

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE - FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

JULIA ESPINDOLA BRECKENFELD

**OS IMPACTOS DO MITO DA PERICULOSIDADE NA EXCLUSÃO DE
SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO DF**

Brasília
Julho, 2023

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE - FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

JULIA ESPINDOLA BRECKENFELD

**OS IMPACTOS DO MITO DA PERICULOSIDADE NA EXCLUSÃO DE
SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO DF**

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, como requisito à conclusão do curso de psicologia.

Professora-orientadora: Dra. Tania Inessa Martins de Resende

Brasília

Julho, 2023

Folha de Avaliação

Autora: Julia Espindola Breckenfeld

Título: Os impactos do mito da periculosidade na exclusão de sujeitos em sofrimento psíquico

Banca Examinadora:

Professora Dra. Tania Inessa Martins de Resende
Orientador

Professora Luciana Barbosa Musse
Examinadora

Professor Frederico Guilherme Abreu
Examinador

Brasília
Julho de 2023

RESUMO

Ao longo dos anos, diversas mudanças foram implementadas no sistema legal para abordar a complexa relação entre transtornos mentais e a prática de crimes. A partir da revisão do código penal em 1984, as pessoas declaradas inimputáveis ou semi-imputáveis, devido a conexão entre transtornos mentais e a prática de um crime, não são consideradas culpadas criminalmente por suas ações. Essas pessoas são submetidas a medidas de segurança em vez de punição. A medida de segurança é uma medida imposta pelo sistema judicial, quando há uma avaliação da relação entre a presença de um transtorno mental e periculosidade, ou seja, quando uma pessoa apresenta um risco significativo de cometer atos perigosos ou violentos. O que diverge de uma pena, por não ter o objetivo de punir e sim de propor um tratamento. A periculosidade é vista como um aspecto relacionado à saúde mental no campo penal. O estigma da periculosidade associado ao sofrimento psíquico grave contribui para o isolamento e discriminação dos indivíduos, enquanto os hospitais de cutódia reforçam a segregação. O presente estudo objetiva refletir sobre os efeitos do mito da periculosidade na exclusão social e na negação dos direitos de acesso e tratamento de indivíduos em sofrimento psíquico grave. A metodologia da pesquisa tem caráter qualitativo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais que atuam diretamente com a área do tema proposto e uma entrevista narrativa com um sujeito em sofrimento psíquico grave. As informações obtidas foram analisadas através da Hermenêutica da Profundidade. A análise é realizada a partir de três níveis: análise sócio-histórica; análise formal ou discursiva e reinterpretação. Ao analisar as diversas perspectivas dos entrevistados, torna-se evidente a persistência do mito da periculosidade no âmbito da saúde mental e como isso impacta significativamente a vida das pessoas em sofrimento psíquico, assim como o seu tratamento. As contribuições ao estudo, articuladas com a teoria, permitiram uma análise abrangente e multifacetada a respeito do tema, revelando a complexidade da pauta e a importância de promover debates aprofundados.

Palavras-chave: Saúde Mental, Periculosidade, Psicologia Jurídica, Psicossocial, Medida de Segurança.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
1. TRAJETÓRIA DA EXCLUSÃO SOCIAL	8
1.1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DA EXCLUSÃO SOCIAL	8
1.2. ESTIGMAS, PRECONCEITOS E SEUS IMPACTOS	14
1.3. BUSCANDO GARANTIR O LUGAR DO SUJEITO NA CULTURA	17
2. MITO DA PERICULOSIDADE	20
2.1. BREVE HISTÓRIA DO CONCEITO DE PERICULOSIDADE	20
2.2. PARA ALÉM DO ATO DELITUOSO	26
2.3. DESMISTIFICANDO A CRISE	29
3. METODOLOGIA	32
4. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS	35
4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA	35
4.1.1. Redes públicas de atenção à saúde mental no DF	36
4.1.2. Redes de atenção ao infrator no DF	38
4.1.3. Legislações	41
4.2. ANÁLISE FORMAL	42
4.2.1 Narrativa de João	42
4.2.2 Categorias de Sentido	45
a) A relação do mito da periculosidade com o sofrimento psíquico	46
b) ATP: tratamento ou prisão?	49
c) Crenças estigmatizantes	53
d) Dificuldade de acesso aos direitos básicos de saúde	58
e) Exclusão Social versus Reabilitação Psicossocial	62
4.3. REINTERPRETAÇÃO	68
CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS E APÊNDICES	77
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.	77
Roteiro entrevistas semi-estruturadas	81
Roteiro da entrevista narrativa	83

INTRODUÇÃO

O mito da periculosidade tem sido um fator determinante na exclusão de sujeitos em sofrimento psíquico grave ao longo da história. A associação entre sofrimento psíquico e perigo para a sociedade têm perpetuado estigmas e preconceitos que prejudicam a integração e a inclusão das pessoas com sofrimento psíquico na comunidade. Essa problemática está enraizada em ideias equivocadas e estereotipadas sobre saúde mental, que atribuem automaticamente comportamentos violentos e imprevisíveis a pessoas que sofrem de transtornos psiquiátricos.

Em *A história da loucura*, Foucault (1972) detalha a concepção e o tratamento da “loucura” desde a Idade Média. Ele aborda as primeiras concepções da loucura como algo que deveria ser digno de exclusão social, portanto a sociedade foi gradualmente enclausurando todos que fossem considerados como ameaça a ordem social, dentre eles, loucos, prostitutas, homossexuais, pobres, dentre outras minorias. A partir de então foram executadas atitudes de “higienização social”, onde o foco principal era o afastamento social desses sujeitos e não o cuidado. Atualmente ainda existem instituições de "tratamento" em saúde mental que priorizam o isolamento e a exclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico. Essas instituições perpetuam práticas desumanas e violadoras de direitos, que contribuem para a marginalização e a estigmatização das pessoas.

Um exemplo alarmante é a existência dos manicômios judiciários, espaços onde são internados indivíduos que cometeram algum tipo de delito e são considerados inimputáveis, ou seja, não podem ser responsabilizados criminalmente por seus atos devido a uma condição de saúde mental. Logo, do ponto de vista jurídico, os sujeitos considerados inimputáveis não são alvos de uma penalização e sim de um tratamento. No entanto, esses locais se tornaram verdadeiras prisões disfarçadas de tratamento, em que os direitos humanos são sistematicamente violados. Os pacientes são submetidos a condições precárias, superlotação, violência e ausência de assistência adequada à saúde mental (CAETANO, 2018).

A exclusão de sujeitos em sofrimento psíquico da sociedade gera consequências devastadoras, tanto para os indivíduos diretamente afetados quanto para a coletividade. A

marginalização e a falta de acesso a tratamentos adequados levam a um agravamento dos problemas de saúde mental, aumentando o sofrimento e diminuindo as chances de recuperação. Além disso, a exclusão social impede que esses indivíduos tenham oportunidades de desenvolvimento pessoal, profissional e social, perpetuando um ciclo de estigmatização e segregação (BARROS-BRISSET, 2012).

Caetano (2018) afirma que a periculosidade não advém do sofrimento psíquico grave em si. A periculosidade é uma abstração derivada da norma. Portanto, as bases que sustentam a ideia da relação entre o sofrimento psíquico e o caráter perigoso se resume a uma crença estigmatizante e sem embasamento.

Essa compreensão mais abrangente e complexa sobre a relação entre periculosidade e saúde mental representa um avanço significativo, em linha com as recomendações do relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001). O relatório de 2001, intitulado *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*, propôs uma reformulação do conceito de saúde mental como eixo diagnóstico. Essa reformulação ampliou a definição tradicional de saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, incluindo a compreensão de que transtornos mentais não são os únicos determinantes da saúde mental de uma pessoa. Ao reconhecer a interação complexa entre fatores genéticos e ambientais, o relatório da OMS contribuiu para uma visão mais abrangente da periculosidade, que vai além de estereótipos simplistas e estigmatizantes (OMS, 2001).

Nesta perspectiva, a presente pesquisa visa analisar os impactos do mito da periculosidade na exclusão de sujeitos em sofrimento psíquico, explorando os efeitos negativos que surgem dessas representações distorcidas e generalizadas. Tem-se como objetivos específicos a análise a partir da percepção de profissionais que atuam diretamente com o tema e sua articulação com a narrativa de indivíduos que vivenciam o assunto diretamente. Além disso, pretende-se evidenciar os fatores que podem influenciar a manutenção do mito da periculosidade no campo da saúde mental. Por fim, busca-se destacar a importância da inclusão social dessas pessoas, ressaltando os benefícios desse processo para a sociedade como um todo.

A monografia abordará diferentes tópicos relacionados aos impactos do mito da periculosidade na exclusão de sujeitos em sofrimento psíquico, articulando-os com a trajetória da exclusão social ao longo da história. Será explorada, no capítulo 1, a perspectiva histórica

da exclusão social, analisando como os estigmas, preconceitos e a falta de compreensão sobre o sofrimento psíquico contribuíram para a marginalização de muitos indivíduos. Será dada ênfase aos impactos desses estigmas na vida das pessoas em sofrimento psíquico, tanto em termos de acesso a serviços de saúde mental quanto em sua participação social. Além disso, será discutido o lugar do sujeito na cultura, considerando sua inclusão e sua capacidade de exercer seus direitos de forma plena.

No capítulo 2, será abordado o mito da periculosidade, com uma breve revisão do conceito, a fim de desmistificar a associação automática entre sofrimento psíquico e atos delituosos, convidando o leitor para explorar o que há para além dos atos delituosos. Devido à crise ser constantemente associada com uma condição de perigo ou agressividade, é de suma importância desmistificar as noções de crise, para que seja possível levar em consideração o sujeito e as relações sociais no contexto de crise.

No terceiro capítulo será apresentada a metodologia utilizada para coleta de informações. Essa contará com um maior detalhamento a respeito das entrevistas realizadas e os dados dos participantes. Por fim, o capítulo 4 conta com a análise das informações obtidas a partir da metodologia e sua articulação com a teoria discutida.

Por meio dessa pesquisa, espera-se contribuir para uma maior conscientização sobre os impactos do mito da periculosidade na exclusão de sujeitos em sofrimento psíquico, estimulando o debate e a busca por soluções que promovam a inclusão, a igualdade de oportunidades e a garantia dos direitos humanos. Somente por meio de uma mudança de perspectiva e uma abordagem compassiva e justa será possível superar os estigmas e construir uma sociedade mais acolhedora e inclusiva para todos.

1. TRAJETÓRIA DA EXCLUSÃO SOCIAL

Neste capítulo serão discutidos, a partir de referenciais bibliográficos, pontos cruciais para a construção da narrativa do presente estudo. Ele tem como objetivo apresentar, de forma breve, a trajetória histórica da exclusão social de pessoas em sofrimento psíquico grave, desde a Idade Média até os dias atuais. Em seguida, são analisados os impactos dos estigmas e preconceitos no campo da saúde mental, buscando garantir um maior acesso do sujeito, ao seu lugar de direito, a cultura.

1.1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DA EXCLUSÃO SOCIAL

Foucault (1972), em seu livro *História da loucura*, vai abordar, através de uma perspectiva histórica, os aspectos que ele considerou como parte de uma "estrutura da exclusão" da loucura. Na Idade Média, alguns dos considerados loucos¹ eram acolhidos pela família, outros perambulavam pelas ruas desabrigados. Segundo o autor, na Idade Clássica a loucura se torna uma questão pública, por prejudicar a ordem social.

No final da Idade Média, foram criados os leprosários, locais destinados ao afastamento social dos indivíduos infectados pela doença lepra, atualmente conhecida como hanseníase. De acordo com Foucault (1972), estes locais não tinham o intuito de dar uma maior atenção e cuidado à doença e sim de isolar os indivíduos contaminados. O autor discute que esses antigos leprosários, e a ideia de higienização social que eles carregavam, vão dar origem aos Hospitais Gerais, que no latim refere-se a hospedagem.

Amarante (2007) afirma que os hospitais foram criados com valores filantrópicos, portanto voltados para uma caridade a estes indivíduos, e, gradativamente, eles foram adquirindo um papel de ordem política e social. Foucault vai intitular este processo de “A Grande Internação”, o mesmo vai refletir a respeito da influência deste processo para a caracterização de um novo “lugar social” para o louco. Neste período, a loucura foi acoplada com todos que perturbavam a ordem social, como prostitutas, pobres, libertinos,

¹ O presente estudo evita o uso do termo "louco" ou "doente mental" e opta por adotar a expressão "sofrimento psíquico". No entanto, na revisão bibliográfica, serão utilizados os termos empregados pelos autores originais.

homossexuais, dentre outros, pela sociedade resumi-los a uma concepção de inaptidão laboral e incapacidade de integração social. Até o surgimento de asilos, no final do século XVIII e no século XIX, quando não se vê mais a necessidade de isolamento dos pobres e os asilos são criados agora com a intenção de tratamento da loucura.

Devido aos ideais oriundos da revolução francesa, Igualdade, Liberdade e Fraternidade, houveram algumas mudanças nos hospitais que primeiramente vieram com um objetivo de caridade, depois de ordem social e agora, seu principal objetivo seria o tratamento de enfermos. Ao contrário do antigo regime e do poder autoritário, muitas pessoas foram liberadas da instituição, assim como foram criadas novas instituições assistenciais como orfanatos, centros de reabilitação, reformatórios, dentre outros. Este processo de aproximação da medicina com os hospitais ficou conhecido como processo de medicalização, onde o objetivo se tornou estudar e observar o desenvolvimento das doenças. Amarante (2007) explicita que os hospitais se tornaram um espaço de exame, tratamento e reprodução do saber médico, tal saber era estudado e testado empiricamente. Portanto, essa junção da medicina com o âmbito hospitalar foi precursor do modelo biomédico ocidental, construindo uma visão "hospitalocêntrica", centrada na doença e não no sujeito.

A partir de então o médico se tornou protagonista nos hospitais e detinha poder e autoridade dentro destes. Nesse contexto, Philippe Pinel em 1793, ficou conhecido como o pai da psiquiatria. Ele participou de um movimento ideológico, conhecido como "ideólogos", que acreditavam que para estudar os fenômenos presentes na realidade, era necessário ter a ciência como base de investigação, através de uma análise empírica (MATHES; MITJAVILA, 2012).

De acordo com Mathes e Mitjavila (2012), Pinel criou o conceito de "alienação mental", exigindo um tratamento moral desta, assim como uma definição sintomatológica dos diferentes quadros de alienação, associando o conceito de loucura ao campo médico, tornando-a "doença mental". Pinel acreditava que o ambiente e as relações influenciavam a experiência empírica do sujeito, portanto resolveu "libertar os loucos das correntes" do hospital geral para que tais pudessem ter um tratamento adequado, esta era sua concepção de "liberdade". No entanto, ao contrário do que acreditava, esse processo ficou conhecido como institucionalização, se configurando como uma das principais estratégias históricas de exclusão das subjetividades: o manicômio. O primeiro passo para o tratamento, segundo Pinel, é o isolamento, o que originou justamente o "processo de institucionalização"

(AMARANTE, 2007). O processo de institucionalização ocorria ao mesmo tempo em que a revolução francesa tomava seu percurso, logo, Amarante (2007) aborda o emblema de dois movimentos que ocorriam paralelamente, de uma forma paradoxal, enquanto a revolução prezava pela cidadania e liberdade de um sistema absolutista, o processo de institucionalização apoiava um sistema em que os sujeitos considerados alienados, estariam tão distantes de uma razão e, portanto, não eram dignos de seus direitos enquanto cidadãos.

Já no Brasil do século XIX, a loucura passou a ser vista como um conflito com a ordem social. Inicialmente, as instituições religiosas, como as casas de misericórdia, benzedores e hospitais, cuidavam dos loucos. No entanto, eles foram gradualmente isolados nos porões das Santas Casas de Misericórdia. O primeiro Manicômio Judiciário surgiu no Rio de Janeiro para abrigar os loucos criminosos, sendo uma combinação de prisão e manicômio (CETOLIN, 2011). Os porões não proporcionavam condições de higiene, cuidados físicos e tratamentos morais adequados, levando à criação dos hospícios como espaços supostamente terapêuticos. Em 1852, foi estabelecido o primeiro hospício do Brasil, seguindo o modelo francês de Pinel e Esquirol, chamado Hospício de Pedro II. Inicialmente, a influência religiosa era predominante, mas com a República, o discurso médico-psiquiátrico assumiu seu lugar. O Brasil seguiu um processo semelhante ao da Europa, acreditando que o isolamento do louco, reconhecido como doente mental, seria justificado para possibilitar intervenção terapêutica e separá-lo dos principais motivos de sua doença: a família e o ambiente externo (BATISTA, 2014).

Cetolin (2011) destaca ainda a influência das teorias de racionalidade de Descartes, na percepção da sociedade em relação à loucura. Descartes acreditava que a racionalidade era constituída pela dúvida, o que consistiria no homem não confiar em seus sentidos. Afirmar que o ato de duvidar de seus próprios pensamentos resultaria no ato de pensar e que seria justamente o pensar que configura a existência do homem. Segundo Cetolin (2011), este discurso colabora com a ideia de oposição entre razão e loucura, deslegitimando os “loucos” como seres pensantes e contribuindo com uma justificativa para exclusão desses sujeitos.

Lobosque (2001) discorre sobre importantes movimentos críticos que tiveram impacto na reforma do modelo psiquiátrico. As primeiras reformas consolidadas da psiquiatria surgiram a partir das reflexões originadas após a Segunda Guerra, a qual voltou o olhar para a semelhança dos asilos com os campos de concentração e a falta de solidariedade, respeito e

empatia nas instituições psiquiátricas. Com isso, a autora ressalta, por exemplo, a experiência de Bion, na Inglaterra pós guerra, onde foram criados grupos psicoterápicos. Posteriormente, no início dos anos 50 há a análise institucional francesa, que compartilhava o ideal de "tratar o doente pela instituição e tratar a instituição como doente" (LOBOSQUE, 2011, p. 13). E no mesmo período foram criadas comunidades terapêuticas na Inglaterra². Estes movimentos foram de grande importância para a substituição do modelo manicomial, por terem voltado a atenção à insuficiência dos laços e por buscarem recuperar o empobrecimento subjetivo através das relações de grupo. Todavia, para Lobosque (2011), partir do pressuposto de que a instituição está doente e que os grupos internos são a base da socialização daqueles sujeitos, contribui com a ideia de que "o lugar do louco é na instituição e não na cultura" (p.18).

O segundo marco da reforma psiquiátrica ocorreu com o desenvolvimento da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Preventiva, que buscavam reformular gradualmente o modelo hospitalar, abandonando a centralidade no hospital e o processo de institucionalização. Em vez disso, foram estabelecidos serviços de cuidado terapêutico, como centros de assistência social e hospitais-dia, nos quais os pacientes participavam de oficinas e outras atividades terapêuticas sem a necessidade de residir na instituição. Surgiram também os movimentos antipsiquiatria, que questionavam o conceito de doença mental do modelo médico e criticavam o isolamento dos pacientes, defendendo o reconhecimento e a valorização das suas experiências. No entanto, a criação de serviços complementares aos hospitais psiquiátricos não é suficiente para reverter a exclusão social e o silenciamento da subjetividade. É necessário substituir drasticamente esse modelo manicomial por outro totalmente diferente (LOBOSQUE, 2001).

De acordo com Amarante (2007), na Itália dos anos 70, surgiu o movimento da Psiquiatria Democrática liderado por Franco Basaglia. Basaglia percebeu que as instituições

² De acordo com Amarante (2007), as comunidades terapêuticas inglesas foram um dos primeiros movimentos da reforma psiquiátrica, estas defendiam que havia uma falha na gestão das instituições psiquiátricas e que a solução seria criar modificações dentro da gestão das instituições. Apesar de uma maior inserção do sujeito nas práticas cotidianas hospital, as comunidades continuaram com o caráter institucional. Já no Brasil, apesar do mesmo nome, as CTs não são serviços de saúde, e sim instituições supostamente filantrópicas, geralmente se encontram em locais rurais e tem um foco mais voltado para indivíduos sob o uso abusivo de drogas. Damas (2013) afirma que a metodologia empregada na tentativa de tratamento da dependência química é pautada principalmente no modelo biomédico e assistencialista, em muitas situações tem influências do modelo religioso e espiritual em suas abordagens, assim como muitas vezes utilizam práticas laborais como base do suposto tratamento.

psiquiátricas se assemelhavam a prisões e propôs uma reforma no modelo hospitalar, mas logo percebeu que isso não seria suficiente. Ele defendia uma ruptura completa com a dinâmica manicomial, exigindo uma reformulação dos fundamentos teóricos, legislativos e sociais que regiam a institucionalização. Como substitutos aos hospitais psiquiátricos, foram criados os Centros de Saúde Mental (CSM), baseados na psiquiatria de setor, que ofereciam cuidado abrangente em cada região. Esses centros não apenas forneciam suporte aos indivíduos, mas também buscavam reconstruir a visão da sociedade sobre o sofrimento mental, afastando-se das noções de incapacidade, privação de razão e periculosidade que prevaleciam desde a época de Pinel. Esse processo ficou conhecido como desinstitucionalização.

No Brasil, apenas a partir do fim da ditadura militar, nos anos 70, com a revisão das questões democráticas, que deu-se espaço à luta antimanicomial. Com isso, alguns trabalhadores de saúde mental se uniram frente a novas propostas de reformas ao modelo psiquiátrico.

No ano de 1987, a partir da atuação do movimento dos trabalhadores em saúde mental, foi gerado o lema, utilizado até hoje: “por uma sociedade sem manicômios”, dando origem à luta antimanicomial no Brasil. Nos anos 80 houve a reforma sanitária, com uma responsabilização maior do Estado em relação à saúde, neste momento foram criadas diversas diretrizes importantes e deu-se origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em sequência, nos anos 90, foram eleitas prefeituras que tinham o foco na democracia e cidadania. Após essas influências, houve uma grande reforma em um hospital psiquiátrico em Santos, que foi o pioneiro a evocar mudanças voltadas para os direitos humanos e implementação de propostas muito mais humanizadas, servindo como um primeiro exemplo de desinstitucionalização no Brasil (LOBOSQUE, 2001)

Em dezembro de 1987 ocorreu o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, São Paulo. Esta conferência abordou alguns temas importantes a respeito da saúde mental no Brasil como "Economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental, e Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental." (NARDI; RAMMINGER, 2007, p. 683) Este congresso foi reconhecido como a primeira manifestação pública no Brasil em prol da extinção dos manicômios. Em seguida, em dezembro de 1992,

houve a II Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual se deu logo após a implementação do SUS - sua efetivação foi alvo de atenção na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 - esta segunda conferência serviu como base para as legislações posteriores a respeito de uma reformulação do modelo de saúde mental. Os principais temas debatidos foram: " Rede de atenção em Saúde Mental; Transformação e cumprimento de leis; Direito à atenção e Direito à cidadania". (NARDI; RAMMINGER, 2007, p. 683).

A partir das influências teóricas e dos movimentos antimanicomiais no Brasil, especialmente inspirados na proposta italiana de desinstitucionalização, foi implementada a lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei Paulo Delgado. Esta apresentou o intuito de reorientar o modelo de atenção em saúde mental e garantir os direitos dos sujeitos com transtornos mentais (CETOLIN, 2011). A partir de então o Brasil vem reorientando o cuidado em saúde mental, apesar de ainda existirem instituições dentro da lógica manicomial, hoje o país detém recursos mais humanizados e voltados para uma emancipação do sujeito para que haja uma inserção na cultura.

Franco et al. (2014) ressaltam que o cuidado em saúde não pode ser baseado em apenas um instrumento ou uma equipe de saúde, pela alta complexidade envolvida no processo. Portanto, devido a demanda de diversas áreas do saber, assim como os diferentes atores sociais envolvidos no cuidado com a saúde, há uma necessidade de um cuidado interdisciplinar. Dito isso, a descentralização da saúde foi um dos primeiros movimentos no Brasil para a formação de redes de cuidado.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um conjunto de diferentes serviços comunitários, os quais são articulados com o território, com uma matriz interdisciplinar, prestando assistência integral para diversas demandas (FRANCO et al. 2014). Portanto abrange um cuidado psicossocial articulado com a atenção básica, hospitais, ambulatórios, apoio a emergências, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação, dentre outros. Dentro da RAPS, existem os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Alves (2001, apud FRANCO et al., 2014) afirma que os CAPS são considerados como um dos dispositivos mais eficazes em oposição ao modelo manicomial. Esses centros foram criados inseridos no território, de uma forma que dialogue com a cultura, lidando com as dificuldades e potencialidades dos usuários daquela região. Eles articulam o cuidado em saúde mental com diversos profissionais e/ou outros serviços de cuidado.

A partir do que foi discutido neste tópico, é possível concluir que desde a Idade Média a exclusão social de sujeitos em sofrimento psíquico percorreu uma complexa trajetória. Atualmente, existem notáveis avanços resultantes da luta antimanicomial, porém, é importante ressaltar que essa luta está longe do fim. Além das dificuldades enfrentadas pelos serviços de atendimento à saúde mental e a permanência de instituições com cunho manicomial, ainda há muita falta de conhecimento da população a respeito das experiências subjetivas das pessoas em sofrimento psíquico e, portanto, uma falta de inclusão destes na cultura.

1.2. ESTIGMAS, PRECONCEITOS E SEUS IMPACTOS

A partir do percurso histórico percorrido anteriormente, o presente tópico vai discutir sobre as dificuldades ainda presentes na inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico grave, com enfoque nos preconceitos e estigmas, além de analisar seus impactos nas vivências desses sujeitos.

O presente estudo utiliza o termo “sofrimento psíquico grave”, a partir da definição proposta por Costa (2013), a qual se refere a um quadro amplo e complexo, a fim de entender a angústia do sofrimento psíquico para além das definições sintomatológicas. Portanto considera a subjetividade e experiência individual, evitando generalizações das classificações tradicionais. O autor define o sofrimento psíquico grave como:

Modo de estar no mundo, fenômeno existencial humano – de cunho interno, relacional e dinâmico – permeado pela vivência de angústia (COSTA, 2010). Nessa perspectiva, a angústia surge como dimensão central, já que o indicativo grave refere-se à intensidade do sofrimento existencialmente e subjetivamente, e não enquanto conjunto de sinais e sintomas previamente definidos por construtos fixos (BRAGA; COSTA, 2013, p. 548).

O sofrimento psíquico, especialmente quando adjetivado de grave, carrega ainda hoje muitos estigmas diante da sociedade. Tais estigmas estão presentes desde a Idade Média e, apesar das suas várias modificações, perduram até os dias atuais. Goffman (2004) explica que a sociedade categoriza os indivíduos conforme os seus atributos, criando um “padrão de normalidade”, excluindo socialmente todos que não pertençam a este padrão.

A partir desse padrão de normalidade imposto, a ampla patologização do sofrimento psíquico grave, assim como a sua redução a categorias nosológicas e a associação com a criminologia, leva a um grande processo de estigmatização, o qual contribuiu para o isolamento social dos sujeitos. A palavra "estigma" foi definida por Goffman (2004) como signos corporais que carregam um status moral. Antigamente, entre os gregos, o estigma era literalmente uma marca no corpo, podendo ser um corte ou queimadura, com o intuito de alertar a sociedade a evitarem esses sujeitos, compostos principalmente por escravos, criminosos e traidores.

Atualmente o "estigma" está relacionado a uma identidade deteriorada por uma ação social. A sociedade acaba categorizando as pessoas de acordo com seus atributos, contribuindo para a construção de padrões sociais que, caso não sejam seguidos, há uma exclusão social. Queiroz (2002) defende que “no caso do Brasil o fenômeno da exclusão social encontra-se encaixado na sua própria história” (p. 195) e explica que a sua manutenção é justificada principalmente pela ausência de um espaço público de iguais, o qual é impossibilitado devido a relações sociais excludentes.

Bruck et al. (2015) trazem algumas consequências dessa falta de um espaço social em consequência aos estigmas como diminuição da confiança, tanto em si quanto nos outros; baixa autoestima e uma piora na qualidade de vida. Portanto enfatiza que apenas a criação de leis não é o suficiente para uma mudança eficaz na vida desses sujeitos, é preciso uma mudança na percepção, ideológica e prática. Já Melo (2005) vai afirmar que a partir da ausência de vínculos positivos, autonomia e a presença de discriminações e desordens, os sujeitos acabam internalizando tais violências e podem acabar realizando uma reação às agressividades das experiências estigmatizantes sofridas com os outros e consigo próprio. Isto gera um maior afastamento social se transformando em um ciclo. Em suma, muitos indivíduos estigmatizados apresentam dificuldades para lidar com o meio social, por terem recebido apenas desafeto e hostilidade.

Conforme o que foi discutido acima, desde a Idade Média, ainda que com várias nuances ao longo dos séculos, a loucura é estigmatizada e alvo de muitos preconceitos. Então o que seria a “sanidade”? Phillipe (2008) traz a reflexão de que a ideia de sanidade é advinda de um campo de princípios e preconceitos a respeito de um ideal de conduta e vivência, que refletiria a um suposto bem estar. Ele ressalta a presença de um certo sentimento de alívio

porque há um grupo que é supostamente capaz de discernir o certo e errado, o bom e o mal, pessoas detentoras de responsabilidades e comprometimento com a realidade. Goffman (2004) contribui com essa ideia ao afirmar que os estigmatizados são de grande importância para os considerados “normais”, por representarem um desvio, os mantendo em uma posição privilegiada no contexto social.

Os principais desafios no campo da saúde mental estão ligados a desconstrução dos preconceitos e estigmas relacionados ao sofrimento psíquico, portanto Bezerra e Aguiar (2019) afirmam que para cultivar uma maior valorização de um tratamento humanizado, evidenciando a importância do cuidado, é necessário compreender como que a percepção deste sofrimento vem sendo construída culturalmente, assim como a percepção da exclusão social.

Demo (2002), em o “Charme da Exclusão social”, critica a limitação de recursos assistencialistas como tentativa de tratar as questões da exclusão social. A partir disso, ele afirma que os teóricos brasileiros colocam os fatores econômicos como o principal motivo da exclusão social. Contudo, existem aspectos além do material na noção de pobreza humana. Demo (2006) afirma que a o senso comum está habituado a definir a pobreza no campo do *ter*, portanto faz parte do campo da pobreza quem não tem recursos materiais, como dinheiro, emprego, moradia, renda, alimentação, etc. porém a pobreza não se restringe a este campo, ela abrange também o campo do *ser*. “Mais drástico do que não ter mínimos materiais para sobreviver é não ser nada na vida” (p. 25-26).

O autor rebate que para além da carência material, a exclusão social tem em seu âmago a pobreza política. Atualmente se reconhece cada vez mais que por trás da pobreza há a questão da desigualdade social, portanto para compreendê-la é preciso reconhecer que se trata de uma questão relacionada à dinâmica política. A desigualdade se relaciona principalmente com a dinâmica de minorias favorecidas e majorias que sustentam seus privilégios. Portanto o autor afirma que a sociedade disputa muito mais por benefícios, poder, privilégios, garantias, oportunidades e etc. do que apenas por bens materiais. Dito isso, para lidar com o emblema da pobreza política é indispensável reinventar a cidadania do excluído.

A partir do histórico de exclusão do sujeito em sofrimento psíquico grave, além da sua associação ao fator de periculosidade, é de suma importância evidenciar o impacto de tal exclusão na saúde mental desses indivíduos, assim como ampliar o paradigma de atenção

psicossocial, que consiste em uma compreensão subjetiva, social e política a respeito dessa forma de sofrimento, uma visão para além dos conceitos biomédicos, respeitando as expressões individuais e contextualizadas (SHIMOGUIRI, 2019).

1.3. BUSCANDO GARANTIR O LUGAR DO SUJEITO NA CULTURA

A partir dos dados bibliográficos levantados por Parra et al. (2012) e informações debatidas no tópico anterior, percebemos que a exclusão social acarreta muito sofrimento nas pessoas que são vítimas desta, por não serem consideradas parte do padrão imposto. Muitos fatores influenciam essa exclusão como classe, posição social, mídia, cultura, religião, estigmas, dentre muitos outros. Os autores afirmam que a inclusão social é dever do governo e que esta deve estar presente nos campos educacionais, esportivos, de acessibilidade, lazer, no trabalho, dentre muitos outros, o que acaba sendo bastante precário na realidade brasileira (PARRA et al., 2012). Para que esta inclusão social seja feita de forma efetiva é preciso considerar a dimensão subjetiva na experiência de cada um, assim como suas relações com o meio social e político.

Lobosque (2001) vai destacar a dimensão da subjetividade presente nas experiências dos sujeitos, assim como evidenciar sua presença no campo da luta política. Para a autora, a subjetividade rege a cada corpo, às marcas específicas de cada sujeito, assim como cada história, ela também se relaciona com “alguma coisa em nós não coincide com o que parece estar dado em nós mesmos; alguma coisa em cada um de nós não se conforma, não se adapta ao que é” (LOBOSQUE, 2001, p. 20). Portanto, há de se levar em consideração a experiência subjetiva de cada sujeito, tal experiência carrega em seu cerne a dimensão do social, da cultura, da família, da arte, linguagem e da política.

Lobosque (2001) vai denominar de exclusão da subjetividade toda forma de negação e desconsideração com a experiência subjetiva de cada pessoa, como é o caso de uma redução de um indivíduo aos atributos de uma patologia ou até de uma concepção deturpada de loucura e inaptidão. Para a autora, a sociedade é desestimulada a produzir novos sentidos ou questionar os ali presentes, portanto acabam classificando um sofrimento existencial enquanto doença e silenciando o sujeito ali presente. A partir disso, o ponto principal para o movimento antimanicomial e sua presença na cultura é o reconhecimento das experiências do sofrimento psíquico, sustentando a possibilidade do sujeito.

Parra et al. (2012) criticam que o ideal não é o sujeito ter que se adaptar aos padrões de normalidade da sociedade, e sim a sociedade que deve incluir e se adaptar às particularidades de cada um. Com isto, a presença de assistências em saúde e serviços sociais ativos é imprescindível para uma inclusão social.

A partir de tudo que foi discutido anteriormente, frente ao desamparo, exclusão da subjetividade, violência, dentre outros fatores ainda presentes em alguns serviços de saúde mental, Resende (2020) faz um apelo à importância do investimento nas redes de atenção psicossocial (RAPS). Redes estas, conforme apresentamos no capítulo anterior, que são territoriais e prezam pelo enriquecimento dos laços sociais e afetivos dos sujeitos, apresentando uma noção emancipatória e não de dependência ao serviço. A autora afirma que os serviços e programas que compõem a RAPS, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), têm um papel muito importante no cuidado integral com a saúde mental. A atuação desses serviços de saúde se baseia em uma integração com o território do indivíduo, acolhendo-o e incentivando sua autonomia.

Sáimos de um modelo de “tratamento” em saúde mental institucionalista, com seu cerne na exclusão social, isolamento e maus tratos para uma presença política frente a uma reforma deste modelo, baseada em princípios antimanicomiais. A partir disto, Guerra (2004) aborda a construção do importante conceito de *reabilitação psicossocial*, o qual passou por algumas facetas. Muitos modelos de tratamento priorizam a participação do sujeito e não a sua autonomia. Atualmente a reabilitação psicossocial não é utilizada apenas como uma ferramenta isolada e voltada para dentro da instituição, mas apresenta sua base em princípios éticos e políticos com o objetivo de restaurar o direito de cidadania de todos os sujeitos. Benetton (1996, apud GUERRA, 2004) questiona o prefixo “re” em reabilitação, por reforçar a ideia de que a pessoa voltará a ser quem era antes ou integrará em um padrão de normalidade, sendo que desta forma ela nunca será considerada como apta e ficará sendo exposta a inúmeras intervenções invasivas.

O direito de cidadania tem que estar presente no tratamento em saúde mental, partindo de uma lógica emancipadora, ou seja, que articule as particularidades de cada um com seu território, laços sociais e com a política, onde o objetivo principal é fazer com que o sujeito alcance autonomia e não uma dependência do serviço. Guerra (2004) ressalta em seus estudos que a reabilitação em saúde mental não se difere do tratamento, pois o próprio

tratamento é voltado e construído para uma reabilitação, ao contrário de ser algo que só é conquistado quando o sujeito está “tratado”. Lobosque (2001) afirma que o tratamento só é eficaz quando faz sentido para aquele sujeito e não deve ser dado como forma de passar o tempo, sem propósitos específicos para aquela pessoa.

A exclusão social enfrentada por pessoas em sofrimento psíquico grave está enraizada nos estigmas presentes na cultura, limitando seu espaço e contribuindo para a marginalização. Esses estigmas geram isolamento, discriminação e dificuldades no acesso a tratamentos adequados e oportunidades de reintegração na sociedade. Além disso, a percepção equivocada de periculosidade associada a esses indivíduos dá continuidade à trajetória da exclusão social.

2. MITO DA PERICULOSIDADE

No capítulo anterior foi possível percorrer pela história da exclusão social de sujeitos em sofrimento psíquico grave, pontuando certos estigmas e preconceitos que foram criados e cultuados e evidenciando seus impactos nos sujeitos e em seu lugar social. A partir disso, foi possível entender a importância da inclusão social e como podemos/devemos garantir o lugar de cada sujeito na cultura.

Posto isso, o presente capítulo irá introduzir o conceito de periculosidade, pontuando seus primeiros sinais até sua presença no campo da saúde mental na contemporaneidade, levando a discussão para enxergar além do ato delituoso e aprofundando a reflexão sobre a exclusão social. A partir disso, buscamos compreender e desmistificar a crise e a forma como esta é percebida socialmente.

2.1. BREVE HISTÓRIA DO CONCEITO DE PERICULOSIDADE

A partir da trajetória histórica da exclusão social relacionada ao campo da saúde mental, que foi debatida no capítulo anterior, foi possível constatar que a experiência de um sujeito em sofrimento psíquico é muito marcada por preconceitos e estigmas, preconceitos esses que privam essas pessoas de seus lugares de direito na sociedade. Dito isso, agora será discutido um preconceito específico presente na sociedade: o mito da periculosidade. Ao conceituar periculosidade, Caetano (2018) afirma:

Quando apontam a periculosidade como potência, capacidade ou aptidão para causar danos (Soler), probabilidade de delinquir (Grispigni), tendência para o crime (Asúa), ou, em sentido absolutamente diverso e até obtuso, como simples efeito psicológico do próprio crime (Rocco), os conceitos pouco ou quase nada dizem, pois levam à inafastável conclusão de que qualquer indivíduo carregaria consigo a periculosidade. Sob tais formulações conceituais, absolutamente precárias, todas as pessoas poderiam ser identificadas como perigosas, por carregarem de forma latente um ou outro daqueles atributos, senão todos, apontados como sendo característicos da periculosidade (CAETANO, 2018, p. 60).

A partir da revisão do código penal em 1984, somente as pessoas que são declaradas inimputáveis ou semi-imputáveis, portanto consideradas legalmente incapazes de serem responsabilizadas criminalmente por suas ações por motivo de doença ou distúrbio mental (segundo o artigo 26 do CP) não estão sujeitas à presunção de culpa. Portanto, devem ser

submetidas a um tratamento, através de uma medida de segurança. No direito penal brasileiro, as medidas de segurança são destinadas exclusivamente a essas duas categorias (conforme o artigo 97 do CP). Neste sentido, para o campo penal, a periculosidade é algo exclusivo do campo da saúde mental. Para ser considerado como um indivíduo perigoso, de acordo com a legislação brasileira, deve haver a relação entre transtornos mentais e o cometimento de uma infração penal. Portanto, para o código penal, o sofrimento psíquico apenas não é razão para tornar alguém perigoso, logo a periculosidade é uma combinação de ambos os fatores.

A partir da noção do termo periculosidade e da sua representação social e política, Barros-Brisset (2011) aborda que, através de suas experiências no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), percebeu que a ideia de loucura perigosa está muito intrínseca na sociedade. Argumenta que isto era algo que já vinha sendo cultivado antes mesmo do início da psiquiatria como ciência.

Segunda a autora, a partir do século XIX, o foco da psiquiatria surgiu como uma necessidade de determinar certo poder de influência sobre o conhecimento humano, com o objetivo principal de cura das “doenças” mentais, para alcançar um controle e higiene social. Dentro desta lógica, os criminosos ganharam uma nova atenção a fim de compreender os aspectos envolvidos que influenciavam nos atos criminosos, impactando na compreensão da pena (Barros-Brisset, 2011).

Barros-Brisset (2011) destaca as teorias de Esquirol e Morel na construção histórica da ideia de “louco infrator”. Esquirol, em 1838, com a sua teoria de Monomania Homicida, afirma ser possível analisar algumas formas de loucura que apresentam sintomas voltados para uma desordem ética e moral, a qual teria uma maior chance de resultar em crimes cometidos por aquele sujeito. A monomania se referiria a uma espécie de lapso mental, onde o sujeito, diante de muitos atos normais, poderia ter um afastamento de sua consciência “saudável” durante a execução de um crime e posteriormente recuperaria a consciência. Com isso, dificulta que este seja julgado pelo crime, por não ter entendimento sobre tal. Ele classificou dois tipos de monomanias: uma em que o sujeito por um momento se afastaria de suas emoções, mas permaneceria racional e outra em que as vontades e impulsos do sujeito teriam comprometido sua razão.

Segundo Cetolin (2011) a teoria de Esquirol contribuiu com a associação da loucura com a imprevisibilidade, reforçando a imagem do louco perigoso. Outro autor foi Morel, o

qual definiu 3 estágios de classificação do louco infrator, a partir de um profundo estudo a respeito da sua vida, familiar, relações, desenvolvimento e etc. com o intuito de definir a degeneração moral presente naquele sujeito. A autora aborda que a teoria de Morel contribuiu com o processo de categorização e estereotipização da loucura. Por mais que tenha trazido em seus estudos a importância de um aprofundamento maior nos aspectos da vida daquele sujeito e suas individualidades, a sua intenção com isso era voltada para uma avaliação daquele sujeito, com o viés de tentar prever e controlar os aspectos precedentes e não voltado para uma busca do bem estar e em um atendimento apropriado ao sujeito em questão. *Essas teorias estão na base da construção no mito da periculosidade, ou seja, na crença de uma predisposição do sujeito em sofrimento psíquico em cometer crimes e/ou atos de agressividade.*

Segundo Mathes & Mitjavila (2012), a união da loucura e criminalidade ganha mais força com a chegada dos ideais de Cesare Lombroso, o qual foi considerado o pai da criminologia e da antropologia criminal. Lombroso vai estabelecer uma relação biológica aos atos delituosos, ao se basear nos conceitos de “degenerescência” de Morel e ao observar algumas semelhanças físicas entre indivíduos, considerados por ele, como delinquentes. A partir de seus estudos vai dividir os criminosos em cinco categorias: o criminoso nato, o louco moral, o ocasional, o passional e o epilético.

O conceito de criminoso nato consiste na crença de que alguns sujeitos já nascem aptos a cometer algum crime ou violar a ordem social, que isto é algo de sua natureza e uma predisposição. Os “loucos morais” seriam sujeitos que tem seu senso moral precário, portanto, uma dificuldade de discernir o bem do mal, o que contribuiu para uma visão que perdura até os dias atuais, de um louco que não consegue controlar seus impulsos, sendo capaz de cometer atos de grandes riscos nesses lapsos de impulsividade. Em suma, ele considerava o criminoso como um sujeito atávico e divergente dos demais, por sua natureza. Com isso, de acordo com os autores, o cerne do julgamento não está em torno do motivo do crime e sim da predisposição do sujeito a cometê-lo, portanto a pena não seria com o intuito de punir quem cometeu o delito e sim afastá-lo da sociedade, mas com o intuito de higienização (MATHES; MITJAVILA, 2012).

Os autores destacam ainda trabalhos de influência na época no Brasil como o de Raimundo Nina Rodrigues que relaciona o crime e a raça e o de Heitor Carrilho que

acreditava em um “estado degenerativo”, onde muitas vezes o crime era o único sintoma perceptível. Esta crença foi muito utilizada a partir de uma tentativa de justificativa para ações racistas e preconceituosas, visto que seria possível identificar sinais de periculosidade apenas através da aparência ou de um contato superficial (MATHES E MITJAVILA, 2012).

Caetano (2018) discute duas visões distintas sobre a aplicação do direito penal. A Escola Clássica enfatiza o livre-arbítrio do indivíduo como base para a punição, considerando a culpabilidade e a gravidade do delito. Em contraste, a Escola Positiva nega o livre-arbítrio e enfatiza que o crime é resultado de fatores condicionantes, defendendo medidas de segurança preventivas. O positivismo criminológico vê o crime como um sintoma de uma personalidade perigosa e propõe tratamento para evitar reincidência.

Cetolin (2011) aborda que os manicômios judiciários³ foram criados com a intenção de abarcar os sujeitos que estavam em sofrimento psíquico grave e cometiam crimes. Esse processo se deu a partir de uma aproximação da psiquiatria com o sistema penal, os quais tinham que resolver a questão da pena adequada mediante a infração cometida, gerando debates se aquele sujeito tinha consciência do ato criminoso efetuado, para que assim pudesse ser punido de acordo. O que eventualmente contribuiu com a noção de periculosidade voltada ao sofrimento psíquico grave (CETOLIN, 2011).

No Brasil, até o Código Penal de 1890, criminosos considerados loucos ou que enlouqueciam nas prisões eram entregues às suas famílias ou internados em hospitais públicos, caso a segurança dos cidadãos assim o exigisse, com o arbítrio a cargo do juiz. Em 1903, uma lei especial determinou que cada estado deveria construir manicômios judiciários ou anexos especiais para abrigar esses criminosos. Foi nesse contexto que surgiu a Seção Lombroso do Hospício Nacional de Alienados, que se tornaria o embrião do atual Manicômio Judiciário. Somente em 1920 seria lançada a pedra fundamental do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, inaugurado oficialmente em 1921, tornando-se a primeira instituição do gênero no Brasil e na América Latina, sob a direção do médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho (CARRARA, 1998, apud, CAETANO, 2018).

Até 1940, o Brasil não tinha medidas de segurança para inimputáveis, e os chamados de loucos eram encaminhados para famílias ou manicômios, o que ficava a critério do juiz e a

³ No presente estudo, os termos "manicômios judiciários" e "hospitais de custódia" serão utilizados como sinônimos, seguindo a forma como cada autor os emprega.

decisão não cabia à justiça penal. A partir do Código Penal em 1940, os considerados inimputáveis passaram a ser enviados para os manicômios judiciários sob a justificativa de que estariam recebendo tratamento obrigatório. Isto baseado em uma visão do louco/doente irresponsável, cuja periculosidade precisa ser medida e contida. Dessa forma, nasceu o conceito de inimputabilidade atrelado à presunção de periculosidade (art. 26, Brasil, 1940, apud DEMES, 2021).

De acordo com Caetano (2018), o manicômio judiciário é um lugar para o suposto tratamento de pessoas consideradas loucas e perigosas. No entanto, essa instituição é vista como uma prisão que naturaliza práticas violentas e disciplinares em nome da segurança e da contenção desses indivíduos. A suposta periculosidade dessas pessoas é usada para justificar sua exclusão da convivência com o resto da sociedade, por meio de técnicas disciplinares, químicas e de contenção física.

A partir desta união das ciências médicas com o direito, atualmente no Brasil, muitos debates ainda são emergentes a respeito das medidas a serem tomadas diante de crimes que envolvem a saúde mental do infrator, considerando a particularidade de cada caso e a propensão da associação da motivação ao transtorno. O sujeito que for considerado inimputável diante de um crime, seja por causa de seu transtorno mental ou desenvolvimento mental incompleto, é considerado como alguém que não tem consciência da magnitude da gravidade de seus atos e será encaminhado para ambulatórios ou internado em Hospitais de Custódia e Tratamento, nome atual dos antigos manicômios judiciários. Este julgamento é efetuado a partir de um laudo pericial, o qual consta o grau de comprometimento do transtorno apresentado assim como seu nível de periculosidade, a partir disso, na maioria dos casos, o sujeito se torna alvo da medida de segurança pública (CETOLIN, 2011). Caetano (2018) explica que o termo *medida de segurança* é usado para descrever esse “tratamento”, mas não reflete a ideia de atenção à saúde, e sim a exclusão do indivíduo para garantir a “segurança” da sociedade.

O Movimento Antimanicomial tem denunciado há décadas o quadro de horror dos manicômios, incluindo os judiciários. Isso possibilitou importantes avanços no Brasil, como a Lei n.º 10.216 de 6 de abril de 2001 e a formulação de políticas de saúde mental. O que permitiu a criação de uma rede de atenção psicossocial, que engloba serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas,

consultórios de rua e práticas de redução de danos. Esses serviços, que compõem a RAPS, fazem parte de um novo modelo que prioriza o tratamento e acompanhamento psicossocial na atenção à saúde mental. (CAETANO, 2018)

Cetolin (2011) aborda, citando Basaglia e Amarante, que as reformas psiquiátricas no Brasil tiveram repercussões e mudanças muito positivas no sistema da saúde mental. Afirma que essas reformas também impactaram e reformularam em muitos aspectos o âmbito jurídico e social, reconhecendo o sujeito presente no transtorno mental e a importância de seus laços sociais e afetivos. Contudo, também reconhece as carências ainda muito evidentes no campo do cuidado com a saúde mental no Brasil, em processo de transição e enfrentando muitas resistências, especialmente nos últimos anos, além da persistência de serviços manicômiais. Caetano (2018) afirma que ainda há muitas violações de direitos devido à existência de manicômios judiciários, que são instituições asilares e violentas e não oferecem nenhuma assistência médica, psiquiátrica ou psicossocial adequada.

Apesar de vários movimentos terem sido feitos para denunciar as violações de direitos humanos nos manicômios judiciários e incentivar práticas antimanicômiais, pouco progresso foi alcançado. Movimentos como a inspeção realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (2015) fez uma denúncia aos manicômios judiciários, afirmando que esses conseguem combinar de forma intensificada as características de uma instituição manicomial e de uma prisão. É uma instituição que trata dos sujeitos em sofrimento psíquico em conflito com a lei, mas utiliza o aprisionamento como um mecanismo ainda mais opressivo do que um manicômio.

Algumas iniciativas, como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) em Minas Gerais e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) no Goiás, têm sido implementadas, mas a situação continua crítica na maioria dos estados brasileiros (CAETANO, 2018). Atualmente, no ano de 2023, foi estabelecida a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a qual surgiu em oposição aos maus tratos e a disfunção dos manicômios judiciários, também chamados de hospitais de custódia. Essa política luta pelo fim dessas instituições e, portanto, prevê o gradual fechamento dos Hospitais de Custódia até maio do ano de 2024 (CNJ, 2023).

2.2. PARA ALÉM DO ATO DELITUOSO

A partir do que foi debatido no tópico anterior, ao associar o sofrimento psíquico grave a uma "predisposição" para agir de forma agressiva ou quebrar a lei, utiliza-se apenas presunções reducionistas e são excluídos desta análise fatores psicológicos e sócio-políticos de grande relevância. É de extrema importância estudar e analisar o que há por trás destes atos delituosos. Primeiramente, é importante frisar que não há relação comprovada cientificamente entre o sofrimento psíquico grave e ações de delito (OMS, 2001). CRP/PRISME (2023) afirma que além de que o ato de julgar um sujeito como perigoso, considerando apenas um fator isolado e extrínseco a ele, é de grande violência.

Barros-Brisset (2011), em sua obra *Genealogia do conceito de periculosidade*, aborda a reflexão a respeito das crenças e preconceitos direcionadas ao sofrimento psíquico, que já estão tão inerentes e entrelaçados na malha social, que muitas vezes passam despercebidos. A autora gera uma crítica, convidando os interlocutores a pensarem nas razões que facilitam/ram a sociedade associar a loucura com o perigo. Ela parte do pressuposto de que muitos indivíduos podem se alienar, agir com agressividade ou até cometer crimes e que isto não é algo exclusivo da loucura.

Basaglia (2001), com o conceito de objetivação, destaca um processo na psiquiatria de considerar os pacientes como objetos a serem estudados ou controlados, em vez de serem reconhecidos como seres individuais com suas próprias experiências e necessidades. Ele sustentava que os hospitais psiquiátricos representavam instituições opressivas, nas quais os pacientes eram privados de sua liberdade e autonomia, sendo tratados como meros objetos passivos a serem controlados e restringidos. Dessa forma, para o autor, a objetivação na psiquiatria estava associada à negação da humanidade e dignidade dos pacientes, ressaltando a importância de uma abordagem no tratamento de questões de saúde mental que seja mais humanizada e inclusiva.

A objetivação não é uma condição natural do doente, mas sim uma consequência da relação entre o paciente, o médico e a sociedade. Segundo o autor, o questionamento da condição desumana em que o doente mental é colocado está diretamente ligado ao questionamento do psiquiatra, da ciência e da sociedade. A defesa que esses agentes fazem do sistema psiquiátrico se transforma em uma agressão à medida que detêm o poder diante de um

doente já violentado pela família, trabalho e pobreza. Essa defesa aumenta a violência contra o doente (BASAGLIA, 2001)

Basaglia (2001) analisa os diferentes modos de abordar e lidar com o sofrimento psíquico e destaca que o tipo de relação estabelecida com o paciente é uma das maiores questões envolvidas no processo de tratamento. Portanto, é importante determinar qual é essa relação para compreender a maneira como a “doença mental” é vivenciada e tratada. O autor observa que o conceito de doença mental assume significados distintos de acordo com o nível social do paciente. Isso não significa que o sofrimento não exista, mas destaca que as consequências desse sofrimento psíquico variam de acordo com o tipo de abordagem adotada. No caso dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos, as consequências destrutivas e institucionalizadoras não são uma evolução direta da doença, mas sim do tipo de relação que o psiquiatra e a sociedade estabelecem com o paciente.

Segundo Demes (2021) a relação entre direito e psiquiatria tem como foco central o sujeito, incluindo seu modo de ser e se relacionar com os outros. O sujeito é colocado em cena tanto pelas manifestações psíquicas quanto pelas ilegais. No entanto, as diferenças na abordagem e nas bases teóricas de cada área podem levar a diálogos ou dificuldades na comunicação entre elas. Através da crença sobre a doença mental, o criminoso é considerado inerentemente perigoso devido a diagnósticos que por definição comprometem sua capacidade de raciocínio e compreensão da realidade. O direito, fundamentado nos princípios do racionalismo e do positivismo, considerou crucial compreender este indivíduo criminoso e as motivações por trás de seus atos.

Barros-Brisset (2012) afirma que a aproximação do direito com a loucura é marcada por uma “história de presunções ideologicamente justificadas” (p. 121). De acordo com a autora, nós vivemos em uma sociedade que valoriza a ciência como uma religião e trata os diagnósticos médicos como presunção da verdade. Isso leva a práticas que violam os direitos das pessoas em nome da manutenção da ordem pública. A sociedade vê a loucura como um perigo e a psiquiatria é usada para controlar e isolar indivíduos que não se encaixam na norma, em nome do controle social. A autora afirma: “Para o giro de suas engrenagens, o que conta não é o potencial inédito que cada sujeito traz em si, mas o poder amortecido do aparelho discursivo, que, como diria Foucault, sabe fazer uso do fato de que a palavra é a

morte da coisa. Ou seja, nomeiam de louco e matam o ser” (BARROS-BRISSET, 2012, p. 122).

De acordo com Demes (2021), a subjetividade é um aspecto relevante a ser considerado durante a aplicação das medidas de segurança e penas no processo penal. Entretanto, a existência dessa subjetividade no contexto judicial geralmente causa desconforto e reduções, principalmente quando se trata da associação entre loucura e criminalidade.

Como a perícia não presenciou o momento do ato, eles presumem a periculosidade do indivíduo e relacionam o motivo do crime com sua patologia descrita nos manuais de psiquiatria forense. O foco está apenas no momento do crime e na relação entre a condição patológica do indivíduo e seu ato criminoso. Vários laudos de psiquiatras podem ser incluídos no processo, e com base neles, o juiz determinará uma medida de segurança por tempo indeterminado até que a periculosidade do indivíduo seja considerada cessada (BARROS-BRISSET, 2010).

A agressividade é um dos principais fatores relacionados à condição de periculosidade. Contudo, Basaglia traz um adendo a esta noção no campo da saúde mental. Ele afirma que durante as reformas dos manicômios, o paciente começa a se rebelar contra a objetivação imposta pelo médico e a agir de forma mais agressiva. Essa agressividade não é apenas uma expressão da doença, mas uma reação ao fato de serem tratados como não-humanos no hospício. O paciente descobre que tem o direito de viver uma vida humana e isso leva a uma agressividade que pode ser útil para estabelecer uma relação autêntica com o médico. Essa relação de tensão recíproca é necessária para romper os laços de autoridade e tutela que causam a institucionalização (BASAGLIA, 2001).

Barros-Brisset (2010) defende que em vez de presumir a periculosidade do indivíduo, devemos presumir sua sociabilidade desde o início do processo. Essa abordagem permite que, posteriormente, outros laudos possam apresentar diferentes teorias e abordagens que não estejam focadas na periculosidade, mas sim na promoção do convívio social. Isso torna o processo menos assustador e mais favorável para o desenvolvimento de laços sociais. Ao acompanhar o processo, a periculosidade do indivíduo vai diminuindo em cada caso, e dando lugar a uma responsabilidade social, uma sociabilidade adequada e uma vida com novas possibilidades. Cada caso deve ser tratado individualmente, com medidas construídas de acordo com as potencialidades de cada um, sem dispensar a responsabilidade pelo

acontecimento que infringiu a lei. Portanto no campo da atenção psicossocial a direção do tratamento é a inclusão.

Mas o que está para na base destes atos delituosos? CRP/PRISME. (2023) abordaram a dificuldade de usufruir de um tratamento eficaz. Na cartilha “Do mito da periculosidade à presunção de sociabilidade: possibilidades e desafios para a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei no DF” (CRP/PRISME, 2023) são mencionados estudos que comprovam uma falha de assistência a pessoas em sofrimento psíquico grave, antecedente ao ato conflituoso, portanto não houve um amparo por parte das redes de saúde, intensificando uma crise. Esta falta de cuidado e amparo apenas reforça o fardo da institucionalização presente no campo da saúde mental até os dias atuais.

2.3. DESMISTIFICANDO A CRISE

No caso das crises psíquicas, o desarranjo, o desespero, as vozes, visões ou a eclosão psicótica expressam também uma tentativa de cura ou de resolução de problemas e sofrimentos cruciais na vida da pessoa, de um núcleo familiar e comunitário. Em saúde mental os sintomas não necessariamente devem ser suprimidos, muitas vezes eles devem ser acolhidos e suportados – considerando aqui ofertas de suporte adequadas (BRASIL, 2013, p. 101).

O sofrimento psíquico grave muitas vezes é visto na sociedade como um afastamento da razão ou alguma escassez, representada pela falta e pelo déficit. Contudo o sofrimento psíquico, principalmente em momentos de crise, por mais conturbado que ele seja para o sujeito, por muitas vezes romper com o sentido, ele possibilita uma reconstrução deste sentido. Sendo assim, o sofrimento psíquico deve ser valorizado como “experiências legítimas e pensáveis do corpo, da existência e do pensamento” (LOBOSQUE, 2001, p. 22).

O sofrimento psíquico é uma experiência humana que traz questões não apenas para aqueles que o experimentam, mas também para aqueles que não o vivenciaram diretamente. Segundo Lobosque (2001), em vez de impedir a razão de operar, a loucura convida a razão a ir além de seus limites, a buscar novas perspectivas e possibilidades. Ao invés de ser vista como aberração ou como uma falta, as experiências da loucura devem ser reconhecidas como legítimas e capazes de serem pensadas. Embora, em alguns casos, possam ser perturbadoras e causar uma sensação de desconexão com o sentido, o sofrimento psíquico pode proporcionar novas perspectivas e possibilidades para a criação de novos significados.

Basaglia (2001) argumenta que a psiquiatria, a sociedade, a família e as instituições, em sua totalidade, não compreendem a natureza do sofrimento psíquico, o que, muitas vezes, leva a uma abordagem violenta e excludente. Ele vê a exclusão e a violência como a base da sociedade, e argumenta que a crise é, na verdade, uma crise da sociedade como um todo. O sujeito em sofrimento psíquico é constrangido a viver em um mundo problemático e não dialético, enquanto as contradições e violências da realidade são insustentáveis. Essas instituições violentas, segundo ele, apenas acentuam a falta de escolha dos indivíduos em sofrimento psíquico, concedendo-lhe apenas um espaço unidimensional.

Segundo Basaglia (2001), qualquer investigação científica sobre o sofrimento psíquico só é possível depois que todas as superestruturas relacionadas à violência da instituição, da família e da sociedade e suas instituições tenham sido eliminadas dentro da instituição psiquiátrica. Para o autor, o trabalho terapêutico consiste em viver as contradições da realidade de forma dialética. Ao invés de ignorá-las ou adiá-las, é preciso enfrentá-las de forma a compreender as dinâmicas internas. Isso torna o processo terapêutico eficaz. Contudo, a dialética só pode existir quando há alternativas. Nesse caso, uma das saídas encontradas é a fuga através da produção psicótica e refúgio no delírio, onde não há contradições ou dialética (BASAGLIA, 2001).

Passar por uma crise pode causar um forte impacto emocional, devido a um certo rompimento com o sentido. De acordo com Lobosque (2001), após a crise, pode haver uma sensação de vazio, que se manifesta em forma de apatia, automatismo e bloqueio emocional. No entanto, há também uma dimensão de reconstrução, que pode estar na ajuda de amigos, familiares ou profissionais, ou mesmo ao lidar com a situação por conta própria. É possível encontrar explicações para os sentimentos confusos e delírios, recuperar relacionamentos com a família ou buscar novas formas de conexão emocional, como a arte, o trabalho ou a participação em grupos. Em suma, há a possibilidade de criar novos significados e encontrar maneiras de dar sentido à vida, portanto, criar novas produções de sentido.

Demes (2021), a partir do conceito de pulsão de Freud, afirma que o corpo humano é influenciado tanto por fatores biológicos quanto culturais, e essa combinação complexa de elementos afeta a maneira como as pessoas agem e sofrem. O ser humano é formado por uma trama intrincada que envolve tanto a materialidade orgânica quanto os aspectos psicológicos e

sociais, e não é possível separar ou isolar esses elementos uns dos outros. A disposição e a experiência estão profundamente interligadas e são indissociáveis.

Lobosque (2001) convida os leitores a refletirem que algumas pessoas têm vivenciado o sofrimento psíquico em primeira pessoa, sentindo os efeitos em seu próprio corpo, mente e emoções. Outros o conhecem por meio do convívio próximo com amigos ou familiares que passaram por uma crise, enquanto outros ainda têm contato diário em suas profissões. Para a autora, é importante evitar que o contato com o sofrimento psíquico, de qualquer forma, seja marcado por violência, medo, nojo ou autoritarismo, assim como também não é adequado ter uma visão confusa ou piedosa. O contato com o sofrimento psíquico grave deve ser encarado como uma oportunidade de diálogo e compreensão mútua.

Demes (2021) afirma que é possível inferir que, no que diz respeito aos seres humanos, não existem indivíduos inerentemente bons ou maus, e que nem o crime nem a perversidade são características exclusivas de pessoas com algum diagnóstico. Mesmo entre aqueles que são considerados "normais" e responsáveis por suas ações, podemos identificar níveis de agressividade que podem levar a comportamentos que podem ou não ser classificados como criminosos.

Em relação ao comportamento agressivo, Basaglia (2001) aborda uma perspectiva diversificada do senso comum. Somente quando o sujeito em sofrimento psíquico se conscientizar de que foi excluído pela sociedade e assumir a responsabilidade da exclusão, ele poderá superar o vazio emocional que sente há anos. Essa consciência gerará nele uma agressividade que será transformada em ações de contestação contra a realidade que ele nega, não mais por causa de seu sofrimento psíquico, mas porque a realidade é inaceitável para qualquer ser humano. A partir dessa contestação, o sujeito conquistará a sua liberdade, que não será mais vista como um presente do mais forte. Portanto, para ele, o surgimento de certos atos de agressividade demonstra, em muitos casos, uma posição frente às imposições das instituições de violência, como é o caso dos hospitais psiquiátricos, portanto o autor defende a necessidade de sua extinção (BASAGLIA, 2001).

Basaglia (2001) convida o interlocutor a examinar o mundo do medo, da agressão e da marginalização. Ele afirma que se não conseguimos reconhecer que somos nós que constituímos esse mundo, por meio de nossas instituições, regras, princípios, normas e ordens, e se não conseguimos entender que a crise do sofrimento psíquico é também a nossa crise,

então não podemos compreender que estamos contribuindo para o medo e a opressão que os sujeitos em sofrimento psíquico experimentam.

Lobosque (2015) em seu livro *Crise e urgência em saúde mental* enfatiza que ao lidar frente a uma crise ou agitação, é importante agir de forma a evitar o uso de restrições sempre que possível, buscando solucionar a situação dentro do próprio contexto e território em que ocorre. A autora destaca a necessidade de evitar intervenções coercitivas, uma vez que tendem a aumentar a agitação. É fundamental lembrar que não se alcança a tranquilidade de um usuário adotando uma postura dominante que demanda uma submissão. O mais adequado é agir de forma colaborativa para auxiliar a pessoa a acalmar-se por si mesma.

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa apresenta em sua metodologia o caráter qualitativo. A análise qualitativa tem como objetivo uma construção simbólica significativa. Ela considera os contextos simbólicos, as ideologias, assim como os jogos de poderes que circundam o objeto de estudo, trazendo uma análise mais aprofundada, devido a sua maior contextualização. Ela tem como papel principal a interpretação (DEMO, 2001).

Para a realização do estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais das seguintes áreas: policial da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), por trabalhar diretamente na relação entre o campo de saúde mental e penal; profissional do núcleo de custódia, por atuar na área penal, garantindo um cumprimento das condições legais, assim como a saúde integral do sujeito em julgamento e um profissional da área de psiquiatria, a fim de compreender suas concepções e interpretações no que diz respeito ao sofrimento psíquico grave, além de analisar a suas percepções sobre a suposição do mito da periculosidade no campo da saúde mental. Também foi realizada uma entrevista narrativa com um sujeito em recuperação de seu sofrimento psíquico, para que ele possa compartilhar a sua história e perspectiva a respeito do tema que o circunscreve⁴. Os participantes foram escolhidos e contactados a partir da rede social e profissional da pesquisadora. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e foi aprovada através do parecer de número 5.917.941.

⁴ Vale ressaltar que o sujeito entrevistado não passou pelo processo de medida de segurança, portanto a pesquisa visa evidenciar a presença do mito da periculosidade em seu contexto, independente do cometimento de um delito.

Foi utilizada a entrevista semiestruturada como um dos instrumentos de coleta de dados. A entrevista semiestruturada apresenta um roteiro criado previamente, com o intuito de guiar a conversa, para que os tópicos principais sejam abordados e discutidos, contudo esta estrutura se dá de uma forma mais flexível podendo se adaptar durante o decorrer da entrevista (LIMA, 2016). Lima (2016) aborda os benefícios dessa forma de entrevista, por se afastar de um modelo rígido de pergunta e resposta, o qual permite uma maior flexibilidade na conversa, mas também apresenta uma estrutura para garantir que as demandas sejam discutidas. O roteiro encontra-se em anexo ao final do documento.

Já com a pessoa com uma história de sofrimento psíquico foi utilizada a entrevista narrativa como instrumento. A entrevista narrativa, segundo Eduardo Vasconcelos (2006), busca acolher e escutar as diferentes perspectivas e histórias dos participantes entrevistados com mais profundidade, principalmente de pessoas cujas vozes costumam ser oprimidas na sociedade. Vasconcelos (2006) destaca que as entrevistas narrativas se configuram como uma forma de empoderamento a partir do compartilhamento de seu sofrimento e história de recuperação. Essa forma de entrevista contou com perguntas abertas sobre o tema proposto, para que o entrevistado pudesse relatar de sua história de forma fluida e própria. Esse método de entrevista foi considerado como a melhor alternativa para o presente estudo, pelo intuito de abrir espaço para a perspectiva de pessoas estigmatizadas e considerar os seus pontos de vista, ao analisar um fator que os atinge diretamente.

A partir da transcrição do conteúdo da entrevista narrativa, foi realizada a análise da narrativa, sendo esta encaminhada ao entrevistado para sua aprovação prévia e possíveis edições. O roteiro da entrevista é adaptado de Vasconcelos (2006) e está em anexo.

Lima (2016) aborda em seu texto, alguns aspectos necessários para que a entrevista ocorra de forma eficaz, e conseqüentemente sua posterior análise. O pesquisador deve apresentar um papel ativo na tentativa de resgate dos relatos pessoais necessários ao estudo. Para que isso ocorra, um dos principais pontos se encontra na interação entre o entrevistador e o entrevistado. O entrevistador deve promover um ambiente e contexto agradáveis, no qual o entrevistado se sinta confortável, é importante também que o entrevistador tenha ferramentas necessárias para conduzir a entrevista e fortalecer o vínculo entre ambos, a entrevista deve ocorrer de uma forma leve, mais aproximada de um diálogo, na qual o participante não se sinta em um interrogatório, o pesquisador deve ter seus objetivos de pesquisa em mente, para

que ele consiga direcionar o diálogo para o foco de estudo e para que a entrevista não fuja de seu objetivo (LIMA, 2016). Um cuidado necessário na entrevista é evitar de, ao conduzir a entrevista, muitas vezes inocentemente, o entrevistador tende a induzir que o entrevistado apresente respostas que o pesquisador acredita que sejam melhores para sua pesquisa. Outro cuidado necessário é para que não ocorra, ao contrário, que o entrevistado apresente as respostas que ele acredita serem as que o entrevistador deseja ouvir. Caso alguma destas situações ocorra pode resultar em um viés indesejável (LIMA, 2016).

Os conteúdos, obtidos a partir das entrevistas transcritas, foram analisados através da Hermenêutica de Profundidade (DEMO, 2001). Esta forma de análise surge a partir do entendimento que os objetos de investigação social são compostos por um campo sujeito, ou seja, não é apenas um campo estático, a ser observado, mas um amplo território interpretado pelos sujeitos que ali interagem. Portanto, isto é considerado um "campo-sujeito-objeto", pois todos, inclusive o pesquisador, são sujeitos capazes de compreender e interpretar (DEMO, 2001).

Demo (2001), ao apresentar a Hermenêutica de Profundidade, destaca que a análise é realizada em três níveis: análise sócio-histórica; análise formal ou discursiva e reinterpretação. A análise sócio-histórica consiste na consideração do contexto sócio-histórico do elemento analisado, logo este não deve ser analisado separado do contexto onde as formas simbólicas foram produzidas e interpretadas. A análise formal refere-se à estruturação da complexidade do objeto de análise, portanto criar categorias de sentido a partir do que é recorrente, logo que indique algo estrutural, assim como uma análise do diferencial, o que causa estranhamento. Por fim, a reinterpretação, a qual consiste em uma construção de possíveis significados a partir das duas outras etapas de análise e em diálogo com a literatura. Essa construção será composta por um esforço de entendimento do outro, além de um questionamento crítico próprio do pesquisador, ou seja, a interpretação para além do que já está "pré-interpretado", executando uma reconstrução crítica do que está sendo exposto (DEMO, 2001).

4. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS

Neste capítulo será realizada a análise das informações qualitativas produzidas a partir das entrevistas, de acordo com a metodologia da Hermenêutica de Profundidade (Demo, 2012), discutida no capítulo anterior. Será apresentada em primeiro momento a contextualização sócio histórica do assunto trabalhado, ilustrando o contexto no Distrito Federal dos serviços de saúde mental, das redes de atenção ao infrator e uma análise da legislação que rege ambas redes. Na análise formal, em um primeiro momento será apresentada a narrativa de João⁵, um sujeito que está em recuperação de seu sofrimento psíquico. Posteriormente, com base na narrativa e nas entrevistas semiestruturadas com os profissionais, serão apresentadas 5 categorias de sentido construídas a partir das entrevistas. Por fim, a reinterpretação vai destacar resultados significativos presentes nas primeiras etapas, incluindo a perspectiva da autora.

4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA

Através da análise sócio-histórica, é possível compreender de forma mais completa o ambiente em que a pesquisa foi realizada. Essa etapa é uma das principais contribuições da hermenêutica de profundidade, pois reconhecer a importância do contexto sócio-histórico-cultural é fundamental para dar sentido às informações produzidas, já que elas não são independentes do ambiente em que foram geradas (RESENDE, 2020).

A análise sócio-histórica busca reconstituir a história das criações simbólicas, que são construções com significado que requerem interpretação, como ações, discursos e textos. Acredita-se que a história faz parte da explicação do fenômeno, portanto é impossível separá-los. Por meio dessa análise, investigamos a sequência temporal, os contextos de interação social e, principalmente, os fatores que deram origem ao objeto de estudo (DEMO, 2001).

De acordo com Resende (2020), é fundamental incorporar uma abordagem sócio-histórica em estudos relacionados à saúde mental, uma vez que existem duas relações

⁵ Nome fictício, a fim de respeitar o sigilo do entrevistado.

de poder significativas a serem consideradas: a disparidade de classe e a redução da subjetividade a uma suposta "doença mental". Essas relações são responsáveis por perpetuar desigualdades e injustiças no âmbito da saúde mental.

A hermenêutica de profundidade nos ensina que as informações que produzimos não existem isoladamente, mas têm significado quando consideradas dentro do contexto sócio-histórico-cultural em que são geradas. Isso é especialmente importante na produção de conhecimento sobre fenômenos sociais, como na área da saúde mental, seja em teses, dissertações, monografias ou projetos de pesquisa. É fundamental contextualizar como as informações qualitativas foram obtidas, pois isso contribui para a qualidade das pesquisas qualitativas e para a transparência e honestidade do pesquisador em relação à sua posição ideológica. Ao adotarmos uma abordagem sócio-histórica, podemos refletir de forma mais próxima da nossa realidade local e estar comprometidos com a mudança social (DEMO, 2001; RESENDE, 2020).

4.1.1. Redes públicas de atenção à saúde mental no DF

Ao abordar a saúde mental no Distrito Federal, é importante ressaltar a falta de estrutura adequada na rede de serviços de saúde mental. Embora 46 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tenham sido projetados, o DF possui apenas 18 CAPS em funcionamento para atender à população. Dentre esses, há os serviços de CAPSi (Infância Juvenil), CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD II e CAPS AD III. No entanto, devido ao baixo número de CAPS no DF, a demanda por esses serviços continua aumentando significativamente, uma vez que a área de cobertura de cada CAPS é muito maior do que a recomendada pelo Ministério da Saúde (MPSMDF, 2013; BRASIL, 2023; SILVA; CALEGARI, 2018).

Na sua dissertação de mestrado, Zgiet (2010, apud RESENDE, 2020) realizou uma análise profunda sobre os desafios enfrentados na implementação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal. A autora identificou que os principais obstáculos para a efetivação da política de saúde mental, seguindo os princípios da reforma psiquiátrica e da política nacional de saúde mental, estão relacionados a fatores tanto macro quanto microconjunturais. Como:

O desempoderamento do órgão responsável pela gestão da política de saúde mental em nível local; a concentração dos esforços estatais e da demanda sobre o hospital psiquiátrico em detrimento dos serviços substitutivos; a pouca visibilidade das ações

em saúde mental em comparação às outras áreas da saúde; o desconhecimento e desmobilização da população em relação ao tema; a manutenção de práticas segregadoras no hospital psiquiátrico; o pouco incentivo à capacitação dos profissionais por parte da Secretaria de Estado de Saúde; a burocracia excessiva na mobilização de recursos para a implantação de serviços; entre outros (ZGIET, 2010, apud, RESENDE, 2020).

Devido à ênfase do programa governamental de combate ao crack e outras drogas, houve um aumento no número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) modalidade AD implantados em todo o país. No Distrito Federal (DF), a situação foi semelhante, onde dos 17 CAPS existentes, apenas cinco são dedicados ao acompanhamento e cuidado de adultos com transtornos mentais. Isso significa que há um déficit de pelo menos 12 CAPS dessa modalidade, de acordo com os parâmetros populacionais estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MPSMDF, 2013, apud RESENDE, 2020).

Resende (2020) afirma que uma das principais consequências da quantidade insuficiente de CAPS é que a área de abrangência desses serviços no DF é muito maior do que o recomendado pelo Ministério da Saúde, dificultando a capacidade de assumir responsabilidades dentro do território. Essa situação leva a uma perda de eficácia dentro do território, o que é uma das responsabilidades dos CAPS, essencial para o processo de desinstitucionalização. O MPSMDF (2013, apud, RESENDE, 2017) também destaca a falta de profissionais não apenas nos CAPS, mas em todos os serviços de saúde mental no DF, o que torna ainda mais difícil o processo de cuidado como um todo.

A autora reconhece a dificuldade enfrentada no processo efetivo de desinstitucionalização em andamento no Distrito Federal, uma vez que não existem residências terapêuticas disponíveis e o principal recurso para acolher pessoas em crise ainda é um hospital psiquiátrico.

Apesar de a lei distrital nº 975 estabelecer no segundo inciso do terceiro artigo que os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializadas deveriam ser eliminados em um prazo de quatro anos a partir da publicação desta lei, mais de duas décadas depois, esses leitos ainda existem, incluindo a presença de um hospital psiquiátrico. O Hospital São Vicente de Paula (HSVP) é a instituição de saúde mental mais antiga do Distrito Federal e ainda mantém características de um modelo asilar. Embora algumas oficinas terapêuticas sejam realizadas dentro das dependências do hospital, a participação dos pacientes internados ainda é limitada (MPSMDF, 2013, apud RESENDE, 2017).

4.1.2. Redes de atenção ao infrator no DF

Existem duas formas de medida de segurança no Brasil: a internação e o tratamento ambulatorial. No Distrito Federal, a internação ocorre no sistema de custódia e tratamento psiquiátrico, especificamente na Ala de Tratamento Psiquiátrico. Já o tratamento ambulatorial pode ser realizado tanto na rede pública quanto na rede privada de saúde. Conforme o estipulado no Código Penal, pessoas classificadas como inimputáveis ou semi-imputáveis, ou seja, aquelas que possuem total ou parcial incapacidade de compreender a natureza ilegal do ato que cometeram, podem ser submetidas a uma das duas medidas de segurança correspondentes. Se o ato cometido fosse punível com reclusão, a internação seria indicada, enquanto se o ato fosse punível com detenção, o tratamento ambulatorial seria recomendado. O Código Penal, que foi promulgado em 1940, determina que indivíduos com distúrbios mentais que tenham cometido crimes devem ser submetidos a tratamento em vez de punição. Assim, a medida de segurança ou absolvição imprópria é uma sanção que deveria ter como objetivo o tratamento, mas devido à falta de atualização da norma, na prática, ocorre um aprisionamento prolongado que pode se estender indefinidamente (SILVA; CALEGARI, 2018; CAETANO, 2018).

De acordo com os autores, a internação consiste na restrição da liberdade do indivíduo e é realizada em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) ou, na ausência deste, em outro estabelecimento penal apropriado, como a Ala de Tratamento Psiquiátrico que é o caso do Distrito Federal. Já o tratamento ambulatorial ocorre em liberdade e pode ser realizado tanto no HCTP quanto em outro local com instalações médicas adequadas, de acordo com o artigo 101 da Lei de Execução Penal (LEP).

De acordo com Carvalho (2021), no contexto da ATP, todos os indivíduos que estão internados usam um uniforme idêntico e compartilham um espaço de dormitório com outras pessoas, que são denominadas como "celas". Eles têm contato apenas durante as visitas familiares e participam de diversas atividades no local, como trabalho interno, oficinas de arte, música e continuidade da educação. Além dos cuidados oferecidos pela equipe de profissionais de saúde, há também a presença de agentes penitenciários para garantir a segurança e o bom funcionamento do local.

A autora também explica que para iniciar o processo de transição para a liberdade, é necessário conceder ao segurado a desinternação condicional. No sistema de medidas de segurança do Distrito Federal, é adotado um sistema de progressão semelhante ao da execução da pena. Durante o período de internação, o segurado pode receber o benefício de saídas terapêuticas mensais ou quinzenais. Isso ocorre até que sejam cumpridos os requisitos de tempo mínimo e sejam elaborados relatórios ou laudos que comprovem a capacidade da pessoa de reintegrar-se à sociedade. O período de desinternação é estabelecido com um mínimo de um ano, durante o qual o segurado deve cumprir uma série de exigências para obter a extinção da medida de segurança (CARVALHO, 2021).

Demes (2021) afirma que em 1987, o TJDF criou o primeiro serviço psicossocial do órgão. Antes disso, pessoas em cumprimento de medida de segurança do Distrito Federal eram transferidas para manicômios judiciários em outros estados. Até que foi criada a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), dentro do Presídio Feminino do DF (PFDF), por sugestão da equipe multiprofissional. Os inimputáveis são internados na ATP até que a justiça autorize a sua desinternação.

A Lei nº 11.697/2008 estabelece a organização da estrutura da Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. De acordo com o Art. 23, a Vara de Execuções Penais (VEP) é responsável por executar as penas e medidas de segurança impostas no processo criminal, além de outras atribuições. Dentro da Vara do DF, existe a Seção Psicossocial, cujo propósito é auxiliar o Juiz nas decisões relacionadas à execução das penas, considerando aspectos psicossociais. Essa seção acompanha e supervisiona o cumprimento das penas e medidas de segurança, colabora com outros órgãos para facilitar a reintegração do indivíduo à sociedade e fornece informações que embasam as decisões judiciais (TJDFT, 2019, apud CARVALHO, 2021).

Contudo, Demes (2021) afirma que a partir de 2016, mudanças nas políticas de saúde mental e a falta de adesão aos princípios antimanicomiais geraram desgaste entre alguns atores responsáveis pela execução penal, como é o caso da VEP (Vara de Execuções Penais) e a SPSVEP (Setor Psicossocial da VEP da VEP). Apesar das tentativas de diálogo, houve uma redução significativa do número de profissionais na SPSVEP, tornando-os insuficientes para atender a demanda da vara que realiza quase 18 mil execuções.

Caetano (2018) afirma que, ao fazer referência direta ao artigo 88 da LEP, a construção do HCTP segue as diretrizes do projeto arquitetônico da penitenciária, que é destinada aos condenados no regime prisional fechado, o mais rigoroso. Portanto, o HCTP é essencialmente um hospital com celas. Nesse contexto, a principal preocupação não é o tratamento dos pacientes, mas sim sua contenção, em condições tão severas quanto as impostas aos presos comuns sujeitos às punições mais graves estabelecidas pela legislação penal brasileira. O “tratamento” ofertado, o qual não se qualifica quanto tratamento, tem seu caráter apenas medicamentoso e punitivo.

O autor aborda que a legislação estabelece apenas o tempo mínimo para a duração da medida de segurança, mas não há um limite máximo definido. Isso permite que a medida seja prolongada indefinidamente, resultando na longa permanência de indivíduos em manicômios judiciários, em uma clara situação de privação perpétua da liberdade. Isso ocorre devido à relação entre a liberdade e o fim da periculosidade, que requer uma avaliação pericial para declarar explicitamente que o indivíduo submetido à medida de segurança não apresenta mais riscos para a sociedade. No entanto, na prática da psiquiatria forense, a periculosidade está intrinsecamente ligada à noção de loucura, que normalmente não se altera ao longo do tempo. Como resultado, há uma detenção indefinida de pessoas em sofrimento psíquico grave nos manicômios judiciários (CAETANO, 2018).

Apesar das precariedades presentes nas redes de atenção ao infrator, com ênfase na saúde mental, existem programas no Brasil, como o PAILI em Goiás e PAI-PJ em Minas Gerais, que são exemplos interessantes de atendimento a pessoas com transtorno mental que tiveram conflitos com a lei. No PAILI, em Goiás, as pessoas recebem medidas de segurança ou absolvição imprópria, e todo o tratamento é realizado pela Secretaria de Saúde, sem a presença de manicômios judiciários. Érica Quinaglia (2018) em sua entrevista a respeito de seu filme “Absolvição Imprópria” afirma:

“(…) eu conversei com o idealizador desse programa, o Doutor Haroldo Caetano, que aparece no filme, para mostrar um contraponto da Ala de Tratamento Psiquiátrico ou dos manicômios judiciários que existem no Brasil afora. Para a gente ter uma ideia estatística, a reincidência lá é inferior a 5% e é um programa que é assistencial e não custodial, não visa à pena, mas sim ao tratamento. Em outros espaços como o DF, eu não tenho esse dado exato, mas a reincidência é muito alta, talvez superior a 70%. Isso só mostra que, se a gente seguisse a reforma psiquiátrica, se essas pessoas tivessem um efetivo tratamento, não só não ocorreria reincidência como, particularmente para essas pessoas, elas teriam uma qualidade de vida, poderiam ser reinseridas na sociedade, por meio de projetos terapêuticos singulares,

elas teriam resgate de cidadania, que da forma como está constituída medida de segurança, elas não têm” (SILVA, 2018).

O Ministério Público do Estado do Mato Grosso (MPMT) explica que o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) é uma iniciativa do Tribunal de Justiça de Minas Gerais que oferece acompanhamento a indivíduos que sofrem de problemas mentais e cometeram algum crime. O PAI-PJ atua por meio de intervenções determinadas por juízes das varas criminais. Em colaboração com uma equipe multidisciplinar do programa, esses juízes podem definir qual é a medida judicial mais adequada, com o objetivo de efetuar um tratamento articulado com a reintegração social. O programa foi uma iniciativa pioneira, a qual busca encontrar soluções que considerem tanto o cuidado necessário para os indivíduos com sofrimento mental quanto a responsabilidade pelos atos criminais cometidos. Além disso, o PAI-PJ tem como objetivo promover a inserção social dessas pessoas, proporcionando-lhes oportunidades de recuperação e reintegração na comunidade.

Já Caetano (2018) explica que o PAILI iniciou seu funcionamento em 2006 no estado de Goiás, baseado na lei da reforma psiquiátrica 10.216/2001. Desde então o programa já acolheu 589 pessoas. Este programa negligencia a internação de cunho asilar, propondo um tratamento diretamente com a rede de atenção à saúde da secretaria de saúde, priorizando a inserção no território. Ao contrário do PAI-PJ, no programa não há a transferência de pessoas de outras cidades para serem tratadas na capital, pelo contrário, é incentivado que o tratamento seja realizado em articulação com o território de cada sujeito, apenas há uma transferência caso haja a necessidade de algum tratamento específico que não esteja disponível naquele ambiente. A partir do desenvolvimento do PAILI, houve um marco histórico na luta antimanicomial, ao erradicar a internação manicomial em medida de segurança, O estado de Goiás antecedeu a Itália, berço da reforma psiquiátrica, ao declarar tal decisão política.

4.1.3. Legislações

Segundo o Código Penal de 1940, é determinado que indivíduos com transtornos mentais que cometeram atos ilícitos devem receber tratamento em vez de uma pena. Considerando que a lei de reforma psiquiátrica é posterior ao Código Penal, seria esperado que houvesse uma interpretação de que, no caso de pessoas com transtornos mentais, o tratamento fora de hospitais ou prisões seria prioritário, conforme preconizado por essa lei. Apesar da lei ter sido aprovada em 2001, o método predominante continua sendo a internação de acordo com as disposições do Código Penal. A legislação da reforma psiquiátrica estabelece que a internação só deve ocorrer quando todas as alternativas extra hospitalares se mostrarem ineficazes. No entanto, devido à falta de atualização e distanciamento entre a norma e sua aplicação, o que ocorre na prática é a internação, e não em instituições hospitalares, mas sim em instituições prisionais (SILVA; CALEGARI, 2018; CAETANO, 2018).

Como mencionado no capítulo 2, atualmente, no ano de 2023, foi aprovada a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a qual tem como objetivo principal instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Essa política busca promover a implementação da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e da Lei nº 10.216/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico grave.

No âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança, a resolução estabelece diretrizes e procedimentos para assegurar o cumprimento dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico grave. Ela busca eliminar práticas discriminatórias e estigmatizantes, garantindo tratamento adequado e respeito à dignidade dessas pessoas. A resolução reconhece que as pessoas em sofrimento psíquico grave têm direito à igualdade de oportunidades, inclusão social e acesso a serviços de saúde mental de qualidade. Ela enfatiza a importância da promoção da saúde mental, prevenção de violações de direitos, tratamento adequado em ambiente comunitário e o combate à estigmatização e ao isolamento social (CNJ, 2023).

Além disso, a resolução enfatiza a necessidade de capacitação dos profissionais do sistema de justiça, como juízes, promotores e defensores públicos, para lidar de forma adequada e sensível com as questões relacionadas à saúde mental. Também incentiva a articulação entre o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública, os serviços

de saúde mental e outros órgãos e instituições envolvidos na execução das medidas de segurança (CNJ, 2023). Apesar da resolução representar um grande avanço na política antimanicomial, esta tem sido atacada por oposições, as quais são embasadas, principalmente, nos estigmas abordados no tema da presente monografia.

4.2. ANÁLISE FORMAL

Neste capítulo, serão abordados os principais resultados da pesquisa, os quais foram obtidos por meio da análise das informações fornecidas durante as entrevistas narrativas. Além disso, serão discutidos os conteúdos específicos, agrupando-os em categorias de sentido, conforme mencionado no capítulo anterior.

4.2.1 Narrativa de João

O entrevistado se chama João e é um homem de 57 anos, que foi diagnosticado com esquizofrenia durante a sua adolescência, não se recorda exatamente a idade. Afirma que durante a adolescência começou a se identificar como homossexual, porém por não ser algo aceito na época teve que esconder sua sexualidade.

A questão do homossexualismo, né? A mamãe disse assim para mim, “meu filho, você não aceita o fato de você ser homossexual”, primeiro porque eu tenho jeito de hetero né, de homem, me comporto que nem um homem, mas me sentia atraído por homem, então (...) Eu fui percebendo que era uma pessoa invertida. E isso refletia no meu comportamento (...) eu não sabia como agir direito. Porque na minha época havia muito preconceito ainda, né. No passado (...) era tudo enrustido, era tudo escondido, né? (JOÃO, 2023, p.2).

Conta que na adolescência começou a se envolver com certas substâncias, como maconha e álcool, e que isso resultou em suas primeiras crises psicóticas. Diante da sua primeira crise, foi internado em um manicômio público e relata:

Foi quando eles me internaram eu passei uma noite no manicômio público, eu me lembro dessa noite como se fosse ontem, porque quando eu acordei vi um amontoado de gente doida deitada numa cama e um banheiro do lado onde um cara fica fazendo eletrochoque num doidinho em água gelada, me deixou louco, né? Me deixou desesperado (JOÃO, 2023, p. 3).

Relatou ter tido sorte, pois a sua família o tirou no dia seguinte e foi encaminhado a uma clínica psiquiátrica particular, onde passou por um tratamento denominado “Sonoterapia”, explicou: “ah, é tratamento medicamentoso, eu dormia, eu dormi duas

semanas no hospital para ver se eu melhorava, entendeu? Porque senão minha cabeça ia explodir, eu ia desenvolver uma doença violentíssima” (JOÃO, 2023, p. 3).

Na época começou um tratamento com um psicanalista com o qual se identificou profundamente, permanecendo em tratamento por mais alguns anos, inclusive João afirma: “o que segurou a onda foi a psicanálise” (p. 3). Passou a ter o acompanhamento de um enfermeiro em sua residência e afirma ter se identificado bastante com o tratamento, até ter uma recaída e ter que se mudar da casa onde morava e foi morar com seu pai, porém conta que não tinham uma boa relação.

João afirma que sempre teve problemas em sua relação paternal, diz que seu pai era muito rígido, por ser militar, e que não aceitava o seu homossexualismo e envolvimento com substâncias. Diz que seu pai acabou o internando novamente, porém em uma clínica psiquiátrica espírita. A partir dessa internação relatou que começou a negociar sua alta e foi morar com sua mãe, que no momento tinha conseguido arrumar um emprego e morar sozinha.

Após ter se mudado para morar com a sua mãe, acabou se envolvendo com substâncias mais graves, como o crack, e afirma ter tido uma piora nos sintomas, relata: “eu tinha muito surto psicótico porque eu tomava remédio e misturava com bebida no final de semana aí toda segunda-feira, eu tinha um surto.” (p.4) Após quatro meses internado em um hospital dia, João e sua mãe se mudaram para uma cidade pequena no sul.

A partir de então residiu nesta cidade com sua mãe por 15 anos. João afirma que teve que esconder quem realmente era por 15 anos, por se tratar de uma cidade com costumes muito preconceituosos. “(...) porque é uma cidade muito pequena as pessoas têm a cabeça desse tamaninho o (irmão) mesmo falava pra mim "se você se declarar para essas pessoas (...) Se assumir, você vai pensar, porque é cidade pequena mesmo” (João, 2023, p. 5). Portanto teve que esconder sua sexualidade e seu diagnóstico, durante esses quinze anos. Apesar disto, ele conta que foi uma fase mais estável em relação ao seu quadro, principalmente por não ter se envolvido com substâncias ilícitas, contudo, afirma que um dia, diante de uma briga com a sua mãe, acabou perdendo o controle e quase a agrediu. Afirma ter parado antes da possibilidade de uma agressão física e pediu para ser internado novamente. Foi sua quarta e última internação, ficou por dois meses, até ter alta e conhecer uma psiquiatra que acertou seus remédios, diminuindo alguns dos muitos efeitos colaterais experienciados.

Conta que sua mãe sempre o protegeu muito, com o intuito de tutela. Portanto, não queria que ele trabalhasse ou fizesse qualquer coisa que gerasse algum estresse, pois poderia despertar uma crise. Por conta disso, nunca teve tanta autonomia. Até que começou a ser acompanhado por uma terapeuta ocupacional, a qual incentivava que ele arranjasse empregos e o levava para interagir com o seu meio social, diz que ela o incentivava a ir para todos os lugares e que isso o ajudou muito.

Relata ter se convertido nesta cidade, começou a frequentar a igreja e diz ser o único lugar onde não sentia julgamento nem culpa. João contou que nenhum dos seus pais aceitava sua orientação sexual, seu pai reagia de forma violenta e sua mãe investia em encontrar uma cura, pois para ele a doença e a sua sexualidade tinham uma ligação. Diante disso, em seu discurso, afirma que por conta desses 15 anos sem vivenciar sua sexualidade, acabou se tornando heterossexual.

“Eu fui me sentindo cada vez melhor, mas cada vez melhor e nesses 15 anos (na cidade), eu meio que me regenerei. Agora eu passei todo esse tempo sem mexer com o homossexualismo, (...), não sai com ninguém. Então foi tudo uma transição de uma orientação que era homo, eu passei por uma orientação hetero, aí eu comecei a me transformar em hetero” (João, 2023, p. 5).

Em relação ao preconceito por seu diagnóstico afirma que sempre escondeu muito quem era, portanto não era algo de amplo conhecimento onde residia. Afirma ter vivido em uma bolha, sempre muito protegido, principalmente por sua mãe. Afirma: “poque era tudo era tudo enrustido, entendeu? Então para eles só o fato de ser homossexual já era como se eu fosse louco, parecia que eu era louco, então ninguém tinha coragem de lidar com isso” (p. 6). Então para João, isto foi algo que acabou sendo projetado internamente. Ele próprio, demonstrou em sua fala, associar sua condição psíquica à sua sexualidade, algo que é alvo de uma culpabilização, que o acompanha até os dias atuais.

Já a periculosidade, de pronto não sabia seu significado, porém quando lhe foi explicado que seria uma associação preconceituosa do sofrimento psíquico a uma noção de indivíduo perigoso, respondeu “Ué, mas é perigoso? Não entendo o porquê dessa associação.” (p.1). João, desde a apresentação do tema, demonstrou uma incompreensão com o motivo da associação. Durante toda a entrevista se identificou como uma pessoa dócil e que por tanto não compreendia porque associá-lo a um sujeito perigoso.

João viveu a maior parte de sua vida precisando esconder sua sexualidade e seu diagnóstico e, até os dias atuais, carrega um sentimento de culpa em si. Porém foi levado a acreditar que seu sofrimento psíquico era oriundo de suas “promiscuidades”(JOÃO, 2023, p. 2). Apesar de ter sido bastante tutelado pela mãe, atualmente vem investido em sua autonomia cada vez mais. Conta que recentemente se casou e que está muito feliz com a vida que pode construir.

4.2.2 Categorias de Sentido

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com três profissionais⁶ que atuam na área da saúde mental e que tenham relação com o processo penal. A primeira é a Juliana, que é uma psicóloga, com a sua formação voltada para o campo da psicanálise, ela atualmente atua no Núcleo da Audiência de Custódia, na equipe psicossocial no Tribunal de Justiça. O segundo entrevistado é o Alberto, que é graduado em direito e atualmente atua há 10 anos na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) localizada na Penitenciária Feminina do Distrito Federal – PFDF. O terceiro entrevistado é o Rodrigo, formado em medicina, com especialização em psiquiatria, atuou alguns anos no Hospital São Vicente de Paula (HSVP) no DF e atualmente é servidor da secretaria de saúde, portanto atua em um CAPS e em Hospital do DF.

A pesquisadora, por não considerar congruente falar sobre uma área sem considerar o ponto de vista e a experiência de quem realmente vivencia tal realidade debatida, decidiu obter também o relato de uma pessoa com história de sofrimento psíquico grave, em processo de recuperação. Apesar de não ter se envolvido com o sistema penal, o objetivo da entrevista foi considerar seu ponto de vista a respeito do mito da periculosidade a partir de uma noção de causalidade voltada ao diagnóstico. Com essa pessoa foi realizada uma entrevista narrativa, acima apresentada. A partir das entrevistas com os profissionais e da entrevista com o sujeito em processo de recuperação, serão discutidos e analisados os dados obtidos através da construção de categorias de sentido: a) A relação do mito da periculosidade com o sofrimento psíquico grave; b) ATP: tratamento ou prisão?; c) Crenças estigmatizantes; d) Dificuldade de acesso aos direitos básicos de saúde; e) Exclusão social versus reabilitação psicossocial.

⁶ Importante ressaltar que os nomes são fictícios para manter o sigilo das pessoas entrevistadas.

a) A relação do mito da periculosidade com o sofrimento psíquico

A partir do que foi discorrido nos capítulos teóricos, é possível evidenciar os impactos que a associação do sofrimento psíquico a uma suposta condição de periculosidade tem causado até os dias atuais. Barros-Brisset (2011) afirma que a noção de loucura como sendo perigosa já é algo tão intrínseco na sociedade, que essa associação nem sempre é feita de forma consciente, mas vem de um preconceito cultuado desde a Idade Média e que hoje apresenta muitos impactos negativos no sujeito, na cultura, no social, na política e afins.

Cometer um delito uma vez que você seja portador de transtorno mental, você tá fadado a um lugar preconceituoso, um lugar mais desprezado, do que em relação a outras pessoas e o que a gente vê hoje então é que qualquer pessoa está passível de se envolver e de cometer um delito (Juliana, 2023, p. 7).

Caetano (2018) afirma que a periculosidade não advém do sofrimento psíquico grave em si. A periculosidade é uma abstração derivada da norma. Contudo, a associação preconcebida da periculosidade ao sofrimento psíquico grave é algo presente na sociedade, mesmo que o ato de cometer crimes não seja algo exclusivo de uma pessoa com transtorno mental (BARROS-BRISSET, 2011; CAETANO, 2018).

Como foi discutido anteriormente, aos olhos da justiça, um sujeito que cometeu um delito e apresenta um sofrimento psíquico grave deve ser considerado inimputável, por não possuir a princípio capacidade de entender as consequências de seus atos. A partir deste julgamento, ele é encaminhado para uma medida de segurança ao invés da prisão tradicional, por se tratar de um tratamento e não de uma pena.

Para o sujeito ser encaminhado a medida de segurança, há um processo a ser percorrido. Alberto, que atua na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), localizada na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF), explica:

A gente recebe aqui, por exemplo, uma pessoa surtou lá fora e foi presa, aí tem audiência de custódia que é a audiência inaugural né, aí ele é submetido a essa audiência de custódia, se lá a juíza entender “ah, ele tá surtado” e às vezes envia o laudo lá e ele corrobora com a situação, aí a juíza pega e “opa, vamos transferir, cautelarmente, para a ala de tratamento psiquiátrico para ser avaliado” (...) esse preso é submetido por ordem judicial a uma visita ao IML (...) aí esse laudo é juntado no processo de execução e a equipe de saúde também nesse período está avaliando para emitir aquele relatório multiprofissional, e com o relatório multiprofissional e o laudo do IML, a juíza vai decidir, entendeu? (Alberto, 2023, p. 5).

Alberto (2023, p.) também compartilhou a função do laudo gerado no Instituto de Medicina Legal, afirmando “então para isso serve o laudo do IML, para mensurar essa

periculosidade” (p. 5). Isso nos leva a questionar quais critérios são utilizados para avaliar o nível de periculosidade em um indivíduo, principalmente porque este é dado de forma isolada, portanto desconsidera o contexto e a subjetividade de cada sujeito.

A partir de uma breve pesquisa a respeito dos critérios utilizados para a avaliação desta periculosidade, estão entre eles: o diagnóstico; histórico criminal; avaliação de risco, a qual inclui uma avaliação da probabilidade dele cometer atos violentos, considerando a impulsividade, planejamento, falta de empatia e afins; a avaliação também conta com o contexto e circunstâncias do crime e a opinião dos especialistas. (SILVA, 2018)

Em relação à maneira em que é conduzido o exame, Juliana (2023, p. 8) afirma:

A avaliação (...) é feita lá no IML por psiquiatras do quadro, desse setor da polícia, então é a polícia civil que coordena né? E bom, a lei 10.216 botou isso abaixo na verdade, né? Só que no DF infelizmente as medidas de segurança são conduzidas pela visão do Código Penal de 1940, então você vê que é uma lei muito ultrapassada.

Dentro da crítica que Juliana trouxe, Silva (2018) também vai apresentar contradições a essas avaliações principalmente por conta da influência da subjetividade do profissional, pela avaliação ser baseada na interpretação dos profissionais envolvidos. Portanto há uma falta de precisão científica a respeito da avaliação da periculosidade. Outro ponto importante é que a avaliação é realizada no momento do exame, em contrapartida o comportamento humano não é estático e está constantemente em mudança de acordo com o ambiente, contexto, tratamento adequado e outros. Isto dificulta a definição de algo preditivo em relação ao futuro, além do fato de que os laudos se concentram principalmente nas características isoladas do sujeito. Características estas voltadas principalmente ao diagnóstico e histórico criminal, mas não leva em consideração o contexto histórico cultural, como a desigualdade, falta de acesso aos direitos básicos de saúde, pobreza, traumas, acesso limitado a tratamentos e etc. Por fim, o fator dos estigmas e da discriminação, que são fatores estruturais na sociedade, portanto uma redução a avaliação de periculosidade contribui com estigmas e preconceitos em relação a sujeitos em sofrimento psíquico grave (SILVA, 2018).

Em relação aos exames realizados pelo IML, Juliana afirma:

Então aqui infelizmente a gente ainda usa, né? O Tribunal ainda usa esse tipo de exame e esse exame dessa avaliação é muito simplista, muito rápido. Então, muito tempo depois do delito ele costuma acontecer, né? Porque eles são demorados, a justiça não consegue atender de pronto o volume de solicitações, então às vezes você passa alguns anos para poder fazer essa avaliação ou às vezes essa avaliação foi feita há muitos anos atrás e aí o processo começa a ser cumprido, sei lá 5, 10 anos depois.

Está em outra condição de vida, de saúde e de tudo né? Então tem sempre esse lapso temporal muito distante (Juliana, 2023, p. 8).

A fala de Juliana comprova justamente um dos pontos mencionados anteriormente, o tempo entre o exame e o ato. Portanto, como foi discutido, o comportamento humano é dinâmico e mutável, a depender de diversos fatores, entre eles, um tratamento adequado.

Barros-Brisset (2012) afirma que a escrita médica-jurídica tenta criar uma interpretação de forma padronizada, para atender ao interesse público, mas isso acaba por ignorar nuances, ambiguidades e simplificar histórias. O objetivo principal torna-se caracterizar o ato, o fato e a doença em vez de compreender o sujeito. Ao tratar o autor, ou seu ato, de forma causal e voltada unicamente para o psiquismo, o infrator em sofrimento psíquico perde sua subjetividade ao ser rotulado como perigoso e irresponsável, sendo tratado como objeto de estudo e alvo de avaliações. Dito isso, a tipificação do ato delituoso restringe o sujeito no paradigma da periculosidade e nos limites da doença.

Essa restrição ao paradigma da periculosidade não abre espaço para o sujeito ser reconhecido como um sujeito em todas as suas dimensões, restringindo-o apenas a um estigma de louco perigoso. Quando na verdade, muitas vezes o que lhe falta é um tratamento adequado, com uma linha de cuidado complexa e multiprofissional. A importância de um cuidado multidisciplinar é algo presente na fala João (2023), “A mamãe ia me levar nos psiquiatras, nos psicólogos e a terapeuta ocupacional ficava sempre me estimulando” (p.5). Ele também ressaltou os benefícios do tratamento que teve com uma terapeuta ocupacional: “Minha mãe arrumou para mim também uma terapeuta ocupacional. A gente passava muito conversando muito, eu botava minhas ideias em ordem e eu partia para a ação.(...) sabe era sempre tava me botando em movimento.” (p.5). Compartilhou que por conta do incentivo da terapeuta, conseguiu trabalhar em alguns serviços, contribuindo com a sua autonomia

Mathes e Mitjavila (2012) criticam o sistema de exclusão e as bases utilizadas na definição de periculosidade. Eles apontam a associação de fatores nosológicos com o fator de periculosidade e destacam que isso leva a uma tentativa prévia da sociedade de identificação de sinais perigosos, reforçando os preconceitos.

Portanto a associação do sofrimento psíquico a uma condição de periculosidade ainda está muito presente na sociedade, principalmente por fazer parte da crença de muitos profissionais que trabalham na área. Como foi o caso do Alberto que ao ser questionado se o

mesmo acreditava que uma pessoa que estava em sofrimento psíquico acabava sendo perigosa, afirmou:

Uma pessoa nessa situação, com certeza, porque tem pessoas com esquizofrenia, escutando vozes, entendeu? Se você não tiver um tratamento efetivo com psicotrópico aí a pessoa pode, não pela vontade dela, mas por questão de saúde mesmo, pela doença dele, aí mata mesmo, estupradores, entendeu? São várias situações bem complicadas (Alberto, 2023, p. 10).

Há de reconhecer um ponto importante na fala de Alberto, apesar de apresentar ideias estigmatizantes ele ressalta a questão da falta de tratamento. Seu argumento se restringe ao tratamento com psicotrópicos, contudo, conforme discutido no capítulo 2, o tratamento em saúde mental abarca questões biopsicossociais como uma articulação com a rede, para além do tratamento exclusivamente medicamentoso. Contudo ainda há muita carência no acesso aos direitos básicos de saúde no Brasil, isso inclui o campo da saúde mental, o qual enfrenta muitas dificuldades. Então quando um sujeito é considerado inimputável ele é encaminhado para a medida de segurança, a qual tem como objetivo principal o tratamento do sujeito, será que isto é realmente o que este sistema oferece?

b) ATP: tratamento ou prisão?

E aí a gente pensa assim, caramba, né? O cara estuprador, o cara matou a criança com machadinha e eu vou dar um tratamento especial para ele? Assim, de onde vem a doença dele, quais são os possíveis tratamentos que podem ser feitos? Então assim é bem complicado e fica meio que em um limbo mesmo, né? É a minha forma de ver. Então mais uma vez, dessa forma devemos analisar o histórico do paciente e aí, dentro disso, entender se vamos supor que ele teve uma violência e praticou uma violência, né? (Rodrigo, 2023, p. 10).

A fala de Rodrigo traz muitas dúvidas e ideias pré concebidas, as quais são muito recorrentes nos debates a respeito do tratamento em saúde mental. Como dito antes, as pessoas que são encaminhadas para as medidas de segurança são consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis, contudo, vale ressaltar que nem todos os indivíduos que apresentam um diagnóstico serão considerados inimputáveis, cada caso é avaliado individualmente.

Caetano (2018) explica que as medidas de segurança são aplicadas para tratar, neutralizar ou curar o infrator por meio de sua hospitalização, tratamento e reeducação. Em vez de impor uma pena, o objetivo seria fornecer um tratamento com propósitos curativos. Ao contrário da pena, que se baseia na culpa do infrator e no delito cometido no passado, as

medidas de segurança consideram a infração penal como um sintoma de periculosidade e visam a prevenir a prática futura de crimes. O manicômio judiciário, apesar da lei 10.216/2001 e da recente resolução do CNJ⁷, ainda é o local onde essas medidas de segurança são aplicadas, e elas não tem um limite máximo de tempo, podendo ter caráter perpétuo.

A partir disso, Juliana traz sua crítica a esse sistema, afirmando que

Uma grande dificuldade do Judiciário é sair dessa lógica punitiva, né? Por mais que a lei diga que no caso essas pessoas não cumprem pena e sim tratamento obrigatório. Tratamento para a justiça não difere muito de uma prisão, pelo contrário a gente costuma dizer que ele inclusive é uma dupla punição (Juliana, 2023, p. 10).

Diante do que foi abordado por Juliana, há de se questionar a eficácia do tratamento ofertado pela ATP e se este se difere de uma prisão comum. Alberto, que atua na ATP, explica um pouco sobre o seu funcionamento:

Bom, na ATP, vou falar em termos de estrutura né, nós temos duas alas, ala A e ala B. Em média nós temos 140 pacientes, (...) hoje a gente conta com a Unidade Básica de Saúde 16 do Gama que assiste os pacientes aqui da ATP masculina e feminina. Em média são 10 a 14 pacientes por cela, (...) eles ficam soltos durante o dia, têm liberdade de voltar para cela caso queiram dormir, né. Atualmente todos tem cama, as celas possuem chuveiros quente e todos tem colchão, tem assistência material, caso precise (...) eles possuem banho de sol, pela lei de execução penal a LEP, eles têm duas horas de banho de sol então as alas não descem juntas, elas descem em momentos distintos e eles tem essas duas horas de banho de sol. Eles recebem quatro refeições diárias, que é o café da manhã, almoço, jantar e tem o desjejum também, que é uma fruta que eles recebem (Alberto, 2023, p. 2).

Chama atenção na fala de Alberto a questão da quantidade de indivíduos por cela. Isto é um dos fatores criticados por Vitório (2019), a partir da sua experiência no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPF) em Porto Alegre. A autora evidencia que muitas vezes haviam pacientes na mesma cela com graus de compreensão variados, portanto não havia uma comunicação efetiva entre eles, o que os isolava mais ainda. Há de se indagar se 14 pacientes em sofrimento psíquico grave em uma única cela possa ajudar no suposto tratamento. Outro ponto em sua fala que se destaca é quando afirma que atualmente todos têm cama. Isso possibilita o questionamento a respeito dos direitos humanos nestes locais, devido ao fato de ter uma cama ser algo recente e, também, ser apresentado como um benefício, algo que é básico, obrigatório e direito do cidadão.

Outro ponto abordado pela autora é o enfoque punitivo em vez de terapêutico, os relatos de práticas violentas nos manicômios judiciários são muito frequentes, há um abuso de

⁷ A resolução prevê o gradual fechamento dos Hospitais de Custódia até maio do ano de 2024 (CNJ, 2023).

poder por parte de alguns funcionários, principalmente por conta de uma falta de supervisão adequada, logo em vez de priorizar o tratamento e a reabilitação, o foco está na punição e na segregação (VITÓRIO, 2019). Alberto em seu relato contou que muitas vezes os profissionais têm que passar por um inquérito judicial para justificar a conduta, ao ser questionado sobre que conduta seria esta a qual se refere, explicou:

Ah é complicado, a gente contém, a gente usa o uso progressivo da força né, que a gente vai na conversa, às vezes a gente vai e algema também se for o caso, mas tem pacientes, que se você não entrar pra pegar ele, ele não vai tomar banho ou banho de sol, ai as vezes a gente tem que ir nessa imobilização, entendeu, ou uma contenção vai depender de cada caso (Alberto, 2023, p. 6).

É impossível não questionar a necessidade de uma utilização progressiva da força nos casos ilustrados, como uma falta de vontade de tomar banho de sol, o que leva à evidência de uma instituição que além da violência física também executa uma violência à subjetividade de cada um. Basaglia (2001) argumenta que os níveis de violência presentes em diversas instituições dependem da necessidade daqueles que detêm o poder de escondê-la ou disfarçá-la. Isso resulta na criação de várias instituições, desde as familiares e escolares até as prisionais e psiquiátricas, que justificam a violência e a exclusão como necessárias para atingir seus objetivos.

Vitório (2019) ressalta outro ponto relevante quando se trata dos manicômios judiciários que é a ausência de perspectiva terapêutica. Logo, uma instituição que tem como objetivo principal o tratamento, acaba não fornecendo alternativas suficientes para que se configure como tal. Alberto explicou que a ATP conta com uma equipe multidisciplinar, entre eles, psicólogos, assistente social, auxiliar de dentista, médico da família, o qual também é psiquiatra, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Afirma isto como sendo um privilégio aos internos e ao mesmo tempo os considera “queixosos”. Ao indagar o que isso significaria, afirma:

Assim, todo dia tem atendimento e quando não é com a psicologia, tem um assistente social e às vezes tem que respeitar a agenda do profissional de saúde, se não eles não conseguem atender a todos os pacientes, eles têm a agenda deles, então às vezes tem paciente que quer ser atendido todos os dias da semana ou duas vezes na semana entendeu? Então assim, tem que respeitar a agenda do profissional, se não eles não conseguem assistir (Alberto, 2023, p. 8).

Outro ponto que vale ressaltar é sua fala ao explicar a função dos técnicos de enfermagem:

O técnico de enfermagem, ele é responsável pela separação, dentro de cada caso né, porque tem paciente que nem toma medicação, mas tem aqueles pacientes que tomam as 3 medicações do dia, (...) e o profissional da saúde que é responsável pela entrega da medicação. É uma medicação, vamos dizer assim vigiada (Alberto, 2023, p. 3).

Na primeira fala, Alberto entende os internos como queixosos por quererem tratamento ao menos duas vezes na semana, sendo que dependendo do sofrimento psíquico enfrentado pela pessoa, o tratamento deveria ser efetuado como uma frequência superior a isto, o que mostra a falta de profissionais para atender a demanda e um foco maior em um tratamento medicamentoso, por ser algo controlado diariamente. O que nos leva a segunda fala, onde ele ressalta que alguns pacientes nem tomam medicação. Há de se questionar então qual seria o tratamento efetuado a estes pacientes, já que há uma limitação de atendimentos com profissionais da saúde, não há sequer um tratamento com psicofármacos e não há um investimento na reabilitação e reintegração social.

Em resposta aos déficits presentes no sistema jurídico brasileiro, Juliana (2023, p. 13) afirma: "E aí a internação fica sendo a regra, né? Outra coisa que diverge muito, por exemplo do que propõe a lei da reforma, né? A internação na verdade é exceção. Mas no sistema de Justiça, ela vem em parâmetros que a tornam uma regra, não é exceção dos casos".

Diante das falas acima, é possível perceber a dificuldade de compreensão a respeito do real objetivo dos manicômios judiciais, já que não tem um tratamento efetivo e não prioriza a reabilitação social, restando apenas o caráter punitivo e excludente.

Eles em geral respondem a quesitos, (...) em geral é sempre muito vinculado à noção de periculosidade, então se a doença tem cura, e se a doença não tem cura, ele é perigoso. Ele não tem condição de voltar para a convivência em sociedade. E aí isso vai gerando uma análise muito restrita a uma condição orgânica, né? (Juliana, 2023, p. 9).

Pela medida de segurança ter como objetivo o suposto tratamento, voltado principalmente para fazer cessar a suposta periculosidade, há uma dependência na estabilização dos sintomas. Ou seja, o sujeito só pode se reintegrar à sociedade quando este não oferecer mais nenhum risco a ela, contudo a falsa noção de periculosidade intrínseca aos transtornos mentais, só permitirá que esse indivíduo se reintegre quando se curar, o que não é a realidade dos transtornos psíquicos, por não se tratar de uma cura e sim de um tratamento e reabilitação psicossocial. Esse paradoxo acaba por tornar a pena eterna. Então ao contrário do

sistema penal tradicional, o qual há um limite de tempo a ser atingido que gera a libertação, nos manicômios judiciários esse tempo pode apresentar um caráter perpétuo em muitos casos.

Na minha opinião, e opinião que todo mundo que lê um pouco a respeito, é que os hospitais de Custódia são prisões, são asilos da pior categoria onde as pessoas acabam se degradando cada vez mais. Não é espaço de cura, não é espaço de tratamento e eles precisam ser fechados, né? Essas instituições, elas não são instituições de saúde, elas não funcionam, a justiça não coordena (...) E aí não tem amparo legal para existir, sabe? Eles precisam ser fechados. E outros espaços devem ser construídos, dentro da comunidade, com viés da saúde para que essas pessoas tenham o amparo que elas precisam. E tenham acesso ao tratamento que é necessário para cada caso e para cada situação de saúde (Juliana, 2023, p. 13).

Devido à ineficácia dos manicômios judiciários em alcançar resultados terapêuticos, a resolução do CNJ (2023) foi aprovada de forma unânime, evidenciando a precariedade desse sistema e a necessidade urgente de substituição desse modelo. “Isso fica muito evidente, uma visão muito preconceituosa da loucura e uma visão muito estática muito apegada a uma condição médica. É bom, e isso já está bastante ultrapassado, né?” (Juliana, 2023, p. 9)

c) Crenças estigmatizantes

Como foi possível constatar anteriormente, a presença de crenças estigmatizantes no campo da saúde mental acabam reforçando estereótipos a respeito de uma loucura perigosa, excluindo cada vez mais os sujeitos em sofrimento psíquico grave da sociedade, algo que é prejudicial ao tratamento. Os hospitais de custódia são afetados pelo estigma da periculosidade, o que se torna evidente em seu sistema de execução e condução e ao mesmo tempo, esses hospitais acabam reforçando os estigmas e preconceitos na sociedade.

Mas por conta de toda essa questão do preconceito, das pessoas, entre aspas perigosas, aí tinha toda a fantasia do delito, né? Então era muito comum também que a equipe de saúde nem sabia o que tinha acontecido, mas na rádio aparecia aquela caricatura do cara perigoso que matou e que comeu o coração da vítima (Juliana, 2023, p.10).

A mídia tem um viés de influência na opinião e percepção de seus telespectadores. Como já foi trabalhado anteriormente, certas obras cinematográficas também possuem certa influência na percepção social. Aragone (2022) vai debater sobre obras que idealizam a imagem do serial killer, como é o caso da série *Dahmer*, a qual aborda a vida de um serial killer americano chamado Jeffrey Dahmer, que ficou conhecido como “o canibal de Milwaukee”. A autora vai discutir algumas questões em relação a maneira como a figura do serial killer é explorada e consumida pela mídia, abordando alguns pontos como o

sensacionalismo, o fascínio mórbido, exploração da dor das vítimas, responsabilidade da mídia e o impacto social e moral que a obra representa. Em paralelo ao tema do presente estudo, é possível argumentar que a forma sensacionalista como a mídia retrata os serial killers pode levar à estigmatização e marginalização das pessoas em sofrimento psíquico grave. Ao associar crimes violentos aos transtornos mentais, podem surgir estereótipos negativos que reforçam o estigma em relação a essas pessoas. Isso, por sua vez, pode resultar em tratamento injusto, discriminação e dificuldades na busca por apoio e tratamento adequados.

E também desconstruir um pouco o diagnóstico, né, a pessoa vinha com diagnóstico do IML, por exemplo, por isso que ele tava em medida de segurança, então assim “ah não tem o que fazer ele é psicopata”. Isso vem escrito nos relatórios nos laudos do IML defeito de fábrica, né? O que você faz com defeito de fábrica? não sei como é que você entende isso, mas o cara tá aqui para ser feito alguma coisa, né? Tem que se tentar algum tratamento, alguma medida, mas assim era um trabalho de muita luta nesse sentido de desconstruir essas essas imagens deturpadas da pessoa e tentar dar espaço para que os sujeitos comparecessem de outra forma, né? Então, no sentido de o que aconteceu no delito pode ter sido uma situação aguda e isso não quer dizer que essa pessoa responde a tudo e a todos com a mesma agressividade, sabe? (Juliana, 2023, p. 11).

A categoria de transtorno mais associada à periculosidade criminal pela psiquiatria é a dos transtornos de personalidade, principalmente o “transtorno de personalidade antissocial”, que foi definido como um dos principais motivos do comportamento criminoso (MATHES. MITJAVILA, 2012). De acordo com o DSM-V o transtorno de personalidade antissocial é definido, em suma, por “um padrão difuso de indiferença e violação dos direitos dos outros” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014, p. 659).

Mathes e Mitjavila (2012) evidenciam uma pesquisa que buscou mensurar a relação entre transtornos mentais e a periculosidade criminal. Eles avaliaram diversos condenados por estupro e homicídio no Brasil, os resultados mostram uma “alta prevalência do transtorno de personalidade antissocial, que estaria presente em 96% dos homicidas e 84% dos estupradores.” (p. 1385). Os autores analisam tais informações de forma crítica, questionando a utilidade de tais informações. Para eles, ao relacionar o motivo do ato com questões psíquicas, o próprio ato em si já supostamente seria a justificativa para o diagnóstico, portanto é um diagnóstico feito pelo ato, então estará presente na maioria dos detentos por serem autores desses atos. O que leva ao questionamento da utilidade de tal diagnóstico.

Em suma, os autores afirmam que essa prática psiquiátrica em volta da etiologia da criminalidade e dos aspectos psíquicos, acabou tendo o seu cerne em óticas reducionistas, ao destacar a etiologia no âmbito individual/familiar e uma desconsideração do âmbito social, econômico, cultural e político. Portanto, há um maior enfoque no campo individual, quando o contexto macro se distancia do foco de responsabilidade, como instâncias públicas e políticas. Portanto a redução da origem e causas do comportamento criminal à uma questão da personalidade dos indivíduos, assim como a estereotipação do transtorno de personalidade antissocial como criminoso, não se difere tanto dos princípios lombrosianos, como o conceito de criminoso nato (MATHES; MITJAVILA, 2012).

Por exemplo, tem gente que é de família, eu diria assim, financeiramente bem estruturada e por um elemento de surto ou falta de tratamento, por exemplo tem paciente que matou a mãe e o pai em águas claras, você ficou sabendo? Ele teve um surto (...) mas assim um paciente esquizofrênico desestabilizou lá fora, não pensou e cometeu um delito, às vezes comete o delito nem sabendo, (...) Então eles são assim, não posso dizer criminosos doentes, entendeu? Mas são doentes que cometeram um crime lá fora e por conta de algumas circunstâncias de saúde eles vieram parar aqui (Alberto, 2023, p.10).

Um dos maiores temores que alimenta o mito da periculosidade é a crise. A noção de “um paciente esquizofrênico desestabilizou, não pensou e cometeu um delito” é um estigma estrutural disfarçado de medo muito comum entre os indivíduos, o que acaba alimentando o mito da periculosidade. Lobosque (2001) aborda que a noção de que a crise muito mais sinaliza um sofrimento que chegou ao seu limite e não cabe mais no sujeito e acaba transbordando, portanto o que o sujeito necessita é de apoio e não violência ou contenção, é preciso ofertar acolhimento e cuidado integral e não uma prisão, quando se tem em mente o tratamento e o bem estar daquele sujeito. Rodrigo, psiquiatra, afirma que ao lidar com um comportamento de crise e/ou um comportamento mais agressivo é preciso:

Então, a gente precisa da história do paciente, então geralmente o ideal é a gente pesquisar desde do útero materno, de como que evoluiu, aliás desde a história dos pais, avós e tudo, e aí dentro disso esse comportamento agressivo, se ele já vem de tempos sendo demonstrado. É muito raro um paciente que nunca teve nada de agressividade, de repente, passar a ficar e se isso acontecer é muito importante pesquisar uma causa neurológica para isso, né? (Rodrigo, 2023, p. 10).

Gostaria de sinalizar o trecho em que afirma que “é muito raro um paciente que nunca teve nada de agressividade de repente passar a ficar”, pois isso vai contra a ideia de que qualquer indivíduo, independente de suas experiências subjetivas pode vir a apresentar um comportamento agressivo, apenas por conta de seu diagnóstico.

“Não querida, eu sou muito dócil. Então não tem para que terem medo de mim (JOÃO, 2023, p. 6).

A partir disto, Cortes (2011) aborda sua crítica a categorização dos indivíduos de acordo com os estigmas de seus sintomas e características do transtorno, ele afirma que todo sujeito é constituído por atributos políticos, sociais e ambientais da sociedade em que está inserido. Portanto afirma que as particularidades de cada sujeito estão para além das determinações médicas.

Diante dessa generalização dos estigmas dos sujeitos com diagnósticos psiquiátricos, alimentando a imagem de um louco perigoso, é importante evidenciar certos debates atuais que vem ocorrendo. Como dito anteriormente, a mídia apresenta uma grande influência na percepção dos sujeitos. Recentemente a atual Resolução nº 487/2023 do CNJ, mencionada na contextualização sócio-histórica, que tem como objetivo principal a extinção dos manicômios judiciários e um maior investimentos em redes de apoio e de reabilitação psicossocial no campo da saúde mental, tem sido amplamente atacada nas mídias. Fontes advindas do próprio Conselho Regional de Medicina (CRM) têm criticado a política antimanicomial, utilizando argumentos que a lei causaria a “libertação dos criminosos”. Outras fontes demonstram insegurança em ter esses sujeitos utilizando os tratamentos da rede de saúde pública e uma possível superlotação.

Segundo Jordão (2023), ao contrário do que a oposição às políticas antimanicomiais disseminam, será estabelecido um acordo entre os governos estaduais, municipais e o governo federal para financiar equipes multidisciplinares encarregadas de avaliar cada indivíduo e integrá-lo de maneira responsável em um ponto específico da rede de atenção. Além disso, haverá um incentivo à expansão dessa rede nos locais em que for necessário. Esse ato se dará através da parceria ativa entre o Conselho Nacional de Justiça e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas pessoas serão cuidadas por uma equipe multidisciplinar qualificada. Elas terão acesso a atendimento de saúde apropriado, de acordo com suas necessidades, sem comprometer o cumprimento das medidas judiciais que possam ter sido impostas (JORDÃO, 2023). Após ouvir o Ministério Público e a defesa, a autoridade judicial será responsável por encaminhar a pessoa para o atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além do cuidado com a saúde, a RAPS também fornecerá encaminhamentos relacionados à segurança

social à apropriadas políticas e programas, seguindo os fluxos estabelecidos pela rede e pelo modelo orientado pelo CNJ (JORDÃO, 2023).

Conforme o artigo 13 da Resolução, a internação só será aplicada em situações excepcionais, quando outras medidas não forem suficientes, ou quando for considerada um recurso terapêutico adequado nos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). A internação também poderá ser realizada para o restabelecimento da saúde da pessoa, desde que seja prescrita pela equipe de saúde, de acordo com a Lei 10.216/2001. A internação será realizada em leitos de saúde em hospitais gerais ou em outras instituições de saúde recomendadas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). É responsabilidade do Poder Judiciário garantir que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidades prisionais, mesmo em enfermarias, ou seja internada em instituições com características asilares (JORDÃO, 2023).

A falta de conhecimento a respeito do assunto e do campo acaba por gerar a permanência dos estigmas.

Acho que poderia aumentar mais os espaços para a informação sobre o que são os transtornos mentais e, mais do que isso, o que é saúde mental, né? Acho que falta muito a gente conversar sobre o que é saúde, né? Acho que é um ponto principal (Rodrigo, 2023, p.3).

Essa nova resolução do CNJ, a qual foi aprovada por unanimidade, demonstra um avanço na luta antimanicomial, por querer ofertar um tratamento digno e eficaz a pessoas em sofrimento psíquico grave. Como já foi discutido, o serviço que é oferecido e executado como "tratamento" nos manicômios judiciais não tem esse mesmo resultado, pelo contrário, tem um teor apenas punitivo. A oposição à inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico grave é algo historicamente presente na sociedade, portanto é uma resistência baseada em crenças estigmatizantes.

O mito da periculosidade é uma grande representação dessas crenças e preconceitos, assim como as noções de incapacidade e incompreensão. O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) explica que embora algumas condições de saúde mental possam estar associadas a um aumento do risco de comportamento violento em determinadas circunstâncias, a maioria das pessoas com transtornos mentais não representa uma ameaça significativa. De fato, muitas pessoas com transtornos mentais são mais propensas a serem vítimas de violência do que a cometerem atos violentos.

A própria OMS (2001) defende a promoção de uma abordagem baseada em direitos humanos na saúde mental, que inclua a redução do estigma e da discriminação associados ao sofrimento psíquico grave. É ressaltada a importância de tratar as pessoas em sofrimento psíquico com dignidade, respeito e garantir que elas recebam o apoio adequado e o acesso a serviços de saúde mental.

Mas mesmo com todas essas informações, por que será que a periculosidade ainda é tão associada ao sofrimento psíquico?

Se a gente puder falar em periculosidade, talvez ela esteja muito mais associada a uma série de faltas, né? Falta de apoio familiar, falta de tratamento, falta de remédio, falta de escuta, falta de acolhimento do que necessariamente uma coisa intrínseca a pessoa e que taxa ela como alguém perigoso para o resto da vida, né? (Juliana, 2023, p. 7).

d) Dificuldade de acesso aos direitos básicos de saúde

Muito se encontra por trás de certos atos de agressividade de sujeitos oprimidos socialmente. No campo da saúde mental, por mais que tenha evoluído ao longo dos anos, ainda há muitas carências no sistema de saúde, devido, principalmente, a uma falta de investimento propício.

A gente tem aí as nossas vulnerabilidades, né? Inclusive em termos de ambiente e de contexto que interferem como a gente vai reagir e se comportar diante do mundo, então o delito pode ser uma expressão desse tipo, né? No caso das pessoas com transtorno a gente percebia que o que acontecia, eram anos de desassistência, anos de ausência de tratamento, né? (Juliana, 2023, p.7)

Basaglia (2001), em sua obra *As instituições da violência*, afirma que a possibilidade de um tratamento terapêutico para pacientes em sofrimento psíquico grave está intimamente ligada e dependente do sistema socioeconômico, onde todas as relações são rigidamente determinadas por leis econômicas. Isso significa que não é apenas a ideologia médica que estabelece ou induz um tipo de abordagem terapêutica, mas sim o sistema socioeconômico que determina as modalidades adotadas em vários níveis.

O ideal é que a pessoa com transtorno possa acessar seus serviços de saúde diretamente sem dificuldade, no caso as pessoas elas estavam tão vulnerabilizadas que ela precisa dar uma volta, né cometer um crime para a justiça olhar para essas pessoas e a partir daí eles voltarem para o serviço de saúde (Juliana, 2023, p. 14).

Uma das principais ideias defendidas por Demo (2002) é que a exclusão social não é apenas uma questão econômica, mas também uma questão política e cultural. Assim como a

exclusão social, a saúde mental no Brasil é afetada por fatores sociais, políticos e culturais. A falta de acesso a serviços de saúde mental adequados, a estigmatização e a discriminação são apenas alguns dos aspectos que contribuem para a exclusão de indivíduos que precisam de tais serviços. O autor argumenta que a exclusão social não é uma responsabilidade individual, mas também é resultado de estruturas sociais desiguais. Da mesma forma, no campo da saúde mental, é importante reconhecer que as dificuldades enfrentadas pelas pessoas em sofrimento psíquico não são meramente questões individuais, mas são influenciadas por fatores sociais mais amplos, como pobreza, desigualdade, violência e falta de acesso a serviços de saúde.

Assim como Demo (2002) destaca a importância de políticas públicas efetivas para promover a inclusão social, no contexto da saúde mental, é necessário investimento em políticas que garantam o acesso equitativo a serviços de saúde mental de qualidade. Isso implica em assegurar uma rede de atendimento abrangente, com profissionais qualificados e recursos adequados para atender às necessidades da população.

Diante dos argumentos defendidos pelo autor acima, é impossível não perceber uma dissonância entre os serviços de atendimento à saúde mental públicos em relação aos privados. João aborda um exemplo disto em seu relato, voltado para os serviços de internação. A noite em que passou no manicômio público relatou:

Foi quando eles me internaram eu passei uma noite no manicômio público, eu me lembro dessa noite como se fosse ontem, porque quando eu acordei um amontoado de gente doida deitada numa cama e um banheiro do lado onde um cara fica fazendo eletrochoque num doidinho em água gelada, me deixou louco, né? Me deixou desesperado aí me tiraram, eu só passei um dia nesse manicômio, né? Por sorte me tiraram, foi quando a minha família resolveu me colocar num hospital particular (JOÃO, 2023, p. 3).

Já em relação a suas internações em hospitais psiquiátricos particulares afirmava:

Aí a mamãe me internou. Numa clínica maravilhosa, eles fizeram um acompanhamento minucioso comigo, eu fiquei acho que uns dois meses ou 40 dias. Onde a médica falou que existe um medicamento de ponta, muito bom, porque com os meus remédios eu não me acertava muito (JOÃO, 2023, p. 5).

Vale ressaltar que isso não diminui a incapacidade dos hospitais psiquiátricos em geral, públicos e privados, ao lidar com o sofrimento psíquico, mas é importante evidenciar a diferença no tratamento das diferentes classes sociais.

Outro fator enfrentado por usuários dos serviços de saúde mental, baseado na desigualdade, é a questão do acesso aos psicofármacos. Rodrigo (2023, p. 15) o qual trabalha diretamente com medicamentos psiquiátricos afirma:

A gente tem quatro medicamentos, só antidepressivos gerais, sendo dos quatro: três tricíclicos que são os mais antigos que geralmente engordam muito, dão muito sono, então as pessoas não se adequam muito a ele e o mais modelinho que a gente tem é a Fluoxetina que é da década de 70/80, então assim muito antigo, a gente tem muito melhores hoje, então a gente tem que fazer uma reformulação dos medicamentos para melhorar e por fim a gente precisa de gestão, né?

Ferrazza et al. (2013) ressaltam que a escassez de psicofármacos tem um impacto desproporcional nas populações mais vulneráveis. Pessoas de baixa renda, que dependem dos serviços públicos de saúde, são as mais afetadas pela falta desses medicamentos essenciais. A desigualdade no acesso à saúde mental se acentua ainda mais diante dessa realidade, perpetuando a exclusão e agravando as condições de vida desses indivíduos.

O acesso aos psicofármacos incluiu muitos fatores, desde a disponibilização das gerações mais recentes de medicamentos, a questão da locomoção do sujeito, até a sua aquisição. Ferrazza et al. (2013) afirmam que a escassez de psicofármacos compromete o tratamento adequado dos pacientes, pois muitas vezes resulta em interrupção da terapia medicamentosa ou na substituição por medicamentos alternativos, que nem sempre são tão eficazes ou seguros. Isso pode levar a uma piora nos sintomas, maior sofrimento e até mesmo riscos à saúde dos indivíduos afetados.

A escassez medicamentosa é um dos fatores atrelados a um aumento de episódios de crise, no campo da saúde mental. Em relação ao cuidado a ser ofertado na crise, Lobosque (2001) assegura, que na perspectiva da abordagem psicossocial, o lugar que deve lidar com a crise não é o hospital psiquiátrico, que justamente se pretende ser substituído por uma rede de serviços abertos e comunitários. A autora defende que a forma de lidar frente a uma crise é a partir do consentimento do sujeito e dentro de um regime que não exerça nenhum tipo de exclusão, tais como os modelos substitutivos, como os serviços da RAPS (Rede de atenção Psicossocial). Infelizmente nos dias atuais ainda existem serviços de internação com cunho manicomial, os quais por não trabalharem com uma interlocução com o território e com as dimensões psicossociais dos sujeitos.

Rodrigo (2023, p.8), que já atuou em uma instituição de cunho manicomial, afirma:

"Às vezes tem uns (pacientes) que pedem (a internação) porque estão em condição de rua e querem alimentação, querem uma proteção alguma coisa do tipo, eles falam

e tentam ser internados. Mas é claro que a gente vai considerar todas as questões e se a gente percebe que o melhor mesmo paciente o mais seguro é a internação, a gente faz a internação breve para ele” (Rodrigo, 2023, p.8).

Há algo muito chamativo na fala de Rodrigo, que seria uma internação por motivos de vulnerabilidade social. Bom, a internação em hospitais psiquiátricos não é salubre nem para as pessoas que estão em sofrimento psíquico ou em algum momento de crise, portanto utilizar do critério de fragilidade social para uma internação, só reforça os padrões institucionalizantes desses (des)serviços. Por outro lado, a fala de Rodrigo chama a atenção para a insuficiência de serviços de saúde e sociais e a vulnerabilidade da população.

Os serviços de saúde mental, como os CAPS, têm como objetivo principal cuidar da saúde mental das pessoas em sofrimento psíquico, e não têm a responsabilidade direta de suprir todas as necessidades de assistência social. Embora alguns indivíduos em situação de vulnerabilidade social possam buscar apoio nesses serviços, é importante entender que eles devem fazer um trabalho de articulação com a rede, encaminhando os usuários para os serviços de assistência social adequados. A interação entre os sistemas de saúde mental e assistência social é essencial para garantir um cuidado integral. Isso também difere das instituições com cunho manicomial, que restringiam a presença apenas dentro da instituição. Atualmente os serviços de saúde prezam pelo oposto, logo por um tratamento emancipador.

E aí uma coisa mais específica sobre a internação. Porque como não temos outras unidades modelo de atuação, como por exemplo, a internação na comunidade terapêutica, a casa de longa permanência, como a gente não tem, a internação psiquiátrica por mais que a gente tenta evitar e tenta diminuir acaba sendo o único local que esse paciente fica. Então a gente tinha no final do ano passado, só no São Vicente, quase 10 moradores, porque não tinha família, né? Não tinha ninguém, ninguém queria, não tinha para onde ir e não tinha nenhuma outra unidade que pudesse acolher esse paciente (Rodrigo, 2023, p.16).

Há de se reconhecer uma escassez ainda presente nos serviços de saúde, como a ausência de residências terapêuticas no DF, portanto como já mencionado anteriormente, a internação deve ser a exceção, logo a última alternativa. O que faltou na fala de Rodrigo foi a consideração pelos serviços substitutivos no lugar da internação como opção. De acordo com os ideais da reforma psiquiátrica, as internações em hospitais psiquiátricos são substituídas por uma ampla gama de serviços e recursos comunitários, que visam promover a desinstitucionalização, a inclusão social e a autonomia das pessoas com transtornos mentais. Serviços como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos

(SRT), Ambulatórios de Saúde Mental, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviços de Emergência Psiquiátrica, Rede de Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2013).

e) Exclusão Social versus Reabilitação Psicossocial

Conforme debatido ao longo desta análise, foi possível constatar que a exclusão social de pessoas em sofrimento psíquico é impulsionada por muitos fatores. O estigma da periculosidade associado ao sofrimento psíquico grave contribui para o isolamento e discriminação desses indivíduos, enquanto os manicômios judiciários reforçam a segregação. Crenças estigmatizantes limitam sua participação plena na sociedade, e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental negam-lhes tratamento adequado. Além disso, a família pode experimentar isolamento social devido à falta de compreensão e dificuldades em lidar com o sofrimento psíquico. Esses fatores em conjunto agravam a exclusão social, restringindo o acesso a direitos e oportunidades.

“É terrível, né? Isso serve para qualquer um de nós. Se a gente passa a ser excluído, se a gente passa a se isolar do mundo, a tendência mesmo é adoecimento, né?” (Rodrigo, 2023, p. 14).

A partir dos ideais de Basaglia, Goffman e Foucault, podemos observar que a exclusão social tem impactos negativos nos indivíduos em sofrimento psíquico. A visão de Basaglia (2001) destaca como os manicômios perpetuam a marginalização e desumanização dos pacientes, defendendo a inclusão social e a desinstitucionalização. Goffman (2004) ressalta como as instituições totais, como hospitais psiquiátricos, promovem estigma, despersonalização e perda de autonomia, agravando a exclusão social. Foucault (1979) analisa o poder disciplinar presente nas instituições, incluindo as psiquiátricas, que limitam a agência e participação dos indivíduos. Essas perspectivas destacam que a exclusão social prejudica a saúde mental, isolando os indivíduos e prejudicando sua qualidade de vida (BASAGLIA, 2001; FOUCAULT, 1979; GOFFMAN, 2004).

Portanto, a partir dos conceitos discutidos acima, o sujeito em sofrimento psíquico, por representar um desvio da “norma” já automaticamente é estigmatizado pela sociedade. Assim como o sujeito que passa pelo sistema penal, o qual acaba com uma marca, um estigma, que vai interferir em suas relações interpessoais e com o território.

O que a gente gostaria que fosse garantido diretamente na saúde, né? Que essas pessoas não precisassem passar pelo sistema de saúde e por mais um preconceito,

por mais uma um carimbo, além de louco, perigoso, né? Porque é isso que acontece quando você passa pela justiça (Juliana, 2023, p.14).

Basaglia (2001) destaca que em uma sociedade baseada em diferenciações culturais, de classe e em sistemas competitivos, surgem áreas de compensação para lidar com as contradições. A existência dos manicômios é um exemplo dessas áreas de compensação, onde o objetivo é excluir aquilo que é temido, desconhecido e inacessível. O sujeito em sofrimento psíquico se torna um excluído, incapaz de se opor àqueles que o marginalizam, pois suas ações são definidas e limitadas por preconceitos. A reabilitação psicossocial desempenha um papel importante ao revelar ao paciente como a sociedade o tratou ao excluí-lo. De acordo com o autor, a conscientização da exclusão e de rejeição é fundamental para que o indivíduo em sofrimento psíquico possa se reabilitar do estado de institucionalização imposto a ele.

Um trabalho de muita luta, né nesse sentido de desconstruir essas essas imagens deturpadas da pessoa e tentar dar espaço para que os sujeitos comparecessem de outra forma. Então, nesse sentido de o que aconteceu no delito pode ter sido uma situação aguda, isso não quer dizer que essa pessoa responde a tudo e a todos da mesma com a mesma agressividade, sabe? (JULIANA, 2023, p. 11)

Diante disto, foi questionada a opinião profissional do Rodrigo, psiquiatra, a respeito dos impactos da exclusão social que ele percebia em seus pacientes. Rodrigo (2023, p.13) explicou: "isso faz só afundar cada vez mais rápido, então o isolamento social só piora o quadro do paciente e adoce quem é saudável. Então assim, é fundamental mesmo essa ressocialização e essa interação com outras pessoas, inclusive com outros pacientes".

Rodrigo aborda pontos importantes em sua fala, como a importância da ressocialização e como isso já começa entre os próprios frequentadores dos serviços de saúde mental. A partir disto, é de suma importância ressaltar os grupos presentes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais têm como principais objetivos promover o acolhimento, fortalecer os vínculos sociais, estimular a participação ativa dos usuários, promover autonomia e reabilitação psicossocial, fornecer educação e informação sobre saúde mental, e prevenir recaídas. Esses grupos oferecem um espaço seguro onde os indivíduos podem compartilhar experiências, adquirir habilidades sociais, receber suporte emocional e desenvolver estratégias de enfrentamento, visando melhorar sua qualidade de vida e promover o cuidado de sua própria saúde mental, a partir da ótica emancipatória (CARDOSO, 2006).

Destaca-se a potencialidade dos grupos na rede de saúde mental, pois ao contrário da lógica manicomial, incentivam a autonomia e relações sociais para além dos serviços,

organizando o cuidado no CAPS de forma integrada com o território, visando a reabilitação psicossocial.

Conforme foi constatado na fundamentação teórica, a reabilitação psicossocial no campo da saúde mental é uma abordagem que visa promover a recuperação e reintegração de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Vai além do tratamento clínico, abordando as dimensões sociais, ocupacionais e emocionais da vida dos indivíduos. Segundo Guerra (2004), a reabilitação psicossocial enfatiza o respeito, a autonomia e o empoderamento dos indivíduos, buscando fortalecer suas habilidades e recursos para viver de forma independente, desempenhar papéis significativos na sociedade e ter uma boa qualidade de vida. Envolve intervenções como apoio psicossocial, treinamento de habilidades sociais, educação, emprego apoiado e participação comunitária, com foco nas metas e aspirações individuais. É um processo contínuo e personalizado, valorizando a perspectiva individual e a parceria entre a pessoa e sua rede de apoio para superar desafios e construir uma vida significativa e inclusiva. Dito isso, será que todos os serviços relacionados à saúde mental incentivam a autonomia e a reabilitação psicossocial? (GUERRA, 2004).

Rodrigo ao ser questionado sobre sua opinião em relação aos critérios para uma reabilitação psicossocial respondeu:

Nossa me pegou, eu acho que vai ter que depender sim da capacidade cognitiva do paciente, ou seja, de entendimento de aprendizagem, de linguagem e memória, né? Então porque esses pacientes mais graves geralmente têm alterações na própria linguagem, na memória e na motricidade, então isso limita muito para aprender por exemplo novas técnicas, novas profissões, a própria língua adequada (RODRIGO, 2023, p.120).

A partir da fala de Rodrigo, é importante reconhecer que cada indivíduo é único e possui suas próprias capacidades e limitações cognitivas. A partir disso, a fala levantada parece focar apenas nas dificuldades e limitações, negligenciando o potencial de recuperação e adaptação das pessoas. Embora seja verdade que alguns pacientes possam enfrentar desafios significativos na aprendizagem e na linguagem, é fundamental na reabilitação social adotar uma abordagem singularizada, levando em consideração as habilidades remanescentes e adaptando as estratégias de reabilitação para maximizar o funcionamento e a qualidade de vida de cada indivíduo.

Prosseguindo em seu discurso, o entrevistado enfatiza a necessidade de realizar uma avaliação criteriosa com o objetivo de identificar as principais limitações existentes, visando assim possibilitar uma adaptação adequada às circunstâncias apresentadas..

Dentro dessa avaliação vamos ver essas capacidades que o paciente tem e então vamos pensar além da doença, ou seja, qual a doença e a estabilização dela? O que vamos fazer com o que sobra? (...) então, a partir da capacidade do paciente e a partir do momento em que ele estabilizou é para ver o que sobrou e como ele ficou, para indicar o que vai ser feito (RODRIGO, 2023, p.12).

Apesar de aparentemente ter o intuito de tentar enxergar o sujeito para além do estigma da sintomatologia dos transtornos mentais, a fala apresenta severas contradições, por acabar significando o oposto. A fala de Rodrigo parece reduzir a perspectiva do paciente à sua condição de “doença” e ao que resta após a estabilização da mesma. Essa abordagem pode negligenciar a complexidade da experiência humana e o potencial de crescimento e desenvolvimento pessoal, independentemente da condição de saúde. A ideia de aguardar por uma “estabilização” para assim poder promover uma autonomia e habilidades sociais em prol da reabilitação psicossocial, vai contra a lógica emancipatória. Logo, focar exclusivamente na estabilização ou uma ideia de “cura” de pessoas em sofrimento psíquico, pode resultar na perda de oportunidades para aproveitar seu potencial e talento. Essas pessoas podem contribuir significativamente para a sociedade mesmo enquanto estão em processo de recuperação, desde que sejam oferecidos os apoios adequados. A autonomia e a integração social não são metas finais, mas processos contínuos, e é necessário oferecer suporte contínuo e desenvolvimento de habilidades adaptativas. Em vez de depender apenas da estabilização, é importante promover a inclusão social, criando ambientes acolhedores e adaptando as estruturas sociais para atender às diversas necessidades das pessoas em sofrimento psíquico. Isso permitirá que elas contribuam valiosamente para a sociedade, mesmo durante o processo de recuperação.

Para isto, a RAPS foi criada, de forma que obtenha um tratamento integral e articulado com a rede e o território daquele sujeito. Ela conta com diversos serviços como os “Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III)” (BRASIL, 2013, p. 1).

De acordo com o documento "Conheça a RAPS: Rede de atenção psicossocial", criado pelo Ministério da Saúde em parceria com o SUS e o GDF, a rede RAPS conta com os seguintes segmentos (BRASIL, 2013):

Tabela 1. ⁸

Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família; • Consultório de Rua; • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192; • Sala de Estabilização; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em hospital geral; • Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégia de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); • Programa de Volta para Casa (PVC).
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

⁸ Informações obtidas no documento: Ministério da Saúde. Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em: 5 de junho de 2023.

Dito isso, a RAPS conta com uma longa extensão de apoio integral e emancipatório, visando o cuidado do sujeito e sua integração na sociedade. Portanto, a concepção de que o sujeito pode ser tratado apenas dentro da instituição dialoga com os pressupostos dos manicômios judiciários, devido a crença de que um sujeito só pode ser integrado na sociedade caso sua sintomatologia esteja estabilizada. É contraditório que os manicômios judiciários dependam da estabilização dos sintomas para liberar um interno, sendo que estes não fornecem condições de tratamento adequadas. Essa contradição resulta em um ciclo vicioso, no qual a falta de tratamento adequado impede a melhora dos pacientes, prolongando sua estadia nos manicômios judiciários. Além disso, a ênfase na “cura” ou estabilização dos sintomas como critério para a libertação muitas vezes ignora a importância do apoio contínuo e da reintegração social para a reabilitação bem-sucedida.

A crise se difere de uma condição de risco, não são necessariamente sinônimos. A ideia de estabilização dos sintomas considera apenas a sintomatologia ao invés do sujeito e o contexto. Uma crise normalmente não apresenta uma longa duração, a não ser que esta esteja acompanhada de uma desassistência.

É evidente que muitas pessoas têm um conhecimento limitado sobre o que ocorre dentro desses locais e as consequências desse cenário. “Acho que é um assunto que tem que ser muito debatido também na academia. É uma realidade que poucas pessoas conhecem e preferem não se envolver, então acho que é um debate que a gente tem que estar levando” (JULIANA, 2023, p.15).

Aumentar a conscientização sobre os manicômios judiciários não apenas ajudará a expor as deficiências existentes no sistema, mas também promoverá a busca por soluções e melhorias na prestação de cuidados de saúde mental. Isso pode incluir a pressão por investimentos adequados nas RAPS, a busca por alternativas mais eficazes e humanizadas de tratamento, e a defesa por políticas públicas que priorizem a recuperação e a reintegração social dos pacientes (JORDÃO, 2023). Como é o caso da resolução do CNJ (2023), mencionada anteriormente, a qual vem sendo atacada, principalmente sob o argumento de uma falta de preparo, por parte da rede pública, para lidar com os sujeitos presentes nos manicômios judiciários.

Com base na tabela disponibilizada e nos argumentos teóricos apresentados e debatidos durante o presente estudo, é possível evidenciar prevalência dos serviços de cuidado

e integração social ofertados na rede da RAPS perante a segregação do sistema de “tratamento” das medidas de segurança. Contudo, vale ressaltar, que ainda faltam serviços na RAPS para que o processo de desinstitucionalização seja completo.

Apesar do mito da periculosidade ser sustentado principalmente por preconceitos, também há uma grande falta de conhecimento por parte da população acerca do campo da saúde mental e suas dificuldades enfrentadas. Para ambos os casos, seja preconceito ou uma falta de conhecimento, a conscientização a respeito do tema há de ser disseminada. Em consideração ao tema é de grande relevância evidenciar documentos como a cartilha, publicada em 2023 “Do mito da periculosidade à presunção de sociabilidade: possibilidades e desafios para a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei no DF”, feita pelo projeto de extensão PRISME (Projeto interdisciplinar de saúde mental) do Centro Universitário de Brasília em parceria com o Conselho Regional de Psicologia do DF (CRP 01). Essa cartilha aborda o assunto discutido no presente trabalho, tema que está muito em pauta atualmente devido a nova resolução do CNJ de número 487, de 15 de fevereiro de 2023, discutida anteriormente. Portanto é de suma importância uma ampliação do conhecimento a respeito das bases da política antimanicomial, principalmente diante das oposições à esta política.

4.3. REINTERPRETAÇÃO

O assunto trabalhado foi alvo de muita construção para atingir seu resultado final. A escolha do tema foi impulsionada por uma afinidade, um chamado que despertou a curiosidade e o desejo de explorar mais a fundo. Sinto que esse percurso foi uma grande construção quanto profissional, mas principalmente quanto pessoa. Enquanto autora, me senti atravessada pela relevância do assunto e de repente me percebi envolvida e imersa em uma luta muito maior do que eu, a qual se tornou impossível de se desvencilhar.

Após um ano de experiência no CAPS II, pude perceber a imensidão da luta e a extensão do caminho que ainda precisa ser percorrido. Foi nesse período que me deparei com a complexidade presente entre os diferentes frequentadores do sistema de saúde e, após concluir os estudos da monografia, me faz lamentar a forma como a sociedade acaba tentando resumir tal complexidade. O tratamento no campo da saúde mental, assim como em sua relação ao campo jurídico, deve ter em seu cerne a melhor forma de cuidado para cada sujeito.

A partir disto, assim como nos serviços de saúde e justiça, é fundamental que o tratamento das pessoas diante do sofrimento psíquico passe por uma transformação. Infelizmente, nossa sociedade ainda carrega muitos preconceitos, e o mito da periculosidade persiste, dificultando o acesso a direitos básicos e tratamentos adequados. Tudo isso decorre de um estigma injusto, associado a uma condição de sofrimento, que não é exclusiva desse contexto e, portanto, se configura como um mito.

No entanto, a lógica manicomial não se restringe apenas aos manicômios, mas é um preconceito arraigado na estrutura da sociedade há muitos anos. Esse preconceito está presente em todos nós. Mesmo atuando diretamente no CAPS, envolvendo-me cada vez mais na luta antimanicomial e escrevendo uma monografia sobre o tema, percebi-me repetindo, por vezes, uma lógica manicomial intrínseca em mim. Involuntariamente, reproduzi certas formas de violência e silenciamento, sem estar atenta à sua abrangência. Portanto, o mais importante é reconhecer essa lógica, para assim, não reproduzi-la.

Dito isso, para além de debater, temos que aprender. Devemos dar espaço e valorizar as vozes daqueles que vivenciam essas experiências em sua própria pele. Não devemos restringir as discussões apenas aos profissionais envolvidos, pois isso pode resultar no silenciamento subjetivo das vozes mais afetadas. É através desse diálogo inclusivo e empático que poderemos verdadeiramente avançar na construção de um ambiente mais justo e acolhedor para todos.

Portanto, os debates, trocas e disseminação de conhecimento a respeito da área são indispensáveis. A partir dos relatos dos profissionais entrevistados, os quais atuam em áreas relacionadas à saúde mental, tornou-se evidente uma série de divergências de opiniões. Essas divergências refletem sobre a disputa atual entre a resolução do CNJ (2023), que foi aprovada por unanimidade, e as oposições a esta deliberação.

Essas questões destacam a necessidade de um diálogo mais amplo e inclusivo para a busca de soluções que realmente considerem a individualidade e diversidade de cada pessoa em sofrimento psíquico. O tema foi abordado em um momento crítico, assim como de grande relevância, especialmente devido aos avanços discutidos anteriormente na política antimanicomial, impulsionados pela resolução estabelecida pelo CNJ que visa um tratamento adequado para indivíduos em grave sofrimento psíquico e em conflito com a lei. Nesse contexto de muitas informações controversas e desinformações, torna-se de extrema

importância a disseminação de conhecimento sobre o assunto, contemplando suas raízes históricas, impactos atuais, aspectos psicossociais e políticas públicas. Dessa forma, o debate pode ser genuinamente comprometido para a busca da melhor forma de cuidado.

A partir das discussões e reflexões apresentadas, é possível concluir que a luta antimanicomial transcende a mera abolição dos manicômios. Trata-se de um movimento que busca promover a inclusão plena e digna de todas as pessoas. É uma defesa e valorização das diferentes formas de ser e existir no mundo. Portanto a luta antimanicomial vai além de simplesmente substituir um modelo institucional por outro. Ela nos desafia a questionar e desconstruir os estigmas e preconceitos que cercam a saúde mental, promovendo uma visão mais aberta e humanizada sobre as experiências psíquicas.

“Fazer caber o louco na cultura é também ao mesmo tempo convidar a cultura a conviver com certa falta de cabimento” (LOBOSQUE, 1997, p. 23).

CONCLUSÃO

A partir do presente estudo, com base na literatura, foi feita uma análise do percurso histórico do mito da periculosidade e da exclusão social de sujeitos em sofrimento psíquico grave, percorrendo por inúmeras formas de silenciamento e de exclusão da subjetividade. Além da revisão descrita, ainda com base na literatura e nas entrevistas realizadas, foi feita uma articulação com o cenário atual do campo da saúde mental e penal, evidenciando avanços, dificuldades e impasses sociais e políticos. Diante do que foi explorado e debatido, foi possível perceber a presença do mito da periculosidade na contemporaneidade e os impactos deste, principalmente, na exclusão social de sujeitos em sofrimento psíquico grave. Exclusão esta, referente tanto aos laços sociais, quanto ao acesso a serviços de saúde e tratamento adequados, assim como a direitos básicos de cidadãos.

Com base nas informações obtidas nas diferentes entrevistas com os profissionais, foi possível perceber uma variação entre as opiniões a respeito da junção do campo jurídico com a saúde mental. Apesar de serem profissionais que atuam em áreas relacionadas, houve uma divergência crítica, a qual reflete os impasses pertinentes na área. As diferentes perspectivas contribuíram de uma forma muito rica ao estudo, por abrir margem a múltiplos debates e interpretações. Dito isso, é possível confirmar a necessidade de mais estudos e investimentos

no assunto, a fim de atingir uma maior congruência no cuidado com os sujeitos em sofrimento psíquico grave que estejam em conflito com a lei, proporcionando o tratamento adequado.

O relato da entrevista narrativa com o João foi de extrema importância ao estudo, por trazer a experiência do sofrimento sobre o assunto e também contribuições para debates complementares ao tema, mas que se interligam. Como é o caso da diferença de tratamento diante a distintas realidades socioeconômicas. Além de ser congruente com o critério de inclusão de sujeitos oprimidos socialmente em assuntos que lhes afetam.

Consideramos que os objetivos do trabalho foram alcançados. O debate sobre o tema, de grande relevância atualmente, foi enriquecido pela literatura e diversas perspectivas profissionais e pessoais. Foi observada a presença do mito da periculosidade, inclusive nas falas de profissionais de saúde mental, o que levanta reflexões sobre o desconhecimento da sociedade em geral. Além do aprofundamento no assunto, essa monografia buscou proporcionar espaço e escuta para quem vivencia a questão, bem como profissionais da área, resultando em uma valiosa experiência de aprendizado para a escritora e espero que para os leitores.

A pesquisa teve como foco principal o contexto do Distrito Federal, mas seu objetivo é contribuir para uma mudança em diversos contextos, ressaltando a importância de aprofundar o conhecimento e fortalecer a luta antimanicomial. Nesse sentido, a pesquisa indica a necessidade de investigar mais a fundo o tema em futuras pesquisas, sugerindo a exploração da perspectiva de indivíduos que passaram pelo sistema penal. Apesar de ser um assunto presente desde os primórdios da cultura brasileira, esta é uma pauta que demanda muita atenção e investimento nos dias atuais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR. Valquiria; BEZERRA. Thales. Um estudo sobre o processo de elaboração do Projeto Terapêutico Singular em um Centro de Atenção Psicossocial no Distrito Federal. Programa de iniciação científica. Centro Universitário de Brasília - CEUB. 2019.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **Artmed Editora**, 2014.

ARAGONE, Gabriella de Almeida. O consumo também é em série: a figura do Serial Killer como produto midiático. **Anagrama**, 2022.

ATHIÉ, Karen; FORTES, Sandra; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 64-74, 2013.

BASAGLIA, Franco. A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico. 3º edição. **Editora Graal**, 2001.

CAETANO, Haroldo. Loucura e direito penal: Pistas para a extinção dos manicômios judiciários. **Programa de Pós-Graduação em Psicologia**, Instituto de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, 2018

CARDOSO, Cassandra; SEMINOTTI, Nedio. O grupo psicoterapêutico no Caps. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, p. 775-783, 2006.

CARVALHO, Isabela, et al. Organização: Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental (PRISME)| Centro Universitário de Brasília (CEUB) Apoio: Grupo de Trabalho pela Implantação de Serviço de Avaliação, 2023.

CARVALHO, Isabela Pires Villas Boas de. Contribuições da Psicologia para a Justiça e Saúde Mental no contexto do Distrito Federal. Monografia. **Centro Universitário de Brasília (CEUB)**, 2023.

CETOLIN, Simone Kelly. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia-HCT/BA. 2011. Tese de Doutorado. **Dissertação de Mestrado**, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

Conselho Federal de Psicologia. Inspeções aos manicômios: Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 08 de maio de 2023.

CORTES, Jandro Moraes. Os laços sociais de indivíduos em sofrimento psíquico. 2011. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Pelotas.

COSTA, Ileno Izídio da; BRAGA, Filipe Willadino. Clínica sensível à cultura popular na atenção ao sofrimento psíquico grave. **Fractal: Revista de Psicologia**, 2013.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013.

DE BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Genealogia do conceito de periculosidade. **RESPONSABILIDADES RESPONSABILIDADES**, 2011.

DE BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Loucura, direitos e sociedade um laço de presunções ideologicamente justificadas. **Revista de Direito Sanitário**, v. 12, n. 3, p. 119-124, 2012.

DEMES, Jacqueline Reis. Ato delituoso e o fazer clínico: reflexões sobre sujeito, crime e a medida de segurança sob o olhar da Psicanálise. 2021. 123 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

DUTRA, Ana Claudia Monteiro; MONTEIRO, Maria Carolina Maia. A glamourização de transtornos psicológicos na mídia. **FOTOGRAFIA E AUDIOVISUAL: IMAGEM E PENSAMENTO**, p. 160, 2019.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 1, p. 83-89, 2010.

DE MELO, Zélia Maria; DEUSTO, Bilbao-Espanha. Os estigmas: a deterioração da identidade social. **Unicap**, 2005

DEMO, Pedro. Pobreza política: a pobreza mais intensa da pobreza brasileira. Campinas. **Armazém do Ipê**, 2006.

DEMO, Pedro. Pesquisa e informação qualitativa. **Papirus Editora**, 2001.

DULEBA, Maria Vitória Miron. Loucura e Horror: a construção do medo em Outlast, 2021.

FERRAZZA, Daniele de Andrade; ROCHA, Luís Carlos da; LUZIO, Cristina Amélia. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 2013.

FLEURY, Flávia. As representações imagéticas da loucura e do manicômio no cinema. **CliniCAPS**, v. 2, n. 5, 2008.

FERREIRA, Marina Pontes et al. Percepção da sociedade acerca da influência do cinema sobre a psiquiatria. 2021.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. **Tradução de José Teixeira Coelho Netto**, v. 1, 1978.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. 27. ed. Rio de Janeiro: **Graal**, 1979.

GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade. **Tradução: Mathias Lambert**, v. 4, 1988.

GUERRA, Andréa Máris Campos. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 7, p. 83-96, 2004.

JORDÃO, Pedro. Entenda o debate sobre a implementação da política antimanicomial no Brasil. CNN Brasil, 2023. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/ministerio-da-saude-e-cnj-criam-projeto-para-implementar-politica-antimanicomial-no-brasil/>. Acesso em: 15 de Maio de 2023.

LIMA, Márcia. O uso da entrevista na pesquisa empírica. **Métodos de pesquisa em ciências sociais: bloco qualitativo**, 2016.

LOBOSQUE, Ana Marta. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: **Garamond**, 2011

LOPES, Tatiana Scala et al. O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 558-571, 2012.

Ministério da Saúde. Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2013.

Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf . Acesso em: 5 de junho de 2023.

MITJAVILA, Myriam Raquel; MATHES, Priscilla Gomes. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, 2012.

Organização Mundial da Saúde. (2001). Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Ministério da Saúde.

PARRA, Ana Carolina et al. O desafio da inclusão social no Brasil. **Mal-Estar e Sociedade**, v. 5, n. 9, 2012.

PHILLIPS, Adam. Louco para ser normal. **Zahar**, 2008.

QUEIROZ, Valéria Márcia. Sociologia da exclusão social. **Sociedade e Cultura**, v. 5, n. 2, p. 193-198, 2002.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 253-271, 2014.

RAMMINGER, Tatiana; NARDI, Henrique Caetano. Saúde mental e saúde do trabalhador: análise das conferências nacionais brasileiras. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 27, p. 680-693, 2007.

RESENDE, Tania Inessa Martins. Sofrimento psíquico e convivência. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 9, n. 2, p. 159-167, 2020.

RESENDE, Tania Inessa Martins de; COSTA, Ileno Izídio da. Saúde Mental - A Convivência como Estratégia de Cuidado - Dimensões Ética, Política e Clínica. Coord. Adriano Furtado Holanda. Coleção Saúde e Psyquê. **Editora: Juruá**, 2017.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, n. 34, p. 146-160, 2011.

SARTORI, Lecy. Arte e inovação: reflexões a partir do filme Nise, o coração da loucura. **Ciência e Cultura**, v. 70, n. 2, p. 56-59, 2018.

SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka. O Paradigma Psicossocial. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, n. especial, 2019.

SOARES, Francyle. O Holocausto Brasileiro. **Revista Direito no Cinema**, v. 1, n. 1, 2019.

SILVA, Érica Quinaglia. A política pública de saúde mental e a construção do indivíduo “perigoso” no âmbito da medida de segurança no Distrito Federal. **Antropologia, saúde e contextos de crise**, 2018.

SILVA, Érica Quinaglia; CALEGARI, Marília. Crime e Loucura: Estudo sobre a medida de segurança no Distrito Federal. **Deficiências, Gênero e Cuidados**, 2018.

SILVA, Érica Quinaglia. Filme em cartaz na cidade aborda a experiência de pessoas com transtorno mental em cumprimento de medida judicial: O CRP 01/DF conversou com a diretora de “Absolvição imprópria”, que participa do festival “Curta Brasília”. **Site CRP 01**, 14 de dezembro de 2018. Disponível em: <https://www.crp-01.org.br/notices/8399>. Acesso em: 08 de maio de 2023.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. **EncantArte Editora**, 2005.

VITÓRIO, Marianna Rodríguez. POR QUE DIZEMOS “MANICÔMIOS NUNCA MAIS”? MEMÓRIAS DE UM MANICÔMIO JUDICIÁRIO E NOTAS SOBRE A ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. In: Direitos humanos e saúde: Volume 2. **Editora da UFCSPA**, 2019. p. 73-91.

VOLZ, Pâmela Moraes et al. A inclusão social pelo trabalho no processo de minimização do estigma social pela doença. **Saúde e Sociedade**, v. 24, 2015.

ANEXOS E APÊNDICES

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Modelo para o profissional de saúde mental

Os impactos do mito da periculosidade na exclusão social de sujeitos em sofrimento
psíquico

Instituição das pesquisadoras: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Pesquisadora responsável: Prof. Dra. Tania Inessa

Pesquisadora assistente: Julia Espindola Breckenfeld

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo geral deste estudo é compreender o impacto dos estigmas relacionados ao campo da saúde mental, na inserção social dos indivíduos com sofrimento psíquico, considerando o mito da periculosidade. Os objetivos específicos são: compreender a percepção de profissionais, nas áreas da saúde mental, núcleo de custódia e polícia militar, a respeito de pessoas em sofrimento psíquico; compreender a percepção de sujeitos com sofrimento psíquico a respeito dos estigmas e preconceitos vivenciado no dia a dia; evidenciar fatores que possam contribuir para o mito da periculosidade no campo da saúde mental; entender o impacto dos estigmas da periculosidade em sujeitos em sofrimento psíquico e

destacar a importância da inclusão social e construção de uma identidade social de pessoas com sofrimento psíquico.

- Você está sendo convidada a participar exatamente por ser uma pessoa que apresenta contribuições de potencial valor ao estudo.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em uma entrevista com a pesquisadora.
- O procedimento é a entrevista narrativa, a qual a participante conta a sua vivência sobre a sua trajetória e relações sociais, evidenciando possíveis estigmas vividos.
- A entrevista será gravada e ocorrerá em local escolhido pela participante, podendo ser presencial ou de forma remota.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos de evocar conteúdos emocionais, os quais serão acolhidos pela pesquisadora e se as participantes desejarem, elas poderão suspender a entrevista. Caso haja necessidade, será feito o encaminhamento para uma rede de apoio.
- Medidas preventivas serão tomadas durante as entrevistas para minimizar qualquer risco ou incômodo: as entrevistas serão conduzidas de forma que as participantes se sintam confortável.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você está livre para não o realizar.
- Com sua participação nesta pesquisa você poderá contribuir para maior conhecimento sobre os impactos dos estigmas da periculosidade na inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com uma das pesquisadoras responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelas pesquisadoras e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- As gravações da entrevista ficarão guardados sob a responsabilidade de Julia Espindola Breckenfeld com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____

RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo

e

dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte

deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia

será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a senhora.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Participante

Dra. Tania Inessa Martins de Resende

Julia Espindola Breckenfeld / (61) 98164-3141 /
jubreckenfeld@sempreceub.com

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: SEPN, 707/907 Via W 5 Norte

Bairro/CEP/Cidade: Asa Norte – DF/ 70790-075

Telefones p/contato: (61)3966-1383

Endereço da participante

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr (a).

Domicílio: (rua, praça, conjunto)

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

ANEXO B

Roteiro entrevistas semi-estruturadas

Funcionário da ala psiquiátrica

1. Você pode me explicar um pouco sobre sua formação e como é a sua atuação?
2. Como funciona a dinâmica da Ala de Tratamento Psiquiátrico em relação à saúde mental?
3. Qual é o treinamento e os direcionamentos que vocês recebem ao trabalhar com alguém em sofrimento psíquico grave?
4. Qual a conduta para lidar frente uma crise psíquica?
5. E como é na prática o tratamento dos funcionários com a pessoa que cometeu um delito?
6. Como você se sente ao lidar com uma pessoa em crise/sofrimento psíquico grave?
7. Como você percebe o cumprimento dos direitos humanos dos sujeitos no tratamento da ala psiquiátrica? Pode me dar exemplos.
8. Qual a sua percepção a respeito da relação entre o cometimento de crimes/delitos e sujeitos que se encontram em alguma forma de sofrimento psíquico grave?
9. Na sua perspectiva, quais são os objetivos ideais a serem alcançados em um tratamento na ATP?
10. Qual a sua opinião a respeito do processo de ressocialização? - como deve ser feito/ deficiências no processo/ serviços mais utilizados...
11. Como você acredita que a abordagem pode ser melhorada?
- 12.

Núcleo de custódia

1. Você pode me explicar um pouco sobre como é sua formação e como é a sua atuação?

2. Qual a sua percepção a respeito da relação entre o cometimento de crimes/delitos e sujeitos que se encontram em alguma forma de sofrimento psíquico grave?
3. Quais parâmetros são utilizados para avaliar a imputabilidade da pessoa que cometeu um crime/délito?
4. Na sua atuação, como você percebe a conduta do judiciário em relação a casos que envolvem um sofrimento psíquico grave? - percebe preconceitos? pode me dar exemplos.
5. Quais os principais critérios utilizados para designar um caso ao hospital de custódia?
6. Qual o peso do laudo psiquiátrico no processo judicial? {aguardar resposta} E qual a sua opinião a respeito? Como você acha que deveria ser feito?
7. Qual a sua opinião a respeito do funcionamento dos hospitais de custódia/manicômios judiciários? Como você acha que eles deveriam funcionar?
8. Como você julga a efetividade do sistema jurídico ao lidar com casos que envolvem sofrimento psíquico grave?
9. O que você acredita que deveria ser melhorado no processo?

Psiquiatra

1. Você pode me explicar um pouco sobre sua formação e a sua trajetória profissional?
2. Quais eram as maiores dificuldades encontradas lá?
3. Como você lida com uma pessoa que chega em crise?
4. Quais os principais critérios que você utiliza para a realização de um diagnóstico?
5. Como você avalia o grau de periculosidade de alguém? (quais critérios utilizados?)
6. Quais os impactos positivos e negativos que um diagnóstico relacionado a saúde mental tem sobre um sujeito, na sua opinião?
7. Quais impactos você identifica nos seus pacientes decorrentes de uma exclusão social?
8. Quais são os principais critérios para uma reabilitação psicossocial, na sua opinião? E as maiores dificuldades?
9. Qual a sua perspectiva a respeito dos hospitais de custódia/manicômios judiciários?
10. O que você acredita que precisa ser melhorado no tratamento frente ao sofrimento psíquico grave?

ANEXO C

Roteiro da entrevista narrativa

Entrevista adaptada de: Vasconcelos, Eduardo Mourão; Leme, Carla C. Cavalcante Paes; Weingarten, Richard; Novaes, Patrícia Ramos. Reinventando a vida: narrativa de recuperação e convivência com o transtorno mental. São Paulo: Editora Hucitec, 2006, p. 223.

1. Bom, meu trabalho é sobre os estigmas e preconceitos vivenciados pelas pessoas em sofrimento psíquico, principalmente no campo da periculosidade. Nesse momento, eu gostaria de ouvir a sua história. Então, por favor, me conta um pouco sobre você e suas vivências a respeito do tema. Dentro do que for confortável para você.