ainda para ela, porque eu não vou estar dando atenção e cuidado devidos a ela. Por isso que essas medidas de segurança divergem das penas [...] se eu trago ela pra um âmbito onde ela possa ser tratada, ter um diagnóstico certo, porque muitas vezes elas não têm um diagnóstico certo, né?(A1).

Bom, anh... os direitos que eu vejo das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos é um direito à ressocialização. Então, elas têm que serem internadas de acordo com a necessidade delas ao mesmo tempo que ela tem que ser punida pelo Estado, é o Estado polícia, né? Então é uma questão muito complexa, na medida em que você tem que analisar caso a caso o grau de capacidade da pessoa de compreender os delitos que ela está cometendo, o grau de capacidade dela compreender que o que ela fez é errado é eficaz porque o objetivo final do processo penal a meu ver é ressocializar essas pessoas (A2).

Essa percepção vai ao encontro do Artigo 4º da Lei 10.216/01 que preconiza

o §1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2001).

A reabilitação pode ser definida como uma estratégia, não apenas um arsenal de técnicas e modelos clínicos de reabilitação, mas um processo de reconstrução, que busca o exercício pleno de cidadania que abrange todos os cenários da vida da pessoa, ou seja, sua rede social, seu trabalho e seu valor social. A reabilitação é parte da ressocialização, que designa o suporte necessário para que o cidadão retorne à comunidade e nela exerça sua cidadania por completo (SARACENO, 1996).

Contudo, segundo a fiscalização do CREMESP (2014), enquanto infrator, a pessoa perde sua liberdade, pagando pelo seu delito sem nenhuma perspectiva de ressocialização e no caso do infrator com transtorno mental, ele é igualmente apartado da sociedade, mas sem direito aos benefícios que o sistema de saúde deveria obrigatoriamente oferecer. Afinal, não se trata do cumprimento de uma pena, mas de cuidados por meio de uma instituição hospitalar que deve buscar reduzir ou cessar o transtorno que levou o paciente à prática do delito. Ainda, no caso das pessoas institucionalizadas em HCTPs, estas em seu tratamento psiquiátrico experimentam quase que exclusivamente uma face custodial da Medida de Segurança, afastando a vertente terapêutica e a vertente de ressocialização que passam a caminhar a passos largos desses cidadãos.

Para um dos promotores entrevistados:

*[...] Nós fizemos a reforma do Código Penal. Então lá nós abandonamos o sistema que era chamado de sistema do duplo binário e passamos a adotar o sistema vicariante de Código Penal. Então, o Sistema vicariante separou pena para imputável e medida de segurança para inimputável. Agora qual que é o fundamento hoje da medida de segurança, é a PE-RI-CU-LO-SI-DA-DE. Eu fiquei muito curioso a respeito dos critérios adotados pelos profissionais da saúde para dizer se pode ou não cessar a medida de segurança, eu até conversei com um médico que foi o médico que avaliou os principais acusados de crimes graves aqui no estado de São Paulo e aprendi um pouco com ele. Então, a medida de segurança hoje, ela tem natureza terapêutica, então essa foi a grande a evolução de 84, né? Separou medida de segurança de caráter terapêutico, agora a internação, a internação regida pelos princípios da Lei da Reforma Psiquiátrica, o princípio da brevidade, etecetera, etecetera, então a gente faz uma interpretação dessa lei e hoje a internação psiquiátrica é para que? **Para combater o surto**, só. Então eu não sei como uma coisa casa muito com a outra, salvo aquilo que é ideologia [...]. Então hoje **eu acho assim que os direitos previstos na Lei da Reforma Psiquiátrica, eles têm que ser estendidos para aqueles que estão sob medida de segurança, mas no mais eu acho que a gente não tem muita influência dessa lei na Lei Penal e de Execução Penal, só pela ideologia**[...] Agora numa análise assim, bem técnica das coisas, eu diria que os sistemas são diferentes e, portanto, a gente não tem*

como aplicar diretamente a Lei da Reforma Psiquiátrica na medida de segurança (P1).

Fica evidente a predominância da compreensão do entrevistado sob uma análise técnica e prática, em que expõe que no caso da aplicação da Medida de Segurança há destaque direto para o Código Penal ao invés da Legislação em Saúde Mental, e que apesar de pessoalmente acreditar que os direitos da Lei 10.216 deveriam ser estendidos às pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos, a realidade é diferente, fazendo com que estas pessoas estejam sob o aparato das raízes da legislação penal e processual penal, que trabalham no campo do desenvolvimento do positivismo e racionalismo, e que ao tratar de pessoas que cometem delitos, adota-se determinada noção desumanizadora da loucura (JACOBINA, 2004). Em sua fala, o entrevistado expõe que a institucionalização na prática seria para combater o surto, e que a aplicabilidade dos direitos previstos na Lei 10.216 poderiam não ser plenamente cabíveis à aplicação da Medida de Segurança.

De acordo com outro promotor entrevistado, a Lei 10.216 trouxe avanço em relação às internações psiquiátricas. Mas, no caso das pessoas com transtorno mental que cometeram delitos, os direitos da Lei da Reforma Psiquiátrica dialogam com direitos penais, e em detrimento da precariedade dos serviços, por vezes os penais são mais notórios, confirmando o que o primeiro promotor relatou:

*[...] A representatividade dessa lei de internação para a reforma psiquiátrica, **ela veio abolir aquilo que se tinha de mais prejudicial** que era aquilo de internações sem avaliações, aquelas internações ad aeternum, depósito de pessoas sem a mínima condição de você trabalhar com pessoas para voltar para a sociedade. **Apresentou um grande avanço, até a possibilidade das famílias conseguirem essa internação em casos né?**[...] **Talvez o sistema criminal não se preocupe apenas com aquele que tem transtorno mental, mas com a sociedade toda, tem dois direitos ali que o tempo todo se dialogam**, e o que não muda é a situação de que você tem que ter locais adequados para que eles possam receber tratamentos adequados e hoje, nós não temos, é um sistema de vagas no Estado e uma fila que demora para funcionar, para chamar essas pessoas, acontece **dessas pessoas ficarem em presídios aguardando esse encaminhamento** (P2).*

A institucionalização ou internação psiquiátrica se torna então o último recurso no tratamento das pessoas com transtornos mentais, quando se esgotaram todas as possibilidades de tratamento extra-hospitalar. Ainda assim, deve-se buscar o tratamento holístico de qualidade e não apenas a cessação de surto psiquiátrico, como obriga o Art. 4º da Lei 10.216/01: a internação, em qualquer de suas

modalidades, o que inclui a internação por medida de segurança, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. No §2º do mesmo artigo fica estabelecido que o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (BRASIL, 2001). Este tratamento deve ser consolidado durante o cumprimento da medida de segurança e, dessa forma, deve-se visar o diálogo entre a execução da Medida de Segurança e os direitos previstos na Lei 10.216/01.

Apenas um entrevistado de todas as categorias profissionais do direito não conhecia, ainda que superficialmente, a Lei 10.216/01. Após o questionamento sobre sua compreensão da Lei 10.216/01 e dos direitos das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos, seguido de uma breve explicação sobre o que a Lei abarca:

Olha, eu acho que depende da intensidade da imputabilidade ou inimputabilidade dessas pessoas, né? Então nos casos mais graves cabe bem a internação e nos outros o tratamento ambulatorial. A inimputabilidade e a imputabilidade devem ser avaliadas por profissional qualificado, né? No caso, isso já na área forense (Del1).

Ainda que atuante na área que dispara o processo da Medida de Segurança, e sem compreensão em profundidade da Lei 10.216, o participante mencionado tem clareza da importância da institucionalização apenas para casos em que as alternativas do tratamento extra-hospitalar não sejam possíveis.

5.3. O Acompanhamento e a Comunicação do Poder Judiciário Durante o Cumprimento da Medida de Segurança

Esta categoria discorre sobre a opinião dos operadores do direito (exceto delegados, por não terem relação com os serviços de saúde, e ainda que tivessem esta seria indireta e necessariamente mediada pelo Poder Judiciário) no que diz respeito ao acompanhamento e a comunicação do poder judiciário, entre sistema de serviços de saúde mental que atendem/recebem cidadãos sob medida de segurança durante seu cumprimento.

Quando questionados sobre a existência do acompanhamento do poder judiciário, os promotores entrevistados pontuaram:

Sim, o juiz quando ele determina a medida de segurança, ele fixa prazo para reavaliação. Sem prejuízo desse prazo, a equipe médica tem que comunicar ao juiz qualquer tipo de intercorrência para o bem ou para o mal. Então, logo após a

*sentença, e a sentença que aplica a medida de segurança é chamada de absolutória imprópria, então o juiz que aplica, que decide isso ele manda essa decisão para outro juiz que é o juiz da execução penal. Lá na execução penal, isso gera um novo processo que é o processo de execução da medida de segurança, e é nesse processo de execução de medida de segurança que exatamente a gente faz o acompanhamento de tudo que acontece com o **preso**. Então, no mínimo, ele será avaliado naqueles prazos determinados e o resultado dessa reavaliação não é mantida ou prometida ao processo judiciário: **essa avaliação, conforme eu disse, é muito importante**. “Olha ele tá em condição de cessar a medida” ou a gente fala “ele tem progressão para tratamento ambulatorial” e foi aí que eu vi inclusive aplicação analógica da Lei da Reforma Psiquiátrica, para dizer “olha como ele pode ser tratado eu posso cessar aqui e mandar ele para tratar ambulatorialmente” (P1).*

*Existe e tem duas situações diferentes, a parte da medida de segurança para o que fica mais nesta parte de delitos né? Este acompanhamento é deslocado para o juiz que tem jurisdição, na verdade atribuição para tomar conta daquele território onde a pessoa está sendo acolhida, naquele hospital, naquele local. Então, por vezes o juiz daqui ele não tem contato ou não sabe como está sendo cumprida a **pena** lá, o tratamento ambulatorial, ele é acompanhado onde ele também é feito então geralmente nas cidades, onde tem os hospitais de custódia. Agora, o tratamento ambulatorial é feito pela própria rede [...], então o acompanhamento se dá dessa forma e nos locais onde tem estes estabelecimentos, estas instituições. **O Ministério Público fiscaliza, faz as visitas vê as condições gerais de estrutura, né? E a própria família também acompanha e qualquer eventualidade comunica o Ministério Público, então todas as formas são fiscalizadas, seja na parte criminal, seja na parte das internações administrativas, ou na judicial quando há internação compulsória** (P2).*

Os promotores referem que há acompanhamento, mas o primeiro salienta a atuação do juiz, enquanto o segundo faz referência direta ao Ministério Público que deve ser notificado sobre quaisquer eventualidades.

De acordo com Lei 7.210, de 11 de julho de 1984, que estabelece a Lei de Execução Penal (Art.67), o acompanhamento durante o cumprimento da medida de segurança existe, e cabe ao Ministério Público, que fiscaliza a execução da pena e da **medida de segurança**, oficiando no processo executivo e nos incidentes da execução, sendo que também fica incumbido a este (Art. 68): *I - fiscalizar a regularidade formal das guias de recolhimento e de internamento; II - requerer: a) todas as providências necessárias ao desenvolvimento do processo executivo; b) a instauração dos incidentes de excesso ou desvio de execução; c) a aplicação de medida de segurança, bem como a substituição da pena por medida de segurança; d) a revogação da medida de segurança; e) a conversão de penas, a progressão ou regressão nos regimes e a revogação da suspensão condicional da pena e do livramento condicional; f) a internação, a desinternação e o restabelecimento da situação anterior. III - interpor recursos de decisões proferidas pela autoridade judiciária, durante a execução. **O órgão do Ministério Público visitará mensalmente os estabelecimentos penais, registrando a sua presença em livro próprio** (BRASIL, 1984). Dessa forma, a comunicação e a*

relação tornam-se obrigatórias, até mesmo pelas visitas que devem acontecer mensalmente.

Na primeira fala, o promotor utiliza a terminologia **preso**, apesar da Medida de Segurança não se caracterizar como pena, mas como exposto acima, está inserida na Lei de Execução Penal. Bittencourt (2003) explica as diferenças: as penas possuem caráter **retributivo-preventivo**, enquanto as Medidas de Segurança são de natureza eminentemente **preventiva**. Ainda, enquanto o fundamento da aplicação da pena é a culpabilidade, a medida de segurança fundamenta-se exclusivamente na periculosidade. As penas são determinadas e as medidas de segurança possuem tempo indeterminado e só findam quando há o cessar de periculosidade do agente. As penas são aplicáveis aos imputáveis e semi-imputáveis e as medidas de segurança são aplicadas aos inimputáveis e, em caráter excepcional, aos semi-imputáveis, quando estes necessitarem de especial tratamento curativo.

O primeiro advogado entrevistado também faz referência a pena ao ser questionado sobre o acompanhamento e refere acreditar que haja o acompanhamento, destacando o papel do juiz:

*Eu não atuei muito diretamente nessa área, mas pelo que eu já estudei e já li, existe sim, e quem tem essas medidas de segurança arbitradas pelo juiz. [...] Tem que prestar conta né? Como tá evoluindo, porque assim **nenhuma pena pode durar para sempre**, então é necessário que os médicos reportem essa situação para que o juiz avalie se é necessário que haja permanência naquele sistema, se ele vai para o sistema comum ou mesmo se ele pode sair, se realmente se identificar que ele não tem condição de sair aquela situação vai ser prorrogada, eu acho que já há essa comunicação (A1).*

Desconheço (A2)

O segundo advogado desconhece como se dá esse acompanhamento.

O primeiro defensor público expõe que o acompanhamento se dá com o juiz sendo comunicado da internação e desinternação, e salienta que sua função deve ser a de se fazer cumprir os direitos, porque é exclusivo do médico o papel de ver as necessidades de saúde daquele indivíduo enquanto paciente. Também refere que as instituições de saúde acabam por nutrir uma relação de medo, agindo com cautela a respeito de eventuais rechaços ou represálias por parte do Judiciário. Menciona que não cabe ao Poder Judiciário adentrar nas questões do tratamento, mas sim fazer com que o Estado disponibilize a assistência que a pessoa com

transtorno mental que cometeu o delito precisa.

*O juiz é sim comunicado que houve desinternação, que houve acompanhamento médico, a gente sabe que outros lugares do Estado **ainda se exige a ordem judicial para desinternação**, só que infelizmente, isso me parece que é muito mais **uma postura das casas de saúde do que do próprio poder judiciário**. Muitas vezes, o juiz não exige, não há exigência de que ele tenha que liberar [...] a pessoa, mas os médicos entendem que mediante a ordem judicial **os médicos, os hospitais, as casas continuam pedindo essa decisão judicial para se resguardarem, com medo de eventual represália posterior, mas me parece que é muito mais uma postura dessas casas do que do próprio judiciário**. No ponto de vista da saúde, **o poder judiciário não tem que dizer se o paciente precisa de tratamento A, B ou C**, não é isso que o poder judiciário tem que fazer. Na minha opinião, tem que analisar nos casos de medida de segurança, ou socioeducativa se existe alguma questão processual penal ou socioeducativa para se acompanhar mas se houver questão de saúde, ou alteração de saúde, essas decisões são do médico, da equipe médica e do serviço da prefeitura ou da cidade, e não do poder judiciário. Então, é nesse sentido que tem que ter acompanhamento judicial nos casos de internações por situações médicas que não são ligadas ao sistema penal ou socioeducativo eu acho que nem deveria ter acompanhamento judicial! Porque a meu ver, o que **o juiz tem que exigir nesses casos é que o município conceda a vaga e o serviço público de saúde** e não a internação, a meu ver quem dá a ordem de internação é o médico e não o juiz! Assim como ele manda fornecer uma consulta ou um medicamento, **o juiz está dando uma ordem para que o serviço público funcione** e não dizendo - interne ou desinterne. Então nesses casos não haveria necessidade de acompanhamento pelo juiz no andamento da medida, **ele deveria acompanhar apenas se o direito da pessoa está sendo resguardado ou não** (Def1).*

Fica claro que as funções do médico ficam delimitadas a diagnosticar, gerar laudo e posteriormente, após a expedição da medida de segurança pelo juiz, prover assistência. Para Ferrari (2001), não há nenhuma incompatibilidade na natureza jurídica da decisão, caso haja colaboração entre juízes e médicos, trabalhando juntos para atingir não apenas a aplicação, mas a execução da medida de segurança criminal. Há evidentemente uma obrigatória natureza jurisdicional-administrativa na qual tanto juízes quanto médicos exercem funções não apenas coordenadas, mas decisórias, sempre suscetíveis de recursos e discussões, optando pela espécie de medida a ser imposta, seus prazos de duração e a melhor forma de cumprimento na garantia de tratamento adequado ao cidadão.

Para o segundo defensor, esse acompanhamento não é o mais adequado. Seria necessário um olhar menos técnico, mais humano e voltado para a saúde mental:

*Então, existe sim, mas não é de forma ideal, talvez assim, a periodicidade que deveria não ocorre, talvez assim, falta um **olhar mais humano**, mas que eu acho que poderia talvez se pensar ali, para melhorar isso, o juiz não prezar tanto pela resposta médica daquela situação e **olhar mesmo o lado da saúde mental**, o olhar menos técnico, que às vezes **não é só o direito que você tem que analisar, é o***

disciplinar e o mais grave de tudo isso não é a questão do acompanhamento que “malemá” tem algum, mas as próprias condições clínicas do manicômio judiciário e dos hospitais psiquiátricos, de lidar mesmo com a questão. Eu acho que é o grande problema, como a gente vê também as pessoas que não vão presas, a gente tem falta de hospitais, ou mesmo clínicas que tenham condições mínimas de atender (Def2).

Observa-se que para o entrevistado o acompanhamento é insatisfatório, e que a precariedade das instituições e o fato de algumas pessoas não serem **presas**, também se torna um problema. Para ele, há uma visão muito técnica e desumanizada no acompanhamento do cumprimento da medida de segurança.

Sem humanização, a pessoa com transtorno mental fica reduzida a um processo. A ruptura artificial entre pessoas normais e loucas, e entre pessoas enfermas e sadias se traduz na repetição discursiva de estereótipos que tornam criminosos e não-criminosos opostos, sustentada pelo espaço institucional do hospital psiquiátrico e do cárcere (CARVALHO, 2010).

Na categoria dos juízes, o primeiro se limitou a responder que há acompanhamento.

A vara que aplica a medida na execução depois da sentença ela obrigatoriamente acompanha a medida (J1).

O segundo entrevistado refere que há uma limitação a laudos periódicos em um contato superficial, aproximando sua fala da do defensor público anteriormente mencionado:

O juiz conversa entre aspas, né? Com essa equipe que faz o atendimento da pessoas que foi condenada a cumprir essa medida, então são reportados laudos a cada mês, de tempos em tempos. Enfim, que vão mostrando para o juiz como é que está sendo o acompanhamento dessa pessoa e como está sendo a resposta a esse tratamento (J2).

5.3.1. Avaliação do serviço de saúde mental antes da determinação da medida de segurança em caráter de institucionalização (Hospital Psiquiátrico de Custódia)

Esta subcategoria expõe o conhecimento sobre a existência de uma avaliação do serviço de saúde mental antes da determinação da medida de segurança em caráter de institucionalização psiquiátrica.

A Psiquiatria e o Direito se uniram na preocupação com o tratamento, a recuperação e ressocialização das pessoas com transtorno mental submetidas à Medida de Segurança, após movimentos de reestruturação da assistência

psiquiátrica. No que se relaciona ao contexto de maior atenção à assistência na área de saúde mental no Brasil, o doente mental infrator foi excluído da agenda. Dessa forma, os pacientes que são internados nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico experimentam apenas a face custodial da Medida de Segurança, isto porque a vertente terapêutica e de ressocialização da Medida de Segurança parecem quase intocáveis para essas pessoas (CORDEIRO; LIMA, 2014).

Não sendo a medida de segurança uma pena, mas uma medida de proteção social, há uma grande incoerência em HCTPs pertencerem ao Sistema Penitenciário e não ao SUS.

O HCTP, por princípio, padece de uma natureza francamente ambígua: estabelecimentos tidos como centros de tratamento de pessoas com transtornos mentais que, em razão do transtorno, tenham praticado algum tipo de ilícito penal, apesar de intitulados como “hospitais”, não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim na estrutura do sistema prisional. A sobreposição de dois modelos de intervenção social – o jurídicopunitivo e o psiquiátrico-terapêutico – acarreta uma discrepância entre a finalidade declarada e a sua inserção de fato, que já vem ocorrendo desde o surgimento da instituição (PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO, 2011, p.29).

Nesse sentido, uma vez que não estão inseridos no SUS, os HCTP não passam pelo processo de avaliação sistemático anual de rede hospitalar psiquiátrica pertencente ao sistema de saúde, realizado por técnicos de três campos complementares: a vigilância sanitária e o controle normativo e o técnico-clínico (BRASIL, 2005).

Quando questionados sobre o conhecimento da avaliação destes estabelecimentos, antes da determinação da medida de segurança, ou mesmo se há avaliação em geral pelo Sistema Judiciário, operadores de todas as categorias responderam negativamente:

Eu acho que não acontece (A1).

Desconheço (A2).

Os serviços em si não são avaliados (Def1).

Que eu saiba não (Def2).

Isso já é o judiciário (Del2).

Não (P2).

Eu não avalio (J1).

Delegados foram os operadores que mais divergiram ao responder, tendo cada um deles uma devolutiva diferente. Para o terceiro entrevistado dos delegados, os serviços seriam avaliados a pedido do Poder Judiciário:

Os Hospitais de Custódia são avaliados pelo judiciário e tem que ser porque alguém pediu, né...(Del3).

É possível observar que a falta de estrutura faz com que a avaliação sobre o serviço se torne algo secundário, uma vez que conseguir a vaga torna-se prioritário, em detrimento da qualidade da prestação do serviço necessário durante o cumprimento da medida de segurança.

Na verdade eu acho que não dá para estar escolhendo muito, porque eu acho que o sistema é precário (Del1).

É, a gente conhece os centros que atendem, alguns então ééé, as pessoas do judiciário já sabem para quais centros mandar, o que não se sabe é se esse centro tem condições de acolher em termos de vaga (J2).

Para o terceiro defensor público e para o primeiro promotor de justiça entrevistados, essa avaliação torna-se responsabilidade do Estado, mas perceptivelmente não uma responsabilidade do sistema de justiça:

Não, pelo que eu sei não, pelo que eu sei não tem nenhum tipo de avaliação, eu acredito que parte-se do pressuposto que existe esse serviço, que ele deve ser prestado e que o judiciário em si, apenas determina assim "ó medida de segurança", geralmente tem o laudo psiquiátrico que geralmente aponta quais são os distúrbios e as necessidades daquela pessoa e depois da determinação, o Estado quem ficaria incumbido, Estado assim, o executivo de implementar dessa forma (Def3).

Não, não porque é o próprio Estado que determina quais são, por exemplo, para a gente ter aqui um hospital de Custódia em Ribeirão Preto é necessário que o Estado construa, porque é um hospital presídio que tem que ser fechado e que a pessoa não pode sair de lá dentro e os hospitais psiquiátricos hoje eles têm que ser abertos e

hospitais que permitam a rápida socialização e que não impeçam o trânsito da pessoa para o meio pessoa (P1).

A Lei nº 12.106, de 2 de dezembro de 2009, criou no âmbito do CNJ, o departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de medida sócio educativa. O artigo 1º elenca as obrigações do órgão:

*I – monitorar e fiscalizar o cumprimento das recomendações e resoluções do Conselho Nacional de Justiça em relação à prisão provisória e definitiva, **medida de segurança** e de internação de adolescentes; II – planejar, organizar e coordenar, no âmbito de cada tribunal, mutirões para reavaliação da prisão provisória e definitiva, **da medida de segurança** e da internação de adolescentes e para o aperfeiçoamento de rotinas carcerárias; III – acompanhar e propor soluções em face de irregularidades verificadas no sistema carcerário e no sistema de execução de medidas socioeducativas; IV – fomentar a implementação de medidas protetivas e de projetos de capacitação profissional e reinserção social do interno e do egresso do sistema carcerário.*

Dessa forma, fica claro que os manicômios são parte de um sistema carcerário, e, portanto, foram mantidos à margem do processo da Reforma Psiquiátrica brasileiro. Abrigam pessoas duplamente negligenciadas: pelas políticas penitenciárias e pelas políticas de saúde, tornando-se locais mais permissivos a ilegalidades e violações de direitos humanos dessas pessoas (PACHECO, 2011).

A relação entre os serviços hospitalares e a segurança pública é frequentemente esquecida [...] Salvo o duvidoso emprego revolucionário (quando há uma abundância do penal corresponde notável escassez de direito), o direito penal não é instrumento de transformações sociais (CARVALHO, 1990, p.48-49).

Em 2013, quando o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) realizou uma fiscalização nos três Hospitais de Custódia do Estado, havia aproximadamente 1.050 pessoas com transtornos mentais que cumpriam medida de segurança e se encontravam em estado de total desassistência, não recebiam cuidados médicos essenciais, não havia acompanhamento psicossocial visando a recuperação, e viviam em ambientes úmidos e fétidos, em enfermarias com vidros estilhaçados e colchonetes no chão. Estes pacientes em conflito com a lei, classificados como inimputáveis, cujas penas foram substituídas por internação e cuidados médicos psicoterapêuticos, até que cessasse a periculosidade, não eram presos punidos por crimes com encarceramento por meio da lógica retributiva. Não havia o que pagar, e sim o que tratar, portanto eram pacientes em tratamento e a terapêutica deveria preponderar (CORDEIRO; LIMA, 2014).

Nesta lógica, estes locais não diferem de cárceres, e passam a ser locais para que indivíduos sejam disciplinados, vigiados, e acima de tudo, punidos, pois são eles os destoantes da lógica produtiva e da própria normalidade social. São estes que se recusam a atender aos contratos sociais, e são então mantidos isolados da sociedade, por meio de **instrumentos disciplinares** da **vigilância hierárquica** e das **sanções normalizadoras** (FOUCAULT, 2005) que se fomenta a regulação da **rede de poder**. Desta forma, segundo Foucault (2005) o exercício da disciplina parte da distribuição dos indivíduos nos espaços, assim como nos quartéis e colégios. Estes hospitais são como prisões, que se distribuem em quadrados ou retângulos com espaço limitado e que, funcionalmente, se tornam eficientes para o controle e vigilância destes indivíduos, que passam a ser organizados por meio de números e letras nesses pequenos espaços - que deveriam ser leitos ou quartos - mas que se tornam espaços análogos a celas - para a conveniência na perspectiva do tratamento médico. O tratamento realizado nesses espaços contribui para a individualização dos corpos, dos tipos de transtornos mentais, das vidas e dos falecimentos, mas não respeitam a individualidade das pessoas enquanto cidadãos. Apenas atendem a uma lógica disciplinar articulada entre poderes administrativos e políticos em um espaço pseudo-terapêutico, que termina por individualizar e despersonaliza estes corpos disciplinados.

Deste modo, na prática, os HCTPs não são lugares para tratamento, mas instituições prisionais que permitem controle e vigilância. Assim, é possível supor que um acompanhamento mais próximo com avaliação destes estabelecimentos pelo judiciário poderiam contribuir para a mudança dessa realidade.

5.3.2. A relação entre sistema de justiça e os serviços de saúde mental que atendem/recebem cidadãos sob medida de segurança

Esta subcategoria complementa a categoria anterior e expõe como se dá a relação entre os órgãos da justiça (Ministério Público; Tribunal de Justiça e Defensoria Pública) e os serviços de saúde segundo os operadores do direito.

Os promotores, ao serem questionados, dão uma devolutiva pontual e técnica da responsabilidade do Ministério Público e da necessidade de, em estar em contato com os órgãos de saúde, fiscalizá-los, como já discutido anteriormente nesta categoria. Fica claro que a relação é direta, não há mediação entre os serviços de

saúde e a promotoria.

[...] o promotor da saúde pública tem ali a responsabilidade de fiscalizar as questões sanitárias do estabelecimento, segurança e humanidade do tratamento e aí entra numa outra promotoria que é a promotoria do cível, então aqui nós temos por exemplo, o Hospital Santa Teresa, e como ele não recebe pessoas com medida de segurança, não existem presos lá a fiscalização afeta só a promotoria de saúde pública e não a lei de execução penal (P1).

É, aqui é uma promotoria única e é enviado para mim tudo que envolve a saúde pública e os chamados direitos indisponíveis, assim então, criança, adolescente, tudo acaba sendo comunicado de forma posterior à ação dos órgãos de saúde pública. Somos comunicados de tudo ou somos acionados para que possamos induzir que o Estado funcione, um que não está cumprindo sua função, ou menor, ou internação, então esses contatos se dá com diversos órgãos envolvem a promotoria de justiça (P2).

A Defensoria conta com mediação do Centro de Atendimento Multidisciplinar na relação com os serviços de saúde, o que torna a relação boa e contribui para mais efetividade na garantia de direitos, como relatam os defensores públicos entrevistados:

O relacionamento da Defensoria Pública com os CAPS, e com os hospitais psiquiátricos é muito bom, a gente tem bons contatos, tem bom atendimento multidisciplinar, nós temos uma psicóloga e uma assistente social que nos auxiliam a fazer essa, esse meio de campo nesses serviços, então a gente tem um bom relacionamento (Def1).

Aqui em Ribeirão, a gente tem a psicóloga que tem bastante contato com a rede de assistência em saúde mental, então por exemplo, a família vem aqui para pedir uma medida provisória, então antes de ir para medida judicial, tenta ver a relação com a família e contato com a rede para ver se é o caso de encaminhar para o CAPs (Def2).

A gente aqui na defensoria tem o Centro de Atendimento Multidisciplinar que tem assistente social e psicóloga, basicamente a relação mais direta da defensoria com esse órgão é feito pelas nossas agentes da defensoria, que são aqueles que fazem contato, elas é que são responsáveis em mapear a rede, não só específico no caso de saúde mental mas todos os casos que devem dar suporte para os nossos casos aqui, inclusive aproximação, é o Centro de Atendimento Multidisciplinar que faz esse mapeamento e estruturação é feita pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar, porque as vezes a gente precisa de uma pessoa ou um serviço específico e eles asseguram que seja feito da forma correta, a gente faz os encaminhamentos com ofício e comunicação formal (Def3).

Os Centros de Atendimento Multidisciplinar, conforme previsão pela Lei Complementar nº 988 de 2006, são responsáveis por garantir atendimento integral aos cidadãos que buscam a Defensoria Pública. Possuem profissionais de psicologia e serviço social, que fornecem assessoria aos Defensores, e auxiliam nas conciliações, elaborando laudos e encaminhando casos à rede de serviços públicos,

como os CAPs. Há também a Assessoria Técnica Psicossocial, que gerencia e assessora a Defensoria Pública Geral quando necessário e sistematiza as sugestões oriundas de Agentes de Defensoria, Psicólogos e Assistentes Sociais dos Centros de Atendimento Multidisciplinar, organizando-as na perspectiva de contribuir para a melhoria do exercício profissional nas unidades da Defensoria Pública (BRASIL, 2006).

O primeiro juiz entrevistado refere desconhecer a relação, o que mostra que entre a magistratura e os serviços de saúde há um canal de comunicação mais restrito:

Eu não sei como se dá essa relação, eu desconheço (J1).

Os dados mostram que não há uma relação que extrapole o necessariamente burocrático na execução dos serviços, exceto no caso da Defensoria Pública que necessariamente possui um serviço que facilita essa relação. Fica evidente que a Defensoria é o órgão com mais abertura para essa relação devido ao Centro de Atenção Multiprofissional.

5.4. Dificuldades no acesso ao direito à saúde mental pelas pessoas com transtorno mental que cometeram delitos

Esta categoria discorre sobre a opinião dos operadores do direito sobre a existência de dificuldades no acesso ao direito à saúde mental pelas pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos.

Os delegados não se encontram nessa categoria por não serem inseridos na execução da medida de segurança, como reflete um destes operadores:

Nós não cuidamos da execução da medida de segurança, então eu não teria elementos para fazer uma análise (De12).

Na opinião dos advogados entrevistados há dificuldades, mas para o primeiro os problemas se relacionam ao acesso à justiça por dificuldades em relação ao sistema judiciário, enquanto o segundo acredita que a complexidade da doença mental gera uma responsabilidade maior e mais complexa para o Estado no que diz

respeito à segurança da pessoa com transtorno mental e da sociedade:

*Sim, [...] o judiciário hoje não consegue atender nem as demandas mais corriqueiras imagina essas que são exceções, que são especiais, **a justiça não consegue nem o mais comum**, então há sim (A1).*

*Claro, as doenças psiquiátricas já são **complexas, estigmatizadas e de difícil tratamento, quando não há crime envolvido. Quando há crime tudo isso é ainda muito potencializado**, a pessoa ainda pode ser violenta, de difícil comunicação, **o que gera ainda mais responsabilidade por parte do Estado**. Então você tem que manter a integridade física dela e das outras pessoas e tem que ressocializá-la. Então, é realmente uma complexidade muito grande e muito difícil para garantir tratamento e direitos fundamentais devem ser respeitados em qualquer situação (A2).*

O primeiro advogado traz uma realidade à luz: o assoberbamento e morosidade da Justiça, que são, por sua vez, amplamente justificáveis se forem considerados a carga de trabalho distribuída e o número de funcionários para consolidar as execuções processuais. O último Censo do Poder Judiciário, realizado em 2013, contabilizou 16.812 magistrados ativos, e 285.328 servidores públicos ativos no Poder Judiciário (CNJ, 2014) e em 2015 os processos ultrapassaram a casa dos 100 milhões no território nacional (CONJUR, 2015). Por mais produtivos que sejam todos esses servidores, principalmente no que tange aos juízes, não há como afirmar que não há risco de processos que merecem um olhar **mais humano** e mais metucioso serem negligenciados. Nesse aspecto também entram os apontamentos feitos pelo segundo advogado, uma vez que a justiça não consegue fazer cumprir ou contar diretamente com a efetividade do papel do Estado no tratamento da complexidade do caso da pessoa com transtorno mental que comete algum tipo de delito.

Para os promotores há unanimidade na dificuldade ser a deficiência de vagas nos serviços e a falta de estrutura oferecida pelo Estado, que resultam no atendimento desqualificado, sem continuidade adequada ou até na ausência do tratamento:

*Primeiro quem precisa de internação, a dificuldade é grande porque existem **poucas vagas no manicômio judiciário** e outros serviços não aceitam pessoas custodiadas pelo poder judiciário, então tem esse primeiro problema; com relação aos que precisam de tratamento ambulatorial, a **dificuldade é a mesma dos outros doentes**, pela **deficiência de oferta**, já vi casos aqui que o sujeito vai lá no CAPS recebe uma receita para três meses de psicotrópico, só que a consulta dele é marcada para depois de três meses, então ele fica um período sem medicamento e qual o resultado disso? **Não tem o numero de CAPS adequado, isso gera o quê? Gera dificuldade de atendimento dessa população [...]** tem um punhado de médico que não compreendeu ainda que a lei mudou, que **hospitais psiquiátricos não podem ser depósitos de seres humanos** e que internação tem que ser muito remediada pelo princípio do quê? Da brevidade (P1).*

*Necessidade de locais e uma falta, então o que eu tenho para te **dizer é a questão da falta de vagas e estrutura**, esse talvez seja a maior dificuldade, casos em que a pessoa precisa de uma medida de segurança, aguardando oito, nove meses e aí, com indicação médica e você tem que trabalhar ela no tratamento ambulatorial sabendo que não vai surtir o efeito necessário. Então, essa falta de dinamicidade, de estrutura, desse trabalho, dessa ideia, ele tem indicativo de medida de segurança, ele tem que ser encaminhado para o local adequado, receber tão logo possível, porque a medida de segurança, ela vem para substituir a pena, então muitos vão dizer mais prejudicial, mas ele deixa de ir para a cadeia e o **Estado** tem que fornecer o tratamento adequado para ele, e falta vaga e passa cinco, seis, sete, dez anos e esse tempo ele tá sem receber tratamento (P2).*

Para os juízes, a dificuldade também está relacionada ao Estado, que abarca a precariedade do sistema, e gera falta de alternativas:

***Eu acho que a dificuldade de acesso vem da falta de iniciativa em buscar alternativas**, por exemplo, nós temos um **programa excelente em Goiânia [...]** que tornou-se um programa que já poderia ser referência pra todo o Brasil, ele é um **programa muito bom**, não sei se ele chega propriamente a aplicar mas ele estimula a aplicar a Lei Antimanicomial, mas com certeza ele aplica os princípios da Lei Antimanicomial né? Que é a internação em caráter excepcionalíssimo e de curta duração, com todo um suporte, com todo um fluxo muito bem definido com protocolos e assistência social bem orientada na busca de família extensa, é um programa muito bom, com certeza é Goiás. **Então a meu ver, respondendo essa pergunta a dificuldade está na falta de iniciativa como foi essa iniciativa de Goiás** que poderia ser referência no Brasil porque dá certo e não se sabe por que isso não é referência no Brasil (J1).*

*Existem dificuldades de você encontrar o estabelecimento apropriado, às vezes não existe, se a comarca é pequena, às vezes essa pessoa tem que ser enviada para uma outra comarca maior e aí tem que aguardar a vaga, então é aquela **coisa do serviço público um pouco ainda precário, que não consegue atender a todos** (J2).*

Na entrevista dessa categoria profissional de operadores do direito, aparece um dado interessante, representado como “programa excelente”, na fala do primeiro juiz entrevistado.

O modelo ao qual o magistrado faz referência é o modelo em saúde mental implantado pela Divisão de Saúde Mental na cidade Goiânia. Para efetivar a política da Reforma Psiquiátrica no município, inovadoramente, a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia implantou um modelo em saúde mental que disponibiliza atendimento em transtorno mental, álcool e drogas em **todas** as Unidades de Saúde do município, além de possuir unidades e serviços especializados (SECRETARIA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2016).

Dentro da Diretoria de Atenção à Saúde, administrada pela Secretaria Municipal de Saúde, existe a DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL, que possui as seguintes atribuições: *implantar, implementar e monitorar as ações e o gerenciamento da política de saúde mental, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios do SUS; desenvolver ações voltadas à saúde mental, visando promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social e familiar das pessoas com transtornos mentais; implementar a rede de atenção comunitária em saúde mental, de forma humanizada e resolutive nos diferentes níveis de atenção; programar, avaliar, acompanhar atividades de formação e de qualificação continuas de equipes multiprofissionais e interdisciplinares à assistência em saúde mental tendo por base os princípios da reforma psiquiátrica; Informar e sensibilizar a sociedade em geral, para participação ativa no processo do modelo de assistência em saúde mental, desconstruindo o estigma em relação aos portadores de sofrimento psíquico; apresentar e discutir a mudança de modelo da atenção em saúde mental nos diferentes fóruns governamentais; acompanhar o PNASH (Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar Psiquiatria) seguindo orientações e programação do Ministério da Saúde; implantar mecanismos permanentes e eficazes de controle e avaliação de serviços próprios e conveniados, a fim de garantir a qualidade destes junto à população atendida; garantir o acesso ao cuidado, acolhimento e vinculação do portador de transtorno mental e transtorno em decorrência do abuso de álcool e drogas; garantir cuidado individual e coletivo, por equipe multiprofissional, nos diversos níveis de atenção, proporcionando alternativas terapêuticas e preventivas às diferentes demandas; comprometer-se com projetos intersetoriais para ações que visam a (re)inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios do SUS; monitorar pesquisas epidemiológicas e de impactos dos serviços implantados, que subsidiem o planejamento e avaliação das ações em saúde mental; articular junto ao Fundo Municipal de Saúde, a ampliação dos recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde, no tocante a incentivos em saúde mental, para que os mesmos sejam aplicados na rede; monitorar a administração de recursos humanos destinados a rede especializada, buscando garantir o perfil adequado, bem como as demandas e a realidade dos serviços; articular, junto aos setores responsáveis, a implantação de unidades de saúde em espaços públicos, bem como a garantia de adequação e manutenção das estruturas físicas destinadas à*

saúde mental; participar da Comissão de Farmácia e Terapêutica para colaborar com a revisão da Relação Municipal de Medicamentos (SECRETARIA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2016).

Observa-se, portanto, que a saúde mental da cidade se tornou uma prioridade inerente ao cuidado à saúde em todos os níveis de atenção e alcançou algo inédito na assistência em saúde mental no Brasil: aplicar os princípios da Reforma Psiquiátrica de forma satisfatória em um território (ainda que municipal) inteiro.

Para os três defensores públicos entrevistados, a questão da estruturação é um fator que dificulta muito o acesso:

*As dificuldades ééé, muitas vezes são inerentes ao fato de estes **serviços ainda serem muito pequenos perto das necessidades** da cidade, então há alta necessidade de muito mais estrutura, tanto de pessoa quanto de instalações e aí muitas vezes a gente acaba tendo dificuldades para garantir o direito da pessoa (Def1).*

*Falta de estrutura [...] a questão de vagas e tal teve uma inovação legislativa, sem estruturação do aparelhamento do **Estado** para poder cumprir essa norma adequadamente [...] eu acho que a **principal dificuldade é a questão da estruturação de um serviço adequado** (Def3).*

O segundo entrevistado destaca a questão do judiciário em sua fala, e reflete sobre a falta de levar em consideração as particularidades de cada caso, relativo às dificuldades do asseio da justiça e de sua necessidade em produzir (anteriormente discutido nesta mesma categoria). Este defensor também aponta a ineficiência do Estado e a omissão da sociedade:

*A primeira dificuldade que deve ser ponderada e que é um problema global que infelizmente não é só da pessoa com medida de segurança, isso a gente vê no geral, é que o maior gravame é que as pessoas precisariam realmente de **um olhar mais individualizado**, mais pessoal, que a gente até brinca, que hoje o direito processual penal é como se fosse rede de Mc Donalds, **então você pega o caso lá e você não avalia condições específicas**, então é um **padrão** que se julga da mesma forma, então a preocupação é assim, quanto a estrutura e condições de atendimento porque **gera uma atuação do judiciário muito padronizada**, e muitas vezes **nessas situações específicas, tudo que você precisa é tudo menos padrão, né?** Então esse acesso à saúde e a dificuldade que a gente vê, é a ausência de um atendimento mais individualizado, **um olhar mais humano que permita que você cumpra a finalidade da lei, que você dê uma assistência adequada[...] o Estado é omissor**, isso é inegável mas também em tudo, na saúde, educação, a **sociedade também é omissa, né?** A pessoa acha que o problema não é seu, mas é seu também né? Por mais que ela não tenha ninguém na cadeia, ela faz parte da sociedade, então você não tem nenhum problema desse na família **não quer dizer que ela não tenha que cobrar** e não fazer o mea culpa e ver que a gente está sendo omissor, né? (Def2).*

A Lei 10.216 dispõe em seu Art. 3º que é **responsabilidade do Estado** o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida **participação da sociedade** e da família, a qual será prestada em **estabelecimento de saúde mental**, assim entendidas **as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde** aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001). A legislação não exime a participação da família e **da sociedade** na garantia do desenvolvimento da política de saúde mental, mas deixa claro que o Estado é o maior responsável pelo desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, e isso inclui as que cometeram delitos.

Não apenas nessa categoria, mas durante todas as entrevistas, a referências à ineficiência do Estado apareceram de forma ampla e unânime, seja diretamente com a palavra ESTADO, seja na citação indireta da ausência de vagas, e/ou de um número adequado de serviços que abrangem tanto HCTPs quanto CAPs para suprir a demanda em saúde mental para as pessoas que cometeram delitos e ficam sob medida de segurança.

5.4.1. Dificuldades no Fluxo Processual da Medida de Segurança e dificuldades

Esta subcategoria expõe a existência de dificuldades do fluxo processual. No contexto das dificuldades de acesso ao direito à saúde mental, os operadores em geral referem que a dificuldade não é procedimental, uma vez que o fluxo costuma atender ao burocraticamente esperado, mas que as dificuldades no fluxo giram em torno da falta de estruturação para assistência:

*Pelo que eu sei o trânsito é normal, tem lá a avaliação médica, aí vai para o juiz, para o promotor e a promotoria decide se vai manter internado ou desinternar, ou se há outra medida que possa ser cumprida, **o que eu sei que tem muito, é essa falta de estrutura para cumprir a medida** (Def3).*

Os promotores públicos compartilham e reforçam:

*Existe muita dificuldade no fluxo, **a grande dificuldade sempre é o que fazer com o preso que recebeu medida de segurança**. A gente nunca consegue vaga imediatamente e o **preso** que recebeu medida de segurança não pode ficar preso, porque a finalidade das duas são diferentes. Então muitas vezes a gente se vê diante da necessidade de liberar um entre aspas preso perigoso exatamente porque não tem vaga dentro do sistema penitenciário, em algumas tentativas de remediar*

essa situação já vi coisas horrorosas, por exemplo uma vez, em uma visita a um estabelecimento prisional encontrei em uma ala um preso pendurado de ponta cabeça, os funcionários do presídio não chegavam perto dele porque ele atirava fezes em todo mundo que se aproximava, passava fezes no corpo, assim, uma coisa horrorosa e nesse ambiente você não tem condição nenhuma de tratar ninguém, as vezes esse aprisionamento em estabelecimento comum de um doente pode desencadear outras gravames muito piores para a saúde dessas pessoas (P1).

*Existe, não tem um sistema que funciona de forma satisfatória, é muito esparsos, **não tem um sistema que você consiga ter um fluxo correto com avaliação contínua que a pessoa vai sendo acompanhada**, isso é gerado também pela **falta de locais adequados** para receber essa pessoa, uma falta de aprofundamento como em **toda uma estrutura que não funciona**, ainda é uma área muito complicada para se trabalhar por vários fatores, para mim o pior deles é **ausência de investimento do Estado nessa situação**, por vezes buscando facilitar um tratamento ambulatorial, quando não é o caso porque ele é mais barato, não envolve tanta estrutura e equipara gerando um número de internações que não seriam necessárias também e por isso há muita dificuldade (P2).*

Os promotores referem novamente que há dificuldade por falta de estrutura e vagas. O primeiro narra que muitas vezes não se sabe o que fazer com estas pessoas que recebem medida de segurança, e caso estejam em estabelecimento comum, lá permanecem apesar de a lei ser clara e não permitir. E o segundo menciona que muitas vezes esses cidadão necessitam de institucionalização (casos extremos) e não a recebem por falta de estrutura.

No censo de 2013 realizado nos três HCTPs do Estado de São Paulo pelo CREMESP, constatou-se que dos 1.050 pacientes das três unidades, parte deles não deveria mais estar nesses hospitais no momento da fiscalização. Havia pacientes que estavam com medida de segurança extinta aguardando vagas em hospitais psiquiátricos comuns, alguns tinham laudos favoráveis para desinternação condicional, ou haviam recebido indulto. Da porta para fora, estimava-se que cerca de mil pessoas com transtornos mentais aguardavam em fila de espera pela vaga nesses estabelecimentos, e parte deles, em total desacordo com a normal legal, encarcerados em presídios comuns (CORDEIRO;LIMA, 2014).

5.4.2. A Dinâmica do Poder na Ineficiência do Estado

Diante dos dados obtidos ao longo das entrevistas não há como não centrar atenção no **ESTADO**. É certo que ao tratar de justiça e de saúde, o Estado se torne um aparato e o plano de fundo para analisar qualquer questão, mas é alarmante o que foi encontrado em todas as categorias quando se trata de retratar um sistema

em falência, incapaz de entregar e construir direitos protagonizados por pessoas no exercício de sua cidadania, e incapaz de prover acesso à justiça que culmine em assistência holística para as pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos.

A situação desumana que torna este um cenário abominável exige que ações imediatas partam do poder público. Elas envolvem questões de saúde e direitos humanos de uma população altamente vulnerável e fragilizada, duplamente estigmatizada, como louca e criminosa e por serem pessoas com transtorno mental, que precisam de um tratamento após cometerem um crime, o Estado torna-se duplamente responsável por elas pela via da saúde e pela via da justiça (CORDEIRO; LIMA, 2014).

É certo que os serviços públicos precisam que o Estado permaneça em vigilância e constante injeção de investimentos, se houver real interesse em garantir que direitos de segunda dimensão se consolidem para todos os cidadãos e sejam entregues com qualidade. O fato é que fica explícito que a gestão dos serviços falha de forma generalizada, porque muitos encontram as portas de entrada fechadas e no caso dos HCTPs, muitos não encontram a porta de saída. Outrossim pessoas são inseridas e permanecem ali em caráter perpétuo, de forma cruel e desumana.

Nesse contexto, diante de uma **sociedade omissa** e assombrada pelo medo, nutrido pelo preconceito, fica mais fácil legitimar o descaso e o abandono dos “criminosos loucos”. A relação de poder exercida pelo Estado se alimenta da ideia de que a sociedade está segura quando isola a pessoa com transtorno mental porque esta é perigosa. Dessa forma, se distancia a sociedade dessa discussão e se instaura uma engrenagem de ação do Estado que não só não modifica os mecanismos, mas os perpetua.

É fácil sair oprimindo toda uma população, divulgando que determinados grupos têm propensão ao crime, mas propensão para o crime tem é o Estado que permite a carência, a miséria, a subnutrição e a doença[...]Difícil é cobrar do Estado o respeito à lei e a proteção dos direitos que toda pessoa tem[...]Perto da culpa do Estado, a do criminoso é pequena (BATISTA, 1990, p.159).

Dessa forma o Estado é culpado, mas não há quem de fato julgue o Estado sem estar dentro dele. Ainda que haja uma legislação esculpida em belos tratados e instrumentos internacionais (vide Quadro 1), e ainda que existam mecanismos e tribunais internacionais, é difícil obrigar o Estado a efetivar certas políticas públicas

que existem no papel mas não se concretizam na prática de forma incisiva e a curto prazo.

Há diferentes esferas e responsabilidades quando se fala em Estado. Ele se forma pela federação, pelos estados e pelos municípios e suas gestões, que dialogam por meio de hierarquizações, decisões, repasses de verbas e subordinações, e embora haja descentralização, precisam caminhar juntos para a efetivação de políticas como a de saúde mental. Não obstante, os operadores do direito são parte importante nesse processo, uma vez que movem e consolidam a justiça dentro do Estado, e são um instrumento importante das relações de poder que o compõe.

Estes operadores do direito se utilizam das leis para provocar o Estado e fazer valer os direitos das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos. Por meio de investigações, processos e julgamentos que se alcança o encaminhamento dessas pessoas aos estabelecimentos adequados que devem prover estes indivíduos de novas alternativas e a possibilidade de ressocialização.

E neste aspecto se observa os quatro tipos de poderes descritos por Foucault (FOUCAULT, 2005; GONDINHO, 1995) e disseminados nas instituições: o poder político e poder econômico no Estado, gerenciando e provendo as instituições com repasses de verba e controle de recursos humanos; o poder judiciário, julgando e definindo as incapacidades, e a inimizabilidade dessas pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos. Há, ainda, o poder epistemológico, que representa o poder que extrai das pessoas um saber e o conhecimento sobre estas e outras pessoas já submetidas ao olhar e controlados por estes diferentes poderes. Ainda, não inclui a sociedade civil na discussão mas lhe dá a sensação de justiça sendo feita por medidas que não têm cumprido o papel de prover estas pessoas de instrumentos para o exercício da cidadania, mas tem tido caráter higienista, ao retirar criminosos loucos da sociedade e encarcerá-los ou marginalizá-los, provendo medicação.

Essa normatização é efetivada por meio deste poder do Estado. Não há esforço por parte do Estado na ressocialização, apenas a busca de uma padronização do comportamento e, para tal, se medicaliza essas pessoas com transtorno mental em estabelecimentos como os CAPS - que estão aquém do proposto pela falta de recursos humanos ou atividades que extrapolem os muros da instituição, por falta de equipamentos sociais. Nessa perspectiva, o Estado não

destina mais recursos para corrigir estas falhas, outrossim, se encarcera essas pessoas para medicá-las, discipliná-las, colocá-las sob vigilância hierárquica e realização constante de exames, e assim se busca e se alcança a docilidade dos corpos. *É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado* (FOUCAULT, 2005, p.118). Dessa forma, o corpo não é para ser cuidado, mas para ser trabalhado ininterruptamente para que haja uma relação de docilidade-utilidade (FOUCAULT, 2005).

O poder corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em concerto. O poder nunca é propriedade de um indivíduo; pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo conserva-se unido. Quando dizemos que alguém está 'no poder', na realidade nos referimos ao fato de que ele foi empossado por um certo número de pessoas para agir em seu nome (ARENDT, 2001, p.36).

Os operadores do direito possuem o poder epistemológico e o poder jurídico. Ainda, como o poder é algo que não existe por si só, mas que se exerce através das relações (FOUCAULT, 1979), são eles, os detentores do saber sobre as sanções normalizadoras; e do poder de decidir vidas; são eles os contribuintes diretos para o controle, para a disciplina e vigilantes hierárquicos da ordem social – por meio da expedição das sanções normalizadoras com suas aplicações penais. Todavia, apesar de concentrarem uma alta capacidade de exercer poder, os operadores do direito não encabeçam as engrenagens que controlam esse processo, e por mais que busquem o bem geral, são subordinados, regidos e dominados pelo poder do Estado. Dessa forma, retroalimentam este poder por serem acoplados ao Estado enquanto instituição jurídica.

[...] as relações de poder existem entre um homem e uma mulher, entre aquele que sabe e aquele que não sabe, entre os pais e as crianças, na família. Na sociedade, há milhares e milhares de relações de poder e, por conseguinte, relações de forças de pequenos enfrentamentos, micro lutas de algum modo. Se é verdade que estas pequenas relações de poder são com frequência comandadas, induzidas do alto pelos grandes poderes de Estado ou pelas grandes dominações de classe, é preciso ainda dizer que, em sentido inverso, uma dominação de classe ou uma estrutura de Estado só podem bem funcionar se há, na base, essas pequenas relações de poder. O que seria o poder de Estado [...] senão houvesse em torno de cada indivíduo todo um feixe de relações de poder que o liga a seus pais, a seu patrão, a seu professor (FOUCAULT, 2003, p. 231).

Assim, por meio da ineficiência do Estado e de sua capacidade de poder, constata-se que estar previsto na legislação não garante assistência ou a construção real dos direitos dessas pessoas, uma vez que são necessários equipamentos sociais e mobilização da sociedade, além de muito preparo e esforço do sistema. Na prática, não há direcionamento de recursos financeiros e nem recursos humanos suficientes para atender a demanda de criminosos loucos, e preocupantemente, não há um reconhecimento da possibilidade de exercício de sua cidadania plena. É perceptível que, por meio das relações de poder, se instaura um círculo vicioso de falha generalizada na sociedade, tornando-a excludente e legitimadora de processos disciplinares excludentes (NAKAYAMA; VENTURA, 2015).

5.5. Efetividade do CAPS e dos Hospitais de Custódia na assistência às pessoas com transtorno mental que cometeram delitos

Esta categoria discute a efetividade dos CAPS e dos HCTPs na assistência às pessoas com transtornos mentais submetidas à medida de segurança.

Os juízes referem boa efetividade dos serviços e um padrão razoável dentro do esperado:

*É, a meu ver **a efetividade ela é boa, mas não passa de boa**, porque acho que é necessário o aporte da família, a sustentação família a meu ver, ela é a continuidade necessária, o CAPS é só parte do processo, é isso que eu quero dizer, o CAPS e o Hospital de Custódia são só uma parte pequena do processo, então **na parte pequena do processo que deveria lhes caber, eu acho que é bom** (J1).*

*Quando a pessoa é acolhida esse acompanhamento é feito, e é bem feito **dentro de um padrão razoável** do que se espera, vejo efetividade nesses serviços (J2).*

Os delegados atuam apenas na fase inicial do processo com a investigação e atuação na situação gatilho que levará à instauração do processo, mas apesar de não acompanharem a execução da medida de segurança ou terem um acesso indireto, durante as entrevistas foi possível observar que eles defendem a desinstitucionalização e compreendem a importância do CAPS, acreditando que o hospital de Custódia só serviria para casos extremos:

*Eu não sei sobre a efetividade deles, **mas acho de extrema importância o CAPS**, porque é um serviço gratuito né? Que atende toda essa população e é um dos poucos recursos que a gente tem que não seja internação, é um tratamento diferente da internação, podem estar em liberdade sendo tratadas e acho que todas as alternativas devam ser esgotadas antes da internação e deixar a internação como uma medida mais extrema, né? (Del1).*

*Então, a evolução do direito penal e processual penal no geral é no sentido de se **deixar a segregação** do indivíduo seja qual motivação for, pena ou medida de segurança, para casos excepcionais, então eu acredito nisso e a nossa legislação e jurisprudência avançam nesse sentido também, né? De não só inimputável, o imputável também **deixar a segregação para casos extremos seria a última haste** né? A última medida, a última ferramenta que o Estado se valeria né? Para resolver aquela questão, então penso que deve ser a última medida, que se devem buscar tratamentos alternativos, tratamento ambulatorial né? Daquele indivíduo **e só deixar segregar aquele indivíduo que não possui condições do convívio** (Del2).*

*Eu acredito na desinstitucionalização, eu acredito desde que o Estado tenha as condições, porque tudo bem ele não pode ser incriminado mas desde que o Estado possa fornecer para ele o tratamento adequado que ele deve ter, eu não posso simplesmente livrar ele do processo e deixar ele solto para amanhã ele cometer outro crime, acho que tem que ter aí ressocialização mesmo e acompanhamento e aquele acompanhamento que eu vou falar “pode deixar ele porque ele cometeu um crime, mas agora ele tá em tratamento”, **o que não podemos é abandonar como o Estado faz**, porque na lei é bonito (Del3).*

Novamente emergem a necessidade de alternativas e a crítica ao abandono do Estado. Ainda, nas falas dos delegados destaca-se o pensamento progressista e humanizado para as pessoas com transtornos mentais que cometem delitos, uma visão em acordo com a Reforma Psiquiátrica e em plena conformidade com a Lei 10.216.

Os advogados entrevistados não se posicionaram quanto à efetividade dos serviços, mas destacaram que há necessidade de observar cada caso para avaliar a efetividade dos serviços:

***É caso a caso para avaliar essa efetividade porque esse aqui pode ter esse atendimento e esse aqui não, precisa ser institucionalizado.** É preciso avaliar o todo, porque tem famílias que não conseguem se manter e nem ter a percepção do que é aquela doença. Acho que o Juiz, junto com o assistente social, o médico, o psicólogo, tem que traçar o perfil para determina qual a melhor medida naquele caso, porque dependendo não há efetividade, e sempre visando o bem estar do paciente, então não considerar só a família, o paciente tem que ser o centro, a prioridade, mas é preciso avaliar o todo (A1).*

*O CAPs é um descentralizador vamos chamar assim, mas **o Estado não tem fundos e nem estrutura** para cuidar dessas pessoas. Então, esse tratamento ambulatorial não pode ser uma forma de você ir levando[...] tem a ver com a capacidade do Estado, não estou dizendo que o CAPS é ruim, **ele é bom mas para alguns casos e não para todos, e o problema é justamente essa seleção** (A2).*

Os advogados quando falam dessa seleção e desse “caso a caso”, atentam para a importância da equidade, que é um dos princípios doutrinários do SUS e se relaciona com os conceitos de igualdade e de justiça. Na saúde mental se evidencia a utilização deste princípio quando, no atendimento às pessoas de acordo com suas necessidades, se oferece encaminhamento a determinados serviços, segundo suas

patologia e particularidades. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve considerar esta diversidade, fornecendo a melhor assistência (FIOCRUZ, 2016).

De fato é fundamental que haja atenção para as particularidades dos pacientes para que se possa oferecer a assistência adequada ou podem ocorrer encaminhamentos a serviços errados, como refere o segundo promotor entrevistado quando questionado sobre este fluxo:

*Existe, temos dificuldades com os laudos também, às vezes os laudos são feitos em entrevistas muito rápidas e é possível que alguns laudos não tenham a profundidade necessária, o que gera internações desnecessárias tanto em um sentido quanto no outro, porque às vezes precisa de internação e não se faz ou não se interna quando há necessidade [...] Olha os Hospitais de Custódia, eu não tive contato direto, o CAPS faz um trabalho muito interessante, não só com as pessoas que cometeram delitos né? Mas na prevenção mesmo e na saúde pública pura né? É essencial esse trabalho, essencial, é nele que vem as indicações é dele que vem os acompanhamentos e **hoje é a melhor ferramenta que a gente tem, o melhor órgão, que nos assessoria que nos dá informações, que consegue estar próximo dessas pessoas, o HCTP eu não tive esse contato, experiência, até acompanhei muitas execuções de pena, mas não havia esses Hospitais de Custódia, sobre essa efetividade... aqui por exemplo nada...a gente não consegue vaga, é uma deficiência bem séria (P2).***

É possível observar que apesar deste promotor referir não conhecer a efetividade dos HCTPs, ele aponta que pelo contato que teve, percebe a deficiência de vagas. Menciona, também, que os CAPS são as melhores ferramentas atuais em sua concepção.

Para o primeiro promotor, as equipes em geral são boas e fazem a diferença, mas é necessário uma busca maior pela porta de saída e pelo preparo das instituições serem regidas pelo princípio da brevidade nas internações, com projeto de continuidade e perspectivas para os pacientes após o tratamento:

*São equipes muito abnegadas, muito aplicadas, **então me parece ser assim se não é adequado, se não é ideal, as pessoas lá procuram fazer a diferença, essa foi a percepção que eu tive.** No mais, de uma forma geral, os hospitais estão completamente perdidos hoje com esse processo de judicialização. Então, não sabem o que fazer com aquele monte de gente chegando com ordem judicial, pessoas internadas desnecessariamente, né? Acho que a gente precisa buscar identidade para esses hospitais né? Precisamos principalmente que as pessoas entendam que este é lugar de passagem na vida dessas pessoas, isto, todos nós que trabalhamos com saúde mental, né? **De impor isto “que isso aí é uma etapa de passagem na vida de vocês, tem que sair daí e ter uma perspectiva” (P1).***

Essa percepção do primeiro promotor é similar a do segundo defensor entrevistado:

*Então o CAPS, assim, apesar dos pesares ainda é uma ilha **que tem um atendimento razoável**, a assistente social e as psicólogas têm um contato assíduo com eles e a gente conversa muito. **Você vê que lá não é isso tudo ideal, mas se tenta no possível se dar uma condição mínima**, o que acho que falta, **é que talvez a demanda é muito grande**, então falta muito ter mais centros. Com relação a Hospital de Custódia, mais uma vez aquela questão tem um e esse que tem é meio patinho feio, **então já tem pouco e o que tem não funciona adequadamente**. Então eu acho que dá para fazer uma analogia: porque não se preocupam com esse paciente? Eu vejo que se você olhar para um preso em condições mentais normais né? **A gente não tem um olhar para a porta de saída dele**, então um dia ele vai sair, né? **Então a gente não se preocupa na volta, se preocupa em colocar a pessoa lá dentro e esquecer ela lá, e depois?** Essa pessoa vai voltar? A mesma coisa a pessoa que pratica crime e que tem transtorno mental você tem que colocar lá e tratar de maneira adequada porque um dia ela vai voltar né? Muito difícil ela ter uma condição, né? **Então você tem que ter esse olhar para a porta de saída**, não se olha a questão humana, que essa pessoa volte a produzir, a ter um convívio familiar, então aquela preocupação de a pessoa tem que se isolar e o problema não é meu (Def2).*

O defensor público seguinte se volta para a necessidade de aparato do Estado, o que também coincide e reforça várias percepções anteriores:

*Do meu ponto de vista com certeza o melhor é não institucionalizar, mas para isso eu acho que teria que ter mais CAPS, eu acho que a criação deles foi um avanço já, mas uma das **críticas que eu tenho ao serviço prestado pelo Estado é ausência de assistência social**, assim um serviço de assistência social adequado, você entendeu? **Do meu ponto de vista já foi um avanço, mas ainda muito tímido perto do que deveria ter, porque essa é uma estruturação que se tivesse um bom serviço social junto com um bom aparelhamento para a prestação das necessidades básicas da população**, principalmente dos mais carentes (Def3).*

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que **define os parâmetros populacionais e as modalidades de instalação da unidade de CAPS**, apoiada sob as fundamentações da Lei 10.216/2001, os CAPS constituem uma rede extra-hospitalar e o Ministério da Saúde preconiza como sua função prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, a fim de evitar internações em hospitais psiquiátricos. É objetivo promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais. Dessa forma, deve haver inclusão de outros setores que se relacionem com o exercício da cidadania. O CAPS regula a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e fornece suporte à atenção à saúde mental na rede básica, além de organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede, fundamentais para a política de saúde mental e efetividade na Reforma Psiquiátrica. É necessário, contudo, que

haja estruturação e investimento para a qualidade de assistência do CAPS e a efetividade para além do acolhimento e das consultas. É importante que ele forneça atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário para o exercício da cidadania, e que para tanto, utilize de tudo que deve estar disponível na comunidade (trabalho, educação, assistência social), pois ele é o núcleo de uma clínica, que engendra autonomia, e convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória de seu tratamento, com foco no acompanhamento clínico e na reinserção social das pessoas com transtorno mental através do acesso ao lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento do vínculo com a comunidade e a família (BRASIL, 2002). Ressalta-se, portanto, a importância da luta pela valorização dos CAPS, especialmente considerando que a assistência em saúde mental, eventual ou contínua, é uma necessidade de aproximadamente 10% da população do país. O CREMESP em 2010, avaliou os CAPS em diferentes formas de gestão no Estado de São Paulo, considerando portes diferentes, capacidade operacional, complexidade de atendimento e cobertura populacional, e identificou lacunas e distorções que precisam ser resolvidas para que a Reforma Psiquiátrica no Brasil avance. Foi constatada a insuficiência de quadro de pessoal, ausência de atendimento médico clínico, falta de médicos psiquiatras em determinados períodos, falta de retaguarda para emergências e para leitos psiquiátricos, além da ausência de realização de atividades na comunidade, ausência de supervisão e capacitação, e limitações de acolhimento, principalmente em período noturno. Alarmantemente, o número de profissionais está muito abaixo do previsto na legislação, e entre as barreiras para efetividade do CAPS, a insuficiência do quadro de pessoal foi a mais citada. Em um total de 59 centros, aproximadamente 70% das unidades avaliadas fizeram referência à falta de profissionais (CORDEIRO; LIMA, 2010). Sob essa perspectiva é possível analisar a insuficiência que aparece tão recorrentemente nas entrevistas quando se fala nos serviços. Não há como um serviço que presta assistência a saúde funcionar de forma satisfatória sem recursos humanos, que representam a matéria-prima principal para se fazer saúde: conhecimento, força de trabalho e habilidade para fomentar redes com os equipamentos sociais (que são obrigatoriamente) necessários para ressocialização. Um dos promotores entrevistados fala sobre uma necessidade de aperfeiçoamento na atitude das equipes dos CAPS:

Qual que é o problema do tratamento ambulatorial? Na medida de segurança e fora dela? Eu acho que é a incapacidade das equipes de lidar com a complexidade do caso. As equipes de saúde não se deram conta que precisa ter busca ativa de pacientes, que precisa ser assistido domiciliarmente e precisa angariar a confiança para trazer por serviço, se não for assim a situação só vai ficar pior, né? (P1).

Desta forma, é possível observar pela fala do promotor em questão que a problemática não advém apenas de equipes defasadas em número, mas em preparo para lidar com “loucos criminosos”, pois se há dificuldade em atender casos de alta complexidade sem o adicional da medida de segurança, quando se pauta a assistência de pessoas duplamente estigmatizadas, estes podem ficar à margem do tratamento humanizado, da garantia do direito à saúde mental e direitos humanos.

Dados de pesquisas realizadas pelo Brasil expõem que apesar dos avanços, os serviços comunitários ainda não garantem por si só a dignidade, integração e autonomia às pessoas com transtornos mentais. Reportam, ainda, e que nos serviços de saúde, alguns profissionais adotam condutas individualistas, arrogantes, e prepotentes que acabam resultando em desrespeito, tratamento preconceituoso e discriminativo, excluindo do atendimento o cumprimento aos direitos humanos dos usuários, o que culmina em uma assistência desumana e de péssima qualidade (HUNT; MESQUITA, 2006; CHAMMA; FORCELLA, 2001).

A relatada falta de preparo das equipes em lidarem com a complexidade dos pacientes é um dado alarmante, uma vez que toda a possibilidade de garantia do direito à saúde fica comprometida diretamente quando os direitos humanos são desrespeitados. No caso da assistência à saúde mental, só é possível alcançar eficácia com o projeto terapêutico individual, considerando-se a singularidade e especificidade do paciente, o que só é possível com equipes que buscam lidar com preconceitos, são destemidas, dispostas e preparadas para oferecer o cuidado com alto nível de complexidade.

Os participantes citaram pouco os HCTPs, ainda que o questionamento englobasse sua efetividade e dos CAPS. Os operadores discorreram bastante sobre o segundo, e citaram os HCTPs como estabelecimentos conhecidos por “não pensarem em rede”; “possuírem profissionais abnegados, mas não enxergarem a **porta de saída**”, o que já diagnostica a não efetividade destes locais.

Não se enxerga a porta de saída porque se tornam estes locais um instrumento de controle dessas pessoas, destinados à vigilância hierárquica e

disciplina. As pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos são submetidas ao conhecimento e disciplina institucional - que abrange formas eficazes e reguladoras para análise dos indivíduos - com critérios de separação e delimitação de espaço. As instituições possuem operações históricas de organização, classificação e depuração, o que se aplica às penitenciárias e consequentemente aos HCTPs, por meio do controle de espaço (grades, alas ou celas) e do tempo (banho de sol, horários regulares de alimentação e sono).

No âmbito deste processo, não só se ignora com veemência o princípio da brevidade e não se abrem expectativas de saída, como muitas vezes se perpetua a vida dessas pessoas nestes locais. O Brasil possui 23 HCTPs e 3 alas de Tratamento Psiquiátrico. Diniz (2013), no censo de 2011, encontrou 3.898 homens e mulheres vivendo nestes locais, dos quais dezoito indivíduos internados há mais de trinta anos, o que representa mais do que a pena máxima aplicável a um inimputável. Eles envelheceram neste locais e atravessaram os muros de um dos regimes mais cruéis de segregação social. Na época do censo, já idosos, esperavam do Estado a corporificação para além dos números e o seu reconhecimento como indivíduos singulares com necessidades existenciais ignoradas em vários domínios ao longo de suas vidas. Estes 18 pacientes representavam 0,5% da total da população do censo, o que poderia oferecer um alívio falacioso aos “pró-sociedade”, que acreditam que o sistema é necessário e justo para que haja segurança e defesa social. Mas há outro grupo para contrapor esta lógica: 606 indivíduos internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida, o que os torna 21% da população sob medida de segurança no país. Ainda, não havia como saber se a situação em que se encontraram durante o censo era pior do que aquela em que estariam caso fossem apenados como imputáveis. A eles, a psiquiatria e o sistema jurídico poderiam e deveriam oferecer assistência, não só médica, mas de enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, social e atendimento voluntário de comunidades religiosas.

Os dados são reveladores do que classifico como “estrutura inercial” do modelo psiquiátrico-penal no Brasil: 41% dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso, o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico é de dez meses (o artigo 150, § 1º do Código de Processo Penal determina 45 dias) e o de espera para o exame de cessação de periculosidade é de 32 meses, 7% dos indivíduos possuem sentença de desinternação e se mantêm em regime de internação (DINIZ, 2013, p.17).

Fica claro que apesar de dispositivos como o programa “De Volta para a casa” (Lei 10.708 de 2003 - que institui o auxílio-realibitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações) e a Portaria nº 94 de 2014 que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não se percebe um olhar para a porta dos HCTPs. São necessários mais do que papéis escritos e fiscalização, há necessidade de uma mudança cultural, para que se reconheça que estas pessoas não devem ser abandonadas ou submetidas a um tratamento razoável, mas ao melhor tratamento possível. Essa mudança deve ocorrer não só desses locais (HCTPs e CAPS) para fora, mas de fora para dentro desses locais, reconhecendo-se a necessidade de investimento maciço pelos representantes da população; cobrança e fiscalização da sociedade civil pelo pleno funcionamento desses equipamentos sociais.

Contudo, as instituições, sejam jurídicas ou de saúde, também são componentes importantes do Estado, e precisam que os profissionais as reconheçam como células de um grande sistema, que devem atuar para garantir que essas pessoas não sejam destituídas de seus direitos humanos, esquecidas, e abandonadas sem tratamento e portanto, sem o seu direito à saúde mental.

“O Estado democrático, agente responsável pela promoção dos direitos humanos nas democracias modernas, tem papel importante a ser exercido na sociedade brasileira em especial, possuidora de um elevado grau de desigualdade social[...]diante deste quadro **as instituições se eximem de sua responsabilidade na promoção dos direitos humanos e buscam a ordem social por meios que são legais, mas nem sempre legítimos.** O Estado, ao buscar sua hegemonia, torna institucional **várias formas de violências, no intuito de reprimir e punir os que transgridem as normas.** A sociedade brasileira, na maioria das vezes, aceita e considera legítima a violência exercida pelo Estado, por suas instituições, para a defesa de interesses do poder dominante (FEFFERMANN, 2006.p.126, grifo nosso).

Dentro do poder disciplinar, descrito por Foucault (2005) em Vigiar e Punir destaca-se a disciplina para o bom funcionamento social na descrição de “Sociedade Disciplinar”, que, implantada a partir dos séculos XVII e XVIII, estabeleceu um sistema de controle social mediado por técnicas que exerciam poder sobre o corpo, e que em meados do século XIX, migraram do castigo corporal para a perda de um direito, especialmente do direito à liberdade, o que caracteriza o deslocamento da punição sobre o corpo, na criação de um novo regime de poder, que se misturam em

discursos científicos, técnicas e novos saberes. Assim, fomentam o poder de punir, cristalizado principalmente nas Leis e com isso, respaldam o Estado por legitimar as punições que este propõe e executa, não apenas para punir, mas para vigiar os indivíduos, discipliná-los segundo suas adequações e controlá-los. Com o controle legitima-se a punição das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos, porque elas transgrediram as normas, e concomitantemente o direito humano à saúde é silenciado e esquecido uma vez que o aparato torna-se a disciplina e a vigilância hierárquica por meio de sanções normalizadoras.

Desta forma, é necessário que se compreenda e se busque que o direito à saúde mental seja a parte principal do processo da medida de segurança, porque uma vez que este direito se torna prioritário, não haverá aberturas de precedentes para a violação aos direitos humanos e por consequência não haverá abandono ou negligência na assistência a essas pessoas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. Considerações Finais

A luta pela consolidação e garantia dos direitos humanos se incorpora a um mundo em que as minorias sociais não admitem mais a ausência de voz e invisibilidade de suas mazelas. No caso das pessoas com transtornos mentais, há uma necessidade urgente de protagonismo e agregação do máximo número de pessoas na defesa de seus direitos, porque grande parte dos cidadãos afetados pelos transtornos mentais não possuem nas mãos a autonomia e consciência para enfrentar estes desafios sem o apoio da sociedade, do poder judiciário e do poder executivo, dos profissionais de saúde e da comunidade em que vivem. Estas lutas se embasam nos dispositivos legais para a proteção dos exponencialmente excluídos, aqueles que são loucos e criminosos, e que ficam duplamente à margem nas correntes da medida de segurança e do desinteresse do Estado em garantir sua cidadania.

As pessoas com transtorno mental que cometeram crimes não devem e não podem ser penalizadas. Necessitam de assistência psiquiátrica e social, de tratamento holístico, e de estarem plenamente inseridas com base nos dispositivos da Lei 10.216/01. Nesta pesquisa buscou-se identificar a compreensão do direito à saúde mental das pessoas sob medida de segurança na perspectiva dos aplicadores da Lei, uma vez que estes são um fator importantíssimo na garantia do exercício da cidadania das pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes.

A partir da análise dos dados obtidos concluímos que:

- As entrevistas apresentaram percepções subjetivas, outrossim, similaridades importantes se destacaram: a unanimidade de concordância sobre a falta de estruturação por parte do Estado em oferecer serviços de saúde mental efetivos e vagas suficientes em todos eles.
- Por outro lado, apareceram divergências importantes: há operadores que acreditam que o fluxo ocorre sem grandes dificuldades contrapondo operadores que percebem muitas dificuldades no fluxo processual; há, também, discrepância na percepção da efetividade dos serviços (HCTPs e CAPS). Assim, alguns profissionais vêem efetividade dos serviços na medida do possível, enquanto outros vêem muito pouca efetividade.
- Ao longo das entrevistas, a maioria dos operadores do direito tiveram uma inclinação natural a tratar da medida de segurança voltando-se para o tratamento custodial dentro dos HCTPs como se a medida de segurança fosse quase que

essencialmente a medida detentória.

- A terminologia **pena e preso** estiveram muito presentes nas entrevistas, apontando que, na prática, não há uma diferenciação real, ou uma internalização da quebra de paradigma que diferencia esses pacientes do presos comuns, nem mesmo para os operadores do direito.

- Todos os operadores do direito se mostraram favoráveis a recorrer à institucionalização como último recurso e o minimamente possível. Foi possível detectar ao longo de todas as entrevistas, empatia e preocupação com as pessoas com transtorno mental e com a dificuldade do Estado em efetivar as medidas de ressocialização para aquelas que cometeram delitos.

- Os operadores do direito consideram que existem dificuldades do acesso ao direito à saúde mental em todas as etapas que permeiam a medida de segurança, abarcando tanto a fase do processo, quanto da assistência. Houve diagnóstico de um judiciário assoberbado e ao mesmo tempo um despreparo do Estado em oferecer um serviço adequado com vagas suficientes nos HCTP e um número adequado de CAPS.

- Há desconhecimento por parte dos operadores do direito sobre a relação entre o sistema judiciário e os serviços de saúde e/ou existência de comunicação e avaliação dos serviços de saúde antes da determinação da medida de segurança.

- Alguns operadores referem a dificuldade de um olhar e uma análise mais humanos e individualizados ao longo dos processos judiciais das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos, o que certamente reflete a dificuldade do acesso a direitos por essas pessoas.

- O conteúdo das entrevistas apontou que é necessária uma reestruturação urgente, que conte principalmente com aumento de recursos humanos nas instituições de justiça e de saúde, para que as pessoas possam protagonizar a garantia de seus direitos e tratamentos, ou corre-se um risco ainda maior de que todos os casos das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos fiquem reduzidos a um número de processo na justiça e a uma patologia nos serviços de saúde e de reclusão, fazendo parte de um modo produtivo de atender demandas, e não de uma forma eficaz de gerar recuperação, ressocialização e exercício da cidadania através do protagonismo no tratamento e no exercício dos direitos individuais.

- Foi possível perceber, por meio das entrevistas, que os operadores do

direito aplicam a legislação, usando as ferramentas que têm em mãos da melhor forma possível, e se frustram recorrentemente diante da ineficiência do que prossegue após suas decisões e atuações nos processos judiciais. Estes são obrigados a produzir, mesmo vendo direitos minimizados e um Estado despreparado para garantir, com qualidade, direitos basilares como a assistência à saúde a quem mais precisa dela.

- Ainda que se perceba uma certo conformismo resultante de uma aceitação da crueldade do sistema em alguns profissionais, é perceptível que há pelo menos uma centelha de esperança na maioria deles sobre a construção de um Estado mais humano.

- Os operadores fazem parte da grande máquina de poder capaz de mudar vidas, mas estão longe de controlar essa máquina. São instrumentos do poder, aplicadores das leis, e por estarem acoplados à ela, conhecem as mazelas e os pontos de falência, mas não têm poder para agir contra a máquina pública e consertá-la a curto prazo.

- O judiciário precisaria de um número gigantesco maior de operadores para poder individualizar e humanizar o atendimento aos casos, e precisaria que à frente, o Estado oferecesse uma estrutura capaz de prover assistência, fazer valer leis e garantir direitos.

- Foi apontado durante as entrevistas que a sociedade não pode se eximir de sua responsabilidade na busca por garantir que direitos sejam cumpridos e que serviços devidos sejam entregues com qualidade. Os operadores percebem um distanciamento da sociedade na busca por serviços mais humanos. É fato que a sociedade civil deve ser fiscal daquilo que é mantido com o pagamento de seus impostos e administrado pelos representantes que ela escolheu, e que a construção e garantia de direitos para as pessoas com transtornos mentais depende da sua participação direta nas políticas de segurança pública e saúde.

- Este estudo apresentou uma limitação importante no que se refere ao número de entrevistas por categorias profissionais dentro da profissão do direito, fruto da inacessibilidade aos profissionais; o que gerou um número reduzido de entrevistas se comparado ao mínimo proposto inicialmente de 20 profissionais, com mínimo de 5 juízes e 5 promotores.

- Os resultados do estudo ressaltam a necessidade de se pesquisar e atuar na realidade dos “loucos e criminosos” no contexto dos serviços de saúde e de

reclusão. Dessa forma, não basta conhecermos seus perfis e seu tempo de institucionalização ou de acompanhamento extra-hospitalar. É imprescindível que lhes sejam dada voz sobre a realidade que vivem, sendo esta uma possível futura pesquisa a ser desenvolvida após este estudo.

Em suma, é possível afirmar que não é exclusivamente por meio da legislação e do poder judiciário que os direitos humanos são e serão garantidos e efetivados. É necessário que haja horizontalidade e participação da sociedade e das instituições que a compõem enquanto poder público e Estado.

Há um longo caminho a ser percorrido para que a assistência à saúde mental seja efetiva e de qualidade, respeitando direitos humanos, provendo autonomia e ressocialização às pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos. Dessa forma este trabalho objetiva ser um passo, ainda que lento e curto, neste caminho em busca do fortalecimento do Estado Democrático de Direito, de um convite a um novo mundo, onde todos decidam se comprometer a participar da construção de uma sociedade mais humana e preparada a desconstruir preconceitos, com cada indivíduo assumindo a parcela de responsabilidade que lhe cabe - como profissional e cidadão – de transformar a realidade em um local mais habitável ao diferente, e mais sensibilizado às questões penais e de saúde mental, que não deixe que pessoas sejam encarceradas e abandonadas de forma cruel e desumana, ou que tenham um tratamento aquém do que lhe é de direito.

Os resultados do estudo serão apresentados inicialmente aos participantes da pesquisa, e posteriormente a gestores e pessoas responsáveis pela tomada de decisão da área de justiça e saúde, visando transpor os muros da Universidade e oferecendo elementos de mudança à sociedade.

7. REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação de Normas Técnicas. NBR 6023.

Referências

AITH, F. M. A. **Teoria geral do direito sanitário**. 2006. 456 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006.

_____. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. **Rumo ao fim dos manicômios**. *Mente e Cérebro*. 2006. Disponível em: <http://www2.uolcom.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios_imprimir.html>. Acesso em: 02 jun. 2014.

ARBORELA-FLÓREZ, J. Mental illness in jails and prisons. **Current Opinion in Psychiatry**, n.12, 1999, p. 677–682.

ARENDT, H. **Poder e violência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B.; Snowball (bola de neve): Uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. **X Congresso Nacional de Educação**. Pontifícia Universidade Católica: Curitiba, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BATISTA, N. **Punidos e mal pagos: violência, justiça, segurança pública e direitos humanos no Brasil de hoje**. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

BEZERRA JR., B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil nos anos oitenta. In: GUIMARAES, R.; TAVARES, R. (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relme Dumará, 1992. P. 171-191.

BRASIL. **Código Penal do Brasil**. 50ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Legislação em Saúde Mental**. 2. ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Lei Complementar nº 988, 09 de janeiro de 2006. **Organiza a Defensoria Pública do Estado, institui o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado**. São Paulo, SP. 09 jan. 2006. Disponível em <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=2939>>. Acesso em 28 mai. 2016.

_____. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**. Disponível em : < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm >. Acesso em: 18 mai. 2016.

_____.Lei n. 8. 080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

_____.Lei 10.708, de 21 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 01 de ago. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm> Acesso em: 15 jan. 2016.

_____.Lei 12.106, de 2 de dezembro de 2009. Cria, no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, o Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 08 dez. 2009. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20072010/2009/lei/l12106.htm> Acesso em 22 mai. 2016.

_____.Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n.94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html> . Acesso em 14 nov. 2014.

_____.Ministério da Saúde. Portaria GM.MS nº 1.220/2000. Inclui nas Tabelas de Serviços e de Classificação do SAI/SUS, O Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=321>>.Acesso em 21 jul. 2014.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma Psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil**: Ministério da saúde, 2005.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.Brasília,DF. 2006.

_____.Projeto de Lei 189 de 1991. Dispõe sobre a seleção de locais, a construção, o licenciamento, a operação, a fiscalização, os custos, a remuneração, a responsabilidade civil e as garantias dos depósitos de rejeitos radioativos e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em:<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=15139>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____.Projeto de Lei 3657 de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, DF, 12 de set. 1989. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-3657-10-novembro-1959-354113-publicacaooriginal-1-pl.html>> .Acesso em 13 abr. 2015.

_____.Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>Acesso em: 23 set. 2013

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de atenção de atenção à saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília, 2004.

BRAVO, O.A. As Prisões da Loucura, a Loucura das Prisões. **Psicologia & Sociedade**. Porto Alegre, vol.19, n.2, maio/agosto, 2007.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal Vol. I – Parte Geral**. 8. Ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, out./dez. 2006.

CARVALHO, S. Reprobabilidade e segregação: as rupturas provocadas pela antipsiquiatria nas Ciências Criminais. In: **Temas para uma Perspectiva Crítica do Direito: Homenagem ao Professor Geraldo Prado**. Lúmen Juris: Rio de Janeiro, 2010.

CHAMMA, R. C.;FORCELLA, H.T. O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.35, n.2, p.184-190,2001.

CHAVES, A.A.B. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva. 2006. 83 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CONJUR. Brasil atinge a marca de 100 milhões de processos em tramitação na Justiça. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-set-15/brasil-atinge-marca-100-milhoes-processos-tramitacao>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1952 de 07 de julho de 2010**. Adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil e modifica a Resolução CFM nº 1.598, de 9 de agosto de 2000.Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1952_2010.htm>. Acesso em 20 set. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Censo do Poder Judiciário**. 2014. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/images/dpj/CensoJudiciario.final.pdf>> Acesso em 14 jun. 2016.

_____.**Recomendação nº35 de 12 de julho de 2011**- Dispões sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Disponível em:<http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/recomendacoes/reccnj_35.pdf>. acessado em 02/11/2014

_____.**CNJ vai integrar Comitê Nacional de Saúde**. 2013. Disponível em :<<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/26760-cnj-vai-integrar-comite-nacional-de-saude-mental>>. Acesso em 25 set 2014.

_____. **Censo do Poder Judiciário.** 2014. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/images/dpj/CensoJudiciario.final.pdf>> Acesso em 14 jun. 2016.

CORDEIRO, H. **Sistema único de saúde.** Ayuri Editorial, Rio de Janeiro, 1991.

CORDEIRO, Q. LIMA, M.G. **Hospital de custódia:** prisão sem tratamento; fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo. São Paulo: CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014.

CÔRREA, V.P.A. O papel da polícia judiciária no Estado democrático de direito. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XII, n. 43, p. 16-21, out./dez. 2008.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Blitz do Cremesp aponta situação precária em hospitais de custódia. 2014. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Imprensa&acao=crm_midia&id=703>. Acesso em 21 mai. 2016.

CURY, I.T.T. **Direito fundamental à saúde.** Rio de Janeiro:Lumen Juris, 2005.

D' ANDREA G, BRITO ES, VENTURA CAA. Direito à Saúde Mental e Evolução da Medida de Segurança à luz da Reforma Psiquiátrica. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca**, v. 7, p. 208-221, 2013.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3094>>. Acesso em 1 jul.2015.

DELGADO, P. G. G. **As razões da tutela.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DENZIN NK, LINCONL YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: **Sage Publications**; 1994.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil:** censo 2011. Brasília: Letras Livres/ UnB, 2013.

FEFFERMANN, M. **Vidas arriscadas:** O cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico. Petrópolis: Vozes, 2006.

FERRARI, E. R. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito.** 1ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

FIGUEIREDO NETO, M.V. ; ROSA, L.C.S. A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216) e suas heterogeneidades enunciativas: Perspectivas interdisciplinares. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 82, nov 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=8661&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em 1 jun. 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Casa de Oswaldo Cruz. Departamento de Arquivo e Documentação. **Fundo Conferência Nacional de Saúde, VIII:** inventário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

_____.Pense SUS: equidade. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/equidade>> . Acesso em: 15 nov. 2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Tradução de Robert Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Ditos e escritos: estratégia, poder-saber**. Tradução Vera Lucia Avelar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

GABLE, L.; VÁSQUES, J.; GOSTIN, L.O.; JIMÉNEZ, H.V. Mental health and due process in the Americas: protecting the human rights of persons involuntarily admitted to and detained in psychiatric institutions. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington, v. 18, n. 4, p. 366-373, 2005.

GAYA, A. **Ciências do movimento humano: introdução à metodologia de pesquisa**. 1ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GODINHO, E. M. **Educação e Disciplina**. Rio de Janeiro: Diadorim, 1995.

GRECO FILHO, V. **Manual de Processo Penal**, 8ª ed. Rev atual e ampl. com a colaboração de João Daniel Rassi.- São Paulo: Saraiva, 2010.

HUNT, P. ;MESQUITA, J. Mental disabilities and the human right to the highest attainable standard of health. **Human Rights Quarterly**, Baltimore, v.28, p. 332-356, 2006.

JACOBINA, P.V. Direito penal da loucura: Medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, v. 5. n.1, p. 67-85, 2004.

KONRAD, N. ; LAU, S. **Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany**. International Journal of Law and Psychiatry, n.33, p.236–240, 2010.

LANDRY, M. **O Psiquiatra no Tribunal: o processo da perícia psiquiátrica em justiça penal**. São Paulo: Pioneira: Ed. da Universidade de Paulo, 1981.

MARIZ, R. Pesquisa revela que 35% dos internos em manicômios judiciais não voltam à liberdade. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 05 dezembro 2011. Disponível em: <http://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2011/12/05/interna_nacional,265642/pesquisa-revela-que-35-dos-internos-em-manicomios-judiciais-nao-voltam-a-liberdade.shtml>. Acesso em: 17 abril 2013.

MARTINS, I.G.S. **A função do delegado de polícia é função pertinente à carreira jurídica**: emenda constitucional que equipare subsídios a outras carreiras jurídicas públicas não fere cláusulas pétreas: parecer. Fórum Administrativo, Belo Horizonte, v. 12, n. 139, set 2012.

MAZZILLI, H N. O acesso à Justiça e o Ministério Público. **Revista Justitia**, n.146, Porto Alegre, 1989.

MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996. 80p.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 7ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista**

Brasileira de Educação Médica, v.33, p.83-91, 2009.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 43-50, 2003.

MUSSE, L. B. Novos sujeitos de direito. As pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito. São Paulo: Campus Jurídico, 2008.

NAKAYAMA, B.T.S.; VENTURA, C.A.A. Transtornos Mentais e Medida de Segurança: Uma Análise Fundamentada no Direito Humano à Saúde. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**. Ribeirão Preto, v. 4, n.3, p.353-365, mar. Disponível em: < <http://www.ipebj.com.br/forensicjournal/edicoes?volume=4&numero=3&artigo=186>.> Acesso em 17 mai. 2016.

NICÁCIO, M.F.S. Utopia da realidade: contribuições de desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. 279.p.

ORDACGY A. S. **A tutela da saúde como um direito fundamental do cidadão**. Disponível em <http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf.> Acesso em 30 jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque: OMS/WHO, 1946.

_____. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm.>. Acesso em 21 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1993.

_____. **Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Genebra, 2005.

PACHECO, J.A. **O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**: Revisão dos Estudos Brasileiros. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel). Universidade de Brasília. Brasília, 2011.

PATTON, M.Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Newbury Park, CA. Sage Publications, 1990.

PAULO, A.S. **Imputabilidade penal no caso de psicopatia à luz das neurociências e da bioética/ Arthur Santana de Paulo**. – Rio de Janeiro: UFRJ : UFF: UERJ : FIOCRUZ, 2015.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. São Paulo: Saraiva, 2007.

POHLMANN, D. O papel do CAPS na reforma psiquiátrica brasileira. **Rede Humaniza SUS**: 2013. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/66173-o-papel-dos-caps-na-reforma-psiquiatrica-brasileira>.> Acesso em 13 mar. 2016.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, M.F.S. **Uma Ecologia Política dos Riscos**: princípios para integramos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. **Parecer sob medida de segurança e hospitais de Custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/01**. Brasília, DF. 2011.

REIS, A. O. A. Saúde Mental, Democracia e Responsabilidade. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.**, v. 20, n.1, p. 11-15.2010.

ROCHA, J.C.S. **Direito da Saúde**. São Paulo: LTR, 1999.

RUBIN, A.L. et al. A evolução da medida de segurança: Da loucura moral à Lei nº 10.216/2001. **Rev. Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**. Santa Maria, v.3, n. 3, setembro, 2008.

SARACENO, B. **Reabilitação Psicossocial**: Uma estratégia para a Passagem do Milênio. In: PITTA, A. (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p.13-18.

SECRETARIA MUNICIPAL DE GOIÂNIA. Atendimento Psiquiátrico. Disponível em: <<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/secretaria/saudemental/atendimento.s.html>> Acesso em 19 jun. 2016.

SCHWARTZ, G. **O tratamento jurídico do risco no direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria dos Advogados, 2004.

SILVA, A.J. A ideia de poder em Foucault: o Estado e a arte de governar. **Rev. Metavóia**. Universidade Federal de São João del-Rei-/MG, n.12, p.19- 37, 2010.

SILVA, M.V.P. Controle e normalização: Michel Foucault e a relação entre corpo e poder . **Rev. Teor. pol. soc. Cidad.**, Salvador, v. 3, p. 87-98, jan./dez. 2008.

SOUZA, N.C.; MENESES, A.B.N.T. O poder disciplinar uma leitura em vigiar e punir. **Revista Saberes**. Natal, v. 1, n.4, p. 18-35, 2010.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9. N. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TRINDADE, A.A.C. **A proteção internacional dos direitos humanos**: fundamentos jurídicos e instrumentos básicos. São Paulo: Saraiva, 1991.

VENTURA, C.A.A. **Saúde Mental e Direitos Humanos**: O processo de construção e cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

WRIGHT, J.T.C.; GIOVINAZZO, R.A. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 12, p. 1-12. 2000.

8. APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Frente)

Eu, Bruna Tássia Souza Nakayama, pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: *O Direito à Saúde Mental das Pessoas Sob Medida de Segurança na Perspectiva Dos Aplicadores da Lei*, objetivo identificar como os operadores do direito envolvidos no processo penal da pessoa com transtorno mental autora de delito compreendem o direito à saúde mental dessas pessoas na cidade de RP.

Assim gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo. Sua participação consistirá de seu envolvimento em uma entrevista individual. A atividade e as respostas aos questionários têm duração prevista de 30 a 45 minutos. A entrevista será agendada conforme sua disponibilidade de data e horário e acontecerá seu local de trabalho. Essa entrevista será gravada e deverá ocupar entre 30 e 45 minutos do seu tempo. A gravação e as respostas dos questionários servirão apenas para análise da pesquisadora, para fins desta investigação, podendo ser divulgadas em trabalhos ou eventos científicos, mas garantindo-lhe a não identificação.

Os benefícios advindos de sua participação e desta pesquisa são esperados pelo confronto e estreitamento de laços entre a saúde mental e direito, visando fortalecer esta articulação a partir da identificação da compreensão deste processo por operadores de direito.

Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por sua participação. Sobre os riscos envolvidos na sua participação, informo que o(a) senhor(a) poderá sentir algum tipo de desconforto durante a entrevista, mas receberá apoio da pesquisadora se isso acontecer. Está garantida indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas, diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa. Sendo sua participação voluntária, o(a) senhor(a) poderá a qualquer momento recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar desta pesquisa. Por fim, ao aceitar participar desta pesquisa o senhor receberá uma via assinada pela pesquisadora deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Comprometo-me, também, a garantir-lhe a apresentação dos resultados obtidos após término da pesquisa.

Dou-lhe a garantia de que as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para a realização do estudo e que os riscos inerentes relativos a estes dados serão minimizados pela pesquisadora que os armazenará seguramente.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa. Para informações adicionais ou reclamações, o senhor poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, situado na av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, ou pelo telefone 16-3315-3386, ou e-mail cep@eerp.usp.br, em dias úteis das 8 às 17 horas.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Verso)

Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para qualquer informação que considerar necessária.

Atenciosamente,

_____.

Bruna Tássia Souza Nakayama

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP

Av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto

CEP: 14040-902

Tel: (16) 98824-2963

Eu, _____,
declaro estar ciente do inteiro teor deste consentimento e estou de acordo em participar da pesquisa, sabendo que dela poderei desistir a qualquer momento sem sofrer quaisquer punições ou constrangimentos.

Ribeirão Preto, _____ de _____, 20____.

Assinatura

APÊNDICE B

Local: () Defensoria Pública () Delegacia () Ministério Público () Tribunal de Justiça () Outro: _____

Função que executa: () Advogado () Defensor Público () Delegado () Juiz () Promotor de Justiça

Idade:

Sexo: ()F ()M

Tempo de carreira:

1. Como você compreende os direitos das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos? Você vê representatividade da Lei 10.216 e alguma repercussão da Reforma Psiquiátrica para o sistema judiciário?
2. Há acompanhamento e/ou comunicação do poder judiciário durante o cumprimento da medida? Na sua opinião, qual a importância deste acompanhamento/comunicação?
3. Como ocorre o fluxo processual da medida de segurança? Há dificuldades? Quais?
4. Como se dá a relação entre este órgão (Delegacia/Ministério Público/Tribunal de Justiça) e os serviços de saúde mental para os quais estes cidadãos são encaminhados?
5. Os serviços de saúde mental são avaliados antes da determinação da medida de segurança? Como isto acontece?
6. Quais as dificuldades de acesso ao direito à saúde mental pelas pessoas com transtornos mentais submetidas à medida de segurança?
7. Como você compreende a aplicabilidade e efetividade dos CAPS e dos Hospitais de Custódia na assistência às pessoas com transtorno mental que cometeram delitos?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DOUTORES COM A FINALIDADE DE ANÁLISE, ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA ROTEIRO DE ENTREVISTA NA ÁREA DE DIREITO E SAÚDE

(Frente)

Eu, Bruna Tássia Souza Nakayama, sou mestranda na pós-graduação de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: O Direito à Saúde Mental das Pessoas Sob Medida de Segurança na Perspectiva Dos Aplicadores da Lei. Gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo. Sua participação consistirá em analisar, criticar e emitir sugestões sobre o instrumento para entrevista semiestruturada a ser utilizado no projeto acima mencionado, que será validado após a participação de mais quatro especialistas, que unidas à análise do Sr. (a) servirão para a melhor adequação, após a análise das entrevistas pela pesquisadora, de um instrumento conciso e eficaz para a sistematização dos dados obtidos visando à compreensão da percepção os operadores do direito envolvidos no processo penal da pessoa com transtorno mental autora de delito e como estes compreendem o direito à saúde mental dessas pessoas.

Essa entrevista será gravada e deverá ocupar entre 30 e 45 minutos do seu tempo. A entrevista servirá apenas para análise da pesquisadora. Sua participação é de fundamental importância. Caso aceite participar, solicitamos que o (a) Sr (a) assine o presente termo de consentimento.

Os benefícios advindos de sua participação e desta pesquisa são esperados pelo confronto e estreitamento de laços entre a saúde mental e direito, visando fortalecer esta articulação a partir da identificação da compreensão deste processo por operadores de direito. Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por sua participação. Sobre os riscos envolvidos na sua participação, informo que o (a) senhor (a) poderá sentir algum tipo de desconforto ao analisar o questionário, mas receberá apoio da pesquisadora se isso acontecer. Está garantida indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas, diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa. Sendo sua participação voluntária, o (a) senhor (a) poderá a qualquer momento recusar a realização da análise do instrumento. Por fim, ao aceitar participar o(a) senhor(a) receberá uma via assinada pela pesquisadora deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Comprometo-me, também, a garantir-lhe a apresentação dos resultados obtidos após término da pesquisa.

Dou-lhe a garantia de que as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para a realização do estudo e que os riscos inerentes relativos a estes dados serão minimizados pela pesquisadora que os armazenará seguramente. O (a) Sr. (a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem nenhum dano. Ao apresentar o trabalho, não utilizarei o seu nome nem qualquer outro dado que possa identificá-lo (a).

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa. Para informações adicionais ou reclamações, o senhor poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, situado na Av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, ou pelo telefone 16-3315-3386, ou e-mail cep@eerp.usp.br, em dias úteis das 8 às 17 horas. Poderá também consultar a orientador responsável pela pesquisa Carla Aparecida Arena Ventura através do e-mail caaventu@eerp.usp.br ou pelos telefones 16-988150406/16-36023422.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
(Verso)

Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para qualquer informação que considerar necessária.
Atenciosamente,

_____.

Bruna Tássia Souza Nakayama
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP
Av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto
CEP: 14040-902
Contato: bruna.nakayama@usp.br Telefone (16)982221161

Eu, _____, declaro estar ciente do inteiro teor deste consentimento e estou de acordo em participar da pesquisa, sabendo que dela poderei desistir a qualquer momento sem sofrer quaisquer punições ou constrangimentos.

Ribeirão Preto, _____ de _____, 20_____.

_____.

Assinatura

9. ANEXO

Anexo - Aprovação Comitê de ética

Centro Colaborador da CENICOM para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3906 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 13048-062
Fone: 55 16 3315.3362 - 55 16 3315.3361 - Fax: 55 16 3315.3518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 200/2015, de 18.12.2015

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em sua 204ª Reunião Ordinária, realizada em 16 de dezembro de 2015.

Protocolo CAAE: 47835315.1.0000.5393

Projeto: O Direito à Saúde Mental das Pessoas Sob Medida de Segurança na Perspectiva Dos Aplicadores da Lei

Pesquisadores: Bruna Tássia Souza Nakayama

Carla Aparecida Arena Ventura (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Carla Aparecida Arena Ventura

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Os Ninguéns

*As pulgas sonham em comprar um cão, e os ninguéns com
deixar a pobreza, que em algum dia mágico de sorte chova a
boa sorte a cântaros; mas a boa sorte não chove ontem, nem
hoje, nem amanhã, nem nunca, nem uma chuvinha caí do
céu da boa sorte, por mais que os ninguéns a chamem e
mesmo que a mão esquerda coce, ou se levantem com o pé
direito, ou comecem o ano mudando de vassoura.*

Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada.

Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo a vida

[...] mal pagos:

Que não são embora sejam.

Que não falam idiomas, falam dialetos.

Que não praticam religiões, praticam superstições.

Que não fazem arte, fazem artesanato.

Que não são seres humanos, são recursos humanos.

Que não tem cultura, têm folclore.

Que não têm cara, têm braços.

Que não têm nome, têm número.

*Que não aparecem na história universal, aparecem nas
páginas policiais da imprensa local.*

Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata.

(Eduardo Galeano)