

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUCIONAL

BRUNO DA SILVA CAMPOS

**ROMPENDO SILENCIAMENTOS: MODOS DE VIDA, DILEMAS
E VULNERABILIDADES A QUE ESTÃO EXPOSTAS PESSOAS COM TRANSTORNO
MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NO SISTEMA PRISIONAL CAPIXABA**

VITÓRIA

2018

BRUNO DA SILVA CAMPOS

**ROMPENDO SILENCIAMENTOS: MODOS DE VIDA, DILEMAS
E VULNERABILIDADES A QUE ESTÃO EXPOSTAS PESSOAS COM TRANSTORNO
MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NO SISTEMA PRISIONAL CAPIXABA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Costa-Moura

VITÓRIA

2018

BRUNO DA SILVA CAMPOS

**ROMPENDO SILENCIAMENTOS: MODOS DE VIDA, DILEMAS
E VULNERABILIDADES A QUE ESTÃO EXPOSTAS PESSOAS COM TRANSTORNO
MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NO SISTEMA PRISIONAL CAPIXABA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Institucional.

Comissão Examinadora

Prof.^a Dr.^a Renata Costa-Moura
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Jésio Zamboni
Universidade Federal do Espírito Santo

Dr. Railander Quintão de Figueiredo
Observatório de Direitos Humanos e
Justiça Criminal do Espírito Santo

Aos protagonistas dessa expedição: internos com sofrimento mental imêmore no sistema prisional, vidas esquecidas que tornaram imprescindível e possível a concretização desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus por mais essa etapa vencida.

À Renata, por sua imensa generosidade e disponibilidade. Agradeço pela atenção, carinho e paciência nesses dois anos de caminhada.

À minha família, alicerce tão fundamental para a minha formação pessoal e profissional.

À André, meu companheiro de vida e copiloto nessa jornada. Agradeço por toda a compreensão e incentivo. Por permanecer sempre disposto a me ouvir e estar com afeto ao meu lado.

À Universidade Federal do Espírito Santo e ao PPGPSI.

Aos parceiros que fiz durante a minha permanência como discente do PPGPSI, pessoas que compartilharam comigo momentos de angústias, mas também de muitas gargalhadas. Professores, Soninha, Silvia e Turma 10: Sem vocês esse processo não teria o mesmo sabor.

As Professoras Silvia Tedesco e Gilead Tavares, pelos apontamentos e direcionamentos dados ao meu texto e a minha pesquisa no momento da qualificação.

Aos membros da “facção” do grupo Gemtes que acabou se tornando um porto seguro: Kallem, Taís e Pablo. Obrigado por me acolher entre vocês e pela enorme disponibilidade e carinho com que sempre me trataram. Espero estar com vocês sempre.

Aos companheiros do campo prisional, pessoas que fizeram e fazem parte do meu cotidiano nesse lugar de exclusão e que contribuíram de alguma forma com a minha vida profissional, enriquecendo o meu caminhar. Obrigado!

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura do Centro de Detenção Provisória (CDP) de Cariacica (Fonte: Internet e próprio autor).....	57
Figura 2 – Termo de audiência com decisão judicial concedendo a liberdade provisória ao autuado, mas determinando o seu encaminhamento ao HCTP. (Fonte: Audiência de Custódia/ES).	84
Figura 3 - Termo de Audiência com Decisão Judicial sobre autuada com transtorno mental (Fonte: Audiência de Custódia/ES).....	89
Figura 4 - Termo de Audiência com Decisão Judicial sobre o Jovem Autuado (Fonte: Audiência de Custódia/ES).	96
Figura 5 - Rotina de Funcionamento do PAI-LI (Fonte: SILVA, 2006, p. 29).....	102

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de audiências de custódia realizadas, na Grande Vitória/ES, entre mai/2015 e dez/2017.	75
Gráfico 2 - Número de audiências realizadas com pessoas acometidas de transtorno mental em conflito com a lei em 2015.	76
Gráfico 3 - Número de audiências realizadas com pessoas acometidas de transtorno mental em conflito com a lei em 2016.	76
Gráfico 4 - Número de audiências realizadas com pessoas acometidas de transtorno mental em conflito com a lei em 2017.	77
Gráfico 5 - Resultado das Audiências de Custódia realizadas com pessoas acometidas de transtorno mental, em conflito com a lei, referente ao período de maio de 2015 a dezembro de 2017.	78
Gráfico 6 - Resultado das Audiências de Custódia realizadas com pessoas acometidas de transtorno mental, em conflito com a lei, referente ao período de maio de 2015 a fevereiro de 2017.....	78
Gráfico 7 - Situação Atual do Processo envolvendo as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, que passaram pela audiência de custódia.	80
Gráfico 8 - Reincidência das pessoas com sofrimento psíquico na audiência de custódia.	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC – ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS CONDENADOS

APFD – AUTO DE PRISÃO EM FLAGRANTE DELITO

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

CID – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE (JUSTIÇA)

CPB – CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

CTC – COMISSÃO TÉCNICA DE CLASSIFICAÇÃO

DEPEN – DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL

HCTP – HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

HEAC – HOSPITAL ESTADUAL DE ATENÇÃO CLÍNICA

IASES – INSTITUTO DE ATENDIMENTO SÓCIOEDUCATIVO DO ESPÍRITO SANTO

INFOPEN – SISTEMA DE INFORMAÇÕES PENITENCIÁRIAS

LEP – LEI DE EXECUÇÕES PENAIS

OSCIP – ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO

PAI-PAC – PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO AUTOR DE ATO PREVISTO COMO CRIMINOSO

PAI-LI - PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR

PAI-PJ – PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO

PSNAISP – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL

RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

SEJUS – SECRETARIA DO ESTADO DE JUSTIÇA

SENAC - SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL

SENAI - SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL

SESI – SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA

CAMPOS, Bruno da Silva. **Rompendo silenciamentos: modos de vida, dilemas e vulnerabilidades a que estão expostas pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no sistema prisional capixaba.** Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018, p.140.

RESUMO

O presente estudo se propõe a realizar uma interlocução entre saúde e justiça, e produzir reflexões a partir dos modos de vida de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no sistema prisional capixaba. Tendo em vista a "vulnerabilidade psicossocial" da população investigada, são relevantes os estudos que buscam compreender os sentidos sobre saúde, doença e aprisionamento institucional e social, visando o desenvolvimento de políticas públicas que levem em conta a relação entre esses fatores. Os dados para essa pesquisa surgiram a partir da atuação profissional do pesquisador, como psicólogo no campo prisional, onde percebeu-se que os sujeitos em sofrimento psíquico, reclusos em unidades prisionais comuns, estão dessassistidos e são meros "fantasmas" nas estatísticas oficiais. Ficou evidente também que o referencial teórico a respeito dessa parcela da população ainda é incipiente, o que tem gerado entraves no atendimento e desconhecimento dos encaminhamentos práticos. Tais dados/relatos/afetações/implicações, foram anotados ao longo de oito anos no diário do psicólogo no cárcere e alguns foram transcritos aqui. Esperamos que eles dêem visibilidade e sirvam como subsídios para a garantia de direitos a essa população, conforme previsto no movimento da reforma psiquiátrica e na PNAISP, e que corroborem, também, para um avanço nas pesquisas nessa temática. Além disso, apresentamos um mapeamento do fluxo de entrada dessas pessoas através da prisão em flagrante, como forma de verificar o acesso destas no sistema de justiça criminal, bem como subsidiar a SEJUS no tratamento do público em questão. Concomitantemente, foi realizada uma revisão bibliográfica/documental sobre o tema e o que já vem sendo feito em outros Estados, no que tange ao tratamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, na REDE assistencial e de saúde.

Palavras-chave: Prisão. Psicologia. "Pessoas com transtorno mental em conflito com a lei". Saúde Mental. Audiência de Custódia.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Percurso metodológico.....	16
2. A VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL E A VIDA NUA COMO PRODUTO DA BIOPOLÍTICA.....	23
2.1. A função social da prisão.....	27
2.2. Considerações sobre o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade	31
2.2.1. PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do SUS.	33
2.2.2. Prisões Privatizadas X Estatais: o que está em jogo na assistência à saúde e demais direitos dos apenados.	39
2.3. 50 anos após a história da loucura: o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o aprisionamento das pessoas com transtorno mental em presídios comuns.....	42
3. O PSICÓLOGO NO SISTEMA PRISIONAL: O DESAFIO DA PRÁTICA PROFISSIONAL AS QUESTÕES ENVOLVENDO A ASSISTÊNCIA DAS PESSOAS COM TRANSTONO MENTAL NO PRESÍDIO COMUM	47
3.1. Um panorama sobre o sistema penal capixaba e as principais diretrizes sobre a atuação do psicólogo nesse contexto	47
3.2. O presídio de Lata.....	56
3.3. O regime semiaberto e alguns modos de vida	63
4. MAPEANDO A PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA PRISIONAL: A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL PERANTE A AUDIÊNCIA DE CUSTÓDIA NO ESPÍRITO SANTO	72
4.1. Uma triagem na porta de entrada do sistema prisional com as pessoas acometidas de transtorno mental presas em flagrante delito: papel fundamental da audiência de custódia	73
4.2. Zeca, Malu e Cida: modos de vida apresentados ao juiz	86
5. UMA REDE EM MOVIMENTO LIGADA NA VIDA	92
5.1. O jovem suicida que acabou preso: É preciso mudar essa tendência	93
5.2. Novas alternativas de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei pelo Brasil.....	97

5.2.1. PAI-PJ / Minas Gerais.....	98
5.2.2. PAI-LI / Goiás.....	100
5.2.3. PAI-PAC / Espírito Santo	103
5.2.4. DES`MEDIDA / Rio Grande do Sul.....	106
5.2.5. Maranhão.....	106
5.2.6. Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico (PCIPP) / Piauí	108
5.2.7. Rio de Janeiro.....	110
6. ALGUMAS PALAVRAS ANTES DE TERMINAR	114
7. REFERÊNCIAS	116
8. ANEXOS	124
ANEXO I – Modelo de Pedido Judicial para a Realização de Exame Criminológico	124
ANEXO II – Resolução CFP Nº 009/2010: Regulamenta a atuação do psicólogo no sistema prisional	127
ANEXO III – Resolução CFP Nº 012/2011: Regulamenta a atuação da(o) psicóloga(o) no âmbito do sistema prisional	131
ANEXO IV – Documento de Comprovação da Aprovação da Pesquisa junto ao Comitê de Ética	135
ANEXO V – Documento de Comprovação de Autorização da Pesquisa junto à Secretaria de Justiça do Espírito Santo (SEJUS).....	139

1. INTRODUÇÃO

Sim, existem pessoas acometidas de transtorno mental encarceradas em presídios comuns!

Uma nota intitulada “Onde estão as pessoas com transtorno mental no Infopen-2016?”, publicada pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade da Pastoral Carcerária, chama a atenção para a privação de liberdade de pessoas em sofrimento psíquico em unidades prisionais comuns e a invisibilidade das mesmas no relatório produzido e lançado no dia 08/12/17 pelo Departamento Penitenciário Nacional, do Ministério da Justiça. Dentre outros pontos, o manifesto traz à tona que os(as) pacientes dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e os presos em sofrimento psíquico reclusos em presídios comuns, são amplamente invisibilizados(as), sendo privados(as) de liberdade em locais que agravam sua condição e que são absolutamente inadequados para um cuidado em saúde mental.

Evidencio e registro tal fato já nas primeiras linhas deste trabalho, na esperança de produzir um furo, um “furinho”, na maquinaria biopolítica¹ do aprisionamento em massa, que inclui não só os matáveis², negros, pobres, desempregados, mas também abarca essa parcela da população que deve receber tratamento e responder por seus atos e não ser punida, presa e esquecida no fundo de uma cela, devido a sua deficiência mental ou suposta periculosidade. O dispositivo³ disparador para essa pesquisa surge da pouca discussão no campo e na literatura jurídica, psicológica e de saúde, a respeito desses prisioneiros e dos dilemas e desafios enfrentados na prática profissional do pesquisador no campo prisional, para lidar com essas pessoas.

Algumas iniciativas de fomento e implementação a respeito da política de tratamento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei emergiram aqui no Estado do Espírito Santo

¹ Biopolítica seria aquilo que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana. [...] ocorre que a espécie entra como algo em jogo por meio das estratégias de poder-saber (FOUCAULT, 2017, p. 154). Nos aprofundaremos nesse conceito, no segundo capítulo.

² Giorgio Agamben, filósofo Italiano, retoma a figura do direito romano antigo *homo sacer* para evidenciar o ponto entre o poder soberano e a biopolítica que é exercido pelo meio jurídico e que torna certas vidas, *homo sacer*, matáveis. Para Agamben, a vida nua é o campo em que se mantém o paradoxo (ENDO, 2011), é o lugar em que a vida foi excluída por sua inclusão, onde só o direito pode alcançar o vivente. Assim, a vida torna-se matável pela ordem do poder soberano juridicamente construído, o poder jurídico torna o vivente excluído, aniquilado e matável.

³ Entendemos dispositivo como uma rede de relações que podem ser estabelecidas entre elementos heterogêneos: discursos, arquitetura, regramentos, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, o dito e o não dito (CASTRO, 2009). Trata-se de uma formação que faz funcionar, que coloca em operação uma instituição garantindo a manutenção do instituído, ou que, por outro lado, serve à transformação, aos movimentos instituintes. Desse modo, o dispositivo responde a uma urgência, tendo uma função estratégica.

no início desta década, por uma parceria entre pesquisadores da Universidade Federal do Espírito Santo, Tribunal de Justiça e Ministério Público. No entanto, essa articulação e outras tratativas a respeito das novas práticas de atendimento a essa população não seguiram em frente e hoje nosso Estado ainda “engatinha” na garantia de direitos a essas pessoas, sendo o último da Federação a aderir a política prevista na PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do SUS e na Lei 10.216/2001, que trata dos direitos e da proteção das pessoas acometidas de transtorno mental.

Na atualidade, o que encontramos de material a respeito das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, quase na totalidade das vezes, diz respeito aos já “condenados”, declarados inimputáveis, como assim é definido no art.26 da Lei 7.209, de julho de 1984:

É considerado inimputável “o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1984).

Os declarados inimputáveis, pela lei devem cumprir medida de segurança no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, conforme previsto no art. 41 do código penal. Esse fato acaba corroborando com o imaginário contido no senso comum, como bem descreve Foucault (2006), no qual ainda associada a imagem do “louco” ao adjetivo “perigoso” que deve ser interdito e internado, independente do delito que essa pessoa cometeu. A crença na “periculosidade presumida”, da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, tem justificado muitos desejos de manicômio e de asilamento ao longo de muitos anos, bem como a interdição e desqualificação de sua fala e de suas experiências. Muitos ratificam a ideia de que, elas são mesmo pessoas incapazes de entender o caráter ilícito de seu ato, devido a sua doença mental.

No texto “A noção de indivíduo perigoso” (2006), Foucault faz algumas reflexões através do resgate de alguns casos que associavam crime e loucura, no intuito de demonstrar como, aí nessas situações, havia a oportunidade para que tais saberes, quando aliados, pudessem se articular e se exercer conjuntamente enquanto práticas interligadas, visando ao controle dos comportamentos ou mais, controle da própria personalidade dos sujeitos, não ao nível estrito de seus atos, mas sim daquilo que eles são, agindo na raiz de sua personalidade para curá-la de um suposto mal radical.

Sob autoridade da psiquiatria clássica esses indivíduos são tomados como doentes mentais, os que não cumprem as normas de saúde mental, desviam-se da natureza universal estabelecida pelo saber psiquiátrico. Submetidos à justiça criminal, eles surgem como criminosos, delinquentes, os que desrespeitaram as normas estabelecidas pelo Código Penal. Nos atravessamentos entre as duas ordens clássicas produtoras de saber emerge o indivíduo, ao mesmo tempo louco e criminoso, operador da dupla transgressão: exceção à natureza e infração ao Direito (TEDESCO, 2016, p. 261 e 262).

Segundo a lei de Execuções Penais, promulgada em 1984, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP's) destinam-se aos inimputáveis e semi-imputáveis, que se encontram em cumprimento de medida de segurança. Concordamos com o pensamento de (GOFFMAN, 2005), onde ele postula que:

Os muros dessa *instituição total* abrigam a ambiguidade dessa figura representativa de dois fantasmas do imaginário ocidental: o louco e o criminoso, assim como a ambiguidade da instituição: ora hospital de tratamento, ora prisão. Cabe ao médico especialista, o "conselheiro da punição", dizer sobre a periculosidade do infrator: o laudo psiquiátrico concede aos expedientes punitivos poder sobre as infrações e sobre os indivíduos.

A orientação em vigor atualmente para o tratamento do "louco infrator", que permanece inalterada desde o início do século XX no Brasil, encontra-se no Artº. 26 do Código Penal Brasileiro e está apoiada na presunção de sua periculosidade, sendo orientada pela aplicação da medida de segurança sem tempo determinado, em manicômio judiciário, até a cessação da periculosidade. Do ponto de vista jurídico, perigoso é aquele indivíduo cuja avaliação psiquiátrica pericial indicar evidente doença mental, estando assim incapacitado de corresponder ao que se entende juridicamente como responsabilidade. Para Barros-Brisset (2009), a presunção de periculosidade não se encontra exclusivamente no código penal, mas também disseminada nos discursos e nas práticas.

Muitos operadores do direito (juízes, promotores, defensores públicos) e até mesmo da área de saúde, ainda corroboram com a ideia do modelo asilar, e o mais grave, acreditam que essa ainda é única opção para lidar com os casos das pessoas com transtorno que cometeram algum delito. Isso, em meio aos mais de 50 anos de lançamento do livro sobre a história da loucura, que narra as inúmeras mazelas e barbáries praticadas para com essas pessoas. Bem como, diante de todo o movimento da luta antimanicomial e os já 16 anos de promulgação da lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, que deve preferencialmente ser realizado de forma ambulatorial em meio aberto, com ares de cidade!

Atravessados por um processo de reclusão pelo descumprimento de alguma lei, como que traçando um eixo desviante dentro do sistema prisional, e constituindo-se como uma ruptura, como descreve a análise institucional, estão os sujeitos infratores que são acometidos por algum tipo de transtorno mental. A questão dos designados “loucos infratores” ou “pessoas com transtorno mental em conflito com a lei” é um tema candente, polêmico e relevante dentro do sistema penal e penitenciário brasileiro. Discussões acerca desse tema descortinam as inúmeras mazelas e constantes violações dos direitos em diversos dispositivos institucionais, seja no campo normativo e jurídico, como no clínico e social (BARROS-BRISET, 2009). Aos “loucos infratores”, na grande maioria dos presídios brasileiros, têm restado apenas o silêncio, o isolamento, o massacre subjetivo cotidiano e o sequestro institucional dos direitos fundamentais válidos para qualquer pessoa humana (CFP, 2012).

Entretanto, o tema também envolve políticas de saúde pública, que de acordo com a lei 10.216 de 2001, também conhecida como “lei de saúde mental”, a assistência deverá ser prestada “em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”. A referida lei, destaca a importância desse serviço ser prestado de forma ambulatorial e encara a internação somente quando todas as outras medidas já tiverem sido esgotadas. Em alguns Estados, serviços já vêm sendo implantados, no intuito de manter e fortalecer os laços sociais das pessoas com transtorno mental com seus familiares e com a sociedade em geral. Destacamos programas como as residências terapêuticas, os Centros de atenção Psicossocial – CAPS, o auxílio – reabilitação psicossocial e o programa Volta para casa.

Uma crítica feita à lei 10.216 é que ela não foi rígida ao fazer a orientação pelo tratamento ambulatorial, deixando uma fissura aberta para a possibilidade de internação e tratamento no modelo asilar. Para a população com transtorno mental que cumpre pena em presídios comuns, ela é ampla e não abarca as peculiaridades desses sujeitos. Dessa forma, em 2014 é lançada a PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do SUS. Estendendo dessa forma a garantia de direitos aos internos portadores de transtorno mental reclusos em estabelecimentos prisionais que não são da modalidade hospitalar ou que não possuem aparato para proporcionar o que rege a (PNAISP, 2014) presente no Artº 3:

I - respeito aos direitos humanos e à justiça social; II - integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção,

assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção; III - equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos; IV - promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas; V - corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território; e VI - valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2014, p.2).

No Espírito Santo, como dissemos acima, esse processo ainda é muito lento e pouco vislumbrado. O procedimento, ao prender uma pessoa com mandato de prisão em aberto, é encaminhá-la ao departamento de polícia judiciária (DPJ) ou Polícia Federal para colher depoimento e, logo em seguida, direcioná-la ao centro de triagem em Viana, no qual, dentro de alguns dias, ela será redirecionada para algum Centro de Detenção Provisória (CDP) ou penitenciária. Aqueles que são presos em flagrante delito e residem nos municípios da grande Vitória passam pela audiência de custódia, onde, segundo o Conselho Nacional de Justiça - CNJ, o juiz analisará a prisão, em audiência, sob os aspectos da legalidade, da necessidade e da adequação, da continuidade da prisão ou da eventual concessão de liberdade, com ou sem a imposição de outras medidas cautelares. Para Coyle (2002), em seu primeiro contato com a prisão, os detentos geralmente se mostram confusos e inseguros quanto a sua situação e o novo ambiente.

Os sujeitos acometidos de transtorno mental que não possuem advogado particular ou família que o acompanhe de perto podem ficar esquecidos no meio da grande população carcerária e à mercê da falta de cuidados específicos que o caso exige. Atualmente, nossa realidade carcerária abriga em presídios comuns, sujeitos portadores de doença mental, diagnosticados na prisão ou mesmo com histórico de internação em unidades de saúde mental no Estado e sem a atenção prescrita na Portaria Ministerial de 14 janeiro de 2014 (BRASIL, 2014), que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Falaremos mais detalhadamente dessa portaria e de outras possibilidades referentes ao tratamento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no quinto capítulo.

Dito isso e tendo em vista a “vulnerabilidade psicossocial” a que essa parcela da população carcerária está exposta, a precariedade do sistema prisional, a ausência de dispositivos eficazes no trabalho cotidiano e o aumento do crescimento da população carcerária em todo país (INFOPEN,

2014), bem como os conflitos ocasionados pela superlotação das prisões, torna-se necessário buscar alternativas em meio a políticas públicas, levantar hipóteses e evidenciar esse tema tão preocupante, a fim de agenciar produtivamente as forças desses homens em direção a seu desenvolvimento como cidadãos. Como afirma Caponi (2009), “[...] corpos sem direitos que se configuram como simples vida nua, vida que se mantém nas margens das relações de poder, vida que pode ser submetida e até aniquilada[...]”.

Em consonância com esse pensamento, destaca-se o argumento de que:

“É necessário que políticas públicas indiquem caminhos objetivos para a minimização de pequenos problemas cotidianos, mas que assumem um caráter grandioso quando afligem pessoas fragilizadas pela vivência do encarceramento e principalmente pela estigmatização.” (FILHO, 2006, p.6).

De acordo com Silva e Costa-Moura (2013), algumas discussões já vêm ocorrendo em torno da terminologia de “louco infrator”, “paciente judiciário” e “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei” no que concerne a categorias governamentais e formulação de políticas públicas, e alguns programas estaduais vêm sendo implantados no intuito de promover modos variados de intersetorialidade, inspirados em um programa municipal, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, em Belo Horizonte - MG (PAIPJ-MG), o primeiro a abrir caminho para essa modalidade de cumprimento de medida de segurança em meio aberto no país, no ano de 1999 (BARROS-BRISET, 2009: 25).

1.1. Percurso metodológico

Diante do que foi acima exposto, demarcamos a problemática que servirá como material para essa pesquisa. Vamos nos ater, a título de conclusão dessa etapa introdutória, a falar sobre o caminho metodológico que estamos propondo e o que objetivamos com este estudo.

Concordamos com Renault e Barros (2013) onde elas dizem que toda a pesquisa deve habitar um horizonte ético-político. Nesse sentido, levantaremos questões a respeito desse tema, como forma de discutir e agenciar dispositivos que potencializem a vida desses sujeitos, fora do modelo de aprisionamento/asilar/manicomial, como também fornecendo subsídios para a

implementação/construção de políticas públicas e garantias de direitos a essas pessoas a partir da discussão sobre acesso ao sistema de justiça criminal.

O fio condutor são os relatos de casos atendidos pelo pesquisador em sua atuação, como psicólogo, no sistema prisional capixaba. Tais relatos, trazidos nos capítulos três, quatro e cinco, foram escritos/transcritos em um diário, ao qual denominamos diário do psicólogo no cárcere. Esse documento tem funcionado como uma espécie de *catarse*⁴ diante das inúmeras angústias e impossibilidades que alguém da área das ciências humanas/saúde, encontra dentro de um sistema tão sádico e ríspido, como o sistema prisional. Nele são narradas algumas percepções, dilemas, impasses, angústias, o cotidiano profissional e alguns casos mais perturbadores envolvendo o atendimento às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, encarceradas, esquecidas e sem o tratamento devido nos presídios comuns. Sempre sob a ótica do que foi mais impactante naquele dia e despertou o desejo de registrar.

Para Benevides e Passos (2009), o modo de dizer e o modo de registrar a experiência se expressam em um tipo de textualidade que comumente é designado como diário de campo de pesquisa. Para esses autores, o texto diarista exprime sua própria produção, não se prendendo a um conhecimento absoluto e definitivo sobre o objeto. Uma política da narratividade. Assim, o registro do trabalho de investigação funciona como dispositivo disparador de desdobramentos de pesquisa (KASTRUP e BENEVIDES, 2009). De acordo com Lourau (1993, p.19), os textos diarísticos: “(...) revelam as implicações do pesquisador e realizam restituições insuportáveis à instituição científica. Falam sobre a vivência do campo cotidiano e mostram como, realmente, se faz pesquisa(...)”.

Encaramos os casos dos presos relatados ao longo desta pesquisa como sendo analisadores⁵. São eles que me trouxeram até o mestrado em psicologia institucional e me fizeram questionar os modos de produção de subjetividade nos presídios. Além disso, alçamos mão da noção de análise de implicação que também nos auxiliou na construção desta pesquisa. Implicação, nesse contexto,

⁴ Compreendemos essa expressão, dentro da psicologia, e mais especificamente da psicanálise, como sinônimo de “descarregar”. Quando uma pessoa consegue expor, quase que “vomitando” palavras, tudo o que sente, pensa, imagina sobre uma pessoa, coisa ou situação, muitas vezes sem pensar, apenas descarregando; e, em seguida, geralmente experimentando um estado de alívio por ter posto tudo para fora, temos a *catarse*.

⁵ Analisadores são compreendidos como manifestações de não-conformidade, manifestações questionadoras, reveladoras da natureza do instituído. O instituído, por sua vez, compreende todas as regras, normas, costumes, tradições etc. presentes na sociedade. O conceito de instituído remetemos ao conceito de instituinte, colocado como um campo de luta, de conflitos, desejos e necessidades que fazem com que se criem novas normas. Portanto, podemos compreender os analisadores como a emersão de movimentos/acontecimentos que colocam em cena o embate entre os processos instituintes e instituídos, provocando rupturas nas ideias, levando-nos à reflexão acerca de determinada instituição.

corresponde a falar das instituições que nos atravessam, ou seja, os efeitos dinâmicos de nossos pertencimentos ideológicos, libidinais, afetivos, profissionais e institucionais, deixando claro que é impossível uma postura de pretensa neutralidade e objetividade em pesquisa (DEUSDARÁ; ROCHA, 2010). Dessa forma, compreendemos que o pesquisador está inevitavelmente implicado no campo de pesquisa e que sua presença, suas ações no campo, podem modificar o objeto de estudo ou ser modificado por ele.

Dito isso, as páginas que seguem, apontam para esse campo problemático complexo e narram de que forma se deu a minha entrada e permanência nele. Assim como, as intervenções e os dispositivos que me levaram a um mergulho nesse plano implicacional e me conduziram até o mestrado no programa de pós-graduação em psicologia institucional. Buscarei, através da memória e dos relatos transcritos nos diários do psicólogo no cárcere, levantar algumas pistas do aprendizado e dos processos, tendo em vista que cartografar é sempre compor um território existencial, engajando-se nele (JHONY e PASSOS, 2009). Lembrar-se das imagens, diálogos de reuniões, pequenos encontros realizados no território, tudo isso será incorporado à minha narrativa, as lembranças vividas por outros atores, os cotidianos de outros personagens/atores. Para DESPRET, o experimentador, longe de se manter em segundo plano, envolve-se: seu corpo, seu conhecimento, sua responsabilidade e seu futuro.

Nesse caminho, levamos sempre em conta que durante todo o processo podem e devem haver mudanças, uma vez que se trata de um estudo que envolve a subjetividade dos envolvidos, pesquisador/campo/sujeitos pesquisados. Teremos, ao longo de todo o processo, a cartografia como direção. De acordo com Alvares e Passos (2009), atentos ao que desconhecemos, com uma atenção fora do foco, orientados por uma atitude de espreita (*ethos* da pesquisa), o cartógrafo se guia sem ter metas predeterminadas. Seu caminho (*hodós* da pesquisa) vai se fazendo no processo, indicando essa reversão metodológica que a cartografia exige.

Segundo Bock (1999), a realidade já é tão evidente que nos perturba e nos coloca questões, sendo preciso atuar com as pessoas presas, tendo em vista a vida em liberdade e estimulando a descontinuidade dos círculos viciosos que promovem a exclusão social. É necessário fazer emergir e problematizar o processo de aprisionamento do “louco infrator” no sistema prisional capixaba. A cada dia fica mais evidente que prender somente não basta e, no caso das “pessoas com transtorno mental em conflito com a lei”, é urgente a necessidade de se construírem novos arranjos e atravessamentos que envolvam toda a REDE de atenção psicossocial (RAPS, CAPS), algo parecido

com o que os estados de Minas Gerais e Goiás já têm experienciado há algum tempo. Novos desafios se vislumbram e são lançados aos profissionais do poder judiciário e à rede de assistência social e saúde.

O segundo capítulo percorre por alguns conceitos trazidos por Foucault e outros pensadores que, ao longo de sua trajetória, estiveram implicados com a temática que nos propomos refletir. Desse modo, os conceitos de biopolítica, biopoder, poder disciplinar, poder do soberano, controle social, *homo oeconomicus*, entre outros, postulados por Foucault (1988;1999;2008;2003), serão evocados, bem como o das “instituições totais”, aclarado e pesquisado por Goffman (1974), cujo texto discute que “toda instituição tende ao fechamento, sendo esse simbolizado pela barreira posta na relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico”.

No mesmo capítulo, também traremos à tona o conceito de “vida nua” de Agambem (2004), remontando à discussão sobre “vulnerabilidade psicossocial”, bem como as análises sobre a instituição penitenciária e a transição do “Estado Providência para o Estado Penitência” feitas por Wacquant (2001).

Discutiremos ainda sobre a função social da prisão e sua imbricação na interface saúde X justiça, tendo como pano de fundo a história da loucura e os seus cinquenta anos de existência. Traremos para a discussão alguns fatos que estão emergindo sobre o desejo de privatização das prisões em detrimento do fortalecimento de políticas públicas de inclusão, principalmente no que se concerne às equipes de saúdes prisional, uma realidade forte em nosso Estado.

O presente trabalho, em seu terceiro capítulo, evidencia também alguns relatos de experiência, dilemas e regulamentações sobre a atuação profissional do psicólogo dentro do sistema prisional. De início, falamos sobre o meu percurso ainda como acadêmico, até a minha entrada como psicólogo no sistema prisional capixaba. Os desafios que encontrei logo na entrada, incluindo o meu primeiro contato/atendimento a um rapaz com transtorno mental recluso em um presídio comum, são descritos aqui. Neste capítulo, nos dois subtítulos que se seguem, traremos o relato desse primeiro caso que atendi no centro de detenção provisória de Cariacica ou “presídio de lata” e outros três relatos de experiência no atendimento à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, que se encontravam encarceradas na penitenciária semiaberta de Vila Velha, enquanto fui responsável pelo setor de psicologia daquela unidade, entre os anos de 2012 e 2015. Os três casos mencionados foram retirados das anotações escritas no diário do psicólogo no cárcere.

O critério de seleção deles teve por base o desfecho diferente que cada caso teve, dando assim ao leitor uma melhor percepção sobre a complexidade do tema que pode ter diferentes desfechos e entendimentos mediante o parecer do operador do direito.

No quarto capítulo, apresentamos um mapeamento do fluxo de entrada dessas pessoas por meio da prisão em flagrante e apresentação à audiência de custódia, como forma de verificar o acesso destas no sistema de justiça criminal, bem como evidenciar esse fluxo e os encaminhamentos e tratamentos que vêm sendo dado a esse público em questão em nosso Estado.

O período do levantamento compreende o início da realização das audiências de custódia no ES, em maio de 2015 até dezembro de 2017. Os resultados das audiências com as pessoas com sofrimento psíquico foram obtidos através de análise dos termos das audiências. Algumas foram acompanhadas pelo pesquisador e outras foram buscadas/pesquisadas em documentos da própria audiência de custódia. Alguns critérios foram estabelecidos para a identificação desse público, nos documentos, como por exemplo o uso de medicação controlada, aliada a internações psiquiátricas anteriores (Hospital Adauto Botelho, HEAC, HCTP, entre outros), passagem por tratamento em algum serviço de saúde mental (CAPS, RAPS) ou mesmo realização de acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico. Desorientação no tempo/espaço, incapacidade de dar referências pessoais, agressividade, labilidade afetiva, agitação psicomotora, que puderam ser observados e anotados no diário do psicólogo no cárcere, também corroboraram.

Foram realizadas 152 audiências com pessoas acometidas de transtorno mental, presas em flagrante delito nesse período. Neste capítulo, disponibilizamos alguns gráficos e uma tabela, como forma de dar visibilidade e ilustrar o acesso dessas pessoas ao sistema de justiça. Os gráficos são dispostos pelo quantitativo de audiências realizadas em cada mês, compreendendo os anos de 2015, 2016 e 2017, e um gráfico geral que é dividido pelo quantitativo global em cada ano. Dando assim ao leitor, um panorama sobre a vulnerabilidade psicossocial a que está exposta essa parcela da população, que é um “fantasma” nas estatísticas oficiais do INFPOPEN.

Apresentamos ainda dois gráficos em formato de pizza: um traz os resultados das audiências em porcentagem, deixando assim mais claro ao leitor quantos autuados com sofrimento psíquico tiveram decretadas pelo juiz a liberdade provisória e quantos ficaram presos. O outro gráfico reflete a situação atual em que se encontra o processo. Tendo em vista que, mesmo com a liberdade provisória obtida na audiência de custódia, o processo judicial ainda continua tramitando e será distribuído para alguma vara criminal da grande Vitória onde será analisado e julgado por outro

juiz. Evidenciamos através dele um fato grave, o óbito de dois presos com transtorno mental dentro do presídio comum, dias após terem sido apresentados ao juiz na custódia.

Fechamos esse capítulo com um gráfico falando sobre a porcentagem de reincidência dessas pessoas na porta de entrada do sistema prisional, através da audiência de custódia, corroborando assim para a quebra de preconceitos e do paradigma de que todo “louco” é perigoso e ameaçador ao convívio social. Contamos ainda a história de três autuados, e o desdobramento dado aos casos. Evidenciamos, por fim, a importância do trabalho da equipe psicossocial presente no projeto da audiência de custódia como fator determinante para as decisões judiciais.

No quinto capítulo, falaremos de: “Uma rede em movimento ligada na vida” termo postulado pela psicanalista mineira, fundadora do PAI-PJ, Fernanda Otoni, onde experiências exitosas no tratamento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, de outros Estados serão contadas.

Sendo assim, este capítulo está constituído da seguinte forma: Iniciamos com o relato do caso - O Jovem suicida que acabou preso: precisamos mudar essa tendência! extraído do diário do psicólogo no cárcere. Nele problematizamos questões acerca de como vêm sendo tratadas, em nosso Estado, demandas relativas às pessoas com transtorno mental autoras de delitos, e como a ausência de um dispositivo conector entre saúde e justiça pode corroborar para o encarceramento dessa população. Continuamos tratando questões de saúde pública como sendo somente uma questão de justiça!

Nos tópicos seguintes, falaremos sobre experiências de profissionais e programas, que há muito tempo circulam e produzem indagações nesse campo. Ao todo, são contadas as experiências de sete Estados Brasileiros, incluindo o ES. Os dados para a escrita dessa sessão foram colhidos através de documentos de divulgação dos programas (folders, cartilhas), bem como artigos científicos publicados, apresentação de trabalho e palestras dos pesquisadores/fundadores/membros/militantes, em eventos científicos e workshops, dos quais tive o privilégio de participar.

Além disso, perpassaremos pela construção iniciada aqui no estado através do projeto piloto PAI-PAC, iniciado no ano de 2010 e coordenado pela professora da Universidade Federal do Espírito Santo, do departamento de Psicologia, Prof.^a Dr.^a Renata Costa Moura. Tendo como desdobramento a realização de um seminário de lançamento do Observatório de direitos humanos e justiça criminal do Espírito Santo – ODHES, no final do ano de 2015. Evento esse que contou

com a presença de vários atores da cena de saúde e justiça do país, dos coordenadores das redes de observatórios de direitos humanos, ligados às universidades federais de outros estados. Como também, a oferta de disciplina optativa, junto ao programa de mestrado em psicologia institucional da UFES, no primeiro semestre de 2016, trazendo para a discussão temas como: direitos humanos, justiça criminal, violência estatal, processos de exclusão social, produção de subjetividades e a noção de “periculosidade” entre outros.

Informamos, por fim, ao leitor, que esse projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, por se tratar em parte dela, de relatos de vida de seres humanos. Como também, foi feito um pedido de autorização de pesquisa no sistema prisional, através de documentos enviados a SEJUS/ES. Pontuamos que os nomes utilizados nos casos são fictícios, e que as histórias foram escolhidas a partir da afetação que proporcionaram ao pesquisador e quais seriam mais relevantes para este estudo.

Além disso, gostaríamos de ressaltar uma observação importante. Na escrita deste trabalho, o leitor irá perceber a utilização dos verbos tanto na primeira pessoa do singular quanto na primeira pessoa do plural. Sobre esse fato, o leitor não deve atribuir uma desordem na escrita ou uma desobediência às normas do trabalho acadêmico. Quando das experiências mencionadas pelo pesquisador, descritas no diário, farei uso do verbo em primeira pessoa do singular. Contudo, essas mesmas experiências foram discutidas num grupo de pesquisa, pensadas e problematizadas de modo coletivo e vivenciadas pelo grupo. Nesse sentido, faremos o uso do verbo na primeira pessoa do plural, afirmando que todas as etapas da pesquisa, do trabalho e da escrita, que constituem esta dissertação, foram produzidas dentro de um coletivo, de forma compartilhada.

2. A VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL E A VIDA NUA COMO PRODUTO DA BIOPOLÍTICA

“Os confinamentos são moldes, distintas moldagens, mas os controles são uma modulação, como uma moldagem, auto-deformante que mudasse continuamente, a cada instante, ou como uma peneira cujas malhas mudassem de um ponto a outro.” (DELEUZE, 1992, p 222).

Através do livro “Vigiar e Punir: o nascimento da prisão”, originalmente publicado em 1975, Foucault se vale da instituição prisão como dispositivo para analisar a docilidade dos corpos e o poder disciplinar. Para ele, a disciplina nada mais é do que um controle minucioso das operações do corpo, onde se realiza a sujeição constante de suas forças e lhes impõe a relação de docilidade-utilidade. Um corpo dócil nesse sentido, é um corpo que pode ser submetido, utilizado, que pode ser aperfeiçoado e transformado. Aqui o poder se aplica singularmente aos corpos por técnicas de vigilância, por meio do isolamento institucional (prisões, manicômios, conventos, etc..) e punições normalizadoras.

No curso ministrado no *College de France* nos anos 1975 e 1976, “Em defesa da sociedade”, Foucault menciona que o controle da sociedade sobre os indivíduos, como temos visto ao longo de muitos anos, não se opera simplesmente pela consciência ou ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Ele aponta para a existência das tecnologias de poder, que se subdivide em: poder disciplinar (anato-mo-política do corpo), produzindo efeitos individualizantes manipulando o corpo como foco de forças, onde é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo; e, de outro lado, a biopolítica da população, caracterizada pelo controle, regulamentação dos processos biológicos (tais como reprodução, natalidade, nível de saúde, etc), com ela o biológico ingressa no registro da política, permitindo que o corpo e a vida sejam vistos de outra forma e com outros olhos.

Ele distingue que a disciplina não é mais somente uma arte de repartir os corpos, de extrair e acumular o tempo deles, mas de compor forças para obter um aparelho eficiente, cabendo ao poder do soberano de fazer morrer ou de deixar viver, ao contrário do novo direito que se instala, o biopoder, de fazer viver e de deixar morrer. Esse pensamento é corroborado pelo filósofo Peter Pelbart (2000), onde ele assinala que o biopoder contemporâneo não requer dos trabalhadores os músculos, mas a sua alma; afetos, vida, intelecto através de uma “comercialização das formas de vida”.

Tempos mais tarde, Deleuze (1992) assinala para uma transição fundamental, onde essas sociedades disciplinares, descritas por Foucault, foram sendo substituídas pelas sociedades de controle. Ele sugere que o “poder sobre a vida” encontra-se hoje diluído na chamada “sociedade mundial de controle”, entre o cruzamento da norma da disciplina e a norma da regulamentação, produzindo outros mecanismos de poder. O uso dessas novas tecnologias para o controle social seria a mais nova expressão do exercício do poder na sociedade moderna.

As sociedades disciplinares são aquilo que estamos deixando para trás, o que já não somos. Estamos entrando nas sociedades de controle, que funcionam não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea. A sociedade de controle funciona por redes flexíveis moduláveis, como uma moldagem auto deformante que se muda continuamente, a cada instante, ou como uma peneira cujas malhas mudam-se de um ponto a outro (Deleuze, 1992, p. 220).

Apesar dessa nova forma de organização social estar ligada à sociedade disciplinar descrita por Foucault, ela se diferencia ao postular que o controle passa de uma esfera local, dos espaços fechados das instituições para todos os campos da vida social. O exercício do controle agora é aperfeiçoado com o auxílio da tecnologia, da virtualidade. Ao contrário da disciplina, o controle percebe o tempo cronológico, como pouco produtivo. A captura do tempo se dá de outra forma, para cada corpo uma medida. O virtual assume a função de capturar o desejo.

O controle marca espaço por processos de desterritorialização. Esse processo traz em seu bojo a ideia de modulação e se concebe como sendo um movimento de destruição dos territórios constituídos, podendo desdobrar-se em processos de territorialização, onde novos territórios provisórios seriam inventados (MACHADO, 1999). Esses territórios são compostos por matérias existenciais, como valores, crenças, relações sociais, comportamentos. E tanto os territórios, quando a desterritorialização fazem parte e produzem formas de subjetividade.

Olhando ao nosso redor, percebemos que o capitalismo tem se apossado desses modos de produção de subjetividade, e que é predominantemente marcado pela produção da repetição e da submissão. A serviço do capital, o controle se nutre da singularidade. Não interessa mais excluir, e o empenho pela inclusão se dá pela capacidade que aquele sujeito tem de consumir, de ser útil. Assim sendo, inúmeras forças estão implicadas nesse processo de captura do desejo, que não é simples: a mídia, a publicidade, os bancos, a indústria farmacêutica, as empresas, entre outros.

Dito isso, torna-se fundamental adentrarmos no conceito de biopolítica, para discutir a produção de subjetividades e os processos de exclusão e vulnerabilidade psicossocial. Tal conceito

será analisado aqui a partir dos trabalhos de Michel Foucault e Giorgio Agamben, sobre a vida nua, essas vidas que as estratégias do biopoder consideram como não sendo digna de serem vividas.

A biopolítica da população iniciada no século XVIII foi a estratégia que possibilitou, pela primeira vez na história, que o biológico ingressasse no registro da política (Foucault, 1994). Foi a partir disso que o corpo e a vida passaram a ser alvo privilegiado de saber e de intervenções corretivas. O “sujeito de direitos” passou a ficar em segundo plano em relação à preocupação política por maximizar o vigor e a saúde das populações. Deveríamos falar de biopolítica para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos possam entrar no domínio de cálculos explícitos e o que transforma o saber-poder num agente de transformação da vida humana. Foucault (1978).

Nesse sentido, o autor traz em seu curso sobre o nascimento da biopolítica (2008), uma discussão importante sobre a articulação estrita da vida pela economia e o conformismo de uma voluntária servidão, na qual ele diz poder ser encontrada no exame do conceito do *homo oeconomicus*. De acordo com a compreensão liberal da relação entre economia e política, o *homo oeconomicus* é aquele que não se deve mexer, é o sujeito ou o objeto do *laissez-faire*⁶, o eminentemente governável. Nas palavras de Foucault, o *homo oeconomicus* é aquele que “aceita a realidade” e justamente por isto é eminentemente governável por uma governamentalidade que agirá sistematicamente sobre o meio, reconfigurando-o e determinando-o indireta e persistentemente a conduta livre do agente econômico individual.

A partir desse pensamento, Caponi (2009) postula que uma das características do biopoder é a importância crescente da norma sobre a lei: a ideia de que é preciso definir o normal em contraposição àquilo que lhe é oposto, a figura dos “anormais”, considerados “exceção à norma”. A autora salienta ainda que a grande novidade que se produz no mundo moderno, da qual falam tanto Agamben e Foucault, é a identificação entre o vital e o político. A vida, o corpo, a saúde, a segurança, transformaram-se em questões políticas por excelência.

Erguida dentro de um duplo binário, a biopolítica, ao mesmo tempo que garante os direitos àquela parcela da população que faz parte da vida ativa, que consome, que deve ser cuidada, estimulada, permite, quase que com mesmo gesto, que se defina quem deve viver à margem, quem deve pertencer aos espaços de vida nua. A vida nua persiste nas margens da mesma sociedade que

⁶ Laissez-faire é uma expressão escrita em francês que simboliza o liberalismo econômico, na versão mais pura de capitalismo de que o mercado deve funcionar livremente, sem interferência, apenas com regulamentos suficientes para proteger os direitos de propriedade.

diz garantir os direitos humanos fundamentais e universais (AGAMBEM, 2002). Para esse autor, a principal característica da biopolítica é reduzir a vida à sobrevida biológica.

Agamben (2002) indica que a manutenção dos mecanismos de controle biopolítico se faz em nome da preservação da vida. Isso justificaria a continuidade de um estado de exceção em que os direitos fundamentais podem permanecer suspensos. Como também, justifica lógicas de extermínio das populações mais vulneráveis psicossocialmente, como os jovens pobres e negros, pessoas de baixa condição financeira, travestis, portadores de transtorno mental, população prisional, adolescentes em conflito com a lei, dentre outros. Sobre essa população, Agamben (2002) os denomina como “corpos matáveis”, sem que tais mortes se constituíssem assassinatos, porque distintos da importância política. Vida que foi reduzida à dimensão *zoe*⁷.

Tavares, em seu artigo “O dispositivo da criminalidade e suas estratégias” (2011), propõe mais um complemento para a sociedade de controle, que para nós aqui pode ser importante: a sociedade de controle dos “perigos” e dos “riscos”. Em seu texto, ela trabalha com a ideia de como são produzidas as identidades criminosas em nosso contexto social. Quais são os efeitos do dispositivo da criminalidade que são, por um lado, subjetividades engajadas na crença de identidades/essências de gente inferior e gente de verdade; por outro, discursos sobre segurança pública e situação de risco. A noção de perigo/risco, nesse sentido, para ela, aciona a formação de uma série de instituições de sequestro que têm como finalidade fixar os indivíduos sob um controle que se pode exercer por meio da exclusão e da prevenção. A prisão, os asilos, projetos sociais, políticas públicas, integram os mecanismos que põe em funcionamento o dispositivo da criminalidade.

Foucault descreve as técnicas de regulamentação da vida, diferenciando a população que deve ser protegida daquela que deverá ser combatida em nome da defesa da sociedade. A partir da ascensão dos mecanismos de controle da vida das populações, a concordância com a eliminação ou exclusão de determinada categoria de pessoas baseia-se na premissa de que tais sujeitos oferecem perigo às vidas eleitas como superiores (TAVARES, 2011, p. 126 e 127).

Diante do exposto, qual atitude podemos tomar para reduzir esse estado de dominação? Onde podemos resistir? Quais percursos devemos e podemos refazer?

⁷ *Zoé*, segundo Agambem, é a vida nua, a vida natural e biológica comum a todos os homens, ou seja, a mera existência.

2.1. A função social da prisão

Historicamente a prisão nasceu do modelo das chamadas casa de correção, baseando-se nos preceitos jurídico-formais, mas também sendo utilizada para segregar homens e mulheres. Para Foucault (1999), o isolamento dos condenados garante o exercício do poder⁸ sobre eles, com o máximo de intensidade; um poder que não será abalado por nenhuma outra influência. A solidão é a condição primeira da submissão total. O isolamento assegura o encontro do detento a sós com o poder que se exerce sobre ele. Ainda hoje, passados alguns séculos desde sua criação, o sistema prisional é organizado com o objetivo de “punir”, “ressocializar” e “moldar”, no sentido de adequar comportamentos, e incidir na forma de agir e pensar dos sentenciados para que reproduzam a ideologia na qual a violência é apenas um problema de comportamento e de falta de caráter.

Segundo descreve o sociólogo Edson Passetti, na publicação “cartografia de violências” (2002), o Estado penalizador trabalha via soluções punitivas, consentidas pela sociedade com base numa idealização de que regiões pobres são locais de vício, violência, excesso de crimes e desintegração social. A lógica de encarceramento dos indivíduos mostra o caráter repressor e controlador do Estado frente à violência e a criminalidade, pois é uma lógica que vê como solução para o fim da violência o aumento do contingente policial, a prisão dos sujeitos infratores que são amontoados em presídios e cadeias, em condições subumanas. Sobre esse mesmo tema, o sociólogo e antropólogo Erving Goffman (1987) coloca que a sociedade busca modos para disciplinar os indivíduos, ditos como “não socializáveis”, aprisionando-os, internando-os em “Instituições Totais”, onde um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral e, em contrapartida, uma equipe dirigente exerce o gerenciamento administrativo da vida na instituição.

Nas palavras de Thompson, 1980:

O muro da prisão, física e simbolicamente, separa duas populações distintas: a sociedade livre e a comunidade daqueles que foram, por ela, rejeitados. A altura e espessura da barreira, a presença, no cimo, de soldados armados de metralhadoras, o portão pesado, com pequenas viseiras, cuja abertura exige uma operação complicada por várias medidas de segurança, estão a demonstrar, inequivocamente, que os rejeitados desejam muito

⁸ Ressaltamos que o “poder” não significa o “conjunto de instituições e aparelhos garantidores da sujeição dos cidadãos em um Estado determinado” (FOUCAULT, 1985, p. 88). Não há um *locus* centralizador do poder, não existe “a” figura central representante do poder soberano, “o poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares” (FOUCAULT, 1985, p. 89). As figuras do médico, do psicólogo, do assistente social, do educador etc. não compreendem o ponto de emanção do poder. Estas são figuras que, imbricadas no tecido social, estão atravessadas e constituem-se por um poder que atende às estratégias de existência de uma determinada sociedade.

pouco contato com os rejeitados. O uniforme destes, o estado de subordinação permanente, as trancas, os confetes, as revistas, lembram-nos, a todo o instante, serem portadores de um estigma, tão aparente e difícil de arrancar quanto o produzido pelo ferrete, na rês (p. 55).

No Brasil as prisões se constituíram a partir de diversos princípios, sobretudo legais e funcionais, que legitimam as formas e forças de suas configurações atuais. De acordo com Bitencourt (2001), as funções da pena se definem como: 1) Retributivas e punitivas, na qual, a partir da visibilidade do castigo, se evitaria a prática de novos comportamentos desviantes da norma; 2) Ressocializadoras e “terapêuticas”, que funcionam como uma prevenção especial do delito, estando associada à ideologia da recuperação do apenado e à lógica do tratamento ressocializador, visando a um “modus” de recuperação pedagógica, curativa e/ou reabilitadora do dito criminoso ou “doente moral e criminal”.

Essa meta de reabilitação, segundo Thompson (1980), começa a ter destaque no século XIX e pretende-se a cura, a regeneração, a recuperação, a readaptação, ressocialização e a reeducação do encarcerado. Na visão desse autor, são três as finalidades da prisão: I) punição retributiva do mal causado à sociedade pelo infrator; II) prevenção da prática de novas infrações, usando-se para tanto da intimidação do condenado e de pessoas potencialmente criminosas; III) regeneração do condenado, no sentido de transformá-lo de criminoso em sujeito não-criminoso.

Para Michel Foucault a concepção de punição possui em nossa sociedade uma função social complexa. Nela não estão imbricados somente efeitos repressivos, mas também uma série de efeitos positivos que ela pode induzir. Ele afirma que a estabilidade da sociedade capitalista repousa sobre toda uma rede de pressão punitiva que se exerce sobre os indivíduos. Um sistema de poder que penetra intensamente na vida dos indivíduos e que incide sobre sua relação com o aparelho de produção. Para que os indivíduos sejam uma força de trabalho disponível para o aparelho de produção, é preciso um sistema de coações, de coerção e de punição, um sistema penal e um sistema penitenciário (Foucault, 2006).

No pensamento de Foucault (2006), a prisão preexiste à sua utilização sistemática nas leis penais. Ela surgiu fora dos aparelhos judiciários, na realização de processos que intencionavam repartir os indivíduos, fixá-los, distribuí-los, esquadrinhá-los, classificá-los e deles se retirar o

máximo de tempo e de forças. Uma aparelhagem capaz de tornar os indivíduos dóceis e úteis ao sistema de produção através de um trabalho preciso sobre seu corpo⁹ (Foucault, 2008).

Assim sendo, a prisão surge desde o início, para ser um instrumento tão aperfeiçoado quanto a escola ou o hospital e agir com precisão sobre os indivíduos, para que o homem transformasse seu corpo, sua existência e seu tempo em força de trabalho. Contudo, Foucault (2006) pontua que o fracasso da prisão foi imediato, ocorreu quase que simultâneo ao próprio projeto. Constatou-se, logo no início, que longe de transformar os criminosos em pessoas honestas, o cárcere só serve para fabricar novos criminosos, ou para enterrar ainda mais os criminosos na criminalidade. Assertivamente, ele afirma que houve uma utilização estratégica do que era antes inconveniente. “A prisão fábrica de delinquentes, mas os delinquentes são, finalmente, úteis, tanto no domínio econômico como no domínio público.” (Foucault, 2006).

Um conceito importante no pensamento de Foucault (2009), ao desenhar o surgimento das prisões, merece destaque aqui. Trata-se de uma prática denominada *lettre-de-cachet*, instituída na França no século XVIII, que consiste como sendo um instrumento de punição (condicionada à vontade e ao decreto do rei) solicitada por qualquer membro da comunidade e direcionada a uma pessoa ou grupo. Ao decretar uma *lettre-de-cachet*, o rei poderia ordenar a prisão daquele considerado perigoso ou que coloca em risco as boas condutas religiosas, a moralidade ou aquele que é desordeiro em seu trabalho. A duração da pena de prisão não era delimitada e o sujeito estaria à mercê do julgamento daquele que solicitou sua punição (a comunidade, a igreja, o empregador ou um pai que tentara casar sua filha etc.). A pena de prisão estava terminada quando o solicitante da *lettre-de-cachet* entendia que o condenado já havia se corrigido de sua falta.

Por meio do que viemos falando acima, neste capítulo e amarrado a esse conceito, podemos cogitar que o poder do soberano, estabelecido como direito de vida e de morte, parece não ter sido abolido com o aparecimento do biopoder. No interior das unidades prisionais, denominadas instituições de sequestro¹⁰ nas palavras de Foucault (2009), ainda hoje vemos o poder do soberano no “direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida; apoderando-se da vida para suprimi-la” Foucault (1985), atualizando-se em diferentes práticas dessa instituição,

⁹ Foucault vai reter o que ele chama de “uma economia política do corpo”. Trata-se do sistema punitivo do corpo: “de suas forças, de sua utilidade, de sua docilidade, de sua repartição ou de sua submissão.”

¹⁰ Instituições de sequestro são entendidas e analisadas por Foucault (2009) como aquelas que objetivam fixar um indivíduo em um aparelho de normalização. A escola, a fábrica, a prisão e os hospitais têm por finalidade ligar o sujeito a um processo de produção, de formação ou de correção.

fazendo-nos pensar na existência de um *fazer morrer ou deixar viver* (direito do soberano sobre seus súditos) que, dessa forma, não está distante de nossa atual realidade biopolítica (SCOPEL, 2012).

Ademais, as notícias vinculadas na mídia sobre a superlotação dos presídios, infraestrutura deficiente e constantes violações dos direitos humanos deixam evidente a forte presença do *fazer morrer* nas prisões brasileiras. Dados recentes do Departamento Penitenciário Nacional, órgão ligado ao Ministério da Justiça, corroboram com essa afirmação ao assinalar que atualmente o Brasil tem em torno de 726.712 mil pessoas vivendo em prisões (dados de junho de 2016). No âmbito geral, o Brasil passou a Rússia e está em 3º lugar do ranking mundial em relação ao maior número de população carcerária. E ao contrário dos países que estão à sua frente, esse número só aumenta. Atualmente, o Estado do Espírito Santo ocupa o 8º lugar no País em número de pessoas encarceradas.

A realidade retratada nesses números e através dos meios de comunicação vem confirmar constatações de Wacquant (2001) quando visitou algumas penitenciárias brasileiras:

É o estado apavorante das prisões do país, que se parecem mais com campos de concentração para pobres, ou com empresas públicas de depósito industrial dos dejetos sociais, do que com instituições judiciárias servindo para alguma função penalógica – dissuasão, neutralização ou reinserção (p. 11).

A lógica desse Estado de exclusão, que retroalimenta o encarceramento em massa parece ser ainda mais danosa para algumas pessoas, em detrimento de outras. Uma crítica social muito forte é a de que o maior número de presos está entre os jovens negros moradores de periferias. Segundo dados publicados pelo Conselho Nacional de Justiça no “Mapa do Encarceramento”, no Brasil 58% dos detentos são negros. Em relação à faixa etária 54% são jovens entre 18 e 24 anos com pouca ou nenhuma escolaridade (BRASIL, 2015). Essa realidade é discutida também no documentário estadunidense “13ª Emenda”¹¹ que debate com bases históricas, antropológicas e políticas nos Estados Unidos o encarceramento de jovens negros e o crescimento em massa das populações prisionais no país. No Brasil, já vimos que o número de jovens nas prisões é muito alto, assim como o crescimento da população carcerária.

¹¹ 13ª emenda é um filme lançado em 2016, sob a direção de Ava DuVernay. Esse documentário aborda de forma brilhante como o sistema presidiário dos dias de hoje tem elos com a escravidão. O título do filme se refere à 13ª emenda à Constituição dos EUA, que aboliu a escravidão formalmente.

Mas pela lei de execuções penais promulgada em 1984, tais direitos, incluindo o de acesso a saúde, já não estariam garantidos a todos os presos? Tomaremos esse ponto como foco de discussões a seguir.

2.2. Considerações sobre o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade

A Constituição de 1988, também conhecida como “constituição cidadã”, assegurava somente aos empregados assalariados o direito à saúde, porém, após o movimento conhecido como Reforma Sanitária, adotou-se no país um modelo de atenção à saúde que garantiu a saúde enquanto direito universal, com atenção integral a todos os cidadãos brasileiros, incluindo a população prisional, passando a ter seu direito à saúde assegurado pela legislação vigente (BIOMDI, FIALHO e KOLKER, 2003).

Segundo uma nova compreensão, a temática da saúde foi regulamentada por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90, que tem como diretriz dar prioridade à atenção básica e às ações de controle de riscos e agravos. Cabendo aos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), de forma integrada, mas descentralizada e regionalizada, a responsabilidade pela execução de políticas públicas voltadas para a proteção, a promoção e a recuperação da saúde. Corroborando com isso, salientamos que o SUS foi criado norteado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Nesse contexto, a Portaria/SNAS N° 224, de 29 de janeiro de 1992, destaca como diretrizes a organização de serviços baseada nos princípios do SUS: universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações. Como também, diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial, garantindo assim a continuidade da atenção nos vários níveis e a multiprofissionalidade na prestação de serviços, dando ênfase na participação social. Isso vai desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução, bem como a definição dos órgãos gestores locais e dos responsáveis pela complementação da presente portaria normativa, por seu controle e avaliação.

Posteriormente destacamos um marco importante, mais especificamente envolvendo o campo da saúde mental e a reforma psiquiátrica brasileira. A homologação da Lei N° 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e a garantia de direitos às pessoas com transtornos

mentais. Ela afirma em seu Art.1, que os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental serão garantidos sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, religião, orientação sexual, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Segundo essa mesma lei, é direito da pessoa com transtorno mental, como descrita em seu Art.2, que a mesma tenha acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades. E que esse público deve ser respeitado e ser tratado com humanidade, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. A pessoa com transtorno mental deve ser protegida de qualquer forma de abuso e exploração. A presente legislação afirma ainda nos parágrafos IV, V, VI VII, VIII e IX que:

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

A responsabilidade para oferecer suporte técnico e operacional para isso é do SUS. Cabendo ao mesmo o desenvolvimento de práticas preventivas e atenção primária. Uma crítica, no entanto, feita à Lei 10.216/2001 é que ela não foi enfática, radical na ideia do fechamento dos hospitais psiquiátricos, e esse fato, para alguns profissionais da saúde, acabou dando brecha para a continuidade das internações.

Abordando direitos legislativos referentes à saúde mental, salienta-se ainda que a Portaria Nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece em seu art.1º que os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O que pouca gente tem conhecimento é que esse atendimento também inclui as pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos custodiados em unidades prisionais dentro desse território.

Se a pessoa presa por ter cometido algum delito apresentar transtorno mental durante o período em que cumpre a pena no sistema prisional? Deverá ser tratada de acordo com os mesmos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, Lei 8.080/1990 e Lei 10 216/2001. Essa assistência precisa levar em conta o nível do agravo do transtorno, afim de verificar qual o tipo de encaminhamento a ser efetuado dentro da rede de atenção à saúde mental

ou atendimento ambulatorial no âmbito do próprio sistema penitenciário (MPF/PFDC, 2012, p.26).

Sendo assim, com o imperativo de humanizar a sanção penal, houve a prescrição de mecanismos e serviços penais para a garantia de direitos e a criação de condições favoráveis para o “desagravo” da pessoa custodiada. Tais serviços e mecanismos estão dispostos na Lei de Execução Penal (Lei 7.210/1984) que reafirma o direito à saúde, dentre outros, como sendo uma obrigação do Estado. No art. 1º da LEP, está determinado que ‘a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado.’ Nos arts. 10 e 11 está disposto que “a assistência ao preso e ao internado é dever do estado, objetivando prevenir o crime e orientar a convivência em sociedade (BRASIL, 1984).

Contudo, apesar desses avanços legais sobre o modelo assistencial em saúde, na prática, ao nos reportarmos à população prisional, essa garantia de direitos parece ser encarada de outra forma. Em muitos casos, a saúde nesse contexto é entendida como “prêmio”, “regalia” e não como um direito sendo regido por lei, o que acaba ferindo o princípio da promoção de equidade na saúde.

2.2.1. PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do SUS.

Promulgada em 2003, a portaria interministerial MS/MJ 1.777, de 09/09/2003 instituiu o plano de saúde no sistema penitenciário (PNSSP). Tal plano articula a legislação penal e o Sistema Único de Saúde – SUS, dando assim uma maior visibilidade à população custodiada na esfera da política nacional de saúde.

No Brasil, encontram-se qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) 100% dos Estados e o Distrito Federal, o que representa 271 equipes de saúde no sistema penitenciário, habilitadas e ativas (CNES, julho/2013), em 239 unidades básicas de saúde prisional em penitenciárias, em 154 municípios (FILHO,2016).

Contudo, dos anos de 2011 a 2014, houve um redesenho do PNSSP, sendo publicada então, a Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que instituiu a política nacional para a atenção integral à saúde da pessoa privada de liberdade no sistema prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Visando assim à garantia do acesso efetivo e sistemático da população

que se encontra custodiada no sistema penitenciário, às ações e aos serviços de saúde, com a mobilização de recursos financeiros mais significativos, bem como à alocação de estratégias de gestão e fortalecimento de capacidades locais.

De acordo com a PNAISP, cada ambulatório presente na unidade prisional é um ponto de atenção da rede de saúde do SUS. Qualificando, dessa forma, a atenção básica no âmbito prisional e articulando com outros dispositivos dessa rede no território. Essas unidades contarão com equipes multiprofissionais que devem ofertar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. A política enfatiza ainda que caso não haja ambiência na unidade prisional, a unidade básica de saúde do território poderá se responsabilizar por essas ações (PNAISP, 2014).

No que concerne à manutenção e financiamento desse programa e dessas equipes de saúde no contexto prisional, é oportuno destacar que os recursos serão repassados diretamente aos Estados e municípios habilitados (PNAISP, 2014). Tendo como diretriz os seguintes eixos: equipes dimensionadas para o tamanho e perfil epidemiológico da população carcerária atendida, equipes de saúde materno infantil presente em unidades que custodiam mulheres e garantia de qualidade pela rede cegonha, equipes de saúde mental para identificar, prevenir e tratar os transtornos gerados pelo confinamento e pelo uso de drogas. Bem como, acesso às redes de atenção especializada, hospitalar, urgência e redes temáticas, vigilância epidemiológica efetiva e em tempo adequado, vigilância sanitária, como também, ações de saúde dirigidas à prática do trabalhador prisional (PNAISP, 2014).

Destaca-se ainda na PNAISP (2014):

Art. 3º A PNAISP será regida pelos seguintes princípios:

I - Respeito aos direitos humanos e à justiça social;

II - Integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção;

III - Equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos;

IV - Promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas;

V - Corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território; e

VI - Valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade.

O Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas aplicadas à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) instituído pela Portaria GM/MS nº 94, de 14 de janeiro de 2014, é fruto do trabalho de uma equipe presente dentro do ministério da saúde, tendo como compromisso o tratamento com “ares de cidade”, a liberdade e o fim do modelo asilar. O serviço tem o propósito de redirecionar os modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, de acordo com as singularidades e as necessidades de cada caso, viabilizando o acesso e a qualidade do tratamento e acompanhando da execução das medidas terapêuticas em todas as fases do processo criminal.

Considerando a lei nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redesenho do modelo assistencial em saúde mental, foi feito um reordenamento nas diretrizes no cumprimento de medidas de segurança, tal qual estabelecida em uma resolução do CNPCP desde 2004. Devido a essas leis e outras diretrizes, foi elaborado em janeiro de 2014 a portaria 94, que dispõe sobre a implantação das EAP’s (equipes de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicadas à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei), redirecionando assim os modelos de atenção em vigor.

As EAP’s contam com um financiamento fixo, para custeio das equipes repassadas fundo a fundo pelo Ministério da Justiça. Essas equipes multiprofissionais têm como função garantir a individualização das medidas terapêuticas, de acordo com as singularidades e as necessidades de cada caso, viabilizando o acesso e a qualidade do tratamento, bem como o acompanhamento da sua execução em todas as fases do processo criminal. Contudo, é importante frisar que essa equipe não tem a função assistencialista ou de apadrinhamento, sua incumbência reside na realização de ações de fechamento da “porta de entrada”, dos espaços manicomialis judiciários e no processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei, tendo a saúde como gestora do serviço e o judiciário como principal demandante.

Diante da legislação apresentada é de extrema importância ressaltar que em nenhum momento a legislação segrega ou separa o “portador de transtorno mental comum” do “portador de transtorno mental infrator”, visto que ambos têm o direito ao acesso de políticas, que respeitem a sua singularidade e que visem à garantia da cidadania e a promoção de direitos.

Assim sendo,

[...] Em consonância com o Princípio da Universalidade do SUS (Lei 8.080/1990) e da Atenção Integral à Saúde Mental (Lei 10.216/2001), toda pessoa com transtorno mental em situação de risco e vulnerabilidade social deve ser socorrida, imediatamente, e

conduzida a um serviço de Saúde Mental de Urgência para que seja acolhida, avaliada e tratada por uma equipe de saúde mental, independentemente de ter cometido algum delito [...] (MPF/PFDC, 2012, p. 25).

De acordo com dados do Infopen/2017, a população prisional do Espírito Santo, na atualidade, gira em torno de 19.413 pessoas. Destes 18.315 referem-se à população masculina e 1.098 à população feminina. O modelo de saúde prisional para essa população é discutido e articulado entre as secretarias estaduais de saúde (SESA) e justiça (SEJUS). O sistema prisional é composto por 34 Unidades Prisionais, 01 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e 01 Unidade de Saúde do Sistema Penal. Tais estabelecimentos penais estão localizados em 13 Municípios do Estado: Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Guarapari, Cariacica, Viana, Vila Velha, Serra, Aracruz, São Mateus, São Domingos do Norte, Barra de São Francisco, Marataízes e Linhares.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP, localizado no município de Cariacica, abriga pessoas em medida de segurança, sendo a referência no sistema penal do Estado para o cumprimento de medida de segurança.

A unidade de saúde do sistema penal ou unidade de atendimento de urgência é uma unidade independente localizada no Complexo Penitenciário de Viana. Tem como características o suporte de acolhimento e encaminhamento para rede de urgência e emergência e internação de pós-operatório de baixo risco, também é referência de duas unidades prisionais que não dispõem de ambulatório, referência em raio X e eletrocardiograma, procedimentos de fisioterapia, atendimento odontológico e ponto de coleta para exames laboratoriais.

Algumas críticas a esse modelo adotado no Estado emergem em algumas instituições e movimentos sociais, principalmente no que se refere ao atraso na adesão e demora na efetividade de execução da política prescrita na PNAISP e na Lei 10.216/2001. Como colocado acima, o HCTP ainda é a referência de saúde mental para cumprimento de medida de segurança (grifo nosso), sendo que na lei está previsto a substituição gradativa dessa modalidade, por medidas terapêuticas de base comunitária, conforme previsto nas portarias MS nº94 e nº 95, ambas de 01/2014, onde a primeira 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 –, e a segunda dispõe sobre o financiamento desse serviço.

Em pesquisa para esse trabalho, encontramos a Ata da 179ª Reunião Ordinária, do Conselho Estadual de Saúde - CES/ES¹², realizada em 27 de julho de 2017, publicada no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, no dia 09/11/2017. Nesse documento, constam os relatos de alguns conselheiros, onde os mesmos fazem alguns questionamentos sobre o sistema de saúde adotado e apontam rupturas no modelo atualmente assumido no Estado. Segue abaixo alguns relatos feitos, diante da apresentação realizada por parte do setor de saúde da Sejus, sobre a assistência de saúde prestada às pessoas privadas de liberdade.

Conselheiro 1: “ - Este ideal que a gente vê aqui, na prática não é. Falo de onde? Como Conselheiro da Promoção de Igualdade Racial, como membro da comissão de Direitos Humanos da Serra e antes de tudo como advogado e como detento. Conheço a realidade de dentro e de fora do presídio. Eu só gostaria de dizer o seguinte: quando o preso é recebido na unidade prisional é atendido pela assistente social, que faz uma ficha corrida e leva mais de quinze dias para ser atendido pelo serviço de saúde, além do mais, há menos de dez dias ficamos sabendo de um caso de 300 intoxicações alimentares. Aí eu pergunto: qual foi então o trabalho feito por essa supervisão? Outra coisa: esse Conselho tem que trabalhar aliado ao Conselho de Comunidade, que é o Conselho previsto na lei de execuções penais, que estão dentro dos presídios, que acompanham isso mais de perto. Então acho que a gente deveria tirar daqui uma equipe para acompanhar (junto com o Conselho de Comunidade) esse trabalho de saúde. Outro detalhe: a maioria das vezes que o preso está na cela, quando perde serviço médico, é humilhado pelo agente prisional e pra sair tem que demonstrar que está quase morrendo. Então o que vimos aqui eu quase senti vontade de ir pra lá, é o ideal, na prática infelizmente não é. Falo, inclusive, acho interessante a gente fazer uma força tarefa, entre Conselho de Saúde, Conselho de Direitos Humanos, que já teve “n” denúncias, não sei se este Conselho tem ciência das denúncias do Conselho de Direitos Humanos, Conselho do Negro e Conselho de Segurança Alimentar, fazer visita em loco. Que aí a gente realmente vê a realidade.”

Conselheiro 2: “- Eu vi e quero saber qual unidade foi esta Luciana que você postou. É Vila Velha? Todas são do mesmo modelo? É porque na realidade o que acontece, eu reparei que aquilo ali era uma, que vocês pegaram, e você está dizendo agora que todas são assim.”

Conselheiro 2: “- Você colocou que você só tem farmacêutico acima de 500 presos. E o que é que é feito com os medicamentos? Quem é que toma conta? Todas as unidades têm uma farmácia com medicamentos controlados. O que é feito com todos os outros medicamentos nas unidades abaixo de quinhentos? De duzentos a quinhentos vocês têm saúde bucal. Então nos vimos aqui, uma unidade completa que tem todos os atendimentos porque em alguns se colocou a saúde bucal. Essa questão toda é se não tem o profissional quem está fazendo o serviço? Se não tem o farmacêutico, tanto medicamento, quem está

¹² Art. 1º O Conselho Estadual de Saúde – CES/ES é órgão de instância colegiada, deliberativa e de natureza permanente, com composição e competências redefinidas pela Lei Estadual N.º. 7.964, de 27 de dezembro de 2004, alterada pela Lei Estadual N.º. 10.598 de 08 de dezembro de 2016 é órgão específico da Secretaria de Estado da Saúde que fornecerá a infra-estrutura necessária ao seu funcionamento, em conformidade com as disposições estabelecidas na Lei N.º. 8080, de 19 de setembro de 1990 e na Lei N.º. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Art. 2º O Conselho Estadual de Saúde – CES/ES tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.

responsável por todos esses medicamentos que a própria Justiça coloca na Lei que tem que ter responsável?”

Conselheiro 3: “- Eu queria deixar claro aqui que o SUS há muito tempo enquanto política pública está deixando a desejar. Uma população prisional que está sendo tratada da forma mostrada aí então como diz o Conselheiro a gente queria estar lá. Eu acho muito fantasioso.”

Conselheiro 3: “- Até hoje a gente não teve um debate decente sobre a atenção primária no Espírito Santo. Nunca vi ninguém questionar.”

Conselheiro 4: “- Eu sugiro o mais rápido possível que se tire uma comissão e fazer uma visita com isso em mãos para ver se tudo que passou aí tem lá, porque esse negócio não é nesse país.”

Conselheiro 5: “- Vou entrar no contraponto, dei uma checada em algumas informações que foram passadas aqui, a gente está com 19,5 mil presos com capacidade pra 13,8 mil. É uma superlotação de 41%, uma das menores comparada com o Brasil, mas é superlotação e a gente sabe que superlotação é a mãe de muitos problemas, principalmente em situação de cárcere, pessoas aglomeradas, por isso é muito mais grave. Na pesquisa rapidinha que eu fiz a ONU denunciou os presídios do ES, os presídios mais violentos do país, uma reportagem que relata denúncia agora em janeiro de 2017, eles fazem uma reportagem passando o que melhorou de 2010 para cá, então assim teve sim alguns elogios, eu achei os mesmos fatos que ela colocou ali, eu achei no Portal GM. Eu percebo sim que há coerência no relatório da Luciana, eu percebo bem uma distância, no quão bacana é o projeto que vocês criaram, o qual distante é da realidade. Não é uma crítica ao seu projeto, inclusive porque você apresentou muito bem, acho que talvez é um dos modelos mais bacanas que eu já tinha visto, mas ainda tenho dificuldade de acreditar na execução disso que você apresentou, não só, e outra pelas notícias que são tão recentes 2017, são de agora.

No mesmo documento a gestora de saúde da Sejus argumenta sobre a fala dos conselheiros:

“- Eu queria deixar claro pra vocês aqui a questão da saúde foi falada aqui, mas ainda está longe do que é ideal. Teve um caso de óbito agora em setembro de 2016 que um jovem de 20 anos, ele chegou ao presídio e horas depois ele foi a óbito, está aqui na reportagem. Então partindo da ideia que ela colocou que chega, faz os exames, tem atendimento médico disponível, fico sem entender uma reportagem dessa, em momento algum falei e nem vai dizer que o projeto é cem por cento, não é, claro que não, tanto que em um dos slides diz o quê: a cobertura é cem por cento. Então, nós temos nas unidades presos mas que de fato não tem o programa também, ele é atenção básica, não é um hospital em programa vinte e quatro horas.”

“- A questão da superlotação de fato tem sim, temos problemas perante a ela; superlotação, falta de higiene, tudo isso a gente tem, mas o que a gente faz dentro dos recursos que se tem, tenta programar a equipe de saúde, faz um mutirão, é o melhor do mundo? Não é, muito longe disso, se ficou essa impressão, não é o ideal, agora, dizer também que não tem, por mais que eu fale não vou conseguir convencer. Eu acho que a melhor coisa é ir lá, acompanhar.”

“- A questão do recurso, como é o recurso? O recurso é estadual, ele é do orçamento da Secretaria de Justiça, o Ministérios da Saúde, ele manda um financiamento de cinco mil e

seiscentos reais pra equipe cadastrada nos CNES, cinco mil e seiscentos Reais / mês, mal dá para pagar aí o salário do médico. É orçamento da Secretaria de Estado da Justiça.”

“- A questão de OCIP¹³ e de OSS, quer saber por que não passou pelo Conselho, a gente tem uma orientação da PGE, considerando que esse modelo era só pessoal e agora a gente amplia.”

Os relatos colocados acima evidenciam que o caminho entre realidade e teoria, no que diz respeito à assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade ainda é difuso e repleto de fissuras. Isso acaba corroborando para assistência de alguns em detrimento de outros. Isso é fatal em se tratando de uma população de quase 20 mil presos, como está configurado atualmente nosso Estado. Alguns podem ficar esquecidos e desassistidos. A questão de saúde é fundamental, se pensarmos que ela pode ser uma oportunidade daquele indivíduo ser ouvido, escutado, olhado na sua singularidade. A atenção em saúde traz isso, potencializa esse outro através do seu acesso. Como acolher alguém que nunca foi acolhido? E em meio a grande massa carcerária?

2.2.2. Prisões Privatizadas X Estatais: o que está em jogo na assistência à saúde e demais direitos dos apenados.

Tramita no Senado Federal Brasileiro um debate sobre a privatização de unidades penais, tendo como premissa principal o déficit de vagas no sistema penal público, a carência de organização e falta de recursos suficientes do Estado/País para construir e administrar as unidades prisionais. O Projeto de Lei do Senado 513/2011, de autoria do senador Vicentinho Alves, traz em seu bojo que:

“No contrato previsto pela proposta, exige-se área mínima de 6 metros quadrados para cada preso por cela; ambientes limpos e arejados; pessoal treinado em segurança e vigilância; acompanhamento médico, odontológico e nutricional; e também a disponibilização de programas de estudo, capacitação profissional, esporte e lazer disponíveis a todos. Em contrapartida, a mão de obra do preso poderia ser explorada diretamente pela empresa. A obrigatoriedade de trabalho se tornaria, então, requisito fundamental para permanência na instituição, visto que, na opinião do autor, a educação

¹³ Oscip representa a expressão Organização da Sociedade Civil de Interesse Público. A expressão Oscip surgiu em 1998 quando o governo sentiu necessidade de distinguir, entre as milhares de Organizações Não-Governamentais (Ong) existentes no Brasil, quais são as que buscam o benefício público e têm representatividade junto a segmentos da sociedade civil. Para isso, foi criada uma lei que estipula uma série de normas que devem ser atendidas pelas Ong's que pretendem ser consideradas Oscip. Ao se transformar em Oscip, uma organização passa a ser considerada idônea para fazer parcerias com o governo. As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua lei orgânica - Lei nº 8080/90.

em paralelo com a capacitação profissional e o trabalho são fatores fundamentais para um processo eficiente de reintegração à sociedade. o trabalho do preso deve ter seu assentimento. Se o preso não consentir, deverá ser transferido para uma unidade penal controlada pelo poder público” (BRASIL, 2016, p. 9).

Outros senadores também defendem a implantação/expansão do modelo da parceria público privada (PPP), ao sistema carcerário brasileiro. Eles alegam que este é um modelo avançado que só tende a aprimorar o sistema penal. Muitos deles analisam como sendo uma alternativa positiva. Atualmente existem três unidades funcionando¹⁴ nesse modelo, que se caracteriza por ser administrada pelo poder público, e ter a sua cogestão e gestão realizadas por organizações sem fins lucrativos.

Todavia, essa discussão proposta pela PLS 513/2011 não é a primeira a debater esse tema. Em 1999, outra proposta feita pelo então deputado federal Luís Barbosa apresentou um Projeto de Lei 2.146 que autorizava o Poder Executivo estadual a promover a privatização do sistema penitenciário. Na época, a proposta foi rejeitada, tendo como principal motivo uma manifestação do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), que classificou o projeto como inconstitucional.

Com essa polêmica sobre a eficácia desse sistema de gestão novamente em pauta, algumas entidades como a associação de juízes para a democracia (ASJ) mantêm a antiga tese do CNPCP.

Em nota, a AJD declarou que a proposição esbarra na impossibilidade de delegar ao setor privado o monopólio da força, uma vez que o artigo 144 da Constituição estabelece expressamente ser dever do Estado a gestão da segurança pública (BRASIL, 2016, p. 11).

A PLS 513/2011 também foi tema de debate em uma audiência pública realizada pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), em março de 2016. Nela alguns especialistas acreditam que com a aprovação desse projeto de lei as portas estariam abertas para a exploração econômica e ampliação da população carcerária. Questionam a transferência do poder

¹⁴ No Estado de Minas Gerais, único até o momento que possui esse regime, o Ministério Público entrou com uma ação em 2009, para anular a PPP, contudo tal ação foi indeferida pelo desembargador geral, onde o mesmo alegou que tal serviço não se caracterizava como privatização e, portanto, não implicava na perda da direção do estabelecimento por parte do estado, mas sim que determinados serviços podiam ser realizados pela iniciativa privada. A esse respeito, a Lei 13.190/2015, originária da Medida Provisória 678/2015, autoriza o uso do Regime Diferenciado de Contratações Públicas (RDC) em licitações e contratos na área de segurança pública. Dessa forma, os serviços de conservação e manutenção de unidades penais e fornecimento de materiais já estão previstos e as atividades que exijam o exercício do poder de polícia, vedadas (Revista discussão, 2017, p. 14).

de punir a particulares que visam ao lucro e sobre o empenho no agravamento das leis no intuito de manter por mais tempo os detentos nas prisões.

Sobre essas medidas que almejam a privatização como que uma solução mágica para todo o problema carcerário no país, os especialistas ressaltam que “não há interesse algum no processo de reinserção e de reabilitação social” (BRASIL, 2016). Eles sugerem que ao invés da construção de mais unidades prisionais, que esses investimentos possam ser destinados a políticas públicas de reinserção social e a campanhas que promovam e aplicação de penas alternativas. Ou, ainda, a processos de abrandamento a determinadas penas ligadas à questão do tráfico de drogas.” (BRASIL, 2016).

Enquanto o Brasil caminha no impasse e na discussão sobre a privatização das unidades prisionais, alguns países já estão abandonando esse modelo. Em um pronunciamento feito no final do ano de 2016, Sally Yates, subsecretária de Justiça dos EUA, discursou sobre a intenção do Departamento de Justiça em fechar presídios privados no país. Ela afirmou que “As prisões privadas tiveram papel importante durante um período difícil, mas o tempo mostrou que têm desempenho inferior se comparadas às nossas instalações (administradas pelo governo). Não oferecem o mesmo nível de serviços correccionais, programas e recursos, não apresentam redução significativa de custos e não mantêm o mesmo nível de segurança e proteção (MELLO, 2016).

No Espírito Santo esse debate também vem ocorrendo. Até o final de 2015 o Estado contou com a privatização de algumas unidades, as quais tinha a gestão (cargos de Direção) feita pelo Estado e a parte operacional (segurança) e técnica (saúde, educacional, assistencial) feita pela empresa contratada através de licitação. Contudo, devido a alguns impasses e irregularidades ocorridas, o Estado assumiu todas as unidades novamente e todo o processo está sendo revisto e alguns projetos de licitação vêm sendo estudados.

Todavia, é importante frisar que na atualidade, todas as equipes de saúde da SEJUS presentes nas unidades prisionais do Estado são terceirizadas, salvaguardando algumas técnicas de enfermagem e poucas enfermeiras. Essas contratações são feitas por uma empresa que conquista a parceria com o Estado através de uma OSCIP ou OSS, como explicamos anteriormente. Nesse modelo os vínculos de trabalho são ainda mais frágeis e vulneráveis administrativamente, pois geralmente essa equipe é contratada por um ano, podendo ter ou não o contrato renovado. Sendo assim os membros da equipe não têm férias por exemplo, caso o contrato seja renovado eles recebem em dinheiro esse benefício.

Ademais a equipe de saúde trabalha com um número limite de atendimentos por dia. O médico, por exemplo, só atende no máximo 15 presos por dia, independentemente do número de presos naquele estabelecimento prisional. Na ocorrência de algum caso emergencial, o atendimento pode ficar para o outro dia. Observamos em nossa prática que esse sistema beneficia principalmente os presos mais instruídos, extrovertidos e que se posicionam de certa forma frente as suas questões de saúde. Na linguagem da prisão, os presos que “batem o chapão”¹⁵.

Os internos mais acanhados, passivos e introvertidos, ou mesmo os que já estão mais comprometidos psicologicamente tendem a ficar desassistidos e esquecidos, se essa equipe não atuar de forma organizada, no intuito de abranger a todos. Fica então o questionamento: mesmo tendo boa intenção, consegue uma equipe de saúde, que atende 15 sujeitos por dia, dar assistência e atuar com qualidade, atenção e eficácia na resolução de problemas de saúde, à uma população de 1.000, 1.400 presos?

Dito isso, inferimos que o modelo atual de privatização adotado aqui no Estado assujeita à norma da disciplina, ao poder do soberano tanto o profissional da saúde quando ao preso. Consideramos por fim, que ao propor a privatização dos presídios como solução aos problemas penitenciários, reitera-se a lógica punitiva e tira-se o foco da instituição de políticas de combate ao encarceramento em massa, descriminalização de condutas e políticas públicas pela erradicação da pobreza. Talvez por esse motivo não tenhamos ainda a nível Estadual, aderido à política pública prevista na PNAISP e ainda continuamos tendo o modelo asilar como referência, quando o assunto é a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

2.3. 50 anos após a história da loucura: o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o aprisionamento das pessoas com transtorno mental em presídios comuns

Passados alguns anos do lançamento do livro sobre a história da loucura onde Foucault realiza um estudo crítico a respeito da loucura no mundo ocidental, tendo a Europa como referencial, destacamos alguns pontos nessa obra, como forma de levantar questões para discutir na atualidade o que se refere ao campo da saúde mental.

¹⁵ Atitude de reivindicação (gritos e socos na porta da cela) tomada pelos presos, para chamar a atenção dos agentes penitenciários para algum problema ocorrido dentro da cela ou unidade prisional.

De acordo com Foucault, nem sempre a loucura foi aprisionada/internada. Até o século XV os loucos circulavam livremente pelas ruas e espaços sociais, gozando de uma certa “extraterritorialidade”. Nesse século, aptidão e inaptidão para os afazeres e trabalhos não eram motivos para julgar se alguém era normal ou anormal. Entretanto, a partir do século XVI, a coisa muda de figura, com o fim do campesinato (no final do séc. XV), surge o renascimento, o racionalismo, e alguns historiadores vão chamar esse período de era do mercantilismo.

Com isso, houve a necessidade de muita mão de obra “racional” para o trabalho, e o que se constata é espantoso: as cidades estavam muito populosas e com pouquíssimas pessoas “habilitadas” para o trabalho. A partir daí, decidem, então, “retirar da cena social” todos aqueles que não “seguiam a regra da produção” (mendigos, crianças abandonadas, idosos, pobres, deficientes, prostitutas, leprosos e os loucos). Todos foram “varridos da sociedade” e enviados para as “santas casas”, não com o intuito de tratá-los, mas sim de excluí-los. Foucault diz que a lepra deixou para a loucura a herança da exclusão.

Tempos mais tarde, já no século XX, mais precisamente nos anos de 1950 -1960, surgem muitas pesquisas e estudos envolvendo a temática da doença mental. Um estudioso americano chamado Thomas Szasz preocupa-se com a tirania sociopolítica disfarçada de tratamento psiquiátrico. Esse autor afirma que em pleno século XX os que se desviavam das normas vigentes eram excluídos, internados e tratados de forma desumana, sendo preciso levar em conta que qualquer sintoma mental está intrinsicamente ligado ao contexto social e ético em que é elaborada sua definição conceitual (SZASZ,1979).

Szasz (1979) alerta que o conceito que se tem sobre doença mental é enganador e perigoso, pois não tem outra função senão rotular, estigmatizar o paciente. Ele pontua que a internação psiquiátrica não é uma internação qualquer como muitos acreditam, justamente por conta dessa estigmatização, e que os hospitais psiquiátricos são buscados em duas situações: ora pacientes que desejam tratar-se de alguns problemas que enfrentam, ter medicação e atendimento, ora porque são levados por parentes que não sabem lidar com seus infortúnios (levam na verdade para livrar-se deles).

Em seu texto “Ética e doença mental” (1957), Szasz nos convida a repensar e a nos informar mais sobre o conceito e o mito da doença mental, para lidarmos de forma mais digna e ética com as pessoas em sofrimento psíquico.

Corroborando com essa colocação histórica de que a loucura tende a ser excluída e banida da sociedade, temos com Foucault em vigiar e punir, uma constatação acerca da prisão que nos é pertinente nesse momento. Ele pontua que a prisão não tende ao desaparecimento, mas sim tem uma inclinação para ser recodificada de acordo com um conjunto de mecanismos carcerários que excedem largamente seus contornos. Para exemplificar isso, Foucault trabalha com a expressão “arquipélago carcerário”, termo cunhado por ele, para descrever a migração da tecnologia penitenciária, para a vastidão das relações sociais.

A partir desse conceito, o autor Guillaume le Blanc, em seu artigo “História da Loucura na idade clássica: uma história da pobreza” (2013), postula que, se retornarmos à história da loucura, também podemos pensar de maneira análoga à de Foucault, que a persistência do asilo como administração dos loucos não está recodificada segundo um conjunto de mecanismos asilares, que também, nesse caso, excedem fortemente seus contornos. Ele sugere, então, a expressão “arquipélago asilar”.

Na visão desse autor, a expressão “arquipélago asilar” tem dois sentidos. A primeira se refere a uma profunda transformação inerente à psiquiatria, em virtude da qual o asilo torna-se uma engrenagem entre outras da administração dos loucos. Não é mais aquele lugar fechado em si mesmo permitindo uma defesa da sociedade, mas um lugar de estadia conectado com as outras instâncias de tratamento da loucura. O segundo sentido dessa expressão sugere uma porosidade inesperada entre prisão e asilo, ou mais exatamente, entre arquipélago carcerário e arquipélago asilar.

De acordo com Le Blanc (2013, p. 183):

O carcerário e o asilar, cujas lógicas Foucault cuidadosamente distinguiria, tendem hoje a se cotizarem em nome de um imperativo da “defesa da sociedade”, que faz ressurgir o espectro do indivíduo perigoso assimilado ao indivíduo com o qual não se sabe o que fazer, o vagabundo ou o louco. Na realidade, é todo o sentido de instituição disciplinar que mudou profundamente.

Nesse sentido, o autor sugere que é errôneo pensar que as disciplinas asilares e carcerárias estão enfraquecidas. Elas vêm sendo remodeladas a partir do imperativo da defesa da sociedade. Tudo se passa como se a prisão e asilo tivessem sido ressignificadas como administrações pesadas, adquirindo sentido no interior de um complexo mais leve de procedimentos de controle disseminados, junto com outros, em toda a sociedade, destinados a administrar os sujeitos com os

quais não se sabe o que fazer (*grifo nosso*) (LE BLANC 2013, p 183). É significativo que entre esses sujeitos sem lugar, não empregáveis, “sem voz”, que a prisão se configure mesmo, como sendo ao mesmo tempo uma prisão da pobreza e da loucura.

Diante disso podemos nos perguntar, onde se encontra a loucura hoje? Silenciada e esquecida na prisão? Desassistida na rua? No desalento das “cracolândias”? Desorientada, pertencente a algum grupo de sem-teto, desprezada pelos dispositivos de cuidado social?

Perante essas questões, surgem argumentos imperiosos “Em defesa da sociedade” no quais o aprisionamento e isolamento desses sujeitos se retroalimentam. A partir disso, emergem perguntas como: De que forma pode-se garantir, para a sociedade, uma proteção em face desses indivíduos supostamente perigosos, que são os não empregáveis, entre os quais estão os loucos, os vagabundos? No pensamento de Le Blanc (2013), hoje, o medo do louco é reativado pela sua suposta periculosidade. Os dispositivos de segurança, principalmente, recriam a antiga população disparada do hospital geral, tratando conjuntamente o louco, o delinquente e o pobre.

Esse apelo ao dispositivo de segurança parece se assentar atualmente sobre uma guerra social a esses indivíduos promovendo ainda mais a sua exclusão. Parecendo se respaldar em alguns discursos que reativam o poder do soberano sobre a vida e a morte.

Exemplo disso são os posicionamentos de alguns membros da comunidade psiquiátrica, favoráveis à manutenção dos manicômios e hospitais psiquiátricos. Para eles, diversas são as razões para explicar a realidade de encarceramento das pessoas acometidas de transtorno mental. A bandeira levantada por eles traz o argumento de que:

1) O desamparo total ao qual são relegados multidões de pacientes com transtornos mentais graves; 2) A política oficial da denominada “reforma psiquiátrica” brasileira desinternou milhares de pacientes no país, porém sem oferecer-lhes equipamentos substitutivos apropriados de tratamento à saúde localizada na comunidade; 3) Além do fechamento indiscriminado de leitos psiquiátricos, a proibição da abertura de novos leitos também tem contribuído para que muitos pacientes em situações de crise deixem de receber assistência adequada a seus problemas de saúde mental, ficando, assim, mais vulneráveis socialmente, aumentando sua chance de entrarem em conflito com a lei e serem presos por conta disso; 4) Desassistência na área de saúde mental relacionada à dependência química, especialmente ao crack. Dependentes químicos sem assistência à saúde têm permanecido à sua própria sorte, envolvendo-se em pequenos tráficos e crimes contra o patrimônio para, assim, bancarem seus vícios (CORDEIRO E MORANA, 2017, sp).

Recentemente um termo assinado pelo Ministério da Saúde na “calada (ou canetada) da noite” parece nos realocar de volta à idade média, colocando em risco tudo que foi construído em torno da assistência às pessoas com transtorno mental e de toda a luta antimanicomial. Tal pauta,

colocada pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), propõe uma alteração na Política Nacional de Saúde Mental e parece favorecer prioritariamente a criação de 20.000 vagas em comunidades terapêuticas e o desmantelamento (financeiro e humano) da assistência prestada pelos CAPS e RAPS, dentre outras questões graves.

Precisamos urgentemente atuar contra essa lógica autoritária do soberano, do capitalismo que insiste em se apossar da saúde, dos menos favorecidos, dos que não têm voz, em favor da sua fome de produção e do domínio dos corpos produtivos e ativos. Compor ações de resistência se torna fundamental.

Manicômios nunca mais!

3. O PSICÓLOGO NO SISTEMA PRISIONAL: O DESAFIO DA PRÁTICA PROFISSIONAL AS QUESTÕES ENVOLVENDO A ASSISTÊNCIA DAS PESSOAS COM TRANSTONO MENTAL NO PRESÍDIO COMUM

Neste capítulo trazemos à tona alguns relatos de experiência, dilemas e regulamentações sobre a atuação profissional do psicólogo dentro do sistema prisional. De início falamos sobre o meu percurso ainda como acadêmico, até a minha entrada como psicólogo no sistema prisional capixaba. Os desafios que encontrei logo na entrada, incluindo o meu primeiro contato/atendimento com um rapaz com transtorno mental recluso em um presídio comum, são descritos aqui. Neste capítulo, nos dois subtítulos que se seguem, traremos o relato desse primeiro caso que atendi no Centro de Detenção Provisória de Cariacica ou “presídio de lata” e outros três relatos de experiência no atendimento à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, que se encontravam encarceradas na Penitenciária Semiaberta de Vila Velha, enquanto fui responsável pelo setor de psicologia daquela unidade, nos anos de 2012 a 2015.

Os três casos mencionados foram retirados das anotações escritas no diário do psicólogo no cárcere. O critério de seleção deles teve por base o desfecho diferente que cada caso teve, dando assim ao leitor, uma melhor percepção sobre a complexidade do tema que pode ter diferentes desfechos e entendimentos por parte do operador do direito.

3.1. Um panorama sobre o sistema penal capixaba e as principais diretrizes sobre a atuação do psicólogo nesse contexto

(...) surge aqui como força maior o tema da experiência da pesquisa. A importância da experiência do pesquisador aponta sua inscrição no plano de forças, que constitui o plano de produção tanto do conhecimento quanto da realidade conhecida. Pesquisadores e pesquisados, bem como o problema da pesquisa cartográfica, estão mergulhados na experiência (PASSOS, KASTRUP e TEDESCO, 2013, p. 220).

Tive o meu primeiro contato com o ambiente prisional ainda durante a graduação em psicologia, no ano de 2005. O presídio chamava-se Elizabeth Sá Rego e situa-se na cidade de Itaperuna, no interior do Estado do Rio de Janeiro, onde cumprem pena presos em regime fechado. Durante meu período de férias escolares daquele ano, ingressei como estagiário voluntário na

unidade e acompanhei o psicólogo em sua prática naquele contexto carcerário e já ali, durante a minha permanência de um dia, uma vez por semana, por dois meses, algumas questões emergiam e diversas situações daquele cotidiano se apresentavam pungentes. Entretanto, a primazia da segurança era mais valorizada, em detrimento dos atendimentos ou outros serviços que ali ocorriam.

Sendo assim, durante esse período presenciei, por algumas vezes, o psicólogo da unidade prisional programar-se para o atendimento de alguns presos e ir até o posto de comando dos agentes penitenciários com uma lista, contendo o nome de vários internos que haviam solicitado atendimento psicológico. Assim que retornava, a notícia era de que os agentes estavam envolvidos em “outra atividade mais urgente no momento” e que não podiam realizar a movimentação dos presos até a sala da psicologia. Essa sala, cuja porta também era de grades, ficava localizada em um corredor, junto às salas onde ocorriam vários outros atendimentos (médico, social, enfermagem, de identificação, entre outros).

Nesses intervalos, quando o pedido para o atendimento era suspenso por outras demandas da rotina prisional, o psicólogo fazia o apontamento de algumas questões que ele achava importante para sua prática profissional naquele espaço, e que não estava escrita em nenhum livro ou manual. Uma das que me recordo até hoje é a de colocar sempre a mesa de atendimento do lado da porta da sala, de forma que sentado, o psicólogo fique de costas e ao lado da saída, facilitando assim “uma fuga” em momento de emergência. No caso de algum comportamento mais agitado do preso, ou em caso de surtos, colocar as mãos, com as palmas viradas para cima, embaixo da mesa, como forma de alavancá-la, caso algum imprevisto aconteça. Esse receio do psicólogo, ao me passar esse procedimento parece encarnar uma espécie de “paranoia”, de que algo iminente vai ocorrer a qualquer momento, bem como a vulnerabilidade de uma prática profissional dentro desse contexto.

Passado algum tempo, já no ano de 2007, estagiando em outra instituição, quase no final da minha graduação em psicologia, fui convidado por um amigo psiquiatra que atuava no antigo hospital psiquiátrico Aduino Botelho, hoje chamado Hospital Estadual de Atenção Clínica – HEAC, localizado na cidade de Cariacica – ES, a realizar algumas visitas e acompanhar a sua rotina profissional naquele estabelecimento. Essas visitas ocorreram sempre às quartas-feiras, à tarde, e duraram apenas algumas semanas.

Estava, então, diante de outro tipo de aprisionamento, um que não cessa com a chegada da alta do estabelecimento, uma vez que mesmo indo embora a pessoa continua marcada com o rótulo

de “louco”. A impressão, que sempre me ocorria quando estava naquele estabelecimento “sanitário”, era de que estava sozinho, vulnerável e que se alguém chegasse a qualquer momento e me rotulasse arbitrariamente como “paciente”, “louco”, “agitado”, conseqüentemente eu estaria fadado ao enclausuramento sem direito de resposta, pois isso já era “etiquetado” em muitos pacientes que ali estavam e não eram ouvidos. Essa ausência de “escuta”, por parte da administração e boa parte dos técnicos daquele estabelecimento, fala de uma falta de comprometimento, de importância com as pessoas e as muitas histórias de abandono, que eram contadas durante a minha estada naquele território. A cada conversa com aqueles pacientes, surgiam ainda mais relatos de que foram “jogados” ali por suas famílias, que os julgam “loucos” e não sabem lidar com essa situação, ou mesmo que tal ato seria para o “bem deles”. Reforçando – se, assim, o discurso do senso comum que é produzido enquanto verdade, de que “lugar de louco é no hospício”.

Angustiante também perceber que muitos daqueles funcionários que ali estavam pareciam adoecidos e operando por uma lógica de encarceramento da vida que produzia a morte. Não percebendo muitas vezes que também estavam mortificados por aquele ofício. Lembro-me aqui a minha primeira entrada pela porta principal do hospital, que tinha à frente uma grande escada com um corrimão de cada lado, onde fui surpreendido por uma senhora que vinha descendo as escadas vestida com um jaleco branco, cabelos em desalinho, um molho de chaves pendurado na cintura, portando uma caneca na mão direita. Conforme descia os degraus, batia com a caneca na grade da escada gritando: “Café! Hora do café!”. Nesse mesmo instante, houve uma euforia e correria de alguns pacientes que se encontravam por ali, em direção ao refeitório. Foi então que perguntei ao meu amigo psiquiatra, que se encontrava ao meu lado, qual era o nome daquela paciente que estava responsável em avisar os outros do horário do café, seria ela uma espécie de monitora? Com um sorriso e para minha surpresa ele respondeu: “— *Ela não é paciente e sim a enfermeira chefe, trabalha aqui há quase 30 anos!*”

Concluí que aquela instituição insalubre não só afetava os pacientes que eram vistos de forma coletiva, como gado, como números, sem levar em conta sua individualidade. Mas também, comprometia a saúde mental de seus funcionários, que passavam a se confundir com os pacientes e apresentar características semelhantes, como a falta de higiene, agitação, uso de medicação controlada e instabilidade emocional, dentre outros.

Posto isso, ainda que essas experiências de estágio tenham sido tão ricas de aprendizado e ao mesmo tempo tão inquietantes e angustiantes, até este momento, não havia me dado conta de que o manicômio funcionava sob uma lógica que, de certo modo, se assemelhava à da prisão. Menos ainda, tinha o conhecimento de que existia uma instituição hospitalar para pessoas com transtorno mental que em suas características seria ainda mais próxima à estrutura prisional, ou seja, a existência do Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico. Apesar de ter acompanhado internações, não havia ainda verificado a prisão de uma pessoa com transtorno mental, que cometeu algum crime e encontrava-se por isso presa em qualquer unidade prisional, sem que fosse com a finalidade de tratamento. Esse fato somente se vislumbrou na minha vida profissional, ao longo da minha atuação como psicólogo, pela secretaria do Estado de Justiça do estado do Espírito Santo – Sejus, experiência que será relatada a seguir.

Logo no início de minha atuação profissional no sistema prisional, uma conversa com um inspetor penitenciário serviu como disparador para uma questão sobre a minha entrada nesse campo. Enquanto aguardava a retirada da cela e chegada de alguns presos para o atendimento, conversava com os inspetores penitenciários no corredor da unidade. Dialogávamos sobre algumas rotinas daquela instituição e a motivação deles em trabalhar naquele ofício. Uma fala então me chamou a atenção, quando um deles disse *“que nunca sonhou em ser um inspetor penitenciário, que possuía curso superior em farmácia e com a falta de oportunidade de emprego em sua área, acabou prestando o concurso de nível médio para o cargo de inspetor penitenciário”* (diário do psicólogo no cárcere, 04/04/2010). Essa colocação dele me levou à reflexão de que, apesar de estar motivado para aquele novo trabalho, também estava em um ofício do qual pouco conhecia e no qual nunca havia pensando em exercer antes. Assim, durante a faculdade, quando falávamos em psicologia jurídica, vinha logo à mente os psicólogos das varas de família, seu status por trabalhar no fórum, sua remuneração e referencial teórico de campo já mais avançados. O que se difere e muito de nossa realidade enquanto psicólogos prisionais, com baixos salários, pouco material referente sobre nossa prática, ausência de concursos, local de trabalho insalubre, dentre outros.

Atualmente, o Estado do Espírito Santo conta com 35 unidades prisionais, sendo que em quase todas elas há um ou dois psicólogos. O início da contratação de psicólogos no Estado foi no ano de 2007. Normalmente, um é ligado à Secretaria de Justiça do Estado do Espírito Santo/ SEJUS e outro terceirizado, ligado a uma organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP), que presta serviços a SEJUS, por meio de contrato.

As atividades dos psicólogos então são distintas. Destina-se ao psicólogo denominado “psicólogo penal” atribuições como o atendimento ao preso que ingressa na unidade, elaboração de seu prontuário, elaboração de parecer para compor a comissão técnica de classificação – CTC, elaboração e acompanhamento de projetos e programas dentro da unidade, atendimento individual e em grupo, elaboração de relatórios a pedido judicial e exame criminológico, aplicação de testes, entre outros. Ao psicólogo denominado “psicólogo da saúde” cabe o atendimento de um número determinado de presos por dia, o acompanhamento de usuários de medicação controlada, drogas, HIV/AIDS, hipertensos e outras demandas de atendimento.

A proporção do número de presos para cada psicólogo das unidades varia pela capacidade de presos naquele recinto. Algumas unidades abrigam 150 presos para um psicólogo, outras abrigam 1500 para um psicólogo. Caracterizando um número absolutamente desproporcional e arbitrário, evidenciando assim uma defasagem na qualidade do trabalho e carência de profissionais, dentre outros. A ausência de regulamentação do ofício do psicólogo, nesse campo de atuação, despotencializa a luta por melhores condições de trabalho, bem como a ausência de concursos públicos na área, visto que todos os psicólogos hoje atuantes no estado exercem cargo comissionado de “assessor de psicologia”. Essa nomenclatura do cargo é fruto de uma mudança estrutural recente, visto que antes o cargo era “chefe de departamento de psicologia”. Ao contrário do que acontece no Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo, por exemplo, onde os psicólogos concursados exercem cargos de “psicólogo socioeducativo” e acompanham geralmente em torno de 17 adolescentes para cada profissional, os psicólogos atuantes no sistema prisional, mesmo após a reestruturação recente, ainda não são reconhecidos como tal. O motivo para esse reconhecimento ainda não é sabido.

Somados todos esses pontos, como ausência de concursos, nomenclatura divergente da real aptidão para o cargo, disparidade de salários, acabam por acarretar uma rotatividade de profissionais, em baixa militância por direitos e melhores condições de trabalho, um não investimento do Estado para esse ofício, o que implica em uma despotencialização dos profissionais atuantes que acabam por não dar conta de todas as demandas, ficando, assim, envoltos em tarefas mais burocráticas e quantitativas. De acordo com Cristina Rauter (2016, p. 51), o cárcere leva todos que estão submetidos às suas engrenagens à despotencialização subjetiva, e isso inclui também os que nele trabalham, incluindo o psicólogo.

O trabalho de um psicólogo dentro de uma unidade prisional é construído a cada dia, a prisão é uma máquina viva, pulsante, apesar de ser responsável por abrigar aqueles aos quais a maior parte da mídia e da sociedade gostariam de ver “mortos”. Em certo sentido, podemos dizer que estão mesmo mortos para a sociedade. Em seu texto: *Os corpos da vida nua: sobreviventes ou resistentes?* Maria H. Zamora (2008) dirá que são como sobreviventes, definindo por esse termo aquelas existências marcadas pela extrema instabilidade e violência.

Além da atuação em presídios, três psicólogos estão atuando no módulo das audiências de custódia, realizadas no complexo penitenciário de Viana e na Cidade de Cachoeiro do Itapemirim - ES. Alguns outros psicólogos atuam na sede da gerência de reintegração social e cidadania / escritório social, com egressos do sistema prisional.

Desde a minha entrada no sistema prisional, não tive manuais que me apontassem o caminho, não houve um direcionamento ou um modelo prévio delineado. A prática foi sendo construída a cada dia, a cada novo atendimento, a cada desafio que se lançava a partir dos casos atendidos. Essa prática do processo, sendo construído ao caminhar, remete à prática da cartografia. Segundo Passos, Kastrup e Escóssia (2009), o aprendizado nos traz ganho e nos forma na medida da inscrição corporal do conhecimento. Para eles, não basta para o cartógrafo a teoria, é preciso praticar, ir a campo, seguir processos, lançar-se na água, experimentar dispositivos, habitar um território, afinar a atenção, deslocar pontos de vista e praticar a escrita, sempre levando em conta a produção coletiva do conhecimento.

Em relação ao que dispomos de regulamentação sobre a prática, referimo-nos à lei de execuções penais - LEP, promulgada em 1984, que prevê o cumprimento de algumas ações dentro das prisões, envolvendo a assistência material à saúde, amparo jurídico, educacional, social e religioso. No entanto, não é mencionada a assistência psicológica de forma particularizada. A figura do psicólogo somente aparece descrita, nesse documento, quando o mesmo orienta sobre a individualização da execução da pena, onde os apenados devem ser classificados segundo os seus antecedentes de personalidade. Artº 7 da LEP:

A Comissão Técnica de Classificação, existente em cada estabelecimento, será presidida pelo diretor e composta, no mínimo, por dois chefes de serviço, um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, quando se tratar de condenado à pena privativa da liberdade.

São atribuições dessa comissão, segundo Tânia Kolker (2004), o estudo das propostas e medidas que aprimorem a execução da penal, o acompanhamento das penas, elaboração de programa individualizador, apuração de infrações disciplinares e avaliação das condições dos presos com direito a livramento condicional ou progressão de regime. Em nosso estado, também são atribuídas à CTC a tarefa de responder os ofícios judiciais sobre inclusão de presos no método APAC.

A Associação de Proteção e Assistência ao Condenado (APAC) foi criada pelo advogado e professor Mario Ottoboni, no Estado de São Paulo. O objetivo da APAC é cumprir a LEP, diferente do que ocorre, de fato, no sistema prisional. Para cumprir seu objetivo busca-se garantir a assistência material, médica, jurídica, educacional, social, religiosa e psicológica àqueles que nela se encontram em cumprimento de pena em regime fechado ou semiaberto.

O exame criminológico foi estabelecido pela LEP em seu artigo 8º e é aplicado geralmente aos condenados a penas em regimes fechados com o objetivo de obter elementos que sirvam para uma adequada classificação do condenado e, principalmente, para a individualização da execução penal. No Anexo I, segue um modelo atualmente utilizado em nosso Estado e a justificativa do magistrado em continuar determinando a sua aplicação. Perguntas como “Qual a probabilidade do apenado voltar a delinquir? ou qual o grau de periculosidade do apenado? Ferem diretamente o Código de ética do psicólogo ao conduzir a um reducionismo de sua atuação e não levar em conta as condições necessárias para a realização de um serviço de qualidade.

Para Rauter (2007, p. 43), é totalmente contraditória a atuação do (a) psicólogo (a) no que se refere à elaboração de laudos e pareceres que “[...] vão no sentido ao contrário à ética profissional”. De acordo com a mesma autora “[...] ao psicólogo é solicitado fazer previsões de comportamento através de laudos que instruem a concessão de benefícios e a progressão de regimes, exercendo uma espécie de futurologia científica sem qualquer respaldo teórico sério”. Nessa mesma linha de raciocínio, Freitas (2013) diz que, já desde o início da exigência do exame criminológico, os juízes exigiam que os psicólogos mencionassem a probabilidade do interno voltar ou não a delinquir. Tendo assim o intuito de colocá-los no lugar de perito. Porém, ainda segundo o mesmo autor, como profissionais da saúde (...), os psicólogos têm que se instrumentalizar a partir da prática, inclusive se negando a ocupar um lugar que, se é que existe, não pertence a eles. FUTURÓLOGO”.

“O Exame Criminológico é montado a partir de fragmentos de discursos remendados pela Psicologia, Psiquiatria e Serviço Social com o objetivo de criar uma ideia sobre a pessoa que a ele foi submetida. Esses fragmentos são recortes de comportamentos, sentimentos, fantasias registrados pelos profissionais nas entrevistas para o Exame Criminológico e apresentados como se fossem a totalidade do entrevistado. Para costurar esses remendos, que linhas e agulhas são utilizadas? Ao que parece, são as mesmas linhas que tecem os valores hegemônicos da nossa sociedade: ‘configuração familiar’, ‘residência fixa’, ‘trabalho formal’, ‘padrões de normalidade’, ‘bom comportamento’, somados ao tipo do delito cometido. As agulhas direcionam esse alinhavo para o “mérito” do condenado e para o “livre convencimento” dos atores envolvidos nessa tarefa de ratificar ou não a existência de uma suposta periculosidade. Esses critérios, no entanto, têm sua validade questionada (...) quando se indaga: ‘e se a pessoa não atende a esses critérios, o lugar dela será pra sempre na cadeia?’...” (FREITAS, 2013, p. 64).

A aplicação do exame criminológico ainda é uma lógica que determina a atuação dos psicólogos nas prisões, em muitos Estados. Em 2011, o CFP se posicionou através da resolução CFP 012/2011 – “Atuação da(o) psicóloga(o) no âmbito do sistema prisional” (2011), vide Anexo III, art.º 4º, parágrafo 1, que traz a proibição do psicólogo em atuar no prognóstico criminológico de reincidência, aferição de periculosidade e o estabelecimento de nexos causal a partir do binômio delito-delinquente. Além disso, a produção de documentos escritos, para subsidiar a decisão judicial na execução de penas e medidas de segurança, não pode ser realizada pela(o) psicóloga(o) que atua como profissional de referência para o acompanhamento da pessoa presa, em quaisquer modalidades como atenção psicossocial, atenção à saúde integral, projetos de reintegração social.

Contudo, tal resolução foi embargada por uma ação civil pública, movida pelo Ministério Público Federal contra o Conselho Federal de Psicologia e Conselho Regional de Psicologia da 7ª Região (RS), na qual constava o seguinte:

- a) Suspender, em todo o país, os efeitos da Resolução CFP 012/2011;
- b) Determinar aos Conselhos réus a suspensão de todo e qualquer procedimento ou processo administrativo destinado a apurar eventual descumprimento, por parte das(os) psicólogas(os), das disposições constantes na referida Resolução; e
- c) Determinar ao CFP que, no prazo de 10 dias, dê ampla divulgação à decisão, inclusive em sua página na Internet.

Após toda essa discussão, no Estado do Espírito Santo, apesar da CTC estar sendo colocada em prática em alguns estabelecimentos prisionais, alguns juízes insistem em determinar a confecção do exame criminológico, (vide Anexo I), o que restou aos psicólogos das Unidades prisionais, mesmo participando da reunião de confecção do mesmo, se posicionarem e não opinarem nos quesitos que dizem respeito ao grau de periculosidade e probabilidade do indivíduo voltar a

delinquir, por exemplo. Nos crimes envolvendo o abuso de menores, também houve um posicionamento por parte dos psicólogos, dizendo que não era possível aferir a volta do apenado ao convívio social, pois o mesmo encontrava-se já há alguns anos, longe do estímulo que o fizera praticar o crime.

Com a finalidade de subsidiar maior formalização para a prática do psicólogo, no ano de 2007, foi lançada uma cartilha intitulada “Diretrizes para a atuação do psicólogo e formação do psicólogo no sistema prisional brasileiro”, uma parceria entre o Departamento Penitenciário nacional e do Conselho Federal de Psicologia, no intuito de discutir e pensar sobre a efetividade da atuação do psicólogo no contexto prisional. Tal documento surge como tentativa de se pensar numa prática que possa ir além daquela que os psicólogos já exercem e que, muitas vezes, restringe-se à emissão de laudos e pareceres a serviço de juízes. Sobre esse documento e tendo em vista a discussão que trazemos, destacamos o que segue:

1. Enquanto categoria, é atribuição da(o) psicóloga(o) apontar aos envolvidos no campo da execução penal que a realização do exame criminológico, enquanto dispositivo disciplinar que viola, entre outros, o direito à intimidade e à personalidade, não deve ser mantido como sua atribuição, devendo ser prioritária a construção de propostas para desenvolver formas de aboli-lo;
2. Enquanto não for abolido, a(o) psicóloga(o), na construção dos seus laudos e pareceres, deve contribuir para a desconstrução de tal exame, questionando conceitos como a periculosidade e a irresponsabilidade penal, realizando-os numa abordagem transdisciplinar, como um momento de encontro com o indivíduo, resgatando o saber teórico e contribuindo para revelar os aspectos envolvidos na prisionalização;
3. Enquanto existir a Comissão Técnica de Classificação, a(o) psicóloga(o) deve ter entendimento do papel institucional que ocupa, dando evidência ao Código de Ética Profissional e instrumentos nacionais e internacionais de Direitos Humanos nas opiniões que emitir sobre todas as pautas a serem debatidas e estimulando os temas sobre saúde, educação e programas de reintegração social.

Em 2010, através da resolução do CFP nº009/2010, a atuação do psicólogo no sistema prisional é regulamentada, (vide Anexo II). E no ano de 2012, o CFP publica as referências técnicas para a atuação dos psicólogos no sistema prisional.

Como vimos, toda essa construção de diretrizes e bases para a prática do psicólogo dentro de uma unidade prisional é muito recente e ainda está em construção. Contudo, seu pano de fundo resulta de uma militância, que implica produzir desconfortos e a produção de novos arranjos, retirando o foco de uma prática que visa “proteger” a sociedade, legitimando os modos de segregação e fortalecendo os níveis de exclusão com base em conceitos como “conduta desviante”

e “graus de periculosidade”, para a indicação de possibilidades de intervenção em diferentes níveis, desde a promoção da acessibilidade a recursos para dar tratamento aos sofrimentos impostos pela experiência no cárcere, até a desconstrução de necessidades históricas, sociais e ideológicas que sustentam a sua existência (CFP, 2012, pag. 37).

Desta forma, toda esta construção de diretrizes resulta em uma prática profissional compromissada da psicologia e a análise crítica sobre os atravessamentos jurídicos-institucional-políticos na prática psicológica.

Nesta aproximação em direção ao contexto do Direito se percebem espaços, nos quais a entrada da Psicologia se torna possível como uma das ciências parceiras, que podem tornar viáveis práticas institucionais mais coerentes à complexidade dos fenômenos humanos que ali se apresentam e com isto colaborar com o desempenho de um papel social mais ativo e pontual por parte da Justiça (CARVALHO, 2009. p. 203).

3.2. O presídio de Lata

Iniciamos agora neste trabalho, minha “perambulação” pelo sistema prisional capixaba. Como forma de situar o leitor sobre o tipo de unidades prisionais. Seguem, então, algumas informações contidas na lei de Execução Penal - LEP vigente.

“...define os estabelecimentos penitenciários: I - Cadeia pública ou presídio, destinado à custódia dos presos à disposição do juiz processante; II - Penitenciária, para o sentenciado em regime fechado; III - Colônia agrícola industrial ou similar, para o sentenciado em regime aberto; IV - Casa do albergado, para o sentenciado em regime aberto; V - Centro de reeducação do jovem adulto; VI - Centro de observação para realização de exame criminológico; VII - Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, para inimputáveis e semi-imputáveis (BRASIL, 1984).

Posto isso, em março de 2010, depois de um ano de formado, participei de um processo seletivo para o cargo de chefe de departamento de psicologia da Secretaria do Estado de Justiça do Espírito Santo, SEJUS – ES. Tendo, então, sido aprovado, fui direcionado para o hoje extinto, Centro de Detenção Provisória de Cariacica, ou “presídio de lata”, como assim era apelidado e conhecido e conforme me foi dito por uma pessoa responsável pelo encaminhamento dos novos servidores, no caminho do meu primeiro dia de trabalho. A Figura 1, abaixo, ilustra um pouco da estrutura desse estabelecimento prisional.



(a) Celas; (b) Setor de administração e atendimento Psicossocial; (c) Fachada das celas; (d) Interior do Contêiner/Cela; (e) Agentes realizando vistoria, troca de material higiênico e de colchonetes.

Figura 1 - Estrutura do Centro de Detenção Provisória (CDP) de Cariacica (Fonte: Internet e próprio autor).

No grande portão que dava acesso àquela unidade, abre-se outro menor para a nossa entrada e é comunicado por um agente armado que ali fazia a guarda, para que eu e a pessoa da secretaria que me acompanhava deixássemos ali os aparelhos de telefones celulares. Feito isso, fomos andando por um grande pátio, que se dispunha de diversos contêineres de navio. Logo depois que passamos da portaria, já avistávamos dois, um em cima do outro, onde nos foi informado que ali dentro era o espaço de uma sala de atendimento e duas outras salas que eram usadas pelo diretor adjunto e pelo chefe da segurança, conforme podemos visualizar na Figura I, item b. No contêiner de cima, ficava uma espécie de depósito de material dos presos, como uniformes, material de higiene, entre outros. Na parte de traz destes, havia outro, que ficava em frente à quadra onde eram

realizados os banhos de sol, destinado ao atendimento da técnica de enfermagem. Ao lado desses três, havia outro que se subdividia em local de troca de roupa e atendimento social. Nesse local de troca de roupa, os detentos, que em geral eram trazidos pela polícia civil, trocavam a sua roupa pelo uniforme azul cedido pela SEJUS. Além disso, recebiam as informações sobre os “procedimentos” de revista passadas pelos agentes. Tais procedimentos os presos deveriam cumprir enquanto estivessem naquela unidade e quando fossem retirados para algum dos atendimentos, atividades ou banho de sol, entre outros. Quase sempre essas informações dadas pelos agentes eram “regadas” com muito “gás de pimenta” ou “gás lacrimogêneo”, sobrando até para os técnicos que atendiam na sala ao lado, fato este que se sucedeu comigo posteriormente.

Todo esse ritual soava como uma manifestação de poder por parte dos agentes para com os presos, como se quisessem dizer quem dava as ordens ali, e funcionava também como um rito de passagem que, de acordo com o antropólogo Arnold Van Gennep, em seu livro “Os ritos de passagem”, tradução de 2011, são referentes às cerimônias, ritos, espetáculos e se caracterizam por eventos no processo de pertencimento a determinado grupo social que, no caso acima citado, diz respeito à saída da vida em liberdade e a entrada no claustro.

Ao fundo, adentrando pela quadra, formando uma espécie de paredão, havia dez contêineres, sendo cinco na parte de cima e cinco na parte de baixo, que abrigavam os indivíduos presos naquele estabelecimento. (vide Figura I, itens A e C). Segundo o relato de um preso, em uma conversa informal comigo no pátio durante um dia de expediente, “a lata/contêiner” acompanhava a meteorologia, quando estava muito calor ela ficava superaquecida e quando estava frio ela ficava como um “freezer”. Uma espécie de “lata de sardinha”, conforme relatou o mesmo.

Continuamos andando pelo pátio da unidade, à procura do diretor. Muitas pessoas transitavam naquele espaço, tais como: agentes, funcionários e presos algemados sendo encaminhados para algum serviço ou chegando à unidade escoltados pela polícia. Ao fundo dava para ouvir a agitação nas celas/contêineres, e os gritos dos presos para ligar a água, sendo essa atividade regulada por algum agente e seu funcionamento autorizado pelo chefe de segurança, somente em alguns poucos momentos do dia. Essa regulação nos remete ao livro vigiar e punir, onde na terceira parte Foucault (1987, p118) fala que:

“[...] Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição, constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar de disciplina. [...]”

Chegamos a um pequeno portão, dentro de um gigantesco muro, que ao atravessar, dava para o outro lado da unidade com a mesma estrutura de contêineres que a anterior. Encontramos então o diretor da unidade, dentro de uma dessas estruturas e logo em seguida, a funcionária que me acompanhava depois das devidas apresentações, se retirou e coube ao diretor me acompanhar até a minha sala/contêiner e passar algumas informações sobre a unidade e o setor de psicologia.

No caminho até meu novo local de trabalho, ele me informou que a unidade estava há alguns meses sem nenhum psicólogo, pois a profissional anterior havia se retirado em licença maternidade e que, até então, a SEJUS não havia designado outro profissional, pois não havia vaga para contratação. Chegando à sala que, segundo ele, era ocupada pela antiga profissional, pude perceber que se tratava de um contêiner, subdividido com madeira de alvenaria e com duas saídas, uma para o pátio e uma segunda que dava para outra sala. O diretor então se despediu e foi dar conta de outros afazeres. Nesse momento, comecei a pensar por onde começar e o que poderia fazer ali naquele espaço, com todos aqueles internos (quase 700 naquele momento) e somente um psicólogo sem previsão de outros. Essa proporção de poucos profissionais de cunho assistencial nos presídios parece ser regular. Em algumas reuniões, representantes do estado alegam que os poucos, em média (45 psicólogos), que atuam no sistema prisional capixaba já são fruto de uma conquista, como quem diz: “Fiquem satisfeitos com o que já temos!”. Esse é o lema...

Fiquei uns dois dias, ou mais, ordenando a disposição dos objetos da sala e organizando os prontuários psicológicos dos internos, elaborando uma listagem pra saber quem estava ainda preso e já tinha sido atendido e quem ainda precisava passar pela entrevista inicial. Não foi difícil concluir que a grande maioria ali naquela unidade nunca tinha sido atendida e tampouco possuía registro no setor. Percebi, então, que esse seria um bom caminho para começar a atender os internos mais antigos, com mais tempo de “cadeia”, por estarem há mais tempo desassistidos psicologicamente. E assim fui seguindo. Em meio a essa organização de trabalho, já havia corrido a notícia no presídio da chegada de um novo psicólogo, gerando assim a entrega de muitos “catuques”¹⁶, trazidos pelos agentes da cela até a minha sala. As demandas dos atendimentos eram variadas, alguns queriam a prescrição de remédios, outros que entrassem em contato com a família, ou que intercedesse junto ao assessor jurídico que o atendesse, pois, sua “cadeia estava vencida”, e alguns outros queriam realmente conversar e desabafar.

¹⁶ Bilhetes escritos pelos internos em qualquer pedaço de papel e entregues aos agentes penitenciários com destino ao setor de psicologia, serviço social, educacional, segurança, saúde, etc.

Naquele momento, o número de presos era muito superior à capacidade daquela unidade. Girava em torno de aproximadamente 700 internos, nas duas partes. Cada cela/contêiner, projetada originalmente, em 2006, com bicamas e um banheiro para abrigar uma quantidade máxima de 15 detentos, estava “sucateada” e hospedava, mais ou menos, 40 homens, que não mais dormiam em camas, mas em “terezas”, confeccionadas por eles mesmos.

Nesse ínterim, em que atendia os internos e elaborava os prontuários, um trabalho de “formiguinha” era realizado devido ao grande número de presos naquelas duas unidades, fui surpreendido, um dia pela manhã, por um servidor alegando que aquele espaço que eu estava utilizando era sala dele e que deveria ser buscado outro lugar, para os meus atendimentos. Tratava-se do diretor adjunto que voltava de férias. Percebi, assim, que além da grande demanda de atendimento por parte dos internos, outras situações atravessavam aquela instituição prisional e dizia respeito ao papel da psicologia naquele contexto. Papel esse que na visão daquele administrador do presídio era “dispensável”, além do que pairava no imaginário dele, que na conversa particular do preso com o psicólogo, poderiam “vazar” algumas informações referentes a maus tratos e torturas. Mais uma vez, reportando ao que foi colocado anteriormente, a falta de regulamentação da psicologia na prisão, não sendo incluída na LEP, por exemplo, dificulta ainda mais essa conscientização da importância desse profissional nesse campo.

Então, após uma reunião com o diretor adjunto, que acabara de surgir, e o chefe da segurança, fui realocado em outra sala, do outro lado do contêiner. Essa sala era a única que possuía banheiro, mas este servia para uso das pessoas que trabalhavam nas outras duas salas daquele contêiner, o que gerou um mal-estar por diversas vezes, visto que quando eu estava em atendimento ao preso, sempre aparecia alguém querendo usar o banheiro, quando não adentravam a sala de forma abrupta, e eu era obrigado a, mais uma vez, explicar sobre o sigilo do atendimento. Fato este que nunca foi bem aceito em uma unidade onde a primazia era a segurança. Nessa sala, além da confusão com o uso do banheiro, também tinha um aparelho de som, cuja intenção era “acalmar os presos nas celas/contêineres”. Porém, esse aparelho, que era manuseado pelo chefe de segurança, quase sempre ficava desligado e variava o seu funcionamento de acordo com o “estado de espírito” do seu operador.

Estando, então, já apossado na nova sala, dei prosseguimento aos atendimentos, que também dependiam da “boa vontade” dos agentes, para retirar os internos da lista. Dependendo do plantão do dia, conseguia atender um bom número, porém, em outros, não conseguia atender

ninguém. Em geral, alegavam não poder retirar naquele momento devido à falta de algemas para deslocamento, falta de inspetores, prioridade para outras atividades como banho de sol e enfermaria. Alguns alegavam que os presos tinham direito a muitas coisas, inclusive psicólogo e que eles (inspetores) não tinham direito a nada, outros, já mais sensibilizados, sempre se propunham a fazer a retirada, indicando presos que, segundo eles, “não estavam passando bem da cabeça”.

Em um desses dias, atendendo um interno já com algum tempo de prisão naquele estabelecimento, fui surpreendido ao final da conversa com um pedido do mesmo, que dizia: “- *Doutor, o senhor poderia chamar para atendimento dois internos da minha cela, pois os mesmos estão sendo alvos de ‘abuso’, por parte de outros internos, e eles não regulam bem das ideias e não têm família. O pastor da minha cela outro dia passou ácido nas “partes íntimas deles” e achei isso uma covardia. Por favor, não comente com ninguém que eu pedi isso ao senhor” (sic). (diário do psicólogo no cárcere, 06/2010).* Tal relato me deixou muito preocupado e já no outro dia, incluí o nome que o interno havia me passado na lista de atendimentos. Naquele primeiro momento, achei por bem não comunicar tal fato à segurança.

Na manhã do dia seguinte, Francisco chegou para o atendimento, caminhava e tinha os movimentos lentificados, o olhar parecia perdido e quase não fazia contato com seu interlocutor. Ao colocá-lo algemado na cadeira, o agente disse: “*Esse aí é 22 puro, doutor*” (*diário do psicólogo no cárcere, 06/2010*). Para meu espanto, quando perguntei o nome dele, sua origem, o motivo da sua prisão, Francisco não respondia nada, foi aí que me dei conta de que ele era mudo. De início fiquei sem saber como proceder e resolvi não prolongar muito com ele ali na sala. Pedi ao agente que o levasse de volta à cela e fui até a administração, onde ficavam localizados os prontuários jurídicos que contêm todo o processo do preso, fazer uma pesquisa e tentar levantar alguma informação sobre ele. Estava angustiado, pensando como uma pessoa naquela situação estava presa ali, sem acompanhamento médico e sem um estudo de caso. Nesse meio tempo, o assessor jurídico da unidade me passou algumas informações sobre a prisão de Francisco e ficou de fazer uma pesquisa sobre o caso dele, atendê-lo e inseri-lo na lista de atendimentos feitos pelo defensor público que ia uma vez por semana naquela unidade atender 10 internos.

Saindo dali, fui até a sala da assistente social conversar sobre o caso, foi quando ela olhou no computador o cadastro de visita de familiares dos presos e constatou que Francisco não tinha ninguém que o visitava, não possuía documentos e não tinha dados de identificação, como RG,

telefone de familiar e coisas do tipo. Ela ficou de atendê-lo. Fiz o mesmo com o chefe de segurança e pedi que o interno fosse retirado da cela onde se encontrava, e o mesmo ficou de ver isso.

Passados alguns dias, continuei os atendimentos ao Francisco, como ele não falava e parecia perdido no tempo e no espaço, me ocorreu pedir que ele desenhasse, e assim o fiz, levei lápis de cera e uma folha branca e pedi que ele desenhasse sua casa, sua família, o local onde morava, isso na tentativa de tirar dele alguma informação que pudesse ajudar a resgatar seus vínculos. Nesse meio tempo, outros casos preocupantes envolvendo doentes mentais naquela prisão foram chegando e cada vez mais me via amarrado e sem saber como ajudá-los ou resolver a situação. Fiz, então, um documento relatando todos os casos e enviei para a SEJUS, aos cuidados da minha gerente na época, como forma de dar visibilidade àquela situação e buscar apoio para elucidar a situação.

Um dia que ficará marcado para sempre em minha vida profissional, foi o dia em que estava sentado na sala, transcrevendo alguns atendimentos, e o diretor adentra pela porta, me pedindo para atender um interno que estava em “surto”. Perguntei a ele maiores informações, porém ele me disse que sabia pouco do caso e que tudo foi muito recente. Disse ainda que o referido interno estava já há alguns dias na cela de isolamento, para onde foi levado devido episódios de agressão a outros internos na cela onde estava, ficando durante todo o tempo com os pés dentro do vaso sanitário, não mais se higienizava e proferia somente palavras de cunho religioso e sem nexos. Trazido então pelos agentes até a sala, algemado com as mãos para trás, o interno estava descalço e sem camisa, vestindo somente uma bermuda do uniforme. Tinha o porte atlético e respirava profundamente e de forma acelerada. Ao sentar-se na cadeira, começou a dizer que estava vendo o “demônio sobre minha cabeça”, quase não estabelecia contato visual e na maior parte do tempo permaneceu com a cabeça baixa.

Tendo frustradas as minhas tentativas de contato verbal com ele, olhei para o lado e onde estava o agente prisional? Dei-me conta de que estava sozinho com ele na sala e as únicas coisas que me recordei foram as orientações do psicólogo, que me supervisionou no período em que estagiei no Elizabeth Sá Rego, no interior do RJ, mãos espalmadas embaixo da mesa e as técnicas de respiração que aprendi durante a graduação nas aulas de psicologia corporal. Fui assim conseguindo que o interno se acalmasse, “ventilando seu cérebro” até a chegada do agente, para levá-lo.

Porém, o dia ainda não tinha acabado, nem bem eles saíram da sala e um funcionário veio me contar que o “*alvará do Francisco tinha cantado*” (*diário do psicólogo no cárcere, 07/2010*). Pensei “nossa e agora para onde ele vai? Sem família, sem documentos...”. Corri até a sala da assistente social e perguntei se ela havia conseguido levantar mais alguma informação sobre o preso e ela disse que estava muito atarefada naqueles dias e que ainda não tinha tido tempo de ver sobre essa situação, mas que agora, chegando o alvará dele, ela iria ligar para um abrigo e tentar encaminhá-lo. Isso devia ser umas 15h. Fui então conversar com o diretor, no intuito dele disponibilizar um carro para levar Francisco até o abrigo e sugerir alguma solução para o caso.

Nesse vai e volta, liga dali e busca informações de cá, volto à sala da assistente social para saber se havia conseguido o abrigamento, e uma pessoa que ali trabalhava me disse: “(...) – *o expediente já acabou, já são 17h! (...)*” (*diário do psicólogo no cárcere, 06/2010*). Saí da sala e fui informado que o diretor iria levar e deixar Francisco no terminal de Campo Grande em Cariacica. Essa foi a última informação que tive desse caso.

3.3. O regime semiaberto e alguns modos de vida

Quando fui transferido do centro de detenção provisória de Vila Velha – CDPVV –, onde atuei por dois anos, para a penitenciária semiaberta de Vila Velha – PSVV, em 2012, não tinha muita noção da árdua tarefa que iria encontrar pela frente. Cheguei em meio a muitos prontuários atrasados, desatualizados, muitas solicitações de atendimentos por parte dos presos, exames criminológicos e pareceres judiciais acumulados que não cessavam de chegar das varas, uma população carcerária em torno de 1.100 presos, todos querendo e reivindicando alguma oportunidade de trabalho e estudo, já que estavam no regime mais brando e que a lei lhes garantiria isso. E o pior, somente um psicólogo para suprir essa demanda.

Nesse sentido, a rotina do semiaberto era muito dinâmica e atribulada, dia a dia muitos internos chegavam das penitenciárias localizadas em todo o estado, visto que o PSVV é uma espécie de “*triagem no semiaberto*”, um “*semifechado*” como rotulavam alguns presos. Esse apelido se deu porque quase todos que chegavam esperançosos a esse regime, para obter alguma oportunidade de trabalho remunerado, eram comunicados que naquela unidade quase não existiam vagas, e que os mesmos seriam avaliados através da CTC e, caso possuíssem boa conduta carcerária

e documentação, seriam selecionados e encaminhados para os outros semiabertos, localizados em outros municípios da grande Vitória ou interior, que contavam com trabalho externo e cursos profissionalizantes. O requisito documentação mostra-se até hoje como grande empecilho para que alguns presos consigam alguma oportunidade de trabalho ou capacitação profissional, visto que muitos não possuem documentos. Os que não são aptos na CTC cumprem o regime semiaberto no próprio PSVV.

No PSVV, a CTC era realizada todas as quintas-feiras à tarde e era composta pela diretora adjunta, pelo chefe de segurança, um agente penitenciário que atuava no setor laboral e ficava responsável pelos presos que seriam avaliados e por secretariar a reunião, uma assistente social, um psicólogo e o assessor jurídico. Algum membro da equipe de saúde da unidade, por diversas vezes, também era convocado, mas sempre alegava enorme quantidade de trabalho e atendimentos que não poderiam deixar de realizar. Sempre ao final da reunião, o secretário já passava a lista com o nome dos 15 a 30 presos que seriam avaliados na próxima semana, para que já preparássemos os relatórios e atendêssemos os presos que ainda não haviam sido atendidos para a elaboração do mesmo. O critério de seleção empregado era por ordem de inclusão na unidade, dos presos mais antigos para os mais novos. Porém, devido ao grande fluxo, sempre trabalhávamos com uma margem de dois a três meses de distância do mês vigente. Sempre que ocorria alguma demanda específica para alguma nova frente de trabalho ou transferência para outro semiaberto para esse fim, o secretário selecionava presos já com o critério documentação e conduta carcerária liberados.

A questão da exigência da documentação se faz necessária em decorrência da inserção dos apenados em cursos profissionalizantes e em atividades laborativas. Cabe destacar ainda que a documentação do preso se faz necessária para que a Secretaria de Justiça, em parceria com o banco Banestes, faça o cartão do preso trabalhador, que é dividido em três partes iguais, sendo uma com cartão em nome do preso, outro do seu beneficiário e outro valor que fica retido no pecúlio. Quando o preso é inserido em cursos profissionalizantes, o mesmo precisa da documentação para emissão de certificado em nome da escola profissionalizante (SENAC, SESI, SENAI) que também tem parceria com a SEJUS.

Pois bem, em meio a essas e outras tarefas, em um dia de calor intenso dentro do presídio, segui até a guarita dos inspetores penitenciários com o nome de alguns presos na minha lista para atendimento. Apesar de contar com alguns espaços para essa finalidade, os atendimentos ocorriam em um canto isolado, ali mesmo no corredor da prisão, visto que as salas eram um tanto insalubres,

ainda mais no verão, sem ventilador, muitos mosquitos e um mau cheiro que só quem já experienciou o cotidiano de uma cadeia sabe dizer. O corredor acabava sendo a grade solução. Tomávamos a precaução de pedir ao inspetor penitenciário para permanecer afastado durante o atendimento com os presos, para não os inibir caso quisessem entrar em algum pormenor. Iniciados os atendimentos, eis que surge um preso cadeirante, sendo conduzido por outro preso. O inspetor então me perguntou se não poderia atendê-lo, pois ele *“não falava coisa com coisa e se queixava de queimações pelo corpo”* (diário do psicólogo no cárcere, 10/05/2012). Pedi, então, ao preso que o acompanhava para deixá-lo, e que o inspetor aguardasse para retirar os outros internos, pois iria conversar com ele.

Brasil foi preso no ano de 2011, em sua cidade de origem acusado de um assassinato. Diagnosticado com esquizofrenia, de acordo com os laudos que sua mãe apresentou posteriormente a sua prisão, resultado de inúmeras consultas e internações que ele tivera durante sua vida. Nesse primeiro contato, Brasil queixava-se de dores pelo corpo, dizendo que havia ficado paraplégico, pois suas pernas não respondiam mais aos comandos do corpo. Porém, como estava muito delirante, costurava um assunto a outro sem explicar ou responder de forma objetiva ao que lhe era perguntado. Além disso, tinha muitas alucinações auditivas e visuais relatadas pelo agente e pelo outro interno que o acompanhava além, é claro, das evidentes falas desconexas. Saindo desse primeiro atendimento e preocupado com o caso, procurei a equipe de saúde da unidade para informá-los do caso, ou mesmo para colher mais informação caso eles já houvessem atendido o Brasil. A enfermeira então me disse que ainda não tinha ciência do caso e que iria chamá-lo para atendimento. Passei o caso também para o psicólogo da Saúde, para que pudesse atendê-lo e verificar sobre sua medicação.

Pois bem, durante algum tempo, Brasil permaneceu sem medicação, ora devido à falta do mesmo na unidade, ora porque se recusava a tomar. Alguns inspetores mais preocupados tinham o cuidado de diluir o remédio no suco ou na comida, mas isso nem sempre funcionava. A cada dia, Brasil se tornava mais agressivo e isolado dos demais, tal qual um animal enjaulado. Rejeitava as visitas de sua mãe, por quem ele tinha verdadeiro pavor, pois acreditava que o que ela falava era mentira, e que inventava que ele tinha um filho adolescente. Recusava-se a cuidar da própria higiene pessoal (cortar os cabelos, tomar banho, cortar as unhas) e não saía para o banho de sol. Quando esteve com outros internos em sua cela, chegou a bater e machucar alguns de seus companheiros, dizendo que estava ensinando artes marciais a eles. Esses fatos colaboraram para

que o fosse colocado, pela segurança da unidade, em uma cela sozinho. O leitor pode se perguntar como ele bateu em alguém estando em uma cadeira de rodas, aqui se registra um fato curioso. Depois de alguns meses atendendo Brasil, que sempre vinha em sua cadeira de rodas, fui surpreendido um dia em que aguardava para atendê-lo. Brasil apareceu andando para o atendimento! Como assim? Estávamos sem reação, inspetores, estagiária e eu diante daquele episódio. Brasil, na maior calma do mundo, disse que não se lembrava bem de andar de cadeira de rodas e, logo, engrenou falando das dores que percorriam seu corpo, como se nada demais tivesse acontecido. (*diário do psicólogo no cárcere, 08/2012*).

Diante desse quadro, Brasil foi levado para um atendimento emergencial no HEAC, localizado no município de Cariacica, onde lhe foi prescrito medicação “antipsicótica” e aplicado uma injeção de haldol decanoato, cuja duração é de 28 dias. Após esse período, tendo aceitado a medicação prescrita e com a continuação de intervenções psicológicas, Brasil passou a agir de forma mais sociável. Todo esse processo era informado, por meio de laudos e pareceres, à direção da Unidade, bem como ao juiz responsável pelo seu processo. Entretanto, a única medida tomada pelo juiz foi pedir que fosse realizado um exame criminológico do interno e que ele fosse avaliado pelo perito psiquiatra no HCTP. Ambos os procedimentos foram feitos, porém Brasil ainda cumpre pena no regime semiaberto, até a presente data, mas agora sem a visita de sua mãe que, por estar adoentada e residir em outro município, não possui condições de visitá-lo mais. Ninguém se arrisca a colocá-lo para trabalhar e, para os estudos, ele já não tem interesse.

Alguns outros casos, envolvendo internos com transtorno mental, estavam surgindo e a demanda de trabalho só aumentava, o que estava tornando inviável acompanhar isoladamente alguns casos. Em conjunto com o psicólogo que atuava no setor de saúde da unidade na época, 2012 a 2014, montamos um grupo terapêutico com esses internos, no intuito de acompanhar os casos, levantar informações, pensar caminhos e encaminhamentos e principalmente dar voz àquelas pessoas que, mesmo estando no regime semiaberto, não preenchiam os requisitos necessários para o trabalho externo, escolar, ou outras atividades comuns a outros presos nesse regime, e permaneciam trancadas o dia todo. O grupo, a qual denominamos de “Fala Livre”, funcionou durante algum tempo dentro daquela unidade prisional, sempre uma vez por semana. Foi através das atividades realizadas naqueles encontros que, muitas vezes, conseguíamos informações sobre aqueles internos, que seriam essenciais para ajudá-los na construção de novas possibilidades dentro e fora do presídio. Ou até mesmo informações sobre sua família, vida e tratamento que mantinham

antes da prisão. Alguns encontravam-se esquecidos e abandonados por seus familiares dentro daquele estabelecimento. O controle da vida atinge todos nós. “Ao reduzir a existência ao seu mínimo biológico, o biopoder contemporâneo nos transforma em meros sobreviventes”, afirma Pelbart (2006).

O grupo também serviu para sensibilizar os demais funcionários daquela unidade, dentre eles agentes penitenciários, servidores administrativos e até mesmo outros presos, sobre a necessidade de um outro olhar para aquelas pessoas. Conseguimos através dele, à medida que os sujeitos informavam a sua localidade de origem ou na análise das informações presentes nos autos da prisão e permanência carcerária, se constava a passagem por alguma unidade de saúde ou rede de atendimento de saúde mental dos municípios. Através do levantamento dessas e de outras informações, realizávamos o contato com a rede de saúde dos municípios e familiares. Para nossa surpresa, em alguns momentos, alguns familiares relatavam desconhecer o paradeiro daquele determinado membro. Uma conquista foi que alguns servidores da rede de saúde municipal, que já acompanhavam dois daqueles internos, se dispuseram ir até a unidade em uma data previamente marcada para visitá-los e, a partir daquele momento, começaram a acompanhar também o caso até a soltura dos mesmos, tendo em vista a vulnerabilidade psicossocial em que se encontravam.

Um caso em especial de um dos internos que participavam desse grupo vale a pena ser destacado. Dudu teve sua entrada no sistema prisional em 2011, acusado pelo artigo 213 do código penal, que é referente ao crime de estupro. Permaneceu por um ano e seis meses em um presídio de regime fechado e, no início do ano de 2013, chegou ao semiaberto. Esse caso me chamou a atenção, pois pesquisando os documentos e autos da prisão, me deparei com uma carta precatória, onde constava, dentre outros fatos, a ocorrência do delito, um parecer elaborado por um médico psiquiatra a pedido judicial, relatando a “incapacidade mental de Dudu” e pedindo que o mesmo fosse encaminhado para medida de segurança. Apesar desse documento constar nos autos, Dudu permaneceu alguns anos no semiaberto, sem que lhe fosse dada a oportunidade de trabalhar. Ele não possuía documentos e nem família. Aliás, em certa ocasião a assistente social do presídio conseguiu fazer uma visita domiciliar na casa dele que ficava no interior do estado. Nessa ocasião, teve a oportunidade de encontrar e conversar com o irmão de Dudu, que informou que os pais deles já haviam falecido e que ele não queria e não mais tinha como recebê-lo, caso sáísse da prisão.

Dudu fazia o tipo ranzinza, com cara de poucos amigos. Não recebia medicação e poucas vezes foi chamado à enfermaria da unidade. Tinha um ar pueril, e isso servia de prato cheio para

outros presos. Foram inúmeras as vezes em que fui chamado até a galeria para conversar com ele, pois havia entrado em alguma confusão ou briga. Saía sempre com o uniforme rasgado e machucado. Essas brigas ora eram motivadas por questões sexuais, ora porque os presos tinham por hábito fazer outros presos de “aviãozinho” dentro do presídio, para transportar “coisas” escondidas nas roupas ou nas partes íntimas. Geralmente o perfil escolhido para esse ofício levava em conta a puerilidade e passividade nas ações, e alguns portadores de transtorno mental nessa situação preenchem com grande êxito esse requisito. Muitos respondem a processos administrativos disciplinares, por exemplo, sem que essa apuração leve em conta a sua capacidade mental de entendimento ou o meio em que habita, geralmente uma cela que varia de seis a quinze internos, dependendo do presídio em que está.

Aqui um pequeno adendo, para pontuar um conceito importante na visão de Bastos e Silva (2007):

Outras instituições de relevância estabelecem práticas e relações violentas e sutis, legitimadas historicamente. Tais formas de violência são, inclusive, encaradas como perfeitamente aceitáveis do ponto de vista social, na medida em que reforçam valores e preconceitos cristalizados no seio da sociedade (p.124).

Para Cappi (2009), Violência institucional:

(...) diz respeito aos casos em que a própria instituição se caracteriza por práticas violentas. Não pensemos aqui unicamente nos abusos de autoridade, nos maus tratos ou humilhações infligidas – através de constrangimento físico ou moral – por representantes isolados da instituição; esse tipo de violência poderia, aliás, ser incluída na discussão precedente. Referimo-nos às práticas das instituições que atuam sistematicamente no desrespeito aos indivíduos, à sua subjetividade, à sua expressão, enfim a seus direitos mais elementares. A presença de práticas autoritárias, repressoras e agressivas – como maneira usual de as instituições funcionarem – não pode deixar de ser reconhecida, lembrando assim que as próprias instituições podem estar atuando como agente da violência. As instituições – de educação, de segurança, de saúde, de ação social... – podem, portanto, apresentar funcionamentos violentos, que devem ser explicitados e analisados quando existem. Estes não se confundem, mesmo contribuindo para explicá-las, com as eventuais práticas violentas e pontuais de seus representantes (p. 30 e 31).

Dudu é mais um na multidão, no amontoado de presos vestidos com uniforme azul. Dos inúmeros atendimentos, participação no grupo terapêutico, onde ele desenhava sua casa e falava do desejo de encontrar o seu irmão, foram gerados relatórios e pareceres que tiveram como destino a direção da unidade, defensoria pública e poder judiciário, como forma de provocá-los, para a resolução daquela situação que já se arrastava e estava em total esquecimento. Segundo a assessora

jurídica do presídio, a época e o prazo do semiaberto dele já haviam vencido. Para nossa surpresa, após a realização de mais um exame criminológico, por demanda judicial, e talvez por receio de colocá-lo em liberdade, visto as evidências de sua confusão mental, a juíza determinou que Dudu fosse encaminhado para o HCTP. E assim foi feito, mesmo com a “cadeia vencida”, em julho de 2015, ele seguiu para o HCTP onde permanece até a presente data.¹⁷

Como cartógrafos experientes ou iniciantes, temos algumas vezes a impressão de que perdemos o rumo, de que nos distanciamos de nosso foco ou de que nos afastamos dos objetivos inicialmente pretendidos (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009). Essa é uma premissa que muitas vezes me tomava e me fazia refletir sobre a prática, principalmente quando o sentimento de impotência e a angústia vinham após um determinado caso, apesar dos esforços para solucioná-lo, acabava tomando outra direção, como foi esse caso com o Dudu.

Antes de terminar, gostaria de falar de um terceiro caso, ele vai servir, juntamente com os outros dois que contei aqui, para mostrar como estamos despreparados e sem direcionamento para lidar com essas questões envolvendo esses sujeitos com transtorno mental que cumprem pena em presídios comuns. No primeiro caso, Brasil continua preso no regime semiaberto, no segundo Dudu, depois de muito “vagar” pelo regime fechado e semiaberto, mesmo já tendo cumprido seu tempo de prisão, está preso no HCTP. No terceiro, trago à tona a vida de Juca, que após ter passado um tempo preso, incluindo uma passagem pelo HCTP, semiaberto e outras unidades prisionais do Estado, recebeu alvará no mês de outubro de 2015. Tendo ficado preso de 07/2012 a 10/2015.

Meu encontro com Juca ocorreu em um dia de atendimento de triagem aos presos que estavam ingressando na unidade. Logo me chamou a atenção o semblante fechado, o comportamento rude, as respostas curtas e objetivas e o discurso irritadiço. Perfil muito diferente, dos internos atendidos nessa etapa de inclusão, visto que estão chegando ao novo regime, mais brandos e almejam por informações sobre oportunidade de trabalho, estudo e qualificação profissional. Pois bem, logo percebi que aquela conversa com ele não ia muito longe e voltei até a minha sala, onde ficavam localizados os prontuários psicológicos, para saber se o dele já tinha sido elaborado pela psicóloga da sua unidade prisional de origem, coisa essa que nem sempre é certa de

¹⁷ Informalmente em uma reunião no trabalho, soube por uma psicóloga que trabalha no HCTP que o caso de Dudu estava sendo estudado para ser o primeiro no Estado a receber o benefício de cumprimento de medida de segurança, na modalidade ambulatorial, em uma residência terapêutica. Contudo, até o fechamento desse texto, não tive mais notícias sobre a efetividade disso.

acontecer, mas que no caso dele veio o prontuário e, para minha surpresa, em anexo, alguns laudos psiquiátricos de consultas realizadas ao longo de sua prisão.

Um laudo psiquiátrico, datado de 2012, elaborado em um ambulatório do SUS, conclui que Juca apresentava uma síndrome psíquica com empobrecimento psíquico e comportamental, com rigidez afetiva e alterações na forma do pensamento. Em alguns momentos, mostrou um olhar agressivo em relação ao seu examinador. Foi diagnosticado nessa ocasião com Esquizofrenia simples (F20.6) e transtorno bipolar (F31.0). Nesse mesmo ano, consta um laudo psiquiátrico emitido por um psiquiatra do HCTP na época, relatando o exame de Juca naquele estabelecimento, onde o mesmo encontrava-se lúcido, orientado no tempo e espaço, coerente, cooperativo, calmo e sem queixas médicas. O médico informa ainda que não foram constatados distúrbios do comportamento e/ou alterações senso-perceptivas dignas de nota e que seu juízo crítico, pensamento lógico e consciência do eu estavam mantidos. O laudo conclui que não foram encontradas nessa data, evidências de doença mental estruturada e que diante disso não apresenta indicação de fazer uso de medicação psicotrópica, estando assim em perfeitas condições de voltar a sua unidade prisional de origem. Em condições de alta hospitalar.

Em 2013, um novo laudo relata que em atendimento ao preso, emitido em atendimento na unidade prisional onde se encontrava, foi observado um quadro de exaltação do humor, levando o mesmo a agir de forma irritadiça onde o mesmo negava-se a responder ao que lhe era perguntado. O mesmo laudo ainda informa que o preso possuía várias internações em clínicas psiquiátricas e conclui com a prescrição de vários medicamentos, diagnosticando humor irritado e grandioso, delírios de grandeza e pensamento acelerado. Em 2015, dois outros laudos também atestam a presença de distúrbios do comportamento, hostilidade e indícios de surtos psicóticos. O que chama à atenção nesses últimos dois laudos, que foram elaborados também na unidade prisional onde se encontrava Juca na época, é que ambos foram confeccionados e assinados pelo mesmo médico psiquiatra que o havia avaliado há 2 anos, em 2012, com a finalidade de sua possível internação e permanência no HCTP. Laudos contraditórios, indicando que tal avaliação, quando feita para ingresso no HCTP, leva em consideração outros requisitos que ainda não foram aclarados.

Juca recebeu o alvará desse processo em outubro de 2015 e, no ano seguinte, em março de 2016, regressou ao sistema, através de uma prisão em flagrante, em decorrência da acusação do artigo 157 (assalto à mão armada) do Código Penal. Como resultado da audiência e alegando que Juca não tinha paradeiro certo, pois estava em situação de rua e tendo em vista a prisão anterior e

o quadro de “deficiência mental”, o juiz determinou sua prisão preventiva. Juca encontra-se preso em um presídio comum até a presente data. Reporto-me às palavras de Tavares e Menandro (2004), que afirmam que a passagem pela prisão funciona como um atestado de exclusão social com firma reconhecida.

4. MAPEANDO A PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA PRISIONAL: A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL PERANTE A AUDIÊNCIA DE CUSTÓDIA NO ESPÍRITO SANTO

Através deste capítulo, apresentamos um mapeamento do fluxo de entrada dessas pessoas, por meio da prisão em flagrante e apresentação à audiência de custódia, como forma de verificar o acesso destas ao sistema de justiça criminal, bem como evidenciar esse fluxo e os encaminhamentos e tratamentos que vêm sendo dado a esse público em questão em nosso Estado.

O período do levantamento compreende o início da realização das audiências de custódia no ES, em maio de 2015 até dezembro de 2017. Os resultados das audiências com as pessoas com sofrimento psíquico foram obtidos através de análise dos termos das audiências. Algumas audiências foram acompanhadas pelo pesquisador e outras foram buscadas/pesquisadas em documentos da própria audiência de custódia. Alguns critérios foram estabelecidos para a identificação desse público, nos documentos, como por exemplo o uso de medicação controlada, aliada a internações psiquiátricas anteriores (Aauto, HEAC, HCTP, entre outros), passagem por tratamento em algum serviço de saúde mental (CAPS, RAPS) ou mesmo realização de acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico. Desorientação no tempo/espaço, incapacidade de dar referências pessoais, agressividade, labilidade afetiva, agitação psicomotora que foram observadas e anotadas no diário do psicólogo no cárcere, também corroboraram.

Foram realizadas 152 audiências com pessoas acometidas de transtorno mental, presas em flagrante delito nesse período. Neste capítulo disponibilizamos alguns gráficos, como forma de dar visibilidade e ilustrar o acesso dessas pessoas ao sistema de justiça. Os gráficos são dispostos pelo quantitativo de audiências realizadas em cada mês, compreendendo os anos de 2015, 2016 e 2017 e um gráfico geral que é dividido pelo quantitativo geral em cada ano. Dando assim, ao leitor, um panorama sobre a vulnerabilidade psicossocial a que está exposta essa parcela da população, que é um “fantasma” nas estatísticas oficiais do INFPOPEN.

Apresentamos ainda dois gráficos em formato de pizza: um traz os resultados das audiências em porcentagem, deixando assim mais claro ao leitor quantos autuados com sofrimento psíquico tiveram decretadas pelo juiz a liberdade provisória e quantos ficaram presos. O outro gráfico reflete a situação atual em que se encontra o processo. Tendo em vista que, mesmo com a liberdade provisória obtida na audiência de custódia, o processo judicial ainda continua tramitando e será

distribuído para alguma vara criminal da grande Vitória onde será analisado e julgado por outro juiz. Evidenciamos através dele um fato grave, o óbito de dois presos com transtorno mental dentro do sistema, dias após terem sido apresentados ao juiz na custódia.

Fechamos este capítulo com um gráfico falando sobre a porcentagem de reincidência dessas pessoas na porta de entrada do sistema prisional, através da audiência de custódia, corroborando assim para a quebra de preconceitos e do paradigma de que todo “louco” é perigoso e ameaçador ao convívio social. Contamos ainda o caso de três autuados e o desdobramento dado a eles. Evidenciamos por fim, a importância do trabalho da equipe psicossocial presente no projeto da audiência de custódia como fator determinante para as decisões judiciais.

4.1. Uma triagem na porta de entrada do sistema prisional com as pessoas acometidas de transtorno mental presas em flagrante delito: papel fundamental da audiência de custódia

O plantão de flagrantes ou audiências de Custódia no Estado do Espírito Santo, iniciadas em maio de 2015, ocorrem em parceria com o Conselho Nacional de Justiça – CNJ, Ministério da Justiça, Tribunal de Justiça – ES e Secretaria do Estado de Justiça – SEJUS e visam a rápida apresentação do preso, em prisão em flagrante, a um juiz, no prazo máximo de 24h. Em dois anos e meio de funcionamento do projeto, segundo dados estatísticos enviados pelo Módulo da Audiência de Custódia ao CNJ, foram realizadas **12.311 audiências** de custódia, onde:

- **4.544** resultaram em **Liberdade Provisória** com cumprimento de medidas cautelares;
- **2.226** resultaram em **Liberdade Provisória com pagamento de fiança** e cumprimento de medidas cautelares;
- **8.343** culminaram em **prisão preventiva**;
- **241** resultaram em **relaxamento de prisão**.

Nestas audiências, em 710 casos, houve alegação de violência no ato da prisão e 7.412 autuados foram encaminhados para o setor de serviço social e psicologia. Vale ressaltar que algumas audiências não ocorreram, devido à hospitalização dos autuados.

De acordo com o CNJ, durante a audiência de custódia, o juiz analisará a prisão sob o aspecto da legalidade e deverá fundamentadamente: I - relaxar a prisão ilegal; ou II - converter a prisão em flagrante em preventiva, quando presentes os requisitos constantes do art. 312 deste Código, e se revelarem inadequadas ou insuficientes às medidas cautelares diversas da prisão; ou III - conceder liberdade provisória, com ou sem fiança. O juiz poderá avaliar também eventuais ocorrências de tortura ou de maus-tratos, bem como outras irregularidades, ao contrário do que era realizado anteriormente, onde o contato entre o juiz e a pessoa presa ocorria somente alguns meses após sua prisão, no dia da sua audiência de instrução e julgamento. Com a implantação das Audiências de Custódia o Brasil, busca combater a superlotação carcerária, inibindo a execução de atos de tortura, tratamento cruel, desumano e degradante em interrogatórios policiais. Reforçando, assim, o compromisso do Brasil na proteção dos Direitos Humanos, como proposto na Convenção Americana Sobre Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica), ratificada pelo Brasil em 1992, que dispõe que “toda pessoa detida deve ser conduzida, sem demora, à presença de um juiz ou outra autoridade autorizada a exercer funções judiciais” (art. 7º).

As audiências de custódia, no estado do Espírito Santo, ocorrem num prédio situado no complexo penitenciário de Viana, em frente ao Centro de Triagem, onde chegam a maior parte das pessoas apreendidas na grande Vitória trazidas pela polícia. O cotidiano do trabalho é bem movimentado, e o número de presos varia de acordo com o dia. Nos finais de semana, o número de presos é maior, visto que há o recebimento de presos oriundos de outros municípios, além dos que compõem a grande Vitória. Também ocorre o recebimento de autuados pela lei Maria da Penha, que durante a semana são encaminhados diretamente para a delegacia da mulher. Até o momento, uma juíza é fixa para a condução das audiências durante a semana e, aos finais de semana, sempre ocorre um revezamento de magistrados.

Esse prédio abriga um cartório; duas salas para atendimento da defensoria pública estadual aos autuados que não possuem advogado particular; uma cozinha; sala de audiência; sala do magistrado e outro espaço maior, dividido ao meio por uma divisória de madeira, de meia parede, onde um lado é destinado ao atendimento da equipe psicossocial e o outro, cercado com grades, aos presos que aguardam a audiência.

Dentro desse contexto, evidenciam-se alguns casos envolvendo a prisão de pessoas adultas com sofrimento psíquico e a dificuldade para os encaminhamentos práticos. A maior parte desses sujeitos autuados apresentaram-se para a audiência em estado de consciência alterados, delirando

e sem referências pessoais ou familiares, relatando uso de medicação psicotrópica e passagem por tratamento em algum serviço de saúde mental (CAPS, RAPS) ou, ainda, internação em clínicas/hospitais psiquiátricos. De acordo com a Resolução do CNJ, N° 213/2015:

Art. 8º Na audiência de custódia, a autoridade judicial entrevistará a pessoa presa em flagrante, devendo:

X - Averiguar, por perguntas e visualmente, hipóteses de gravidez, existência de filhos ou dependentes sob cuidados da pessoa presa em flagrante delito, histórico de doença grave, incluídos os transtornos mentais e a dependência química, para analisar o cabimento de encaminhamento assistencial e da concessão da liberdade provisória, sem ou com a imposição de medida cautelar. (grifo nosso).

O Gráfico 1, abaixo, traz o demonstrativo geral do quantitativo por mês do número de audiências realizadas com pessoas acometidas de transtorno mental em conflito com a lei, autuadas em flagrante delito, na Grande Vitória/ES, no período de maio de 2015 até o mês de dezembro de 2017. Conforme levantamento realizado nesta pesquisa, nesse período, foram realizadas 152 audiências com autuados acometidos por algum tipo de transtorno mental.

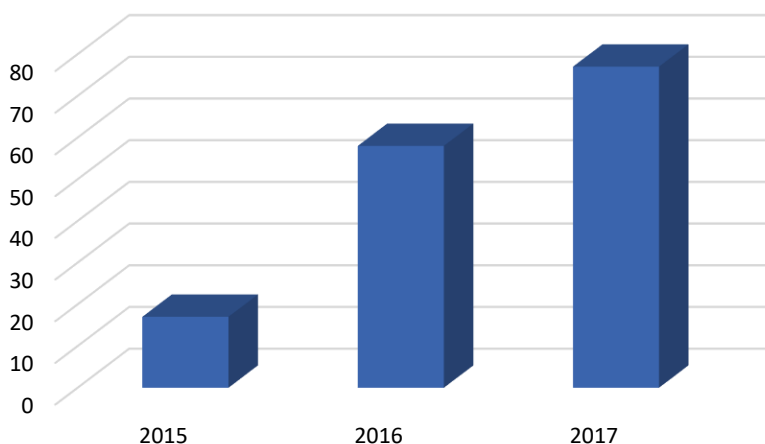


Gráfico 1 - Número de audiências de custódia realizadas, na Grande Vitória/ES, entre mai/2015 e dez/2017.

Nos próximos três gráficos, trazemos um quantitativo por ano do número de audiências realizadas com as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e o quantitativo por mês. O Gráfico 2 é referente aos meses de maio a dezembro do ano de 2015. Destacamos aqui um fluxo maior nos meses de junho e agosto.

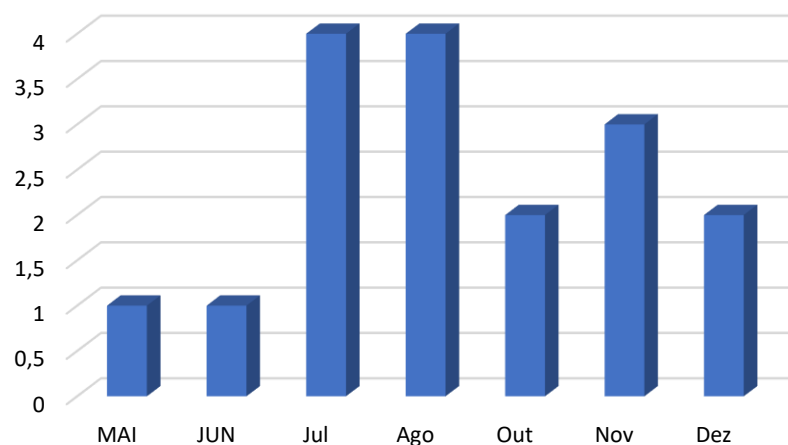


Gráfico 2 - Número de audiências realizadas com pessoas acometidas de transtorno mental em conflito com a lei em 2015.

No Gráfico 3 abaixo, referente aos meses de janeiro a dezembro de 2016, o fluxo aparece mais intenso no último semestre do ano.

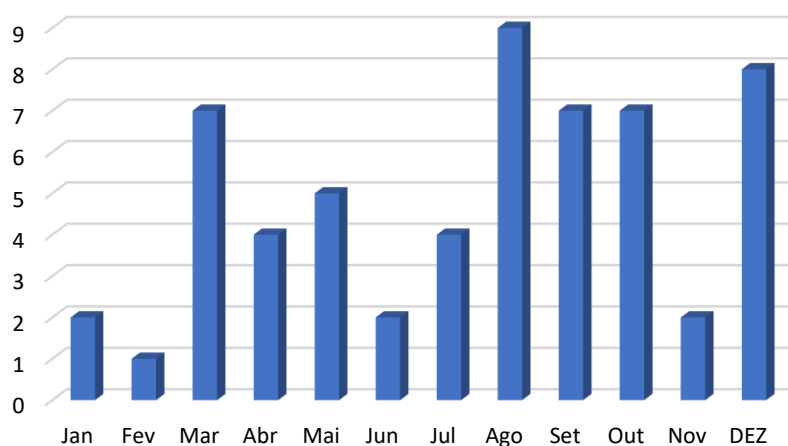


Gráfico 3 - Número de audiências realizadas com pessoas acometidas de transtorno mental em conflito com a lei em 2016.

Já no Gráfico 4, a seguir, que indica o número de audiências realizadas de janeiro a dezembro de ano de 2017, o fluxo é mais intenso durante quase todo o ano, passando do número de 5 autuados por mês, em quase todos os meses.

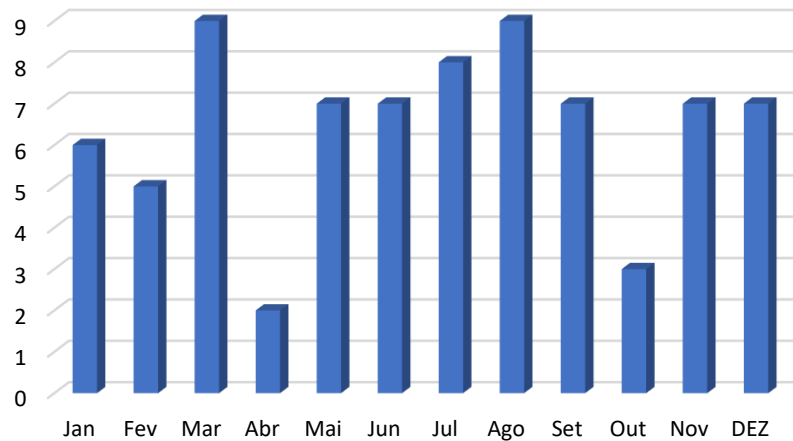


Gráfico 4 - Número de audiências realizadas com pessoas acometidas de transtorno mental em conflito com a lei em 2017.

Como resultado dessas audiências, tivemos 72 (setenta e duas) prisões preventivas e encaminhamento para algum presídio comum, onde alguns aguardam avaliação no Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico – HCTP. 78 (setenta e oito) determinações foram pela liberdade provisória, com cumprimento de medidas cautelares até o julgamento do caso. Dentro dessas, 16 (dezesesseis) tiveram como requisito o pagamento de uma fiança. 03 (três) resultaram em relaxamento da prisão e 01 (uma) foi suspensa, pois o autuado encontrava-se hospitalizado. O entendimento dos juízes até o momento é que essas pessoas acometidas de transtorno mental podem responder em liberdade o delito atribuído a elas. O Gráfico 5 abaixo ilustra esses dados.

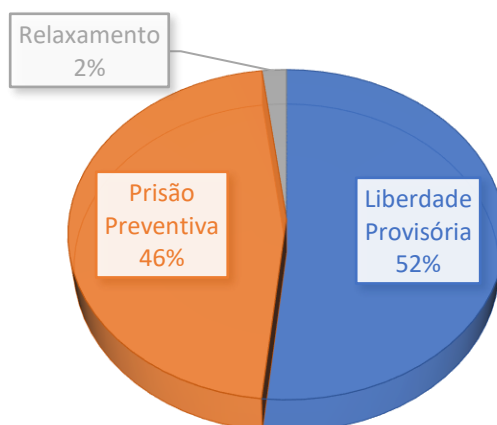


Gráfico 5 - Resultado das Audiências de Custódia realizadas com pessoas acometidas de transtorno mental, em conflito com a lei, referente ao período de maio de 2015 a dezembro de 2017.

Contudo, ressaltamos que esse entendimento dos magistrados nem sempre foi pela liberdade provisória. Percebemos durante a pesquisa, que de maio de 2015 até fevereiro de 2017, maior parte das audiências resultou em privação de liberdade, como mostra o Gráfico 6, a seguir. Até esse momento, haviam sido realizadas 97 audiências.

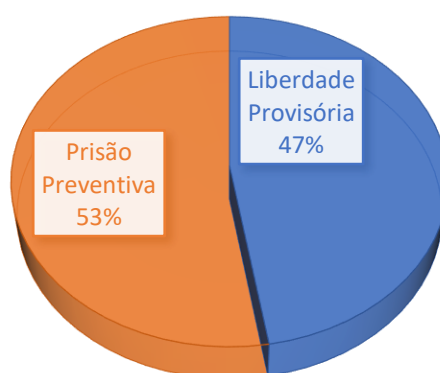


Gráfico 6 - Resultado das Audiências de Custódia realizadas com pessoas acometidas de transtorno mental, em conflito com a lei, referente ao período de maio de 2015 a fevereiro de 2017.

O que pode ter contribuído para essa mudança? Quais fatores foram decisivos para que houvesse esse novo entendimento do magistrado para “soltar” ao invés de “prender/enclausurar”? No artigo, “A importância do trabalho da equipe psicossocial na audiência de custódia do Espírito Santo” (2017), os autores Campos, Deus e Vieira, apostam para um caminho que pode ajudar a responder às indagações acima. Segundo esses autores, as audiências de custódia no ES contam com um diferencial em relação aos outros Estados do país. Compõem o projeto uma equipe psicossocial constituída por 2 psicólogos e 2 assistentes sociais, que se intercalam em regime de plantão. A presença da equipe psicossocial, no mesmo prédio onde ocorrem as audiências, visa dar um maior suporte de informações ao juiz acerca do autuado que passará pela audiência com ele. A equipe atende os autuados antes da audiência com o magistrado e elabora um relatório que será anexado ao processo. Nesse relatório, o profissional da área psicossocial fornece orientações, identifica demandas do autuado e sugere encaminhamentos para a pessoa que recebe o benefício da liberdade provisória (ainda em casos de pagamento de fiança) para as redes de assistência do município ou Estado.

No caso das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei a equipe psicossocial auxilia na identificação de indícios de transtornos psíquicos. Realiza contato telefônico com os familiares e em caso de não conseguir contato com os mesmos, aciona a rede de atendimento em saúde mental para verificar se existem mais dados sobre aquele sujeito, sobre seus familiares e seu histórico de tratamento, para que estas informações sejam levadas ao conhecimento do juiz antes da realização da audiência através de um relatório (CAMPOS, DEUS, VIEIRA, 2017, p. 85).

No Gráfico 7 está representada a situação atual desses internos perante a justiça no momento (dez/2017). Podemos observar que há um aumento significativo no número de pessoas que aguardam o julgamento em liberdade. Constatamos, assim, que algumas pessoas permaneceram por algum tempo no presídio comum e receberam o alvará depois de algum tempo presos. Fato que é preocupante, pois sabemos que os efeitos do aprisionamento podem agravar o estado de saúde mental e física desses sujeitos. Sem um suporte da rede de saúde mental, familiar e assistencial, esses detentos tornam-se ainda mais vulneráveis psicossocialmente e desassistidos.

O mais grave, porém, é perceber através do Gráfico 7, a seguir, que quatro processos se encontram arquivados devido aos acusados terem vindo a óbito. Na pesquisa processual, no site do TJ ES e INFOPEN/ES, identificamos dois óbitos, ocorridos no presídio, dias após a realização da audiência de custódia e a determinação da prisão preventiva desses acusados. Os dois acusados já

haviam passado pela audiência de custódia, em outro momento, por isso, são computados como quatro, ao invés de dois processos. Esse fato é alarmante e grave. Ele nos aponta para a precariedade do nosso sistema de saúde e da articulação que ele vem tendo com a justiça em nosso Estado.

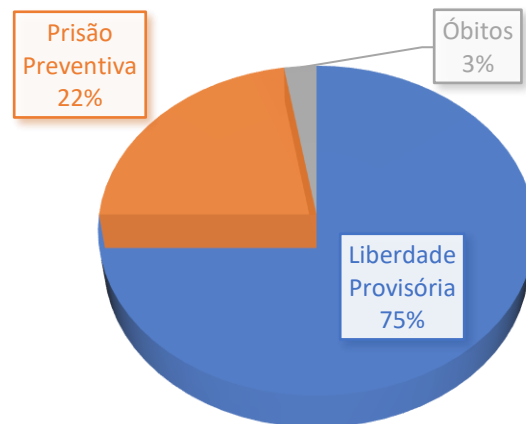


Gráfico 7 - Situação Atual do Processo envolvendo as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, que passaram pela audiência de custódia.

Gravíssimo ainda, é constatar que não se tem nenhum registro público, detalhando como se deram tais mortes e quais foram suas causas. Informalmente, por meio de andanças pelo campo e conversas com inspetores penitenciários e psicólogos das unidades prisionais nas quais ocorreram as mortes, soube que uma destas se deu após o preso, em sofrimento psíquico, se envolver numa discussão/desentendimento com alguns internos em sua cela. Por este motivo, todos da cela o agrediram fisicamente até o mesmo vir à óbito.

O falecimento do outro acusado, ocorrido ainda no centro de triagem - CTV, aconteceu dois dias após decretada sua prisão preventiva. O autuado, ainda em surto psiquiátrico, foi colocado no isolamento da unidade, que não dispõe de uma equipe médica. Ao que tudo indica, o mesmo amarrou uma das pontas da toalha de banho em seu pescoço e a outra ponta em uma das barras da grade mais alta, dependurando-se até o seu enforcamento. Em sua passagem pela audiência de custódia, a equipe chegou a fazer contato com a família deste autuado e a pedido da direção da unidade, a assistente social da custódia também fez contato para comunicar seu falecimento dentro da unidade prisional. Ao telefone com a assistente social, a mãe, que em um contato prévio à

audiência havia dito que preferiria ver o filho morto do que ter ele de volta em casa, caiu aos prantos ao saber da morte de seu único filho, que segundo ela, tinha curso superior e era concursado dos correios.

Em relação ao motivo das prisões, podemos observar através da Tabela 1, os artigos em que os portadores de transtorno mental mais foram autuados e por isso presos em flagrante, foram, portanto, o art. 155 (furto Simples), artº. 157 (roubo simples), artº. 14 (crime tentado), artº. 163 (dano ao patrimônio) e o quinto artº 147 (ameaça).

Tabela 1 – Artigos em que os as pessoas com transtorno mental mais foram autuadas. Em ordem decrescente.

Artigo	Denominação	Número de Ocorrências
155	Furto	40
157	Roubo (Porte de arma)	29
14	Crime tentado	21
163	Dano ao patrimônio	19
147	Ameaça	18
129	Lesão Corporal	16
121	Homicídio	13
329	Resistência à prisão	13
33	Tráfico	13
331/330	Desacato a autoridade	11
140	Injúria	11
213	Estupro	7
244/244/239	Associação com o menor	6
217	Estupro de vulnerável	3
28	Usuário de drogas	3
71	Crime continuado	3
180	Receptação	2
35	Associação ao tráfico	2
15	Porte ilegal de arma	1
40		1
348	Fraude	1
12	Porte ilegal de arma	1
150	Violação de Domicílio	1
21	Erro sobre a Ilícitude do fato	1
168	Apropriação indébita	1
262	Atentado contra a segurança de outro meio de transporte	1
278	Outras substâncias Nocivas a saúde Pública	1

Podemos pensar, a partir desses dados, que tamanha é a vulnerabilidade psicossocial dessas pessoas em relação à justiça, que delitos julgados leves, como dano ao patrimônio, pequenos furtos, desacato a autoridade, resistência à prisão, os levam à prisão, por dias, meses ou mesmo anos. Os ditos “loucos” geralmente não são chamados a responder sobre o delito, mas sim são julgados pela sua “loucura”, ou ausência de consciência sobre o fato, incapacidade de responder sobre si mesmo no momento, agressividade, entre outros.

Em consulta ao Infopen/ES em dez/2107, de todos os que passaram pela a audiência de custódia até o momento e respondem pelo delito preso, 04 estão internados no HCTP. Dos 136

autuados com transtorno mental em conflito da lei, apenas 17 foram presos mais de uma vez em flagrante delito e regressaram na audiência de custódia. O Gráfico 8 abaixo ilustra esses dados.

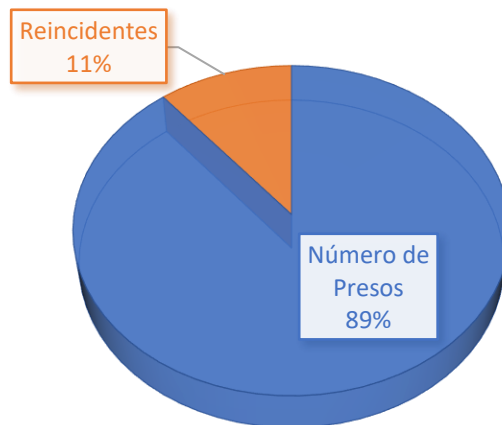


Gráfico 8 - Reincidência das pessoas com sofrimento psíquico na audiência de custódia.

O Gráfico 8 foi pensado e construído como sendo uma resposta da equipe psicossocial, presente na audiência de custódia, frente aos questionamentos levantados por parte de alguns magistrados. Sempre que o juiz se mostra receoso sobre a concessão do alvará de soltura para alguma pessoa tendo em vista somente a sua condição e sofrimento mental e não o seu delito, a equipe apresenta esse gráfico ao magistrado. Assim, esses dados, tornaram-se uma ferramenta potente, esclarecendo que poucas pessoas com transtorno mental, no período compreendido dessa pesquisa, regressaram ao sistema de justiça criminal, através da prisão em flagrante, na grande Vitória/ES. Tal evidência corrobora para a ineficácia do discurso sobre a periculosidade e necessidade de contenção da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, tão presente no imaginário social e no dos operadores do direito.

Com esses argumentos, combatemos também, algumas injustiças que podem ocorrer, tendo em vista, muitas vezes, o desconhecimento do magistrado na área de saúde para julgar/determinar questões envolvendo a saúde mental dos autuados. A Figura 2 abaixo ilustra bem esse ponto crítico.

Vale destacar que em entrevista com este magistrado o autuado apresentou fala desconexa, bem como não conseguiu firmar informações básicas como o mês e ano corrente, bem como sua idade, informando possuir 15 anos. Afirmou o autuado que é usuário de drogas. Estas informações somadas ao fato que os policiais militares que atenderam a ocorrência afirmaram que o autuado no momento de sua prisão afirmava ser padre ou policial, falando coisas sem sentido, bem como populares consignado que o mesmo já havia sido internado em manicômio, entendendo não ser a prisão a melhor solução ao presente caso. Todavia, diante do crime em comento apresentar violência, tenho que a liberdade do autuado deve ser monitorada, razão pela qual **CONCEDO A LIBERDADE PROVISÓRIA**, fixando como medida cautelar o encaminhamento do autuado para manicômio judicial (HCTP), nos termos do artigo 319, VII, do CPP, DETERMINANDO A SUA IMEDIATA INTERNAÇÃO NO HCTP e avaliação psiquiátrica a ser realizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias, devendo após a conclusão do laudo ser este encaminhado à juízo para reavaliação da sua condição processual (INTERNAÇÃO). **Expeça-se alvará de soltura.**

Figura 2 – Termo de audiência com decisão judicial concedendo a liberdade provisória ao autuado, mas determinando o seu encaminhamento ao HCTP. (Fonte: Audiência de Custódia/ES).

Nela o juiz descreve como o autuado se apresenta para a audiência e como reagiu na abordagem policial no momento da prisão. Ao final pasmem, ele concede a liberdade provisória, todavia como medida cautelar, determina que o mesmo seja encaminhado para o HCTP. Tal ato, assinado também pela defensora pública de plantão naquele dia, evidência ainda mais a necessidade de articulação entre os saberes: direito e saúde e de uma capacitação nessa área, por parte dos operadores do direito, que nessa situação demonstraram dessaber o que está previsto na lei 10.216/2001, bem como desconhecer as engrenagens de funcionamento do HCTP e todas as discussões que vem sendo feitas acerca das pessoas com transtorno mental ao longo dos últimos anos, bem como ignorar as barbáries praticadas em desfavor dessa parcela da população.

Em tempo: essa audiência foi realizada no mês de outubro de 2015 e apesar de no termo constar que a avaliação deveria ser feita em 30 dias, até a presente data (02/01/2018) o autuado ainda se encontra preso no HCTP. Dois anos de espera! Contraditória e desastrosa decisão que corrobora para o desassujeitamento desse indivíduo que teve seu direito de liberdade cerceado por

uma prática cada vez mais comum em nosso meio atualmente: questões de saúde sendo definidas e delineadas por decisões judiciais, sem o mínimo de (in)formação do operador na área de saúde.

Dito isso, no entanto, destaca-se que graças a esse novo sistema, das Audiências de Custódia, que é uma parceria entre o CNJ, Ministério da Justiça, Tribunal de Justiça - ES e Secretaria do Estado de Justiça – SEJUS, visando à rápida apresentação do preso, em prisão em flagrante, a um juiz, no prazo máximo de 24h, a maior parte desses internos autuados em flagrante não ficaram detidos e foram encaminhados pela equipe psicossocial, presente no projeto da audiência, aos serviços fornecidos pela rede de saúde e assistência social nos âmbitos estadual e municipal.

A intervenção psicossocial, nesse campo, ainda está em construção e, atualmente, consiste no atendimento do autuado antes de sua passagem pela audiência e, logo após ter recebido o termo de Liberdade Provisória, instruindo os sujeitos sobre as medidas cautelares impostas pelo juiz, como também, acionar a rede, direcionar os encaminhamentos necessários e elaborar relatórios para subsidiar as decisões judiciais. Os autuados portadores de transtorno mental, sem a devida assistência, ficam esquecidos, despotencializados e desamparados social e judicialmente, entrando rapidamente em processo de cronificação de seu quadro clínico, pelo confinamento e isolamento. De acordo com, Maria Elisa Alvarenga (2013/2014), a atual tendência à judicialização da saúde tem como característica privilegiar o universal em detrimento do singular, num movimento do “para-todos iguais”.

Prender somente não basta, contudo estamos inseridos num estabelecimento que, além de tratar, se ocupa também em prender. O que fazemos é prender para tratar, seguindo estritamente o que determina o processo penal. “Será isso possível?”. (CARDOSO e BARCELOS, 2010).

Equívoco conceitual sério, porém, fortemente impregnado na cultura de nossa sociedade e particularmente na dogmática jurídica, é o de acreditar que a privação da liberdade seja instrumento capaz de transformar o homem para melhor. A prisão que recupera. A prisão vista como a escola que (re)educa. A prisão que ressocializa. A prisão hospital que cura o homem adoecido pelo crime. A prisão que, enfim, transforma o homem criminoso em homem não criminoso. Dessa bela mentira, resulta uma política criminal equivocada, que transfere para o sistema punitivo questões que deveriam ser resolvidas e/ou equacionadas em outros ambientes, distantes do aparato repressivo do Estado (SILVA, 2013/2014, p. 201).

4.2. Zeca, Malu e Cida: modos de vida apresentados ao juiz

Das 152 audiências envolvendo o transtorno mental infrator até o momento, três em especial serão relatados neste trabalho. Por motivos éticos e como forma de resguardar as identidades dos sujeitos, optou-se pela utilização de nomes fictícios.

No primeiro caso relato a história de Zeca, que foi preso e acusado por agredir física e verbalmente a sua mãe, sendo tipificado no Art. 140, caput, e Art. 147, caput ambos do CPB e Art. 21 da LCP, todos da forma da Lei 11.340/2006. Tendo conhecimento do caso, pedi para que o agente responsável retirasse Zeca da cela para que eu pudesse conversar com ele e levantar algumas informações que pudessem subsidiar a decisão judicial, como também para que pudesse pensar nos encaminhamentos. Durante o atendimento, ele se mostrou orientado e verbalizava com clareza, demonstrando compreender o que estava acontecendo. Informou que foi preso por ter empurrado sua mãe, com quem sempre teve conflitos, e que já foi preso em outras ocasiões, por ter passado vários trotes telefônicos para a polícia. Quando era adolescente, passou por diversas internações em unidades para internação provisória de adolescentes em conflito com a lei. Contou ainda que passou por uma internação de 12 dias no Hospital Estadual de Atenção Clínica – HEAC, onde foi diagnosticado com esquizofrenia. Onde, também, foi prescrito um coquetel de medicamentos controlados: rivotril, risperidona, Orape, ampliquíttil, carbamazepina, haldol. Contudo, Zeca relata que está há cinco meses sem fazer o uso desta medicação.

Terminado o atendimento e com os dados que ele havia me passado, entrei em contato com sua genitora, no intuito de me aprofundar melhor no caso. Ao telefone, a mãe de Zeca me contou que essa não é a primeira vez que ele age de forma agressiva e impulsiva. Disse que seu filho recebia tratamento psiquiátrico no centro do Município de Viana e que o mesmo fazia uso de muitas medicações controladas, porém não sabia dizer quais eram. Segundo ela, há duas semanas, ele havia passado por uma internação no HEAC, onde, durante a mesma, a agrediu e avançou numa funcionária daquele estabelecimento. A mãe de Zeca verbalizou ainda que a família já tentou, por diversas vezes, a internação compulsória, mas que até o momento não obtiveram êxito. Declara que seu filho é agressivo e que esses “surtos psiquiátricos” são corriqueiros, temendo sofrer novas agressões.

Com essas informações, elaborei um estudo de caso e entreguei ao Juiz de plantão naquele dia. Sugeri nesse documento que as secretarias de saúde do município de Viana e do Estado fossem comunicadas sobre o caso e que Zeca pudesse dar prosseguimento ao seu tratamento ambulatorial, com a devida assistência e acompanhamento, conforme previsto na lei 10.216. Em posse deste documento e após ter estado em audiência com o autuado, o juiz decide pela prisão preventiva do mesmo, alegando que tal ato visa garantir a ordem pública e assegura a aplicação da lei penal. Determina, então, que Zeca seja custodiado no HCTP em razão do seu quadro clínico. Contudo, até a presente data, em pesquisa realizada através do sistema INFOPEN/ ES, Zeca encontra-se custodiado em um presídio comum.

No segundo caso, trazemos o relato de uma mulher autuada depois de entrar em uma delegacia e proferir palavras de baixo calão aos policiais, segundo relato nos autos da prisão em flagrante. Foi tipificada no Art. 239, c/c Art. 129, caput, c/c Art. 331 todos do CPB, c/c 28, caput, da Lei nº11.343/06, na forma do Art. 69, do CPB. Malu foi trazida de uma ala do presídio feminino, responsável pela custódia das presas que aguardam audiência com o juiz. Também naquele local, fez a troca de sua roupa pessoal pelo uniforme da SEJUS. Chegando ao prédio da audiência de custódia bastante alterada, tinha as mãos algemadas para frente e marca-passo (algema presa aos tornozelos com o intuito de limitar os passos do indivíduo).

Colocada em uma cela com outra presa, que também iria passar por audiência, ela gritava muito, chorava escandalosamente, mas de uma hora para outra, esse choro cessava e dava lugar à verbalização de palavras de conteúdo sexualizado. Contava para as pessoas, que estavam no recinto, algumas práticas e experiências sexuais. A oscilação de humor e de comportamento eram visíveis. Malu estava em uma clássica crise de abstinência pelo uso de drogas.

Um agente que trabalha no cartório veio até a minha sala e disse que no auto de prisão em flagrante delito - APFD de Malu, não constava nenhum telefone de contato com seus familiares. Pensei então que essa seria uma difícil missão, mesmo assim me dirigi até a cela onde ela estava que, por sinal, fica em frente à minha sala de atendimento, “de meia parede”. Quando fiz a abordagem, Malu estava de costas e assim permaneceu por um tempo. Sua atenção era muito dispersa e, ao mesmo tempo que gritava para tirarem suas algemas, comentava: *“Esse aí é gostosinho, hem?! Coloca ele aqui comigo.”* (diário do psicólogo no cárcere, 01/2016), com os outros presos que passavam na frente da sua cela e com algumas pessoas que olhavam para ela naquela situação.

Depois de muitas tentativas, consegui vencer a desconfiança dela e, por alguns instantes, consegui sua atenção. Ela me disse que só se recordava do telefone de seu ex-namorado e começou a gritar os números. Eu corri até a minha mesa e anotei. Através daquele número, consegui contato telefônico com a mãe dela. Ao telefone, a genitora de Malu relatou que já há alguns dias não via sua filha, informando, ainda, que a mesma tinha curso superior, um filho adolescente e que estava indo pouco em casa e, quando ia, agia de forma agressiva e agitada. Disse que ela é usuária de drogas e que não aceita tratamento. Tendo colhido essas informações, elaborei um relatório e entreguei ao juiz, novamente indicando o tratamento ambulatorial.

Contudo, ao ser conduzida até a sala do juiz para ser ouvida, Malu ficou ainda mais agitada, começou a gritar que sua algema estava muito apertada e que queria sair. Permaneceu na presença do juiz somente por instantes, tal era a sua euforia e agitação. O magistrado constou nos autos que, iniciada a audiência, foi constatado a impossibilidade de realizar a mesma na presença da autuada, diante da sua suposta incapacidade (insanidade mental ou efeito de entorpecentes), visto que a mesma se encontrava muito exaltada, proferindo palavras de baixo calão. Temendo que a soltura da custodiada pudesse colocar em risco a segurança social e, na possibilidade de reiteração da prática delituosa, como também, para que fosse constatada a eventual insanidade mental, posologia de medicação pertinente, ou em caso de abstinência de entorpecente, ser feito acompanhamento por equipe especializada, determinou a sua prisão preventiva e imediata internação no HCTP. Em pesquisa recente no INFOPEN/ES, pude averiguar que Malu recebeu o alvará de soltura, após alguns meses presa em um presídio comum. Não há registros no INFOPEN/ES de sua passagem pelo HCTP durante esse período e até então. Recentemente, em decorrência de um novo delito, Malu passou novamente pela audiência com o juiz, que determinou sua prisão.

O terceiro caso trouxe um fato novo. Este foi o primeiro na história da audiência de custódia em que foi determinada a liberdade provisória da autuada portadora de transtorno mental e seu encaminhamento para tratamento ambulatorial no “hospital dia” no CAPS de seu município. Citando inclusive a lei 10.216/2001 e determinando que o caso fosse oficiado à secretaria municipal e estadual de saúde. Abaixo, segue a foto do termo da audiência com as determinações do magistrado, Figura 3.

*delito e aqueles colhidos por este Magistrado através do contato pessoal oportunizado pela audiência de custódia, indicam que presentes a conveniência e adequação da aplicação das seguintes medidas cautelares diversas da prisão preventiva (Art. 319, do CPP) ao autuado: a) proibição de sair da Grande Vitória sem prévia autorização do Juiz natural da causa; b) comparecimento a todos os atos do processo; c) proibição de mudar-se de endereço sem prévia autorização judicial. Caso o autuado descumpra qualquer condição imposta na presente decisão poderá ter decretada sua prisão preventiva. Ante o exposto, acolho parcialmente o pedido da Defesa e concedo o benefício da **LIBERDADE PROVISÓRIA SEM FIANÇA**, mediante o cumprimento das condições acima indicadas. Expeça-se alvará de soltura. 1) Determino que a autuada seja encaminhada ao CRE Metropolitano – Centro Regional de Especialidades, para o tratamento ambulatorial ou em regime de HOSPITAL DIA no CAPS de Cariacica/ES, segundo a Lei Federal nº 10/2016/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2) Determino, ainda, que expeça-se ofício a Secretária de Saúde Municipal de Cariacica, encaminhando cópias desta ATA de audiência e mídia, para incluir nas estatísticas, uma vez que a autuada tem transtornos psiquiátricos e cometeu delito, e para acompanhar o caso da autuada e de sua família, prestando auxílios necessários aos mesmos. Após os procedimentos de praxe, remetam-se ao Juízo competente para regular distribuição." Nada mais havendo, deu-se por encerrado o presente termo. Eu, L. L., Assessor Jurídico da SEJUS, o digitei, indo por todos devidamente assinado.*

Figura 3 - Termo de Audiência com Decisão Judicial sobre autuada com transtorno mental (Fonte: Audiência de Custódia/ES).

A autuada em questão, a qual chamaremos de Cida, foi presa com uma faca de cozinha na mão após ter entrado em uma padaria e, segundo consta nos autos da prisão, tentado assaltar a mesma. Foi tipificada nos Art. 157, § 2º, inciso I c/c Art. 14, inciso II, ambos do CPB. Desde a sua chegada no prédio da audiência, Cida mantinha a cabeça baixa, os cabelos caíam pelo rosto, tinha as mãos algemadas para frente e chorava em silêncio.

Logo, informaram-me que a família de Cida estava na porta do prédio e, então, fui ao encontro deles. Durante a conversa, eles me informaram que ela não tinha histórico de uso de álcool ou outras drogas, tendo sido diagnosticada, durante uma internação em uma clínica psiquiátrica particular, como portadora de um quadro depressivo grave e refratário, ideias delirantes e de autoextermínio, isolamento social e entre outros. Eles trouxeram um laudo da referida clínica onde constava que a mesma havia sido internada naquele estabelecimento, tendo por base o CID 10: F31.4; F33.2; F34.8. Contudo, esse mesmo laudo psiquiátrico é finalizado declarando que a paciente estaria apta para uma tentativa de reinserção social e acompanhamento ambulatorial. Conversando ainda com os familiares de Cida, estes me informaram que ela estava assim há um

ano e seu comportamento mudou depois da morte de um parente próximo. Eles estavam angustiados, relatando que já não sabiam mais o que fazer, pois Cida não aceitava fazer o tratamento indicado pelos médicos até então, queriam interná-la involuntariamente.

Surge então um fato novo, eles me entregam um ofício endereçado à secretaria estadual de saúde expedido por um defensor público, no qual, baseado em um laudo psiquiátrico e a pedido da família, solicitava a internação compulsória de Cida no prazo de 10 dias. De posse dessas informações, conversei com a família sobre as consequências de uma internação desse tipo, e o que isso poderia acarretar para vida dela e para a relação entre eles. Voltei para minha sala, pois ainda queria atender Cida antes de sua audiência com o juiz. Não saía da minha cabeça aquele ofício, feito pelo defensor público meses atrás, e toda a implicação de um documento como esse feito em tempos tão difíceis, na luta contra a hospitalização, por um agente público que demonstra desconhecer a legislação vigente sobre essa temática.

No atendimento, Cida disse que essa era sua primeira prisão. Relatou que estava muito envergonhada e não sabia ao certo o que tinha ocorrido, parecia perdida no tempo e no espaço. Informou fazer uso de medicação controlada, receitada por um psiquiatra há algum tempo. Revelou ainda que possuía curso superior e que se aposentou do serviço público depois que foi diagnosticada com esquizofrenia.

Estes casos evidenciam alguns pontos que merecem destaque. O primeiro é a baixa formação e desconhecimento da legislação vigente para esta área, levando os agentes públicos, sejam eles juízes, delegados, assessores jurídicos e defensores públicos, a tomar decisões e determinar caminhos que rotulam para sempre a vida dessas pessoas. Estes vão de contra ao que vem sendo construído, há alguns anos, através de políticas públicas e militâncias.

O segundo ponto é que como o processo de desinternação dos pacientes dos hospitais psiquiátricos sem a devida reinserção, bem como a baixa assistência dos mesmos na sociedade, seja na sua realocação em residências terapêuticas ou novamente no seio familiar, a prisão parece ser a alternativa mais eficaz. Arboleda-Flórez (2003) sustenta que o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos de alguns países ocidentais, por força do processo de desinstitucionalização, determinou uma progressiva demanda por serviços psiquiátricos forenses e aumento no número de doentes mentais em prisões.

O terceiro ponto é a urgência de implantação da PNAISP em nosso estado e implementação dos acompanhamentos de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em

conflito com a lei (EAP), conforme descrita pela portaria GM/MS nº 94, de 14 de janeiro de 2014. A partir do momento em que o portador de transtorno mental infrator for assistido, o mesmo terá menores riscos de detenção. Segundo Biondi, Fialho e Kolker (2003), para a construção desse novo cenário é preciso inventar novas estratégias.

5. UMA REDE EM MOVIMENTO LIGADA NA VIDA

Estamos agora juntos, na tarefa de abrir as portas, para fazer com que a vida passe a circular com ares de liberdade, arejando os espaços abafados da segregação. Se quisermos tentar alcançar alguma saída deste sistema antigo e obscuro, devemos buscar desenhá-la no acompanhamento das biografias e para isto precisamos dispensar o isolamento e investir na convivência, no acompanhamento, nas soluções de sujeito, suas pequenas invenções para tratar seu sofrimento mental (BARROS-BRISSET, 2010, p 85).

Este capítulo está constituído da seguinte forma: Iniciamos com o relato do caso - O Jovem suicida que acabou preso: precisamos mudar essa tendência, extraído do diário do psicólogo no cárcere. Nele problematizamos questões acerca de como vem sendo tratadas, em nosso Estado, demandas relativas às pessoas com transtorno mental autoras de delitos e como a ausência de um dispositivo conector entre saúde e justiça pode corroborar para o encarceramento dessa população. Continuamos tratando questões de saúde pública como sendo somente uma questão de justiça.

Nos tópicos seguintes, falaremos sobre experiências de profissionais e programas que, há muito tempo, circulam e produzem indagações nesse campo. Ao todo, serão contadas as experiências de sete Estados Brasileiros, incluindo o ES. Os dados para a escrita dessa sessão foram colhidos através de documentos de divulgação dos programas (folders, cartilhas), bem como artigos científicos publicados, apresentação de trabalho e palestras dos pesquisadores / fundadores / membros / militantes, em eventos científicos e workshops, dos quais tive o privilégio de participar. A ordem de apresentação dos programas foi escolhida a partir do ano da fundação dos mesmos, dos mais antigos para os mais recentes.

Além disso, perpassaremos pela construção iniciada aqui no estado através do projeto piloto PAI-PAC, iniciado no ano de 2010 e coordenado pela professora da Universidade Federal do Espírito Santo, do departamento de Psicologia, Prof.^a Dr.^a Renata Costa Moura. Tendo como desdobramento a realização de um seminário de lançamento do Observatório de direitos humanos e justiça criminal do Espírito Santo – ODHES, no final do ano de 2015. Evento esse que contou com a presença de vários atores da cena de saúde e justiça do país, como também dos coordenadores das redes de observatórios de direitos humanos, ligados às universidades federais de outros estados. Como também, a oferta de disciplina optativa, junto ao programa de mestrado em psicologia institucional da UFES, no primeiro semestre de 2016, e trazendo para a discussão temas como: direitos humanos, justiça criminal, violência estatal, processos de exclusão social, produção de subjetividades e a noção de “periculosidade” e entre outros.

5.1. O jovem suicida que acabou preso: É preciso mudar essa tendência

Era manhã de mais um dia de trabalho. Seguindo no meu trajeto costumeiro para o complexo penitenciário de Viana, recebo algumas mensagens de um grupo de *whatsApp*, onde alguns integrantes comentam sobre um extenso engarrafamento na 3ª ponte, que liga os municípios de Vitória/ES a Vila Velha/ES. Contudo, chamou-me à atenção a fala de uma pessoa do grupo, relatando que estava dentro de um ônibus há quase duas horas e que estava irritada e preocupada por não querer perder seus compromissos naquela manhã. Indagada, então, por outro participante do grupo, se ela sabia o motivo do congestionamento, além do habitual na ponte, a moça escreveu: *“suicida desgraçado!”*. Uma outra integrante do grupo, nesse momento, postou uma foto de um rapaz sentado na marquise da ponte, ela estava dentro de um ônibus bem no momento em que ele atentava contra sua própria vida. Sobre essa foto a moça atrasada escreveu: *“empurra ele! ... fdp!... pula logo e resolve essa depressão....quer chamar a atenção... Se quisesse morrer mesmo já tinha ido.”* Diante dessas palavras, alguns outros integrantes do grupo proferiram algumas palavras, discordando dela e comentando sobre o fato.

Continuei meu trajeto refletindo sobre aquele episódio e o porquê dele ter sido encarado daquela forma em um grupo de profissionais da área de saúde, onde fazem parte: psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentre outros. Qual será o nosso grau de adoecimento ou embrutecimento diante de questões tão sensíveis como esta?

Chegando ao meu local de trabalho, no prédio onde são realizadas as audiências de custódia, dirijo-me até o cartório para imprimir a ata com o nome dos autuados que iriam passar por audiência com o juiz naquele dia. Escuto alguns funcionários comentando também sobre o episódio da ponte e me surpreendo quando um deles me diz que o jovem que tentou contra a própria vida na ponte, hoje pela manhã, iria ser ouvido pelo juiz aqui na custódia. Como assim? Perguntei a eles, o que ele fez?

Eles então me contaram que o jovem abordou uma senhora, que estacionava seu carro, próximo à cabeceira da 3ª ponte, subtraindo-lhe o veículo e, de posse do mesmo, havia seguido até a ponte. Contaram ainda que ele foi salvo pelo SAMU e que ele mesmo havia dito que o carro era roubado, fato este que trouxe também para a cena a polícia militar.

Fui então até a minha sala, após ler o auto de prisão em flagrante, para verificar se os inspetores penitenciários já haviam trazido as pessoas que iriam ser apresentadas ao juiz. Passado

algum tempo, pedi que o agente trouxesse o jovem até a minha sala, para que eu pudesse conversar com ele e elaborar um relatório que pudesse subsidiar a decisão judicial.

O jovem, então, um tanto cabisbaixo, angustiado e emotivo, relatou que esta é a sua primeira passagem pela prisão. Disse que estava cursando o 1º ano do ensino médio na modalidade EJA e que trabalhava informalmente como lavador de carros, há 3 meses. Negou o uso de medicação controlada, porém assumiu o uso abusivo de cocaína, há mais ou menos 5 anos. Relatou ainda que, na noite antes do acontecido, passou o tempo todo *“cheirando” e que essa é a quinta vez que tentava se matar (diário do psicólogo no cárcere, 08/2017)*. Citou que sua relação familiar estava fragilizada, porém ainda residia com seus pais.

Passado esse contato, imprimi e anexei ao processo dele o relatório que havia feito. Fui até a sala da defensoria pública conversar sobre o caso com o defensor que estava de plantão no dia e que iria atuar na defesa do jovem durante a audiência. Também fiz contato telefônico com uma conselheira atuante no CRP 16, para levantar maiores informações sobre possíveis casos envolvendo pessoas que atentaram contra a própria vida. Por telefone, ela me informou sobre a existência de um grupo de prevenção de suicídio, e que eles informaram que gratuitamente existe uma oferta dos municípios, via CAPS, e que eles já estão, inclusive, preparados para receber essas demandas. Que já existe uma conexão entre os profissionais que atuam na RODOSOL (3ª ponte) e as prefeituras da grande Vitória. Quando acontecem casos assim na ponte, a RODOSOL envia esses dados para as prefeituras que acionam os serviços para fazer a busca ativa dessas pessoas e os devidos encaminhamentos. O caminho então seria o CAPS da região onde o jovem reside.

Diante dessas informações, fui chamado pela juíza para acompanhar a audiência do jovem. Logo no início, ela salientou sobre o desejo de manter a prisão dele, visto que na descrição dos policiais, no auto de prisão em flagrante, constava que o jovem estava armado no momento da abordagem à vítima e, por esse fato, foi enquadrado no artigo 157º, caput (furto simples) do Código Penal Brasileiro. Sugeri então a ela que ouvisse o autuado e que lhe perguntasse sobre a arma, bem como sua motivação para tal furto. Nesse período da audiência, o jovem já estava sendo acompanhado por um advogado particular que, segundo o mesmo, foi direcionado pelo irmão mais velho do custodiado e que os dois se conheciam de um grupo religioso em comum.

Na audiência, perante a juíza, o jovem informou sobre sua residência, trabalho e escolaridade. Relatou ser viciado em cocaína há cinco anos e já ter atentado contra sua vida outras vezes. Indagado se já buscou algum tratamento, ele disse que já buscou ajuda na igreja, mas que

não permaneceu por muito tempo. Pediu desculpas sobre o fato ocorrido na ponte, se colocando à disposição para pedir desculpas pessoalmente para a vítima. Relatando que “*não tinha intenção de tomar nada dela, só queria acabar com a minha vida*”(diário do psicólogo no cárcere 08/2017). Atribuiu o fato por ter passado quase toda a noite anterior ao cometimento do delito usando cocaína e que, quando parou de usar, se sentiu um lixo, tendo sido acometido pela mesma depressão e sentimento de vazio que sentia das outras vezes que usou a mesma substância.

A juíza então passou a palavra para o advogado do jovem, para pronunciamento de sua defesa. Enquanto o advogado falava, ela me indagou sobre o que eu achava da possibilidade de arbitrar uma fiança no valor de R\$1.000,00. Frisei com ela sobre as baixas condições financeiras, em que o jovem vivia e pedi a ela que perguntasse ao advogado quem estava custeando seus honorários. Feita essa pergunta da juíza ao advogado, o mesmo disse que pegou o caso, pois devia um favor ao irmão do jovem, que trabalha como despachante. Diante desse fato, a juíza cancelou o pedido de fiança, determinou a liberdade provisória do jovem e seu encaminhamento para tratamento da dependência química e acompanhamento psicológico no CAPS de seu município, conforme orientação contida no relatório psicológico em anexo ao termo de audiência. Abaixo segue a parte final do termo, Figura 4, onde consta tal fato:

preventiva do autuado, elencados no art. 312, do CPP. Assim, os elementos do APF-L e aqueles coinidos por esta Magistrada através do contato pessoal oportunizado pela audiência de custódia, indicam que a sua liberdade não oferece risco à ordem econômica, à ordem pública, à instrução criminal ou à aplicação da lei penal, considerando que este nunca praticou nenhum crime, possui família constituída, **residência fixa e ocupação lícita**. Verifico, assim, a conveniência de substituir a prisão preventiva do autuado pelas seguintes medidas cautelares, além das condições dos arts. 327 e 328 do CPP, quais sejam: **a)** proibição de sair da Grande Vitória sem prévia autorização do Juiz natural da causa; **b)** comparecimento à todos os atos do processo, devendo manter endereço atualizado; **c)** proibição de frequentar bares, boates, prostíbulos e assemelhados; **d)** recolhimento domiciliar de 20h às 6h; **e)** comparecer em até 5 (cinco) dias úteis ao juízo ao qual o presente APF será distribuído, com cópia de comprovante de residência, RG, CPF, CTPS e título de eleitor; **f)** comprovar mensalmente, perante o juízo processante, que está realizando tratamento contra drogadicção; **g)** proibição em aproximar-se ou manter qualquer tipo de contato com a vítima. Caso o autuado descumpra qualquer condição imposta na presente decisão poderá ter decretada sua prisão preventiva. **Ante o exposto**, acolho o pedido da Defesa e **concedo o benefício da LIBERDADE PROVISÓRIA SEM FIANÇA, mediante o cumprimento das condições acima indicadas. Expeça-se o alvará de soltura. Determino que o autuado seja encaminhado para tratamento contra drogadicção, bem como, ao CAPS, para acompanhamento psicológico, vez que o mesmo já tentou suicídio diversas outras vezes e diante do fato dos CAPs dos Municípios terem o serviço para acompanhamento às pessoas que atentam contra a própria vida. Após os procedimentos de praxe, remetam-se ao Juízo competente para regular distribuição.** Nada mais havendo, deu-se por encerrado o presente termo. Eu, _____, Assessor Jurídico da SEJUS, o digitei, indo por todos devidamente assinado.

Figura 4 - Termo de Audiência com Decisão Judicial sobre o Jovem Autuado (Fonte: Audiência de Custódia/ES).

O rapaz foi então liberado naquele mesmo dia, para fazer o tratamento ambulatorial e responder ao delito em liberdade provisória, mediante ao cumprimento de medidas cautelares. Passo importante e significativo que se inscreve através da porta de entrada no sistema prisional. Para Barros-Brisset (2010) se quisermos, de fato, desconstruir o dispositivo manicomial, não podemos continuar alimentando sua estrutura, fazendo entrar novos corpos na boca sem fundo da solução penal. Outros pesquisadores também já reconhecem a necessidade de trabalhar uma acolhida, desde a entrada do sujeito acometido de alguma desordem mental e/ou dependente químico, no sistema de justiça criminal. Nesse quesito, a equipe psicossocial presente na audiência de custódia do Espírito Santo (porta de entrada no sistema prisional de todos os autuados em flagrante delito da grande Vitória/ES), em parceria com o poder judiciário e defensoria pública, tem se mostrado atenta.

Todavia, a ausência de um dispositivo conector, que articula as ações dos operadores do direito com os equipamentos da rede pública (municipal/estadual) em saúde mental e da assistência social em nosso Estado, traz inúmeras limitações e precariedades. Levando essas pessoas a uma situação de vulnerabilidade psicossocial, violência institucional e, em alguns casos, faz com que essa falta de acompanhamento corrobore para o seu reingresso no sistema penal. Como, infelizmente, foi o resultado do caso do jovem relatado no início deste capítulo.

O jovem foi preso novamente e retornou para o plantão de flagrantes. Acusado igualmente de furto, ele disse que, desde que saiu da prisão, procurou o CAPS, iniciou o tratamento psicológico e medicamentoso, porém não tinha ainda conseguido pagar a dívida que possuía com o tráfico. Tentou furtar um carro, a pedido do “dono da boca de fumo” para saldar o débito que tinha para com ele. Foi pego e preso. A juíza decretou sua prisão preventiva, e ele aguarda recluso seu julgamento. Mais um jovem com ideação suicida, dependente químico, cumprindo pena em um centro de detenção.

Em que um dispositivo conector entre saúde x justiça poderia fazer a diferença nesse caso? O que podemos propor para além dos apontamentos que já vêm sendo feitos por toda equipe na audiência de custódia, ou seja, na porta de entrada? Que mecanismos podemos alçar mão?

5.2. Novas alternativas de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei pelo Brasil

Após um longo período sem priorizar as políticas voltadas ao portador de transtorno mental infrator, apesar da dupla estigmatização, houve um avanço. A pessoa com transtorno mental que anteriormente era tratada de forma retrógrada pela legislação, marginalizada pela sociedade e constantemente abandonada por seus familiares, ainda não tinha seus direitos assegurados pelos serviços de saúde pública. Nesse sentido, as políticas de saúde passaram por um processo evolutivo no que concerne à garantia de direitos a essa população, porém, ainda hoje, encontramos uma dupla segregação: o transtorno mental e a sua reclusão no sistema carcerário. Foucault (2004) observa que o princípio que regeu a penalidade moderna do ponto de vista jurídico e moral foi de que a penalidade devia apenas ser exercida sobre o que se faz. Insidiosamente, no entanto, formou-se

uma penalidade sobre o que se é, a partir da noção do indivíduo perigoso presente de forma virtual na monomania dos primeiros alienistas.

A política de atenção ao louco infrator é considerada por muitos especialistas como sendo um desafio nacional. Atualmente na maior parte dos estados brasileiros, questões envolvendo o transtorno mental infrator, dentro da realidade penal, está em desacordo com os direitos humanos e com a reformulação das políticas sobre o tema. Também é unânime a ideia de que é preciso uma atuação de maneira intersetorial, pró-ativa e integrada entre os profissionais que atuam na execução penal com os que trabalham na rede de saúde mental. Esta é uma questão complexa onde não há uma solução simples.

Destacamos a seguir a experiência de sete Estados cuja prática vem possibilitando um tratamento que visa, sobretudo, devolver a singularidade aos sujeitos e que está adequada as políticas de saúde mental vigentes no Brasil.

5.2.1. PAI-PJ / Minas Gerais

Pioneiro no Brasil, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) foi idealizado em 2001, pela psicanalista e psicóloga judiciária Fernanda Otoni de Barros-Brisset. O programa teve seu pontapé inicial a partir de uma pesquisa realizada por estagiários do curso de psicologia de uma universidade localizada na cidade de Belo horizonte, onde os mesmos realizaram um levantamento de casos e analisaram processos criminais em que os autores do ato infracional eram portadores de sofrimento mental. Com esses dados em mãos, o projeto foi apresentado e acolhido ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais e ganhou status de programa. (TJ-MG 2016)

O objetivo do programa, segundo a cartilha do programa elaborada pelo TJ-MG (2016), é acompanhar os processos judiciais dos sujeitos com indicativo de incidente de insanidade mental, os já sentenciados com medida de segurança ou outros tipos de processo, em que a autoridade judicial julga importante a inclusão do réu/sentenciado na metodologia do PAI-PJ. Dessa forma, o programa visa auxiliar o juiz na aplicação e execução da sentença e na promoção da inserção social do sentenciado. Essa inserção leva em consideração a singularidade clínica, social e jurídica, acompanhando e secretariando o paciente judiciário caso a caso em sua construção do laço com a família, comunidade e/ou território social

Conforme documento emitido pelo TJ-MG (2016), desde maio de 2010, o programa passou a integrar o Projeto Novos Rumos, regulamentado pela Resolução nº 633/2010. Tendo como proposições básicas do PAI-PJ:

- Acompanhar os processos criminais nos quais o réu ou sentenciado é ou apresenta indícios a ser portador de sofrimento mental, fornecendo subsídios técnicos para a prestação jurisdicional nas várias fases do processo.
- Auxiliar a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução das penas e medidas de segurança, de acordo com o previsto na legislação penal vigente.
- Orientar-se pelos princípios da reforma psiquiátrica, promovendo o acesso a tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial.
- Trabalhar no sentido de viabilizar a acessibilidade aos direitos fundamentais e sociais previstos.
- Agir de modo intersetorial, promovendo a parceria do Judiciário, Ministério Público e o Executivo através da rede pública de saúde e da rede de assistência social, de acordo com as políticas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental.
- A equipe do PAI-PJ é composta por psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em direito, devidamente capacitados para atuarem no Programa.

O trabalho do PAI-PJ, de acordo com o TJ-MG (2016), é baseado nas seguintes etapas: 1) Construção de um projeto singular, elaborado através de entrevistas, estudos e casos e discussões com a equipe da rede pública de saúde, responsável pela condução do tratamento do paciente judiciário, e com a rede social. 2) Encaminhamento do paciente judiciário para tratamento à rede pública de assistência em saúde mental e/ou aos serviços disponíveis na rede da cidade. 3) Acompanhamento clínico (atendimento sistemático ao paciente), social (Realizar entrevistas com a família do paciente ou com o seu grupo de convivência, a fim de construir a sua história sóciofamiliar. Sensibilizar a família e seu meio social para uma melhor convivência com o paciente judiciário e jurídico do caso. Zelar pela obtenção de renda e documentação, entre outros), jurídico (emitir relatórios e pareceres sobre os pacientes, fornecer subsídios técnicos para a execução penal, entre outros) (TJ-MG, 2016). 4) Construção dos casos. 5) Reuniões periódicas. 6) Finalização do acompanhamento: nesta etapa é realizada uma entrevista com o paciente, visando ao encerramento do acompanhamento e verificando se houve efetivação de sua inserção social na rede aberta da cidade.

Há um coletivo de parceiros nesse projeto, de acordo com TJ-MG (2016), a saber: Empresas privadas, a Secretarias de Estado e do Município de Belo Horizonte (Defesa Social, Saúde), a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), a Escola Brasileira de Psicanálise, o Fórum Mineiro de Saúde Mental, o Centro Universitário Newton Paiva, entre outros.

Os resultados deste trabalho são visíveis e vêm rompendo com a enrijecida cultura de execução penal, promovendo o acesso das pessoas em sofrimento mental autoras de delitos aos serviços assistenciais e ambulatoriais, em substituição ao velho modelo manicomial. Já passaram pelo programa 799 pacientes. O índice de reincidência é de 2%, registrado somente em crimes de menor gravidade. (TJ-MG 2016).

5.2.2. PAI-LI / Goiás

Em setembro de 2016, tivemos a oportunidade de conhecer e visitar o programa de atenção integral ao louco infrator - PAI-LI, no estado de Goiás. Além de conhecer as instalações físicas, pude conversar com o coordenador do projeto, o promotor de justiça Haroldo Caetano da Silva e alguns outros membros da equipe que atuam no projeto. Também participaram da visita e desse momento da conversa as professoras do departamento de psicologia da Universidade Federal Fluminense – UFF: Renata Costa Moura, que até dezembro de 2016 estava ligada à Universidade Federal do Espírito Santo - UFES e Silvia Helena Tedesco. Ambas são pesquisadoras do observatório nacional de direitos humanos e justiça criminal.

O PAI – LI foi instituído em 26 de outubro de 2006, tendo como base o que está disposto na lei 10.216/2001, também conhecida como Lei Antimanicomial. Dentre as suas funções primordiais, está o auxílio aos juízos da execução penal, do estado de Goiás, o acompanhamento de pacientes julgados e absolvidos pela justiça criminal, que por razões de doença ou perturbação de saúde mental foram submetidos à internação psiquiátrica e tratamento ambulatorial. (Silva, 2006).

O programa, que é fruto de uma pactuação entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás:

(...) trouxe importante mudança de paradigma na política pública, fazendo com que esse delicado tema deixasse de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança para ser acolhido de vez pelos serviços de saúde pública, no ambiente universal do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a participação de toda a rede de atenção em saúde mental (...) (Silva, 2006, p. 05).

Esse novo modelo de atenção e atendimento ao paciente em medida de segurança abole definitivamente a figura e existência do manicômio judiciário e visa à permanente busca pela inclusão da pessoa com transtorno mental na família e na sociedade.

Sobre o programa, Silva (2006, p.25-28) destaca que:

- O PAILI supervisiona o tratamento dispensado ao paciente na rede de atenção em saúde mental, o que compreende os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS, serviços residenciais terapêuticos e, ao mesmo tempo, faz a mediação entre o paciente e o juiz, em canal direto de comunicação que favorece, simplifica e desburocratiza o acesso permanente à Justiça.
- A simplicidade das rotinas do Programa torna célere a aplicação do projeto terapêutico elaborado para cada paciente em particular com a melhor e mais adequada assistência psicossocial, livre da burocracia típica dos procedimentos judiciais, o que concorre sobremaneira para a realização do objetivo maior: a reinserção do paciente à família e à sociedade.
- Com autonomia para ministrar o tratamento, as equipes psicossociais dos CAPS ou das unidades de internação determinam e colocam em prática a melhor terapêutica, acompanhados de perto pelos profissionais do PAILI, cuja atuação é marcada pela interlocução e integração com toda a rede de atenção em saúde mental.
- A liberdade de ação de que dispõem os profissionais da saúde facilita ainda para a quebra de resistências ao acolhimento de pacientes do Programa, pois, com autonomia para o tratamento, não permanecem na dependência de decisões judiciais para encaminhamentos importantes como, por exemplo, nos casos de desinternação e encaminhamento do paciente para a família ou para uma residência terapêutica. Evitam-se, pela mesma razão, internações de longa duração por vezes caracterizadoras da perpétua privação da liberdade do paciente que, longe de seus laços afetivos e familiares, acabava se institucionalizando.
- São instrumentos de atuação do PAILI: discussão de casos com a equipe das unidades de saúde responsáveis pelo atendimento; realização de atividades públicas de sensibilização; estabelecimento de parcerias com instituições afins; promoção de debates com peritos oficiais para o contínuo aperfeiçoamento dos mecanismos relacionados à aplicação e à execução das medidas de segurança.
- A equipe multiprofissional do Programa é integrada por advogados, assistentes sociais, psicólogos, acompanhantes terapêuticos, médicos psiquiatras e auxiliares administrativos, todos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde.
- O processo de execução da medida de segurança continua jurisdicionalizado. Entretanto, não é o juiz quem determina diretamente a modalidade do tratamento a ser dispensado ao paciente. O médico é o profissional habilitado a estabelecer a necessidade desta ou daquela terapia, com a fundamental colaboração das equipes psicossociais. Aliás, é a Lei da Reforma Psiquiátrica que exige, em seu art. 6º, o *laudo médico circunstanciado* como pressuposto elementar para a internação psiquiátrica.

Pela Figura 5 abaixo, percebe-se como se dá o fluxo de rotinas de funcionamento do programa para os casos de internação e de tratamento ambulatorial.

ROTINAS DE FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA

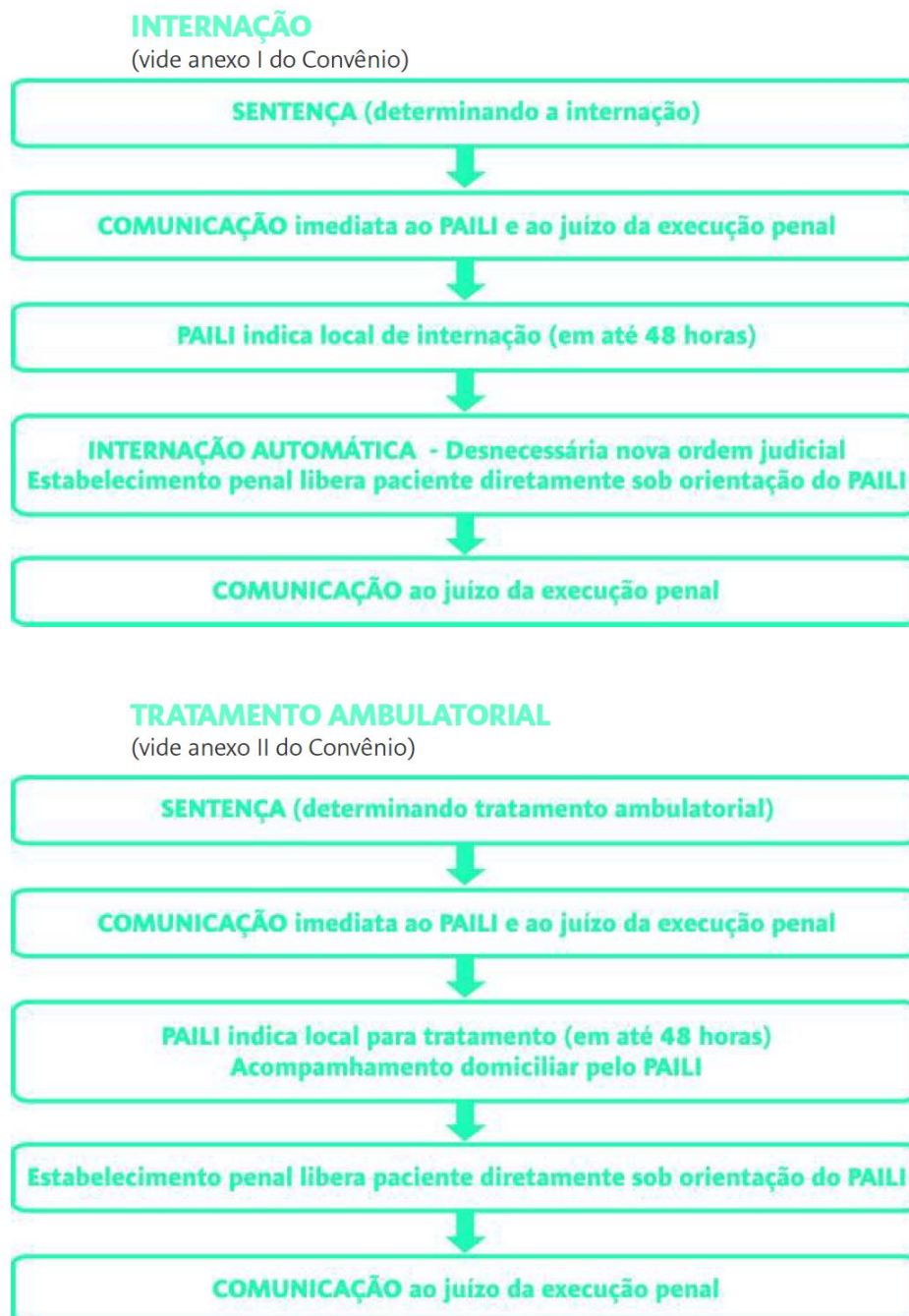


Figura 5 - Rotina de Funcionamento do PAI-LI (Fonte: SILVA, 2006, p. 29).

Segundo seu idealizador, o foco não é ser um programa do sistema prisional, mas sim do sistema de saúde. O objetivo do programa é levar as pessoas à autonomia. Para isso, ele conta com

uma equipe específica para lidar com essa população. Uma das preocupações dos gestores é não apostar, inventar um programa paralelo ao sistema de saúde mental, mas sim atuar dentro do que rege toda a política de saúde mental (lei 80.80 Responsabilidade do município) por exemplo.

O programa atende todo o Estado de Goiás, no entanto, a maior parte dos atendimentos é feito na capital Goiânia, devido à grande demanda. Os outros municípios também realizam o atendimento, porém o número é menor. Na capital também é realizada uma consulta especializada, dependendo do caso, depois é passado para o programa de estratégia de saúde da família, presente no respectivo município da pessoa atendida.

Os profissionais que atuam no PAI-LI apontam para um problema encontrado na formulação das EAP's (PNAISP 2014). Para eles, o vínculo dos profissionais é precário. Os contratos geralmente são de um ano, o que dificulta na continuidade do tratamento e encaminhamento dados aos pacientes entre outros aspectos. Outra crítica feita é que a EAP vincula o atendimento da medida de segurança à saúde prisional do estado. Uma solução para isso, segundo eles, seria fazer um pacto interinstitucional, pois assim, na troca de governo a cada quatro anos, os princípios e regras já pactuados teriam que ser cumpridos.

5.2.3. PAI-PAC / Espírito Santo

No ano de 2010, no Estado do Espírito Santo, foi criado um projeto piloto intitulado Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (autor de ato previsto como criminoso). O PAI-PAC tem suas bases nas experiências e premissas do PAI-PJ, em Minas Gerais, e também visa fornecer uma atenção singularizada e integral às pessoas com transtorno mental autoras de delitos, bem como promover a desospitalização e inserção social e familiar, através do vínculo com a rede pública de atendimento em saúde mental. Dessa forma, o egresso do sistema prisional, portador de transtorno mental ao sair do HCTP, prisão comum ou liberdade provisória, mediante cumprimento de medidas cautelares, será encaminhado imediatamente para a equipe do PAI-PAC, para que possa ser realizado um projeto terapêutico singularizado em conexão com o judiciário e a rede de saúde mental, remetendo o paciente diretamente para as equipes multiprofissionais do SUS.

De acordo com a coordenadora do projeto aqui no ES, a Prof.^a Dr.^a Renata Costa-Moura, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, as chances de êxito desse trabalho estão, sobretudo, na orientação clínica assumida, entendendo que o louco infrator

pode vir a responder pelo seu ato na Cidade, como cidadão, a partir de uma escuta singularizada, caso a caso, acerca dos determinantes psíquicos que o levaram à comissão do ato previsto como criminoso.

Este trabalho realizou-se inicialmente com o apoio de um grupo de acadêmicos em psicologia, por meio do estágio em psicanálise que acontecia sob coordenação da professora Renata e, ao longo de um ano, realizou o acompanhamento de cinco pacientes egressos do hospital de custódia e que, devido à ruptura dos laços sociais decorrentes da internação prolongada, haviam sido encaminhados para outra internação, desta vez na unidade de curta permanência do Hospital Estadual de Atenção Clínica, após extinção da periculosidade.

O trabalho consistiu, primeiramente, na recomposição da história de vida destes pacientes, pois quase nada se conhecia destes sujeitos, uma vez que os prontuários apresentavam poucas informações que reportassem à singularidade dos casos. O processo de coleta das informações resultou na constituição de um relatório final contemplando a história destas pessoas, por uma ótica para além da doença. O desenvolvimento das ações e da escuta dos casos, a partir do acompanhamento direto com os pacientes, colocou em curso o diálogo com família de alguns deles, com a rede de atenção psicossocial, além do acesso aos dispositivos de justiça e serviços de cidadania, no intuito de facilitar o trabalho de reintegração destes sujeitos no laço social, através da particularidade de cada caso e mediante a elaboração de um projeto terapêutico em atenção às suas singularidades do sujeito (MOSCON, 2016, p. 171).

A equipe que atuou no programa destaca que alguns avanços importantes foram alcançados, principalmente na mudança de paradigma e quebra de resistências por parte de alguns profissionais, diante do resultado do trabalho exitoso realizado com os pacientes.

Pudemos constatar um efeito de transmissão junto aos profissionais do HEAC da escuta e valorização de nossos pacientes por parte nosso trabalho. Uma psiquiatra, por exemplo, se interessou em advogar junto à Secretaria de Saúde, a necessidade de o projeto continuar. E, ela que a princípio foi bastante desconfiada com relação a nossa proposta, além de se propor a testemunhar, como dissemos junto à coordenação de Saúde mental da secretaria de estado de saúde, também pediu cópia de nosso relatório, e o mantinha sempre à mão para citar junto aos seus estagiários em psiquiatria (RELATÓRIO PAI-PAC/ES, 2011).

No entanto, no Espírito Santo, a experiência não foi em frente. Embora tenha existido uma movimentação pró-ativa de membros do judiciário, do Ministério Público, da Universidade Federal

do Espírito Santo e da Rede de Saúde Mental, ela não foi suficiente para a aplicação do modelo, tão exitoso em outros Estados da federação.

A militância, entretanto, continuou.

No final do ano de 2015, houve um seminário de lançamento do Observatório de Direitos Humanos e Justiça Criminal do Espírito Santo – ODHES. Esse evento contou com a presença de vários atores da cena de saúde e justiça do país, como também dos coordenadores das redes de observatórios de direitos humanos, ligados às universidades federais de outros Estados. Nessa ocasião, a Prof.^a Dr.^a Renata Costa Moura enfatizou a necessidade do fortalecimento e do trabalho em rede, junto ao Governo Federal, para criar documentos que possam intermediar e financiar pesquisas. Foi contundente ao colocar questões como:

- “O que queremos nós? O que queremos no ES? Endereçando ao ODHES, e a partir das nossas diferenças, experiências, disciplinas distintas, e o que vamos perder por caminhar nisso? Como dar liga?”
- “Omissão é um ato.”
- “Dizer da experiência da responsabilidade como missão. Responsabilidade – Que resposta a universidade e as políticas públicas dão à questão do real?”

Em 2016, visando ao fortalecimento de uma cultura de rede e de colaboração mútua entre Justiça e Saúde, o projeto tem se empenhado na formação contínua de operadores do direito, como juízes da execução penal; promotores de Justiça; profissionais da rede de saúde pública, como psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais; e profissionais da rede de assistência social, bem como acadêmicos interessados em pesquisas na área. Uma disciplina optativa foi ofertada no primeiro semestre de 2016, junto ao programa de mestrado em psicologia institucional da UFES e trouxe para a discussão temas como: direitos humanos, justiça criminal, violência estatal, processos de exclusão social, produção de subjetividades e a noção de “periculosidade”, entre outros.

O caminho que o ODHES vem trilhando no enfrentamento do problema da violência, junto aos sujeitos com transtorno mental em conflito com a lei, com os trabalhadores e pesquisadores no ES, já é significativo. Mesmo assim, é urgente a construção de uma nova cultura de tratamento do louco infrator no Estado do Espírito Santo, bem como uma mudança no cenário que temos atualmente. Algumas pesquisas estão em andamento por parte de alguns membros, incluindo a deste pesquisador.

5.2.4. DES`MEDIDA / Rio Grande do Sul

Um programa de atenção intersetorial e interinstitucional nasce em 2012 no sul do país, por iniciativa de pesquisadores, militantes dos direitos humanos e professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ UFRGS em parceria com a vara de execuções e penas alternativas do TJ-RS. Trata-se do projeto de extensão DES`MEDIDA – Saúde mental e direitos humanos: por um acompanhar na Rede.

O foco do programa é o fechamento da porta de entrada do manicômio judiciário estadual. Para isso, dentre outras ações afirmativas, ele apostou no assessoramento aos juízes de primeira instância na aplicação e execução da sentença dos processos judiciais com indicativo de incidente de insanidade mental ou já sentenciados com medida de segurança, na perspectiva de oferecer condições singulares de atendimento ao paciente judiciário com vistas a sua inserção junto ao território social (PAULON et al., 2017).

O programa atesta a aposta nos sujeitos, no acompanhamento pela REDE, e pela reconstrução dos vínculos fragilizados, como sendo uma possibilidade de saída da maquinaria manicomial. Para isso ele conta com psicólogos, assistentes sociais, pesquisadores, militantes, extensionistas da universidade, servidores do poder executivo e estadual, entre outros. O modo de trabalho prevê a realização de entrevistas periódicas e estudos dos autos, acompanhando assim os pacientes e construindo um projeto singular que viabilize novas formas de existência. Contudo, conforme salienta Paulon et al. (2017), o que foi construído até agora são apostas tímidas, reduzidas a um mínimo de risco com poucos espaços para produzir autonomia na construção de processos efetivamente terapêutico aos sujeitos que adoecidos, cometeram um crime. Ainda segundo esses autores, o programa atualmente encontra-se em fase de articulação e estudo, em função das difíceis articulações institucionais e a mudanças nos paradigmas de cuidados que têm enfrentado muita resistência.

5.2.5. Maranhão

Em um encontro da rede de observatórios de justiça criminal, realizado na Universidade Federal de Goiânia, em Goiás - UFG, em agosto de 2016, o Juiz Edimar Fernando Mendonça de Sousa, do Tribunal de Justiça do Maranhão (TJ-MA), destacou algumas medidas importantes, que

foram adotadas em seu estado, para tratar dos problemas envolvendo pessoas com transtorno mental autoras de delitos.

Ele destacou que a primeira medida tomada foi identificar as pessoas acometidas de transtorno mental dentro das unidades, mapeando os casos. Ao final dessa etapa identificaram 224 pessoas com transtorno mental naquele período da pesquisa. Foi então criada uma vara específica no TJ/MA, para cuidar dos processos dessas pessoas. O maior desafio, segundo o juiz, foi a sensibilização dos operadores do direito e da saúde que não queriam trabalhar nos casos envolvendo pacientes judiciários, por medo. A ausência de diálogo entre os operadores do direito e da saúde, bem como a falta de um entendimento único, por parte dos operadores do direito, no julgamento dos casos envolvendo as pessoas com transtorno mental, também são limitadores.

A ideia inicial é que a secretaria de saúde atuasse junto. Foi feito todo um trabalho para que a saúde assumisse os casos e que medidas fossem tomadas já na porta de entrada, evitando assim, que novos casos adentrassem no sistema prisional. Na porta de saída um avanço, até o momento existem três equipes de acompanhamento terapêutico – EAP's, atuando no Estrado do maranhão com desinternação e com o projeto terapêutico singular.

Conforme matéria vinculada no site do CNJ, no dia 20/06/2014, A Corregedoria Geral da Justiça do Tribunal de Justiça do Maranhão (TJ-MA) publicou o provimento N° 08/2014, visando disciplinar o procedimento de execução, avaliação e acompanhamento das medidas terapêutico-cautelares, provisórias ou definitivas, aplicáveis judicialmente a pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. As regras alcançam medidas aplicadas no âmbito da rede de atenção psicossocial, das clínicas, das instituições e dos hospitais psiquiátricos vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Destaca –se no provimento N° 08/2014:

O provimento considera pessoa com transtorno mental presumido ou comprovado, em **Art. 1º** - Disciplinar o procedimento para execução, a avaliação e o acompanhamento das medidas terapêuticas, cautelares, provisórias e definitivas, aplicáveis judicialmente à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

§1º - Considera-se pessoa com transtorno mental presumido ou comprovado, em conflito com a lei, aquela à qual tenha sido aplicada judicialmente medida terapêutica, com incidente de insanidade mental instaurado e que esteja sob qualquer das seguintes condições:

- I - com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade;
- II - com processo criminal e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade;
- III - em cumprimento de internação cautelar para realização do exame médico-pericial;

§3º - As pessoas previstas neste artigo serão beneficiárias da política nacional da atenção Integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (PNAISP), bem como dos serviços prestados pela equipe de avaliação, acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP), no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

Art. 2º - São consideradas medidas terapêuticas aplicadas judicialmente à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei:

I - internação cautelar, para realização de exame médico – pericial, prevista nos artigos 149 e seguintes do CPP;

II - medida cautelar de internação provisória prevista no artigo 319, inciso VII, do CPP;

III - medida de segurança provisória, nas modalidades de internação provisória ou liberdade vigiada, prevista nos artigos 378 e seguintes do CPP, atendo às normas dos artigos 751 e seguintes do CPP;

V - medida de segurança definitiva, nas modalidades internação ou tratamento ambulatorial, prevista nos artigos 96 e seguintes do CP, observando-se as normas dos artigos 171 e seguintes da LEP.

5.2.6. Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico (PCIPP) / Piauí

Em pesquisa feita ao site do Conselho Nacional de Justiça – CNJ e no site da secretaria de justiça do Piauí, identificamos que o Estado do Piauí, em um acordo firmado entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo, no mês de abril de 2016, determinou a extinção progressiva do Hospital Penitenciário Valter Alencar. Com o fechamento dessa unidade, os pacientes passaram por uma triagem e foram encaminhados para a Rede de Atenção Psicossocial do Estado, onde foi elaborado o Projeto Terapêutico Singular.

Segundo Farinello (2016), com esse acordo solenizado, o Estado do Piauí estabeleceu uma “nova política”, ao conferir a disponibilização da rede pública de saúde aos pacientes oriundos do sistema de Justiça criminal e ainda vinculados ao sistema prisional, visando à desinternação progressiva dessas pessoas em favor da Rede de Atenção Psicossocial do SUS. A maioria dos pacientes do hospital desativado foi entregue a seus familiares e não houve notícia de reincidência criminal ou de novo surto, segundo aponta o grupo responsável, a secretaria de estado de justiça.

Em agosto de 2016, o grupo de monitoramento e fiscalização do sistema carcerário (GMF) do Tribunal de Justiça do Piauí (TJPI) implantou o Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico, voltado ao atendimento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. O programa, que prevê soluções para um tratamento mais humano e digno dos pacientes apenados, está alinhado com o que prevê a Lei 10.216/2001 (Lei Antimanicominal). Bem como, com o programa “Saúde Prisional” promovendo, assim, a aplicação de uma série de medidas terapêuticas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e tratamento aos dependentes de drogas.

Como também, estabelece a construção de fluxos de acompanhamento dos processos de desinstitucionalização progressiva dos hospitais de custódia (FARINELLO, 2016).

Esse grupo de monitoramento e fiscalização elaborou ainda uma cartilha para melhor disseminar o projeto. A cartilha, segundo eles, é um passo a passo para garantir que a pessoa terá um tratamento adequado, disse o juiz titular da Vara de Execuções Penais de Teresina, José Vidal de Freitas. Conforme a cartilha, independentemente do crime, deve ser dado ao paciente o tratamento necessário e durante o tempo que for preciso. Quando desinternados, os pacientes são encaminhados a tratamento ambulatorial em unidade de saúde ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo determinado o seu acompanhamento (FARINELLO, 2016).

No caso de ocorrência de crime atribuído à pessoa com transtorno mental, segundo o Provimento nº 9/2016 da Corregedoria do TJPI, caso seja decidido pela manutenção da prisão, deve ser determinado, à Secretaria de Justiça, o agendamento de exame de sanidade mental, no mais próximo estabelecimento de saúde dotado de médico psiquiatra, no qual conste pergunta específica sobre o tratamento adequado. Enquanto não realizado o exame, a prisão deve ser em local separado dos demais presos e com os cuidados devidos. Se a pessoa estiver solta, deve ser determinada a realização de exame na unidade de saúde mais próxima.

De acordo com a Sejus/PI (2017), com o fechamento do hospital psiquiátrico, alguns pacientes que não possuíam referências familiares foram encaminhados para a residência terapêutica. A RT é um programa do Ministério da Saúde na rede de atenção psicossocial que visa à desinstitucionalização de pacientes com transtorno mental que por algum motivo social ficaram institucionalizados em espaços psiquiátricos, buscando a ressocialização deles no meio da comunidade, para que possam voltar a ter acesso às políticas públicas sociais e de saúde. Sete pacientes atualmente estão sendo acompanhados por uma equipe especializada, tendo acesso a Unidades Básicas de Saúde e ao Centro de Atenção Psicossocial mais próximo, já começando esse processo de ressocialização (SEJUS/PI,2017).

Recentemente, em seis de outubro de 2017, foi realizado um seminário na capital Teresina/PI, com o tema: Saúde Mental e Justiça Criminal. Nesse encontro, foi discutido, dentre outros assuntos: drogas, internação compulsória e experiências práticas. Esse evento contou com a presença de vários profissionais que atuam no país, promotores de justiça, psicólogos, membros da secretaria de saúde e de justiça do Estado, juízes, professores, pesquisadores e profissionais que já atuam com a PNAISP e com as EAP's. A última mesa do seminário trouxe a exibição de

experiências no campo da humanização no tratamento e manutenção de garantias dos direitos básicos dos apenados com problemas mentais.

5.2.7. Rio de Janeiro

Nesse Estado, destacamos como um fato importante, o fechamento do Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico Heitor Carrilho. Tal ato se deu devido a um grande esforço de diversos agentes de várias instituições e atores militantes dos territórios que perpassam pela saúde mental. Esse processo de desinstitucionalização dos pacientes durou mais de 10 anos e buscou de forma aguerrida a identificação dos pacientes, por hora esquecidos e abandonados naquela instituição, como também o regaste de seus vínculos familiares.

[...] nos estados em que o Judiciário começou a se mostrar sensibilizado aos novos dispositivos extra hospitalares e os Serviços territoriais de saúde passaram a se corresponsabilizar pela atenção aos inimputáveis, as experiências em curso começaram a nos apontar o caminho para a adequação da legislação penal à nova política de saúde mental. Todas essas mudanças, no entanto, só vão se consolidar quando for possível combater a ideia largamente difundida que associa a loucura à periculosidade. Nossa experiência vem mostrando exatamente o contrário: embora os índices de reinternação sejam significativos – já que a desinternação é sempre condicional e os egressos de hospitais de custódia costumam ter dificuldade de se inserir nos serviços de saúde mental de sua comunidade– o mesmo não se pode dizer dos índices de reincidência, que têm se mantido muitíssimo abaixo dos observados na população carcerária. É o que demonstra a pesquisa realizada nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro, durante o ano de 2003 (BIOMDI, FIALHO e KOLKER, 2003).

O antigo hospital, que antes era local de exclusão e sofrimento, hoje abriga o instituto de perícia Heitor Carrilho, responsável pela realização dos exames periciais de insanidade mental e dependência de drogas nos processos criminais. Os exames realizados consistem em análise do processo criminal pelo médico e a verificação de nexos causais entre a doença mental ou dependência porventura existente e o delito praticado (GONÇALVES, 2013). Na ocasião da inauguração, a fala de uma pessoa ligada a um cargo de gerência da administração penitenciária do RJ destacou que o objetivo da revitalização daquele espaço era oferecer um tratamento adequado aos pacientes, conforme previsto na legislação.

Em setembro de 2017, foi realizado, em Teresina/ PI, o Seminário Estadual Integrado de Saúde Mental e justiça criminal. Na mesa 03: problematizando os laudos criminológicos: da periculosidade à avaliação psicossocial da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei,

foram colocadas algumas questões pela Defensora Pública do Estado do Rio de Janeiro, Patrícia Magno, que atua no núcleo do sistema penitenciário do RJ, mais especificamente nos HCTP's e demais hospitais com temas de saúde, dentro do sistema prisional.

Em seu discurso, a defensora pública Patrícia Magno relatou que apesar do crescente número de encarceramento, o quantitativo de pessoas privadas de liberdade em razão da loucura está decrescendo. Ela ressalta um aspecto importante para esse feito no RJ: O investimento na porta de entrada e otimização da porta de saída. A articulação simbiótica, entre psiquiatria e direito, deve produzir caminhos criativos, rupturas, estratégias e mecanismos para desinstitucionalizar.

Nesse sentido, os operadores do direito e psiquiatria e demais atores envolvidos estão trabalhando com a ideia de dois grandes laudos criminológicos: 1) No curso do incidente de insanidade mental e 2) no curso do processo de execução de medidas de segurança, já após a sentença. Para isso, existe toda uma atividade da equipe multidisciplinar, formada por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, que fornecem subsídios técnicos, ao labor dos peritos forenses e psiquiatras no curso do processo de conhecimento, instrumentalizando esses peritos com um estudo de caso e produzindo um projeto terapêutico, já na fase de conhecimento. Esse procedimento tem resultado em sentenças judiciais que aplicam medida de segurança de tratamento ambulatorial, ao invés da internação/asilamento/aprisionamento.

Patrícia Magno afirma que o exame de cessação de periculosidade deixou de existir no RJ no ano de 2017. E que tal feito, foi pensado junto com o ministério público, juízes na esfera da execução penal e Secretaria de Estado e Assistência Penitenciária – SEAP, numa nova proposta de perícia que já seja multidisciplinar.

A proposta, então, é de mudança no paradigma, pois, segundo ela, há muito tempo que a pergunta chave que o perito responde no momento de desinternar do HCTP não é se ele ficou curado, até porque isso não existe, mas sim, se é possível um tratamento fora dos muros dos hospitais e instituições totais (GOFFMAN, 1987). O cerne de toda a atuação tem sido o projeto terapêutico: como essa pessoa vai subsistir na rua? Quais são os laços familiares e comunitários? Ela está vinculada a que serviço, dentro da rede de atenção psicossocial? A defensora pontua que essas são questões primordiais para que a pessoa possa ter garantido o seu tratamento em meio livre.

Essa mudança paradigmática, de saída do campo lombrosiano, periculosista para um campo estrutural, que vai olhar para a estrutura da sociedade, da avaliação psicossocial se torna

fundamental. No lugar de perguntar se cessou ou não a periculosidade, propõe-se em conjunto, com a participação do Instituto de Perícias Heitor Carrilho a substituição do exame de cessação de periculosidade, pelo exame multiprofissional e pericial de avaliação psicossocial. Trata-se de um roteiro estruturado e semiestruturado que é feito em dois momentos, mas que é encaminhado ao judiciário em apenas um momento.

Ela destaca que a primeira mudança para isso acontecer foi a saída do perito do seu “castelo de perícias” e ir até o chão do manicômio. O perito faz exames “in loco”, em data pensada em conjunto com outros membros/atores da equipe. A data marcada é então comunicada por ofício para três unidades: para dentro do processo, para o instituto de perícias (para que o perito possa saber o dia da avaliação e quem ele vai avaliar) e para a equipe assistente da internação (para que ela prepare o exame multiprofissional de avaliação psicossocial). Como consta na pág.1 do Exame multiprofissional e pericial de avaliação psicossocial – EMPAP.

A conclusão desses documentos pode ser até divergente, mas nunca será pela cessação ou não de periculosidade, mas sim da possibilidade ou não daquele sujeito de continuar cumprindo a medida de segurança em meio livre. Se ele tem condições de desinternação = alta hospitalar = e não alta médica. Caso haja a conclusão, o exame segue para deflagrar uma agenda no judiciário.

Outro acordo feito, foi que entre o dia em que a pessoa realizou o exame multiprofissional e pericial (EMPAP) e a data em que esse documento será anexado ao processo, será respeitado o prazo de 10 dias. A equipe entrega ao perito o exame multiprofissional, o perito recebe e fica na posse desse documento. Em seguida, o perito protocola/entrega esse documento anexado/junto ao seu exame pericial no setor de classificação do Instituto de Perícia do Heitor Carrilho. O instituto, então, vai grampear toda a documentação e enviar para a vara de execuções penais, em 10 dias, a contar pela data do exame.

As audiências tiveram início em outubro de 2017, e os exames multiprofissionais têm permitido ao judiciário e ao sistema de justiça, conhecer e ter acesso a toda uma REDE montada em prol daquele indivíduo. Não é só a família que é convocada para a audiência, é sempre importante chamar o serviço de saúde do território para onde a pessoa vai ser encaminhada. Numa lógica de descontínuo entre o controle formal punitivo e o controle informal da rede de atenção psicossocial.

A defensora Patrícia encerra a sua fala na mesa do seminário, mencionando a pesquisa realizada pela Dr.^a Kátia Marques (perita chefe do Instituto Heitor Carrilho) em conjunto com o

juiz e Prof. da UFRJ Carlos Augusto Borges. Eles pesquisaram, por quase 10 anos, todas as pessoas que foram desinternadas em medida de segurança e chegaram a um dado estatístico de que menos de 6% reiteraram no crime. Na pesquisa, eles apontam que as pessoas que voltaram a entrar em conflito com a lei estavam vinculadas a serviços assistências/educacionais/saúde precários ou tinham pouquíssima adesão ao tratamento. Todos os demais não. O que corrobora com o dado absolutamente conhecido de que as pessoas com transtornos mentais têm raríssimos episódios violentos, durante a sua trajetória de vida.

Outro evento importante, realizado em agosto de 2017, foi organizado pela escola da magistratura do Estado do Rio de Janeiro e discutiu a questão de saúde no sistema penitenciário e o papel da audiência de custódia. Nesse evento, foram discutidos temas como: A atuação da Defensoria Pública no sistema penitenciário em relação às pessoas com sofrimento psíquico. Manicômios Judiciários. Normativas para a atuação da Justiça: Portaria Interministerial Nº. 1/2014 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das pessoas no sistema prisional no âmbito do SUS. Lei 10.2016/2001 – Lei Antimanicomial. Lei Estadual 5.778/2010. Portaria 3.088/2011 - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Papel da Audiência de Custódia como porta de humanização do ponto de vista penal: fluxo de informações para os magistrados e escuta qualificada pela equipe técnica (grifo nosso).

Entendemos esse evento como um marco importante de diálogo e transmissão de saber desse campo de conhecimento aos magistrados, capacitando-os e humanizando o olhar deles para o atendimento de custodiados com problemas psíquicos, enterrando de vez a ideia de asilamento e propondo os respectivos encaminhamentos às unidades de saúde que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial.

6. ALGUMAS PALAVRAS ANTES DE TERMINAR

Frente às evidências, porque é tão difícil mudar a realidade? É possível resistir?

Foucault (2005) pontua que "onde há poder, há sempre resistência" e a possibilidade de "modificar- lhe o domínio, em determinadas condições e segundo uma estratégia precisa". No entanto, "resistência" para esse autor, não deve ser entendida como "alma de revolta e foco de rebeliões", mas sim como um contraponto ao "poder".

Sobre esse aspecto Deleuze (1992) deixa uma pista, ele aposta que a única oportunidade dos homens está no devir revolucionário, o único que pode "conjurar a vergonha ou responder ao intolerável", na reativação dos saberes locais "minoritários", sendo preciso analisar os agenciamentos coletivos, promover acontecimentos que escapem ao controle. Para ele, ao traçar linhas de fuga (desterritorialização) podemos utilizar máquinas de guerra (movimentos revolucionários, artísticos), no intuito da potencialização de devires e despilitização da vida. Dessa forma, estaríamos dando vazão ao potencial inventivo, ao "reconhecimento dos entrecruzamentos de pertencimentos e referencias (sociais, econômicos, ideológicos e políticos) que atravessam nossas vidas. Como afirma Pelbart (2006) ao biopoder, responde a biopotência, cabendo ao corpo evitar, selecionar, escolher, acolher, para continuar a ser afetado mais e melhor.

Se o biopoder e resistência lançam mão das mesmas estratégias relativas aos espaços micropolíticos, concluimos que são também nesses espaços nos quais a vida é capturada, excluída e aniquilada, onde também ela deve ganhar força e ser inventada.

Nesse sentido, ao longo desse trabalho, tentamos mostrar através de nossa afetação e atuação no campo prisional, alguns pontos onde a prática profissional e os encontros com os presos em sofrimento psíquico dentro da prisão, emergiram como um ponto de resistência, um "respiro" dentro desse imenso campo de concentração¹⁸ chamado prisão. Por afeto, o filósofo Spinoza (2009) compreende as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída.

Os relatos dos atendimentos evidenciam dramas de pessoas reais, apesar de estatisticamente elas não existirem, serem "fantasmas" para o INFOPEM. Tais casos, são contatos na aposta de "fazer ver" ao leitor sobre a realidade a que estão submetidas essas pessoas dentro do ambiente prisional, como também os sucessos e insucessos, as tentativas e apostas feitas através

¹⁸ Para o filósofo Giorgio Agamben, o campo de concentração é o paradigma do estado de dominação na atualidade. Em seu livro intitulado "O que Resta de Auschwitz" ele postula que existe um espaço onde o estado de exceção é a regra e onde "a situação extrema converte-se no paradigma do cotidiano". Esse lugar é o campo de concentração.

da prática profissional e como se deram os encontros com eles dentro desse ambiente. A prática profissional e os encontros tornaram-se assim, atividades de resistência.

O relato do grupo existente na penitenciária semiaberta de Vila Velha com pessoas acometidas de transtorno mental presas naquela unidade, os laudos entregues ao juiz que auxiliaram para a concessão de liberdade na audiência de custódia, são pequenos exemplos contatos nessa jornada que evidenciam esse dever minoritário que potencializa a vida. Contudo, devemos ter sempre em mente que as prisões são ruins desde a sua fundação e sempre serão, e que para a população em sofrimento psíquico reclusa nela a coisa é ainda pior.

Resistir sempre!

Atualmente dez estados brasileiros (MG, SP, RJ, GO, ES, SC, RO, DF, MA, PI, PA), em uma rede nacional, chamada de Observatório de Direitos Humanos, Saúde e Justiça, composta por pesquisadores e professores das universidades desses estados, discutem permanentemente políticas voltadas para o esse campo sempre sobre o viés dos direitos humanos.

No Espírito Santo, o braço desse observatório nacional, realiza reuniões mensais na Universidade Federal do Espírito Santo. O grupo é aberto para os interessados nessa temática de estudo e atuação.

7. REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. **Homo sacer – O poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte: Editora: UFMG, 2002.
- ALVARENGA, M. E. **A psicanálise face à tendência à judicialização da saúde**. Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, p.217, 2013/2014.
- ALVAREZ, J.; PASSOS, E. **Cartografar é habitar um território existencial**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 131-149.
- ARBOLEDA-FLÓREZ, J. **Integration initiatives for forensic services**. *World Psychiatry*. V. 3, N. 2, P. 179-83, 2003.
- BARROS-BRISSET, F.O. **Gênese do Conceito de periculosidade**. Tese (Doutorado em ciências Humanas: Sociologia e política). Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte. 2009. 186p.
- BARROS-BRISSET, F.O. **Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante**. *Rev. Bras. crescimento desenvolvimento humano*. São Paulo, 2010; 20 (1). 83-89p. ISSN 0104-1282.
- BASTOS, F. G. SILVA, M. N. **Violência contra a mulher adolescente e jovem: da inadequação ao acolhimento**. In: *Violência Contra a mulher adolescente-jovem*. EdUERJ, 2007.
- BIONDI E., FIALHO J., KOLKER T. **A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01. 2003**. Disponível em: <<http://www.carceraria.org.br>>. Acessado em: 28/06/2016.
- BITENCOURT, C. R. **Falência da Pena de Prisão – Causas e Alternativas**. São Paulo, SP: Saraiva, 2001.
- BOCK, A. M. B. **A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social**. *Estud. psicol.* Natal, v. 4, n. 2, dez. 1999 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1999000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em : 18 set. 2016.
- BRASIL. **Constituição da república Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. Congresso Nacional, 2008.
- _____. **DECRETO N° 678, DE 6 DE NOVEMBRO DE 1992 Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969**. Disponível em: <<http://www.conectas.org/arquivos/editor/files/Conven%C3%A7%C3%A3o%20Americana%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>>. Acessado em: 22/03/2016
- _____. **Lei de Execução Penal, N° 7.210**. Brasília. 1984. (LEP).

_____**Lei nº. 10.216/2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. 2001.

_____**Ministério da Justiça. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** (Portaria MJ/MS nº 1, de 02/01/2014). Brasília – DF.

_____**Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Justiça - CNJ.** Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario-e-execucao-penal/audiencia-de-custodia.](http://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario-e-execucao-penal/audiencia-de-custodia)> Acessado em: 22/03/2016.

_____**Ministério da Justiça e Segurança Pública. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen – atualizado em junho de 2016.** Brasília, 2017. Disponível em: [http://www.justica.gov.br/noticias/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil.](http://www.justica.gov.br/noticias/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil) Acessado em 08.12.2017.

_____**Ministério da Saúde. Portaria/SNAS Nº 224, De 29 de Janeiro de 1992.** Brasília, DF, 1992.

_____**Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 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). Brasília.

_____**Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003,** que rege o plano nacional de saúde no sistema penitenciário. MS. Brasília.2003.

_____**Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília.2002. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html) Acessado em: 12/04/2017.

_____**Ministério da Saúde. Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP).** Brasília, DF, 2014.

_____**Ministério Público Federal / Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Cartilha: Direito à Saúde Mental.** Brasília. 2012. Disponível em: [http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/.](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/) Acessado em: 18.09.2017.

_____**Presidência da República. Mapa do Encarceramento: os Jovens do Brasil.** Secretaria Nacional da Juventude, Brasília, 2015.

_____**Resolução Nº 213/2015. Dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas.** Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3059.](http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3059) Acessado em: 12 de setembro de 2016.

_____**Senado Federal. Privatização de presídios: A polêmica sobre a administração de unidades prisionais.** Revista Em Discussão, Ano 7, nº 29, setembro de 2016. Editora: secretaria e

agencia jornal do senado. Disponível em: www.senado.leg.br/emdiscussão. Acessado em: 09/12/2017.

CAMPOS, B; DEUS, F. B.; VIEIRA, N. **A importância do trabalho da equipe psicossocial na audiência de custódia do Espírito Santo**. In: Revista científica da 2ª Jornada Científica do Fórum de Assistentes Sociais e Psicólogos do Poder Judiciário do Espírito Santo. Vitória. 2017. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0BykdTGJd1_IyVFZ3cl9sQXZyYkE/view. Acesso em 08/08/2017.

CAPPI, R. **Mediação e prevenção da violência**. In: Revista Mediação popular: Uma alternativa para a construção da justiça. Orgs: Marília Lomanto Veloso, Simone Amorim e Vera Leonelli; – 1. ed. – Salvador, 2009.

CAPONI, S. **Biopolítica e medicalização dos anormais**. Physis[online].v.19, n. 2, p. 529-549, 2009.

CARDOSO, A. R. S; BARCELOS, D. S. Os (des)caminhos da locura judicializada. In: CARDOSO, André Raimundo de Souza (Org.). Medida de Segurança: os (des)caminhos da razão. Niterói: Tem bambu Tem flecha, p. 09-18, 2010.

CARVALHO, M. C. N.; MIRANDA, V. R. **Psicologia Jurídica: Temas de Aplicação**. Curitiba: Juriá, 2009.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde**. Disponível em: <<http://www.bulas.med.br/cid-10/>>. Acessado em: 17/07/2016.

CÓDIGO PENAL BRASILEIRO (CPB). **Decreto-Lei nº 2.848 de 07/12/1940 alterado pela Lei nº 9.777 em 26/12/98**. Disponível em: <http://www.oas.org/juridico/mla/pt/bra/pt_bra-int-text-cp.pdf>. Acessado em: 17/07/2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA E MINISTÉRIO DE JUSTIÇA/DEPEN. **Diretrizes para Atuação e Formação dos Psicólogos do Sistema Prisional Brasileiro**. (2007).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP, **Referências técnicas para a atuação dos psicólogos no sistema prisional**. Brasília: CFP, 2012.

_____. Resolução CFP nº 009/2010. **Regulamenta a atuação do psicólogo no sistema prisional**. Brasília, DF, disponível em www.pol.org.br.

_____. Resolução CFP nº 012/11, de 25 de maio de 2011. **Regulamenta a atuação da (o) psicóloga (o) no âmbito do sistema prisional**. Brasília, 2011. Disponível em www.pol.org.br.

_____. **O Trabalho da (o) psicóloga (o) no sistema prisional: Problematizações ética e orientações**. Conselho Federal de Psicologia. FRANÇA, Fátima; PACHECO, Pedro; OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres. - Brasília: CFP, 2016.170pp.

CORDEIRO, Q. E MORANA, H.C.P. **Pacientes psiquiátricos em unidades prisionais comuns.** Revista psychiatry on line Brasil. Volume 22. Novembro de 2017. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano13/for0313.php>. Acesso em 29.11.2017.

COYLE, A. **Manual para servidores penitenciários.** Publicado pelo international Center for PrisonStudies, 8th Floor 75-79, yourk Road, Londres SE1 7AW.Tradução Paulo Liégio, da interlinguae Traduções. 2002.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. (1996). 1874 – **Três novelas ou o que se passou?** Em G. Deleuze & F. Guattari. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia.* (A. Guerra Neto e cols. Trans.). v.3, pág. 77-78, Rio de Janeiro: Editora 34 (Trabalho originalmente publicado em 1980).

DELEUZE, G. **Post-Scriptum sobre as sociedades de controle.** Conversações 1972-1990. Rio de Janeiro: ED.34,1992.

_____. *Conversações.* Rio de Janeiro: Ed. 34 Literatura, 1992.

DESPRET, V. **The body we care for: figures of antrozo-genesis.** Body and society. Vol 10 (2-3): 111-134.

DEPARTAMENTO DE IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO – **Diário Oficial. Conselho Estadual de Saúde - CES/ES, ata - 179ª reunião ordinária - ano 2017,** 27 de julho de 2017. Vitória (es), quinta-feira, 09 de novembro de 2017. p. 24-27. Disponível em: http://ioes.dio.es.gov.br/portal/visualizacoes/diario_oficial. Acessado em: 01/12/2017.

DEUSDARÁ, B.; ROCHA, D. **Contribuições da análise institucional para uma abordagem das práticas linguageiras: a noção de implicação na pesquisa de campo.** Caderno de Letras da UFF, Niterói, n. 40, p. 47-73, 2010

ENDO, P. A ressurgência da tirania como elemento originário da política. Em: LEITE, Nina Virgínia de Araújo, e MILLÁN-RAMOS, J. Guillermo (org). *entreAto: o poético e o analítico.* Campinas: Mercado das Letras, 2011.

FARINELLO, L. **TJPI lança programa para pacientes psiquiátricos em conflito com a lei.** Agência CNJ de Notícias. 10/09/2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/83456-tjpi-lanca-programa-para-pacientes-psiquiatricos-em-conflito-com-a-lei>. Acesso em 12/10/2017.

FILHO, M. J. C. **Te Prepara pra Sair:** síntese analítica sobre a situação dos egressos do sistema penitenciário brasileiro. São Paulo: PUC/SP, 2006.

FILHO, M. M. S. **Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional: um desafio para o sistema único de saúde (sus) Brasileiro.** In: Questões sobre a população prisional no Brasil: Saúde, Justiça e Direitos Humanos. MIRANDA, A. E., RANGEL, C., COSTA-MOURA, R. (org.). Vitória, Proex. 2016.

FOUCAULT, M. **A evolução da noção de indivíduo perigoso na psiquiatria legal do século XIX.** In: Ética, sexualidade e política. Ditos e escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006 [Texto original publicado em 1978].

_____**Ditos & escritos IV: Estratégia, poder saber.** Org. Manoel Barros da Mota. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b.

_____**Em defesa da Sociedade.** São Paulo: Martins fontes, 1999.

_____**Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).** 1ed. São Paulo: Martins Fonte. 2005, pg. 337

_____**Ética, sexualidade, Política.** Ditos e escritos. MOTTA, Manoel Barros da (Org.). Tradução de Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. v. 5.

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

_____**Vigiar e punir: história da violência nas prisões.** 21ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1987.

FREITAS, C. R. et al. **Fragmentos de discursos (não tão amorosos) sobre o Exame Criminológico: Um livro falado.** Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2013.

GENNEP, A. V. **Os ritos de passagem.** 2. ed., Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2011.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: 2ª ed. Perspectiva, 1987.

GONÇALVES, A. L. **SEAP inaugura o instituto de perícias Heitor Carrilho.** Notícias da administração penitenciária. 09/10/2013. Disponível em: <http://www.rj.gov.br/web/seap/exibeconteudo?article-id=1796191>. Acesso em: 22/10/2017.

KASTRUP, V.; BENEVIDES, R **Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia.** Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre: Sulina, p. 76-91, 2009.

KOLKER, T. **A atuação dos psicólogos no sistema penal.** In: GONÇALVES, H.S e BRANDÃO, E.P. *Psicologia Jurídica no Brasil.* Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004.

LE BLANC, G. **História da loucura na idade clássica: uma história da pobreza.** In: O mesmo e o outro – 50 anos de história da loucura. MUCHAIL, S.T., FONSECA, M. A, VEIGA-NETO, A. (org.). Belo Horizonte. Autentica editora. 2013.

LOURAU, R. **Pequeno Manual de Análise Institucional.** In: ALTOÉ, S. (Org.) René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACHADO, L. D. **Subjetividades Contemporâneas.** In: BARROS, M. E. B. (Org.). *Psicologia: questões contemporâneas.* Vitória: EDUFES, 1999. p. 211- 229.

MELLO, J. O. **Governo dos EUA decide fechar presídios privados federais.** In: *Revista consultor jurídico.* 19 de agosto de 2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-ago-19/governo-eua-decide-fechar-presidios-privados-federais2>. Acessado em: 11/12/2017.

MOSCON, R. F. **Crime e loucura na biopolítica contemporânea: ética, testemunho e psicanálise**. Dissertação de mestrado junto ao Programa de pós-graduação em psicologia Institucional – PPGPSI/UFES. Vitória, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/2973>. Acessado em: 02/07/2016.

PASSETTI, E. **Cartografia de violências**. Revista Serviço social e Sociedade, n.70. São Paulo, p.5-43, julho 2002. PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. Editorial. *Fractal, Rev. Psicol.* [online]. 2013, vol.25, n.2, pp.217-219. ISSN 1984-0292. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200001>. Acesso em 08/12/2015.

PASSOS, E.; ALVAREZ, J. **Cartografar é habitar um território existencial**. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre: Sulina, p. 131-149, 2009.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre: Sulina, p. 17-31, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L.; **Sobre a formação do cartógrafo e o problema das políticas cognitivas**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre: Sulina, p. 203, 2009.

PASTORAL CARCERÁRIA. **Onde estão as pessoas com transtorno mental no Infopen-2016?** Nota pública do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade da Pastoral Carcerária – CNBB. Disponível em: http://carceraria.org.br/onde-estao-as-pessoas-com-transtorno-mental-no-relatorio-infopen-2016.html#_ftn2. Acesso em: 07/01/2018.

PAULON, S. M.; PINTO N., M.; DIAS, M. T.; GUIMARAES, W. **Desinstitucionalização nos manicômios judiciais: quem se assegura com a medida de segurança?** In: Walter Ferreira de Oliveira; Ana Maria Fernandes Pitta; Paulo Amarante. (Org.). Direitos Humanos e Saúde Mental. 1ed.São Paulo: Hucitec, 2017, v. 1, p. 356-380.

PELBART, P. **A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

_____. **Vida nua, vida besta, uma vida**. Disponível em: <http://pphp.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>. Acesso em: 01/07/2015. 2006.

RAUTER, C. **Clínica e estratégias de resistência**: perspectivas para o trabalho do psicólogo em prisões. Psicologia e sociedade, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 42-47 ago. 2007.

RAUTER, C **O trabalho do psicólogo em prisões**. In: O Trabalho da (o) psicóloga (o) no sistema prisional: Problematizações ética e orientações. Conselho Federal de Psicologia. FRANÇA, F.; PACHECO, P.; OLIVEIRA, Rodrigo T. - Brasília: CFP, 2016.170pp.

RELATÓRIO PAI-PAC/ES, 2011. Disponível na biblioteca do NPA/UFES

RENAULT, L.; BARROS, M. E. **O problema da análise em pesquisa cartográfica.** *Fractal, Revista de Psicologia*, v. 25, n.2, p. 373-390, maio/ago.2013.

SCOPEL, A. C. **O pulsar da vida: cartografando existências e resistências no sistema prisional capixaba.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.2012.116 f.

SECRETARIA DO ESTADO DE JUSTIÇA DO PIAUÍ. **Residência terapêutica acolhe pacientes com transtorno mental egressos do sistema prisional.** Disponível em: <http://www.sejus.pi.gov.br/materia/noticias/residencia-terapeutica-acolhe-pacientes-com-transtorno-mental-egressos-do-sistema-prisional-132.html> . Acesso em 12/08/2017.

SPINOZA, B. **Ética.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 1677/2009.

SILVA, H. C. **PAI-LI: Programa de atenção integral ao louco infrator.** 3ªed. Goiânia: MP/GO, 2013. 60p.

SILVA, H. C. S. **Sobre violência, prisões e manicômios.** *Revista do Ministério Público do Estado de Goiás*, v. 27, p. 163-180, 2014.

SILVA, M; COSTA-MOURA R. **De “louco infrator” a “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”:** sobre categorias governamentais e processos de vulnerabilização. *Interseções [Rio de Janeiro]* v. 15 n. 2, p. 301-328, dez. 2013.

SZASZ, T. (1979). **O Mito da Doença Mental.** Rio de Janeiro: Zahar.

TAVARES, G. M. & MENANDRO, P. R. M. **Atestado de exclusão com firma reconhecida:** o sofrimento do presidiário brasileiro. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 2004, 24 (2), 86-99.

TAVARES, G. M. **O dispositivo da criminalidade e suas estratégias.** *Fractal, Rev. Psicol.* [conectados]. 2011, vol.23, n.1, pp.123-136. ISSN 1984-0292. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922011000100009>.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. **Cartilha sobre o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ). A cidadania do louco infrator é responsabilidade de toda a comunidade.** Disponível em: http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/cartilha_final.pdf. Acesso em: 01/10/2016.

TEDESCO, S. H. **A função ético-política das medidas de segurança no Brasil contemporâneo.** In: *Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade/ Conselho Federal de Psicologia.* VENTURINI, Ernesto; DE MATTOS, Virgílio; OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres. - Brasília: CFP, 2016. 356p.

THOMPSON, A. **A questão penitenciária.** 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1980.

WACQUANT, L. **As prisões da miséria.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ZAMORA, M. H. **Os corpos da vida nua: sobreviventes ou resistentes?** Lat.-Am. Journal of Fund.Psychopath.Online. São Paulo, v.5, n.1, p.104-117, maio de 2008.


8. ANEXOS

ANEXO I – Modelo de Pedido Judicial para a Realização de Exame Criminológico

FOI 46

Ao Setor Psicologia
para providências

Nº DA EXECUÇÃO: _____
REEDUCANDO: _____



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PODER JUDICIÁRIO
VARA CRIMINAL DE _____
PRIVATIVA DAS EXECUÇÕES PENAIS

Ao _____
para providências.

_____/_____/_____

DECISÃO/OFÍCIO
Visto em inspeção.

Ao _____
para providências.

_____/_____/_____

O Ministério Público manifestou-se às fls. 63/64, pela realização de exame criminológico, tendo em vista que o requisito objetivo para a progressão ao regime aberto está próximo.

É o relatório. DECIDO.

Trata-se de Guia de Execução penal de _____, condenado pela prática dos crimes previstos nos artigos _____

Em análise dos autos, verifico que o reeducando foi condenado no regime fechado. Quando da progressão ao regime semiaberto o Ministério Público pugnou pela realização de exame criminológico para realizar o preenchimento do requisito subjetivo, no entanto tal requerimento foi indeferido, não havendo a realização de qualquer exame criminológico durante o curso da execução. Entendo que em certos casos é necessária uma análise mais próxima do comportamento do apenado, não sendo suficiente o atestado de conduta carcerária.

Assim, considerando ainda que se encontra próximo o benefício da progressão ao regime aberto, entendo pela necessidade de realização de exame criminológico, tendo em vista que o crime cometido pelo reeducando demonstra, a princípio, que o mesmo apresenta uma personalidade agressiva. Além disso, cumpre destacar que o reeducando foi progredido ao regime semiaberto há pouco tempo, sendo necessário, para a devida ressocialização do apenado, que ele passe por todas as etapas antes de ser colocado definitivamente no convívio social.

Desta forma, não resta claro para este Juízo que o apenado não voltará a delinquir. Os elementos presentes nestes autos não se fazem suficientes para atestarem que o reeducando está apto para ser novamente inserido no meio social. Assim, imperiosa se faz a realização de exame criminológico. Neste sentido é a Súmula 439 do Superior Tribunal de Justiça, senão vejamos:

"Admite-se o exame criminológico pelas peculiaridades do caso, desde que em decisão motivada."

Por tudo relatado, percebe-se a necessidade de que o mérito do reeducando seja avaliado por meio de exames detalhados, realizados por pessoas com habilidade de diagnosticar as mazelas ou idoneidade para ser beneficiado com a progressão ao regime aberto, onde não existe uma fiscalização contínua no cumprimento da pena.

Portanto, é compreensível que agora, antes de receber o benefício da progressão de regime, quando não estará sob vigilância direta do Estado, seja submetido à realização do Exame, visando seu retorno gradual à sociedade.

De fato, conforme já pacificado magistério jurisprudencial dos Tribunais Superiores, o advento da Lei 10.792/03 tornou prescindíveis os exames periciais antes exigidos para a concessão da progressão de regime prisional e do livramento condicional, bastando, para os aludidos benefícios, a satisfação dos requisitos objetivo temporal - e subjetivo - atestado de bom comportamento carcerário, firmado pelo diretor do estabelecimento prisional.

O Supremo Tribunal Federal, todavia, em recentes julgamentos, afastou a ilegalidade da exigência do exame criminológico, desde que determinada sob fundamentação congruente.

No voto condutor do acórdão do julgamento do HC 88.052/DF, DJ de 28/4/2006, sua excelência o ministro relator CELSO DE MELLO consignou que "Não constitui demasia assinalar, neste ponto, não obstante o advento da Lei nº: 10.792/2003, que alterou o artigo 112 da LEP - para dele excluir a referência ao exame criminológico -, que nada impede que os magistrados determinem a realização do mencionado exame, quando entenderem necessário, consideradas as eventuais peculiaridades do caso, desde que o façam, contudo, em decisão adequadamente motivada".

Portanto, pode o Juiz, de acordo com o recente entendimento do STF, determinar a realização de exame criminológico, desde que o faça por meio de decisão fundamentada nas peculiaridades do caso concreto, tal como tem sido expressamente reconhecido pelo E. Superior Tribunal de Justiça (HC 38.719/SP, Rel. Min. HÉLIO QUAGLIA BARBOSA - HC 39.364/pr, Rel. Min. LAURITA VAZ - HC 40.278/PR, Rel. Min. FELIX FISCHER - HC 42.513/PR, Rel. Min. LAURITA VAZ) e, também, dentre outros, pelo E. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (RT 832/676 - RT 837/568). Recentemente, o Colendo STJ assim decidiu:

EXECUÇÃO PENAL. HABEAS CORPUS. LEI 10.792/03. PROGRESSÃO DE REGIME. EXIGÊNCIA DO EXAME CRIMINOLÓGICO DEVIDAMENTE FUNDAMENTADA. POSSIBILIDADE. PRECEDENTES DO STF. CONSTRANGIMENTO ILEGAL NÃO CARACTERIZADO. ORDEM DENEGADA.

1. O advento da Lei 10.792/03 tornou prescindíveis os exames periciais antes exigidos para a concessão da progressão de regime prisional e do livramento condicional, bastando para os aludidos benefícios, a satisfação dos requisitos objetivo - temporal e subjetivo - atestado de bom comportamento carcerário, firmado pelo diretor do estabelecimento prisional.

2. O Supremo Tribunal Federal, todavia, em recente julgamento (HC 88.052/DF, Rel. Min. CELSO DE MELLO, DJ de 28/04/2006), afirmou que "Não constitui demasia assinalar, neste ponto, não obstante o advento da Lei nº: 10.792/2003, que alterou o artigo 112 da LEP - para dele excluir a referência ao exame criminológico -, que nada impede que os magistrados determinem a realização do mencionado exame, quando o entenderem necessário, consideradas as eventuais peculiaridades do caso, desde que o faça, contudo, em decisão motivada".

3. Na hipótese dos autos, o Juiz da Vara de Execuções Penais fundamentou adequadamente a exigência do exame criminológico.

4. Ordem denegada." (HC 69560/GO; HABEAS CORPUS 2006/0242042-2 Ministro ARNALDO ESTEVES LIMA. T5 - QUINTA TURMA - J. 27/02/2007).

Destarte, tenho por de todo conveniente a realização do exame criminológico, aplicando-se analogicamente o disposto no artigo 83, parágrafo único, do Código Penal, conjugado com os artigos 112 e 114, inciso II, ambos da LEP, pois a liberação do reeducando, baseada em outros elementos que indicam superficialmente a presença do requisito subjetivo, apresenta-se, por ora, precupação.

No caso em comento, impõe-se a verificação de autodisciplina, senso de responsabilidade e capacidade de ressocialização do reeducando, uma vez que o benefício a ser analisado ensejará na sua liberação para o regime prisional aberto, condições que, a meu sentir, só deve ser aferida mediante laudo de exame criminológico.

Dessa forma, entendo imprescindível a realização do exame criminológico.

Formulo, desde já, os seguintes quesitos:

- 1) Diante do quadro analisado, qual o grau de agressividade do reeducando?
- 3) Diante do quadro analisado, o reeducando apresenta personalidade violenta?
- 4) Diante do quadro analisado, é possível diagnosticar como está sua afetividade?
- 5) Diante do quadro analisado, é possível aferir se o reeducando apresenta-se arrependido e qual a sua percepção sobre o delito praticado?
- 6) Diante do quadro analisado, é possível aferir que o reeducando possui tendência a voltar a delinquir?
- 7) Diante do Quadro analisado, é possível informar quais as causas que levaram o apenado a delinquir?

8) Diante do Quadro analisado, é possível informar se tais causas ainda permanecem latentes, com possibilidades de estimular o apenado a cometer novos ilícitos?

10) Diante do Quadro analisado, é possível avaliar se o reeducando está apto ao convívio social?

12) Diante do Quadro analisado, é possível informar se o reeducando tem interesse em auferir bens à partir de seu próprio sustento?

13) Caso a resposta seja positiva no item acima (10), seria de que forma?

14) Diante do Quadro analisado, é possível analisar e aferir como o reeducando reagirá retornando em contato com as pessoas e o meio em que vivia anteriormente e praticava o delito?

15) Diante da avaliação que ora é feita seria possível aferir se o reeducando estaria apto a progredir de regime?

16) Diante do Quadro analisado, e das informações prestadas pelo reeducando, bem como pelos exames e avaliações efetuados, os peritos atestam, nos termos do parágrafo único do artigo 83 do Código Penal, que o apenado possui condições pessoais que os fazem presumir que não voltará a delinquir?

17) Outras considerações a livre critério que os especialistas consideram importantes

Quanto ao requerimento ministerial para ser juntado documento de identidade do reeducando, o artigo 26, inciso I, letra 'b' Lei 8.625 de 1993 (Lei Orgânica do Ministério Público), autoriza o Ministério Público, no exercício de suas funções, requisitar informações, exames periciais e documentos de autoridades federais, estaduais e municipais, bem como dos órgãos e entidades da administração direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Sendo assim, possuindo o Ministério Público a prerrogativa de obter por conta própria a informação que busca através da via judicial, entendo que caberá ao próprio órgão expedir o ofício requerido à f. 66.

DIANTE DO EXPOSTO: DETERMINO a realização de EXAME CRIMINOLÓGICO no reeducando devendo o mesmo ser realizado de forma criteriosa e pormenorizada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Decorrido o prazo de 30 (trinta) dias, sem a remessa do Laudo, oficie-se cobrando a resposta no prazo de 72 horas. E mesmo assim, não sendo atendida a solicitação, certifique-se nos autos e conclusos.

Remeta-se cópia da presente decisão à Direção da Unidade Prisional, para que providencie a realização do Exame Criminológico no prazo estabelecido encaminhando imediatamente o Laudo a este Juízo.

Solicito que a Unidade Prisional e a DIMCME, viabilizem a transferência do apenado para uma unidade prisional adequada ao regime semiaberto.

Diligencie-se.

Local, ___ de _____ de _____.

(assinatura)

Juiz de Direito

ANEXO II – Resolução CFP Nº 009/2010: Regulamenta a atuação do psicólogo no sistema prisional

RESOLUÇÃO CFP Nº 009/2010

Regulamenta a atuação do psicólogo no sistema prisional.

O CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, no uso de suas atribuições legais e regimentais, que lhe são conferidas pela Lei nº 5.766, de 20/12/1971;

CONSIDERANDO o disposto no Art. 6º, letra “c”, da Lei nº 5.766 de 20/12/1971, e o Art. 6º, inciso V, do Decreto nº 79.822 de 17/6/1977;

CONSIDERANDO que a Constituição Federal, em seu Art. 196, bem como os princípios e diretrizes preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), definem que a saúde é direito de todos e dever do Estado;

CONSIDERANDO as Regras Mínimas para Tratamento do Preso no Brasil (Resolução nº 14 de 11/11/1994), resultante da recomendação do Comitê Permanente de Prevenção do Crime e Justiça Penal da ONU, que estabelece em seu Art. 15 a assistência psicológica como direito da pessoa presa;

CONSIDERANDO publicação elaborada pelo Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional (Depen) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP): “Diretrizes para atuação e formação dos psicólogos do sistema prisional brasileiro”;

CONSIDERANDO que as questões relativas ao encarceramento devem ser compreendidas em sua complexidade e como um processo que engendra a marginalização e a exclusão social;

CONSIDERANDO que a Psicologia, como Ciência e Profissão, posiciona-se pelo compromisso social da categoria em relação às proposições alternativas à pena privativa de liberdade, além de fortalecer a luta pela garantia de direitos humanos nas instituições em que há privação de liberdade;

CONSIDERANDO os princípios éticos fundamentais que norteiam a atividade profissional do psicólogo contidos no Código de Ética Profissional do Psicólogo;

CONSIDERANDO que os psicólogos atuarão segundo os princípios éticos da profissão, notadamente aqueles que se fundamentam no respeito e na promoção da liberdade, da

dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos;

CONSIDERANDO o processo de profícua interlocução com a categoria, e com o objetivo de produzir referências técnicas para a prática profissional do psicólogo no sistema prisional;

CONSIDERANDO a necessidade de referências para subsidiar a atuação do psicólogo no sistema prisional e a produção qualificada de documentos escritos decorrentes de sua intervenção;

CONSIDERANDO decisão deste Plenário em reunião realizada no dia 18 de junho de 2010,

RESOLVE:

Art. 1º. Em todas as práticas no sistema prisional, o psicólogo deverá respeitar e promover:

- a) Os direitos humanos dos sujeitos em privação de liberdade, atuando em âmbito institucional e interdisciplinar;
- b) Processos de construção da cidadania, em contraposição à cultura de primazia da segurança, de vingança social e de disciplinarização do indivíduo;
- c) Desconstrução do conceito de que o crime está relacionado unicamente à patologia ou à história individual, enfatizando os dispositivos sociais que promovem o processo de criminalização;
- d) A construção de estratégias que visem ao fortalecimento dos laços sociais e uma participação maior dos sujeitos por meio de projetos interdisciplinares que tenham por objetivo o resgate da cidadania e a inserção na sociedade extramuros.

Art. 2º. Em relação à atuação com a população em privação de liberdade ou em medida de segurança, o psicólogo deverá:

- a) Compreender os sujeitos na sua totalidade histórica, social, cultural, humana e emocional;
- b) Promover práticas que potencializem a vida em liberdade, de modo a construir e fortalecer dispositivos que estimulem a autonomia e a expressão da individualidade dos envolvidos no atendimento;
- c) Construir dispositivos de superação das lógicas maniqueístas que atuam na instituição e na sociedade, principalmente com relação a projetos de saúde e reintegração social;

- d) Atuar na promoção de saúde mental, a partir dos pressupostos antimanicomiais, tendo como referência fundamental a Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216/2001, visando a favorecer a criação ou o fortalecimento dos laços sociais e comunitários e a atenção integral;
- e) Desenvolver e participar da construção de redes nos serviços públicos de saúde/saúde mental para as pessoas em cumprimento de pena (privativa de liberdade e restritiva de direitos), bem como de medidas de segurança;
- f) Ter autonomia teórica, técnica e metodológica, de acordo com os princípios ético-políticos que norteiam a profissão.

Art. 3º. Em relação à atuação como gestor, o psicólogo deverá:

- a) Considerar as políticas públicas, principalmente no tocante à saúde, assistência social e direitos humanos no sistema prisional, nas propostas e projetos a ser implementados no contexto prisional;
- b) Contribuir na elaboração e proposição de modelos de atuação que combatam a culpabilização do indivíduo, a exclusão social e mecanismos coercitivos e punitivos;
- c) Promover ações que facilitem as relações de articulação interpessoal, intersetorial e interinstitucional;
- d) Considerar que as atribuições administrativas do cargo ocupado na gestão não se sobrepõem às determinações contidas no Código de Ética Profissional.

Art. 4º. Em relação à elaboração de documentos escritos:

- a) Conforme indicado nos Art. 6º e 112º da Lei nº 10.792/2003 (que alterou a Lei nº 7.210/1984), é vedado ao psicólogo que atua nos estabelecimentos prisionais realizar exame criminológico e participar de ações e/ou decisões que envolvam práticas de caráter punitivo e disciplinar, bem como documento escrito oriundo da avaliação psicológica com fins de subsidiar decisão judicial durante a execução da pena do sentenciado;
- b) O psicólogo, respaldado pela Lei nº 10792/2003, em sua atividade no sistema prisional somente deverá realizar atividades avaliativas com vistas à individualização da pena quando do ingresso do apenado no sistema prisional. Quando houver determinação judicial, o psicólogo deve explicitar os limites éticos de sua atuação ao juízo e poderá elaborar uma declaração conforme o Parágrafo Único.

Parágrafo Único. A declaração é um documento objetivo, informativo e resumido, com foco na análise contextual da situação vivenciada pelo sujeito na instituição e nos projetos terapêuticos por ele experienciados durante a execução da pena.

Art. 5º. Na atuação com outros segmentos ou áreas, o psicólogo deverá:

- a) Visar à reconstrução de laços comunitários, sociais e familiares no atendimento a egressos e familiares daqueles que ainda estão em privação de liberdade;
- b) Atentar para os limites que se impõem à realização de atendimentos a colegas de trabalho, sendo seu dever apontar a incompatibilidade de papéis ao ser convocado a assumir tal responsabilidade.

Art. 6º. Toda e qualquer atividade psicológica no sistema prisional deverá seguir os itens determinados nesta resolução.

Parágrafo Único – A não observância da presente norma constitui falta ético-disciplinar, passível de capitulação nos dispositivos referentes ao exercício profissional do Código de Ética Profissional do Psicólogo, sem prejuízo de outros que possam ser arguidos.

Art. 7º. Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 29 de junho de 2010.

ANA MARIA PEREIRA LOPES
Conselheira-Presidente

ANEXO III – Resolução CFP Nº 012/2011: Regulamenta a atuação da(o) psicóloga(o) no âmbito do sistema prisional

RESOLUÇÃO CFP 012/2011

Regulamenta a atuação da(o)
psicóloga(o) no âmbito do sistema
prisional

O CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, no uso de suas atribuições legais e regimentais, que lhe são conferidas pela Lei nº 5.766, de 20/12/1971;

CONSIDERANDO o disposto no Art. 6º, letra “c”, da Lei nº 5.766 de 20/12/1971, e o Art. 6º, inciso V, do Decreto nº 79.822 de 17/6/1977;

CONSIDERANDO que a Constituição Federal, em seu Art. 196, bem como os princípios e diretrizes preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), definem que a saúde é direito de todos e dever do Estado;

CONSIDERANDO as Regras Mínimas para Tratamento do Preso no Brasil (Resolução nº 14 de 11/11/1994), resultante da recomendação do Comitê Permanente de Prevenção do Crime e Justiça Penal da ONU, que estabelece em seu Art. 15 a assistência psicológica como direito da pessoa presa;

CONSIDERANDO as “Diretrizes para Atuação e Formação dos Psicólogos do Sistema Prisional Brasileiro”, elaboradas pelo Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional (Depen) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP);

CONSIDERANDO que as questões relativas ao encarceramento devem ser compreendidas em sua complexidade e como um processo que engendra a marginalização e a exclusão social;

CONSIDERANDO que a Psicologia, como Ciência e Profissão, posiciona-se pelo compromisso social da categoria em relação às proposições alternativas à pena privativa de liberdade, além de fortalecer a luta pela garantia de direitos humanos nas instituições em que há privação de liberdade;

CONSIDERANDO que as(os) psicólogas(os) atuarão segundo os princípios do seu Código de Ética Profissional, notadamente aqueles que se fundamentam no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos;

CONSIDERANDO o processo de profícua interlocução com a categoria, as teses aprovadas no IV, V, VI e VII Congresso Nacional de Psicologia (CNP), relativas ao sistema prisional, com o objetivo de regulamentar a prática profissional da(o) psicóloga(o) no âmbito do sistema prisional;

CONSIDERANDO decisão desta Diretoria, *ad referendum* do Plenário do Conselho Federal de Psicologia, em reunião realizada no dia 25 de maio de 2011.

RESOLVE:

Art. 1º. Em todas as práticas no âmbito do sistema prisional, a(o) psicóloga(o) deverá respeitar e promover:

- a) Os direitos humanos dos sujeitos em privação de liberdade, atuando em âmbito institucional e interdisciplinar;
- b) Os processos de construção da cidadania, em contraposição à cultura de primazia da segurança, de vingança social e de disciplinarização do indivíduo;
- c) A desconstrução do conceito de que o crime está relacionado unicamente à patologia ou à história individual, enfatizando os dispositivos sociais que promovem o processo de criminalização;
- d) A construção de estratégias que visem ao fortalecimento dos laços sociais e uma participação maior dos sujeitos por meio de projetos interdisciplinares que tenham por objetivo o resgate da cidadania e a inserção na sociedade extramuros.

Art. 2º. Em relação à atuação com a população em privação de liberdade ou em medida de segurança, a(o) psicóloga(o) deverá:

- a) Compreender os sujeitos na sua totalidade histórica, social, cultural, humana e emocional;
- b) Promover práticas que potencializem a vida em liberdade, de modo a construir e fortalecer dispositivos que estimulem a autonomia e a expressão da individualidade dos envolvidos no atendimento;
- c) Construir dispositivos de superação das lógicas maniqueístas que atuam na instituição e na sociedade, principalmente com relação a projetos de saúde e reintegração social;
- d) Atuar na promoção de saúde mental, a partir dos pressupostos antimanicomiais, tendo como referência fundamental a Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei n°

10.216/2001, visando a favorecer a criação ou o fortalecimento dos laços sociais e comunitários e a atenção integral;

- e) Desenvolver e participar da construção de redes nos serviços públicos de saúde/saúde mental para as pessoas em cumprimento de pena (privativa de liberdade e restritiva de direitos), bem como de medidas de segurança;
- f) Ter autonomia teórica, técnica e metodológica, de acordo com os princípios ético-políticos que norteiam a profissão.

Parágrafo Único: É vedado à(ao) psicóloga(o) participar de procedimentos que envolvam as práticas de caráter punitivo e disciplinar, notadamente os de apuração de faltas disciplinares.

Art. 3º. Em relação à atuação como gestor, a(o) psicóloga(o) deverá:

- a) Considerar as políticas públicas, principalmente no tocante à saúde integral, à assistência social e aos direitos humanos no âmbito do sistema prisional, nas propostas e projetos a ser implementados no contexto prisional;
- b) Contribuir na elaboração e proposição de modelos de atuação que combatam a culpabilização do indivíduo, a exclusão social e mecanismos coercitivos e punitivos;
- c) Promover ações que facilitem as relações de articulação interpessoal, intersetorial e interinstitucional;
- d) Considerar que as atribuições administrativas do cargo ocupado na gestão não se sobrepõem às determinações contidas no Código de Ética Profissional e nas resoluções do Conselho Federal de Psicologia.

Art. 4º. Em relação à elaboração de documentos escritos para subsidiar a decisão judicial na execução das penas e das medidas de segurança:

- a) A produção de documentos escritos com a finalidade exposta no *caput* deste artigo não poderá ser realizada pela(o) psicóloga(o) que atua como profissional de referência para o acompanhamento da pessoa em cumprimento da pena ou medida de segurança, em quaisquer modalidades como atenção psicossocial, atenção à saúde integral, projetos de reintegração social, entre outros.
- b) A partir da decisão judicial fundamentada que determina a elaboração do exame criminológico ou outros documentos escritos com a finalidade de instruir processo de execução penal, excetuadas as situações previstas na alínea

'a', caberá à(ao) psicóloga(o) somente realizar a perícia psicológica, a partir dos quesitos elaborados pelo demandante e dentro dos parâmetros técnico-científicos e éticos da profissão.

§ 1º. Na perícia psicológica realizada no contexto da execução penal ficam vedadas a elaboração de prognóstico criminológico de reincidência, a aferição de periculosidade e o estabelecimento de nexos causais a partir do binômio delito- delinqüente.

§ 2º. Cabe à(ao) psicóloga(o) que atuará como perita(o) respeitar o direito ao contraditório da pessoa em cumprimento de pena ou medida de segurança.

Art. 5º. Na atuação com outros segmentos ou áreas, a(o) psicóloga(o) deverá:

- a) Visar à reconstrução de laços comunitários, sociais e familiares no atendimento a egressos e familiares daqueles que ainda estão em privação de liberdade;
- b) Atentar para os limites que se impõem à realização de atendimentos a colegas de trabalho, sendo seu dever apontar a incompatibilidade de papéis ao ser convocado a assumir tal responsabilidade.

Art. 6º. Toda e qualquer atividade psicológica no âmbito do sistema prisional deverá seguir os itens determinados nesta resolução.

Parágrafo Único – A não observância da presente norma constitui falta ético-disciplinar, passível de capitulação nos dispositivos referentes ao exercício profissional do Código de Ética Profissional do Psicólogo, sem prejuízo de outros que possam ser arguidos.

Art. 7º. Esta resolução entrará em vigor no dia 2 de junho de 2011.

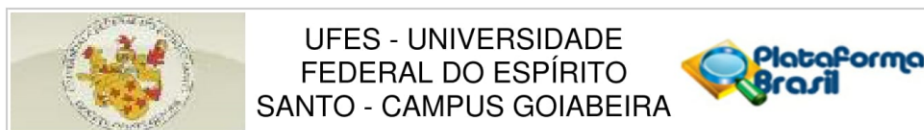
Art. 8º. Revogam-se as disposições em contrário, em especial a Resolução CFP nº 009/2010.

Brasília, 25 de maio de 2011.

HUMBERTO VERONA

Presidente

ANEXO IV – Documento de Comprovação da Aprovação da Pesquisa junto ao Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Considerações sobre a "pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no sistema prisional".

Pesquisador: BRUNO DA SILVA CAMPOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80673617.9.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.458.517

Apresentação do Projeto:

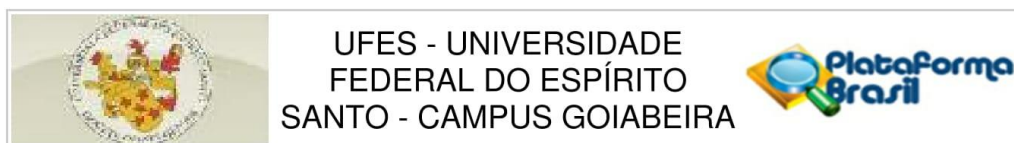
Trata-se de pesquisa de mestrado, com delineamento qualitativo, que visa identificar e analisar dados sobre os modos de vida das pessoas adultas portadoras de transtorno mental, inseridas no sistema prisional capixaba. O estudo será desenvolvido na Secretaria do Estado de Justiça – SEJUS/ES, e adotará como fonte de dados documentos como autos de prisão em flagrante, prontuários, pareceres técnicos e outros registros sobre essa população. A pesquisa documental também incluirá relatos extraídos dos relatórios do profissional de psicologia, levantando as rotinas de atendimento e os procedimentos adotados. A proposta também inclui mapear o fluxo de entrada de indivíduos com transtorno mental por meio da prisão em flagrante, como forma de verificar a porta de entrada no sistema de justiça criminal, bem como subsidiar políticas públicas da SEJUS/ES.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto define como objetivo geral descrever os modos de vida da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no sistema prisional capixaba e produzir reflexões sobre como vem sendo abordada a interlocução saúde e justiça nesse contexto.

Como objetivos específicos: 1) Descrever como as pesquisas abordam a interlocução saúde x justiça; 2) Descrever experiências de atendimento das pessoas com transtorno mental em conflito

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.458.517

com a lei, no sistema prisional; e 3) Compreender os sentidos sobre saúde, doença e aprisionamento para essa população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No Protocolo de informações básicas do Projeto na Plataforma Brasil, o pesquisador principal solicitou dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois o estudo abará estritamente fonte documental, não envolvendo participantes em nenhuma de suas etapas. Como os dados incluem diferentes tipos de registros sobre o cotidiano da amostra em situação de conflito com a lei, além de relatórios técnicos elaborados pelo psicólogo institucional, o pesquisador apresenta um termo de sigilo e confidencialidade, com aquiescência da Orientadora, esclarecendo que as informações levantadas serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto, indicando que as publicações geradas não permitirão qualquer identificação, mantendo-se o anonimato. Os dados serão arquivados no Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Orientadora.

Como benefícios diretos da pesquisa, o projeto cita a importância de se gerar dados que subsidiem políticas públicas dirigidas especificamente à população carcerária com transtorno mental, ampliando seus direitos e recursos pessoais.

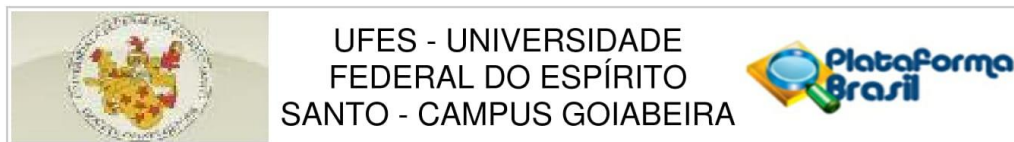
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se propõe a realizar uma interlocução sobre saúde e justiça, e produzir reflexões sobre o cotidiano de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no sistema prisional capixaba. Tendo em vista a "vulnerabilidade psicossocial" da população investigada, são relevantes os estudos que buscam compreender os sentidos sobre saúde, doença e aprisionamento institucional e social, visando o desenvolvimento de políticas públicas que levem em conta a relação entre esses fatores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- O pesquisador apresenta Folha de rosto, contendo a assinatura do diretor do Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), ao qual o Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional está vinculado, que atesta a ciência da pesquisa. Destaca-se que os documentos fazem referência a dois títulos, sendo o título público mais resumido, conforme indicado no Protocolo de informações básicas do Projeto na Plataforma Brasil (PB).

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.458.517

- Esse Protocolo informa que não há participantes em nenhuma etapa de pesquisa, somente fonte documental, justificando e solicitando, por conseguinte, a dispensa do TCLE.

- O cronograma com as etapas da pesquisa está adequado, considerando o tempo de apreciação do processo neste CEP.

- A carta de anuência da Secretaria do Estado de Justiça (SEJUS) do estado foi anexada, confirmando o acesso do pesquisador ao seu conjunto de documentos.

Recomendações:

- Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê, estando autorizado a ser iniciado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

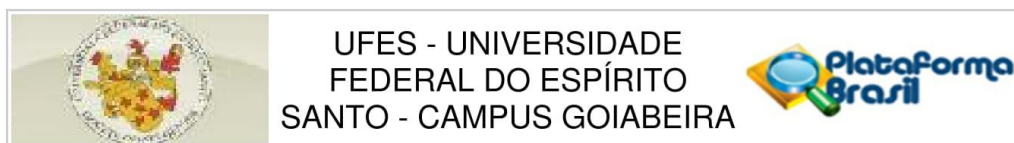
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1021604.pdf	03/12/2017 23:37:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	03/12/2017 23:35:10	BRUNO DA SILVA CAMPOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	28/11/2017 20:42:35	BRUNO DA SILVA CAMPOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.pdf	16/11/2017 16:18:56	BRUNO DA SILVA CAMPOS	Aceito
Outros	termo_sigilo.docx	26/10/2017 16:35:52	BRUNO DA SILVA CAMPOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.458.517

Não

VITORIA, 29 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Fabiana Pinheiro Ramos
(Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com

ANEXO V – Documento de Comprovação de Autorização da Pesquisa junto à Secretaria de Justiça do Espírito Santo (SEJUS)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – UFES
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CCHN
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL –
PPGPSI**

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo. Sr. Wallace Tarcisio Pontes
Secretário do Estado de Justiça – Sejus/ES.

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "CONSIDERAÇÕES SOBRE A "PESSOA COM TRASTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI" NO SISTEMA PRISIONAL." a ser realizada em território da Secretaria do Estado de Justiça (unidades prisionais, prédio administrativo, audiência de custódia) pelo aluno de Mestrado em Psicologia Institucional *Bruno da Silva Campos*, sob orientação da *Prof.ª. Dr.ª. Renata Costa Moura*, com os seguintes objetivos: Fazer uma revisão de literatura/documental sobre os casos, Refletir acerca da prática cotidiana de trabalho do psicólogo na prisão. Descrever as experiências de atendimento as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, no sistema prisional, Analisar os dados produzidos para que auxiliem na construção de políticas públicas para essa população. Necessitamos, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de *prontuários, documentos e arquivos psicológicos dos internos acometidos de transtorno mental; documentos produzidos pela equipe multidisciplinar no atendimento dos internos durante o processo de aprisionamento; Encontros com os profissionais da equipe multidisciplinar para melhor identificar o público alvo assim como discutir os temas da pesquisa;* Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta secretaria possa constar no relatório final, bem como, em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12, que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Vitória, Espírito Santo, 06 de 11 de 2017.

Ilmo. Sr. Wallace Tarcisio Pontes – Secretário de Estado – SEJUS/ES

Renata Costa Moura
Prof.ª. Renata Costa Moura
Orientadora do Projeto

Bruno da Silva Campos
Bruno da Silva Campos
Pesquisador Responsável
Aluno PPGPSI/Mestrado

Contato Pesquisador Responsável, Tel: (27) 998339623
Email: brunocampos1@gmail.com