

*O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO**

| ¹ Martinho Braga Batista e Silva |

Resumo: No contexto da consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, as pessoas em medida de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico apontam para um desafio à efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A descrição e análise do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI-GO) são uma estratégia para delinear os limites e possibilidades de construir ações e serviços de saúde para essa população vulnerável. Uma visita a esse programa permitiu notar a potencialidade de multiplicação dessa experiência governamental em âmbito estadual, capaz de extinguir a medida de segurança de uma parcela de seus participantes, contribuindo assim para um processo de reinserção social imerso em ações intersetoriais.

► **Palavras-chave:** pessoas em medida de segurança; Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; intersetorialidade; Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator.

¹ Doutorando em Antropologia Social – PPGAS/MN/UFR; consultor da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário/Ministério da Saúde. Endereço eletrônico: silmartinho@gmail.com

Recebido em: 13/05/2009.
Aprovado em: 04/02/2010.

*Agradeço a contribuição de diferentes pessoas e órgãos governamentais, como Ana Cristina Alencar do DEPEN/MJ, Renata Weber da CNSM/MS e todos os colegas da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário (SISPE/MS), tais como Alexandra Trivelino, Tatiana Estrela, Daniela Gontijo, Maria Thereza Gonçalves, Kátia Galbinski, Marden Filho e Pedro Macdowell. O acolhimento e confiança em mim depositado pela equipe do PAILI-GO, em especial Maria Aparecida Diniz, Karen Esber e Haroldo Caetano, também foram fundamentais para a fabricação desse artigo. As informações trocadas e as conversas informais em muito contribuíram para a elaboração das principais ideias desse texto, embora nenhum desses órgãos ou pessoas tenha qualquer responsabilidade pelas conclusões aqui apresentadas.

Introdução

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI-GO), ligado à Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás, é uma iniciativa em âmbito governamental para lidar com uma questão espinhosa: as pessoas em medida de segurança, cujo destino na maioria das vezes é a reclusão por tempo indeterminado.

Segundo a cartilha desse programa (GOIÁS, 2009), nos termos do Código Penal (artigo 26), se o sujeito possui doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado e por isso era, ao tempo do crime, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de se determinar de acordo com esse entendimento, diz-se que ele é inimputável, ou seja, incapaz de responsabilidade penal. Aos inimputáveis não cabe a pena, mas a medida de segurança, que não tem caráter punitivo, mas terapêutico.

Entretanto, dada a pressuposição de imprevisibilidade dos atos e periculosidade do indivíduo portador de transtornos mentais que comete infrações, a sentença de medida de segurança pelo juiz não costuma apontar para um tratamento, seja ele ambulatorial ou hospitalar, mas para uma sentença de prisão perpétua (GONÇALVES, 2008).

O PAILI-GO foi inspirado em outro programa, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAIPJ-MG), ligado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Embora tenham nomenclaturas diferentes – de um lado, “paciente judiciário”; de outro, “louco infrator” – e sejam pertencentes a instituições distintas – um à Saúde outro à Justiça – os programas têm o mesmo intuito, qual seja, oferecer escuta e acompanhar regularmente aqueles aos quais se costumava ofertar exclusivamente remédios com alto potencial sedativo e isolamento.

Vale dizer, desde já, que os resultados que o PAILI-GO alcançou nos seus três anos de existência não são pequenos. Contando com uma equipe multiprofissional (acompanhante terapêutico, psicólogo, assistente social, advogado, assistente administrativo e médico) e, como muitas vezes acontece no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), convivendo com a rotatividade profissional e a precariedade nos contratos de trabalho, o programa atende mais de 100 usuários, sendo que dez deles tiveram a sentença de medida de segurança extinta, procedimento conhecido como “cessação de periculosidade”. Essas dez pessoas tiveram outro destino que não o confinamento sem data de término nos

estabelecimentos conhecidos como “manicômios judiciários”, hoje designados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), dada a necessidade de consolidar, na terminologia, o acento no elemento terapêutico da sentença de medida de segurança.

Também não é demais adiantar que o PAILI-GO contribui para fortalecer outros princípios do SUS além da interdisciplinariedade: a integralidade, privilegiando o atendimento comunitário próximo à residência mais do que aquele hospitalar e isolado, priorizando o cumprimento da medida de segurança em regime ambulatorial mais do que em regime hospitalar; a intersetorialidade, mediando a relação do usuário com outras instâncias governamentais além do setor Saúde, tais como o Ministério Público.

Seja a integralidade prevista na Constituição de 1988 – “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” – ou aquela que está entre os objetivos do SUS, segundo a Lei nº 8.080/1990 – “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” – temos um preceito-chave na atenção em saúde: atender de modo que mais pessoas se sintam estimuladas a cuidar da própria saúde e mais populações estejam atentas aos principais agravos e doenças que as acometem, suscitando o autocuidado sem deixar de ser resolutivo quando o quadro clínico exigir.

Como Mattos (2003) nos lembra, a integralidade é um preceito que diz respeito à atenção e à gestão do SUS, uma busca de unir serviços, práticas, profissionais e políticas públicas para se contrapor aos efeitos nefastos da fragmentação das práticas de atenção à saúde da população. Fragmentação esta ligada à formação de recursos humanos em saúde, o conhecido culto às especialidades médicas, como também à dicotomia historicamente construída entre assistência e saúde pública, como se quem ofertasse atendimento – os “clínicos” – não tivesse que compreender os determinantes sociais da saúde – dos “epidemiologistas”.

No caso do atendimento a pessoas em medida de segurança, trata-se de tornar o atendimento ambulatorial cada vez mais viável no horizonte dos portadores de transtorno mental que venham a cometer crimes, mas sem deixar de oferecer suporte adequado quando isso for necessário, inclusive referência para atenção hospitalar em situações de agudização de sintomas.

Já no que tange à intersetorialidade, já na Lei nº 8.080/1990 constata-se que os determinantes sociais da saúde apontam para setores que ultrapassam o SUS: “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”, sendo necessário criar comissões intersetoriais, que “terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS”. Essa constatação é um reconhecimento de que o setor Saúde não se basta, não é autossuficiente, necessitando muitas vezes realizar ações em conjunto, formar parcerias e agir em articulação com outros setores, sejam eles educação, trabalho ou, nesse caso, justiça e segurança pública.

A intersetorialidade é apontada por Andrade (2006) como fundamental para a consolidação de um SUS cada vez mais participativo, democrático e comunitário, capaz de fazer frente ao desafio colocado pelos determinantes sociais da saúde, entre eles a carência de condições de saneamento de muitas populações no país. Nota-se isso na própria atuação desse pesquisador-gestor, como secretário municipal de Saúde no interior do Ceará, quando montou uma Secretaria de Saúde e Assistência Social, ou seja, não exclusivamente de “saúde”. No caso do atendimento a pessoas em medida de segurança, ter advogado e acompanhante terapêutico na equipe faz muita diferença na condução dos casos clínicos, tornando a interlocução com o setor Justiça mais fortalecido e a circulação pelo espaço urbano mais facilitada. Isso sem falar das parcerias com a Assistência Social e a Habitação, que serão apresentadas mais adiante.

Enfim, no caso deste artigo, estamos nos referindo a interdisciplinaridade, integralidade e intersetorialidade, para destacar alguns elementos da concepção e atuação de um programa de atendimento em saúde a pessoas em medida de segurança, considerando-as uma população particularmente vulnerável à violação de direitos humanos (CORREIA et al., 2007) e, portanto, especialmente necessitadas de ações governamentais abrangentes e complexas.

O grau de integralidade e intersetorialidade que o PAILI-GO alcançou é capaz de fazer frente a uma tendência cada vez mais acentuada no país, apesar da lei federal e da resolução¹ em contrário: a criação de instituições exclusivamente para a reclusão de pessoas em medida de segurança, como é o caso tanto dos

HCTPs em alguns estados do país quanto das alas psiquiátricas em unidades prisionais em muitos deles, ou mesmo dos setores ou do conjunto de hospitais penais, que acabam por servir de depósito para essas pessoas. Inclusive, vale ressaltar que todas as iniciativas no sentido de criar HCTPs no estado de Goiás foram frustradas, graças à ação articulada entre o Ministério Público do Estado de Goiás e o Conselho Regional de Psicologia, entre outros órgãos, ação esta que culminou na criação do PAILI-GO.

Segundo informações do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN), em janeiro de 2009 havia 31 registros de HCTP, sendo que, desses registros, dois eram alas psiquiátricas em unidades prisionais e seis eram hospitais penais, de modo que totalizavam efetivamente 23 HCTPs (OLIVEIRA, 2009). Anos antes, em 2002, dados divulgados no relatório de um evento nacional sobre o assunto (BRASIL, 2002, p. 52-53) apontavam a existência de 19 HCTPs. Dois estados da federação adquiriram HCTPs ao longo desse período, entre 2002 e 2009: Piauí e Pará.

Ao mesmo tempo, três censos psicossociais aconteceram nos últimos anos, nos estados do Rio de Janeiro, da Bahia e de Goiás. Além disso, foi fabricado um vídeo sobre os pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador-BA, um curta-metragem denominado “A Casa dos Mortos” (produzido pela equipe da ANIS/DF, grupo de pesquisa em bioética, gênero, sexualidade e direitos humanos). Todas essas atividades aconteceram através de convênios na esfera federal de gestão do SUS.

Desta maneira, encontramos tanto recuos quanto avanços em relação ao tema das pessoas em medida de segurança nesses últimos anos, algo que pode terminar por sedimentar algum redirecionamento dos recursos e recomendações do Estado brasileiro em relação a essa parcela da população, ínfima em relação ao conjunto da população privada de liberdade: das aproximadamente 470 mil reclusas em estabelecimentos penais no país (INFOPEN, 2009), em torno de 4.600 estão em HCTP (OLIVEIRA, 2009).

Para incluir apenas mais um lembrete nesta introdução, deve-se levar em conta, na leitura das informações acima, que: o INFOPEN é um sistema de informação do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN/MJ), em fase de aperfeiçoamento desde o ano de sua criação, em 2004, de modo que não oferece dados precisos e não abrange a totalidade da população carcerária; os HCTPs

são, oficialmente, instituições penais, ou seja, não necessariamente são regidos pelas normas e diretrizes do SUS (exceto no Estado do Rio de Janeiro).

Pessoas em medida de segurança, pessoas privadas de liberdade, pessoas: essa nomenclatura não é ocasional, pois poderia usar também “internos”, “reeducandos”, “presos” e “portadores de transtorno mental”, entre outras, para não falar daquelas consagradas pelos próprios programas inovadores, o PAILI-GO e o PAIPJ-MG, como “paciente judiciário” e “louco infrator”. Trata-se de sublinhar o fato de que é possível conceber uma diretriz, norma ou recomendação no âmbito das políticas públicas considerando-se a trajetória de vida dessas pessoas, poucas em relação à população como um todo (inclusive a prisional), mas cuja história remete a nós difíceis de desatar com nossos recursos biopsicossociais, bem como com nossas prerrogativas ligadas à defesa dos direitos humanos (BARROS, 2003).

A visita ao PAILI-GO mostrou justamente isso, já que a disposição da equipe em apresentar os casos em atendimento, do mesmo modo que a articulação em rede no acompanhamento de cada situação que aparecia no programa, aponta para uma possibilidade de fazer chegar aos nossos planejamentos em âmbito federal a marca do percurso dessas pessoas que estão – ou estiveram – em medida de segurança. Deste modo, o objetivo desse artigo é descrever e analisar o PAILI-GO, enquanto iniciativa governamental intersetorial para a abordagem clínico-institucional de pessoas em medida de segurança. Não se trata de realizar uma avaliação do programa, mas de apontar o potencial de multiplicação dessa experiência e delimitar seus limites e possibilidades em meio à implantação do SUS no país.

Pessoas em medida de segurança: o “outro” da população carcerária e da população psiquiátrica

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) foi uma estratégia governamental para organizar o acesso de pessoas privadas de liberdade às ações e serviços de saúde, tendo incluído uma parcela da população carcerária, aquela dita penitenciária, já julgada e condenada (BRASIL, 2005). Instituído a partir da Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/2003, esse plano foi criado tendo em vista principalmente a alta incidência de doenças infecto-contagiosas entre essa população reclusa em estabelecimentos, na maioria das vezes, superlotados e insalubres. Está pautado, principalmente, em três dos princípios do SUS – a

universalidade, a equidade e a intersetorialidade –, ou seja, todos devem ter acesso às ações e serviços de saúde, inclusive populações vulneráveis, operando junto a outros setores – como a Justiça e a Segurança Pública – para alcançar uma atenção integral em saúde.

O PNSSP não é propriamente um meio de prover ações e serviços de saúde à população penitenciária, pois em geral já existem atendimentos em saúde nas unidades prisionais. Com mais frequência acontece de os estados que solicitam a adesão a esse plano passarem a orientar suas ações na direção da promoção e prevenção em saúde, consolidando atividades de atenção básica dentro das unidades prisionais, através da inserção das equipes mínimas de saúde no sistema penitenciário (médico, odontólogo, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do INFOPEN, 18 dos 27 estados da federação já haviam sido qualificados ao PNSSP em dezembro de 2009, de modo que 215 equipes de saúde no sistema penitenciário (EPEN) estavam em 188 unidades prisionais (UPs) do país, nas quais 130 das 409 mil hoje reclusas em unidades penitenciárias se encontram (470 mil no conjunto do sistema prisional). Até essa data, ainda não havia sido possível estender à totalidade das pessoas privadas de liberdade essas ações, como a população reclusa em cadeias e delegacias e mesmo os presos provisórios. Devido ao envio irregular e precário de informações por parte de órgãos responsáveis, muitas vezes de segurança pública, mas também à falta de espaço físico em muitas das cadeias, a inserção de EPEN nessas unidades prisionais ainda não é um consenso.

Embora não seja propriamente uma população julgada e condenada a cumprir uma pena, as pessoas que recebem medida de segurança estão incluídas no PNSSP, devendo receber atendimento por parte das EPEN. Entretanto, o número de integrantes dessas equipes, digamos, de saúde mental no sistema penitenciário – ou seja, daquelas que são inseridas nos HCTPs – é diferenciado, pois muitas vezes conta com psiquiatra. São poucas no país, de modo que a maior parte dos HCTPs não tem equipes ligadas ao PNSSP (isso acontece apenas nos estados da Bahia, de Minas Gerais, de Pernambuco e de São Paulo, totalizando cinco equipes).

A inclusão das pessoas em medida de segurança no PNSSP talvez remeta muito mais à finalidade mais ambiciosa de fazer do PNSSP um passo em direção a uma Política Nacional de Saúde para a População Privada de Liberdade, do

que propriamente a uma inclusão dos HCTPs entre as penitenciárias, presídios e demais estabelecimentos de reclusão de apenados. A população privada de liberdade aponta para algo mais amplo que a população penitenciária, e mesmo carcerária, já que estariam incluídas não só as pessoas que cumprem pena e aquelas presas provisoriamente, mas também qualquer uma em condição de confinamento, como os adolescentes em conflito com a lei, por exemplo.

Além de dimensionar o que são as pessoas em medida de segurança no contexto do PNSSP, ou seja, o que elas representam em meio à população carcerária, também é necessário conhecer o que essa população representa no contexto da Política Nacional de Saúde Mental, ou seja, da população psiquiátrica.

O tema da tutela é constitutivo do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPb), na medida que aquilo que costuma ser apontado como diferença entre ela e outras mudanças que se diziam reformistas ao longo desses mais de 200 anos de psiquiatria lhe dizem respeito. Por um lado, a paradoxal luta por uma cidadania de pessoas tuteladas é apontada como diferencial de nossa reforma, sublinhando a ambiguidade da condição de sujeito do louco. Por outro, costuma-se lembrar que foi a crítica aos modos de regulação social da instituição psiquiátrica que caracterizou esse processo, no qual a necessidade de romper com tais mecanismos de poder foi bandeira de luta.

Delgado (1992) apresenta esse argumento quando historiciza a psiquiatria com base em suas reformas. As colônias de alienados, a assistência heterofamiliar, o ambulatório, as comunidades terapêuticas e a própria instauração do asilo por parte de Pínel também se pretendiam reformistas. Segundo esse autor, a RPb teria colocado a “cidadania do louco” e a luta por uma “sociedade sem manicômios” em primeiro plano, no bojo do processo de redemocratização do país e da instauração do SUS. Mas e a cidadania dos ditos “loucos criminosos”?

Delgado (1992) descreve os discursos psiquiátrico e jurídico relativos à consolidação do estatuto de periculosidade, incapacidade e inimputabilidade dos “loucos de todo gênero”, principalmente as práticas concretas nos tribunais quando do rito da interdição civil e da perícia médico-psiquiátrica. Para ele há uma especificidade da questão da cidadania na Reforma Psiquiátrica em relação à Reforma Sanitária, que diz respeito a este estatuto jurídico da tutela que não pesa sobre outros cidadãos. Segundo o autor, o desafio da cidadania possível ao louco impõe o tema da tutela na agenda de debates da RPb. Pleiteia,

deste modo, o lugar de um estudo acerca da atividade pericial, principalmente no que tange à interdição civil.

Embora apresente os impasses relativos às figuras da periculosidade e inimputabilidade do louco, por meio das quais os “loucos-criminosos” se tornam objeto do direito penal, considera a atividade pericial nesse campo um desafio gigantesco à Reforma, por remeter a “casos-limite”:

O Manicômio Judiciário como última cidadela para os casos-limite do sistema-psiquiátrico. Do mesmo modo que, no interior da própria rede assistencial psiquiátrica, uma gradação se estabelece entre as instituições com menor ou maior poder de contenção, a prática cotidiana faz surgirem algumas vezes situações dramáticas, que se mostram insolúveis [...] *São casos-limite, que expressam a tensão máxima do dispositivo psiquiátrico, frequentemente apontados como a demonstração das restrições do real à reforma.* (DELGADO, 1992, p. 108 - grifo nosso).

Apresenta exemplos desses pacientes que “derrubam a psiquiatria” e “inscrevem os contornos do limite real da utopia da sociedade sem manicômios” (DELGADO, 1992, p. 112), relativos à coincidência na mesma pessoa da figura do louco e do criminoso: trata-se justamente das pessoas em medida de segurança.

Embora o investimento sobre o tema da interdição civil tenha sido mais intenso que aquele sobre a questão da inimputabilidade ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, como fazem crer as passagens anteriores, isso não significa que seja um assunto sobre o qual não haja avanços. As pessoas em medida de segurança foram contempladas na Política Nacional de Saúde Mental, em censos e estudos psicossociais, como também no Programa de Volta para Casa, voltado para egressos de longa internação psiquiátrica. Esses avanços serão apresentados mais adiante, após a indicação da instituição que fez dessas pessoas parte da população psiquiátrica e penitenciária ao mesmo tempo: o manicômio judiciário.

HCTP: um impasse para o SUS²

Ao invés de investigar os processos sociais de rotulação, através da escuta dos “desviantes” e de seus familiares, como é comum na literatura das ciências sociais sobre o fenômeno da loucura, outro caminho se desenhava investigando os processos históricos de institucionalização de especialidades médicas, através da análise dos textos daqueles que produzem as classificações que permitem apontar alguém como “louco”, “criminoso” ou outros termos de forte cunho pejorativo. Eis o caso das contribuições de P. Fry (1986), sobre os debates entre médicos e juízes ao longo

do processo criminal que condenou Febrônio Índio do Brasil, considerado “louco moral”, a passar a maior parte de sua vida em um manicômio judiciário.

Esse autor reuniu tanto as contribuições de M. Gluckman sobre análise de situações e dramas sociais quanto aquelas de M. Foucault e R. Castel sobre a institucionalização da psiquiatria em meio aos conflitos com as instituições judiciárias, acerca do grau de responsabilidade do indivíduo. A partir daí, Fry (1986, p. 67) esboçou uma metodologia para tornar possível enxergar ação e representação social operando conjuntamente, através da análise de situações dramáticas específicas, onde se destaca o papel dos “criadores de regras e rótulos” ou “empresários morais”, ou seja, dos psiquiatras e juristas. Segundo ele, na categoria “louco moral” (monomania, conhecida como loucura sem delírio), tal qual descrita e posta em marcha pelos psiquiatras do início do século XX no Brasil, caberia tanta gente que poderia ser a matriz de um processo de psiquiatrização de comportamentos de ampla escala (FRY, 1986, p. 80).

Carrara (1998) discorre sobre o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século XIX e XX no Brasil. Aguçando a metodologia já esboçada por Fry (1986), dedicou o primeiro período de sua pesquisa à observação da rotina de trabalho do próprio estabelecimento: hospital psiquiátrico e cadeia ao mesmo tempo, o manicômio judiciário mantinha muitas décadas depois de sua criação a filosofia que o inspirava. O autor apresenta o Caso Custódio Serrão tal como Fry (1986) fez com Febrônio Índio do Brasil, reunindo um conjunto de livros, jornais e documentos que permitem compreender o debate entre médicos e juízes no início do século XX, sendo que a instalação do manicômio judiciário e a concomitante consolidação do estatuto da curatela do louco foram consideradas por ele uma vitória da medicina sobre o direito. Era consenso que alguns cidadãos deveriam ser considerados tuteláveis tendo em vista indícios de alienação mental, sendo que Custódio Serrão e Febrônio reunissem em si características que muitas vezes os aproximavam da categoria “louco moral”.

Seu estudo fornece muitas vias de compreensão das representações acerca da responsabilidade individual e das decisões judiciais acerca de indivíduos que são considerados irresponsáveis do ponto de vista legal. A pesquisa sobre o caso de Custódio Serrão (ao longo do qual emerge a disputa entre essas disciplinas por causa do assassinato e da suspeita de alienação mental) procura dar visibilidade

aos debates concretos entre representantes da psiquiatria e da medicina legal, em torno da responsabilidade individual sobre os próprios atos. Esses embates podem ser resumidos sob a forma de duas concepções conflitantes sobre o indivíduo com efeitos diversos em termos de responsabilidade, concepções estas que se superpõem no caso das intervenções sociais relativas ao louco criminoso: o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-terapêutico.

O estudo tematiza as dimensões jurídica e moral da responsabilidade dos atores sociais, procurando destacar a ambiguidade com que se lida com a responsabilidade desse ente “limitrofe” entre a psiquiatria e a justiça, designado ora louco criminoso, ora psicopata e ora monomaníaco na época da criação dos manicômios judiciários. As disputas entre Nina Rodrigues e Teixeira Brandão, eminentes médicos do início do século XX, no sentido de determinar o grau de periculosidade e de responsabilidade de Custódio, ilustram tal formulação.

Depreende-se, da obra de Fry (1982) e Carrara (1998), que o surgimento do manicômio judiciário remete a um limite classificatório de nossas sociedades ocidentais modernas, já que as pessoas em medida de segurança não poderiam ser acomodadas nem nos hospícios nem nos presídios, não caberiam de todo nem nos diagnósticos da psiquiatria nas classificações da criminologia. O manicômio judiciário, hoje HCTP, é o lugar para o qual se indica um espaço para esse limite classificatório, é o estabelecimento para o qual ainda hoje se enviam egressos de uma situação definidora de destinos: a perícia.

A perícia médica assume papel preponderante nessa situação, mais do que os clínicos e os membros do Sistema Judiciário, já que cabe aos peritos tanto determinar em que casos caberia uma medida de segurança e não uma pena, assim como realizar o exame de cessação de periculosidade.

Continua-se criando HCTPs e alas psiquiátricas em estabelecimentos penais no país, embora também se tenham construído mecanismos para tornar a sentença de medida de segurança signo de tratamento, seja ele ambulatorial ou hospitalar. Essa vitória da medicina sobre o direito no início do século XX, um estabelecimento que reconhece que aqueles que cometem infrações podem precisar de tratamento e não de castigo, é um impasse para o SUS, permitindo que instituições de saúde sejam criadas à revelia da lógica da integralidade e intersetorialidade.

Pessoas em medida de segurança nos HCTPs: o que mudou em meio à instalação do SUS no Brasil?

Em 2002, um ano após a promulgação da Lei nº 10.216/2001 (conhecida como Lei Antimanicomial, pela recomendação de que nos estados e municípios nos quais haja possibilidade de atendimento extra-hospitalar em saúde mental, este fosse preferencial em relação ao hospitalar) e um ano antes da Portaria Interministerial nº 1.777/2003 (que institui o PNSSP, prevendo a inserção de EPEN inclusive nos HCTPs), acontece o Seminário Nacional para a Reorientação dos HCTPs. Promovido pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM/MS) em parceria com o DEPEN/MJ, esse evento reuniu um conjunto de profissionais, técnicos, gestores e professores da área da Saúde (principalmente da saúde mental) e da Justiça (principalmente do direito penal), apontando para diretrizes relativas ao atendimento das pessoas em medida de segurança e do destino de estabelecimentos como os HCTPs. Estas últimas terminaram por concentrar-se na Resolução nº 5/2004, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP): medida de segurança como signo de tratamento, preferencialmente ambulatorial embora também hospitalar quando fosse o caso; HCTP como um estabelecimento com dias contados, ficando sua construção condicionada à inexistência de alternativas de atenção extra-hospitalar nos estados e municípios, tal como no caso dos hospitais psiquiátricos.

O Seminário Nacional, que contava inclusive com a presença dos peritos, tinha como objetivo aumentar o grau de intersectorialidade e integralidade da assistência em saúde às pessoas em medida de segurança nos HCTPs, tendo como norte principal a instalação regular de projetos terapêuticos singulares como forma de conhecer, avaliar e modificar a rotina de funcionamento dessas instituições (BRASIL, 2002, p. 7). Parcerias entre serviços de saúde mental e de assistência social, entre as varas de execução penal e os HCTPs: eis a orientação geral a ser perseguida no sentido da reintegração social de pessoas em medida de segurança.

Foram organizados três grupos de trabalho para debater os temas “diagnóstico e definição do problema: situação institucional do louco infrator no Brasil”, “experiências significativas de reintegração social do louco infrator” e “paradigmas jurídicos e assistenciais no atendimento ao louco infrator”, sendo que a partir daí construiu-se uma agenda de ações para cada uma das regiões do país. Naquele

momento, previa-se uma modificação na Lei de Execuções Penais (LEP/1984), assim como a proibição de construção de novos HCTPs, sem falar na formação de fóruns intersetoriais nos estados da federação para acompanhamento das pessoas em medida de segurança. As experiências no Rio de Janeiro (KOLKER et al., 2009), com HCTPs inseridos no SUS e contando Autorização de Internação Hospitalar (AIH), inspiraram muitas das sugestões de diretrizes nos grupos de trabalho.

Destacaram-se entre as sugestões: 1) a criação de um padrão de cadastro nacional de pessoas em medida de segurança; 2) a inserção de equipes interdisciplinares nos programas permanentes de reintegração social nos HCTPs; 3) que sejam adotadas saídas terapêuticas nos HCTPs; 4) e que a conversão de tratamento ambulatorial em internação ocorra somente sob critérios clínicos.

Os dois primeiros pontos estão em andamento desde o Seminário Nacional de 2002, em diferentes estados da federação (em especial RJ, BA e GO, onde aconteceram os censos psicossociais, assim como em MG, AL, RS e TO, segundo declaração de militantes da Reforma Psiquiátrica desses estados). Os demais pontos também, embora envolvam mais do que a reunião de gestores em torno da declaração de intenções e da formação de pactuações no sentido de consolidar mudanças, mas a rotina institucional das equipes. É nesse quesito que programas como o PAILI-GO, mediando a relação entre equipes de saúde mental e instâncias judiciárias, bem como supervisionando o acompanhamento dos casos clínicos, apontam para uma atuação ímpar no sentido da reinserção social das pessoas em medida de segurança.

Entretanto, há outros pontos que revelam a fragilidade das propostas frente às condições de possibilidade dos projetos de ressocialização das pessoas em medida de segurança, já que indicam um entendimento precário do funcionamento das instituições penais e uma aplicação selvagem de princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica: 1) que o tempo que os pacientes estejam em atividade terapêutica seja contado para diminuição da medida de segurança; 2) nos estados, municípios e Distrito Federal, onde existam manicômios judiciários, as condições de funcionamento devem estar ajustadas às diretrizes do SUS, direcionadas no sentido da humanização, da desospitalização e desinstitucionalização, evoluindo para o regime aberto, conforme a Lei nº 10.216; 3) transferir o recurso advindo do processo de desinternação das pessoas dos HCTPs para a implantação de residências terapêuticas; e 4) sensibilização do Judiciário a respeito da

inconstitucionalidade da medida de segurança e da reinternação sem novo delito e sobre a excepcionalidade da reincidência do louco infrator.

Nos três primeiros itens, o desconhecimento a respeito de fatos jurídicos e institucionais é patente, já que medida de segurança não é pena e, portanto, não cabe diminuição, tendo em vista tempo de tratamento ou qualquer outra atividade; HCTPs são instituições penais, não de saúde, de modo que não têm qualquer obrigação de adequar-se aos princípios do SUS; já que são instituições penais, não possuem Autorização de Internação Hospitalar (AIH) como outros estabelecimentos hospitalares, de modo que não há valor a converter para a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), como no caso dos hospitais psiquiátricos (exceto no Estado do Rio de Janeiro); a excepcionalidade da reincidência do louco infrator foi percebida nas experiências acontecidas em Minas Gerais e Rio de Janeiro, por um período curto (menos de 5 anos), algo que dificilmente serviria de argumento para o convencimento de servidores públicos que agem com base em legislações de âmbito nacional, como é o caso dos juízes.

Essa mesma restrição espacial e temporal das experiências estaduais, em que se basearam muitas das sugestões desse Seminário Nacional (BRASIL, 2002), teve efeito sobre a Resolução do CNPCP nº 5/2004, relativa às diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança. Ou seja, ainda se faz necessário um censo psicossocial nacional para estabelecer esse tipo de diretriz, na medida em que o desconhecimento acerca das efetivas condições em que se encontram as pessoas em medida de segurança nos HCTPs colabora para a parcialidade das propostas de transformação do cotidiano assistencial.³

Constam, de modo extremamente pertinente, recomendações no sentido de sublinhar o objetivo de reinserção social e a necessidade de um programa individual de tratamento, assim como de grifar o caráter intersetorial dessa ação governamental. Além disso, há propostas relativas à rotina institucional do HCTP bastante relevantes, tais como: a medida de segurança só poderá ser restabelecida em caso de novo delito e após sentença judicial; e os casos de reagudização de sintomatologia deverão ser tratados no serviço de referência local.

Essas e outras recomendações tornam a Resolução do CNPCP nº 5/2004 um importante instrumento de gestão no sentido da implementação do PNSSP. Entretanto, orientada pelas propostas do Seminário Nacional de 2002, inspirada nas experiências de assistência a pessoas em medida de segurança em poucos

estados da federação, a resolução apresenta pontos difíceis de serem equacionais em âmbito nacional. Entre eles: a medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado, de modo a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc.

Embora este quesito da Resolução do CNPCP nº 5/2004 corresponda à situação dos HCTPs no Estado do Rio de Janeiro, regidos pelos princípios do SUS, isso não corresponde ao resto do país, de modo que tornar os hospitais e não as instituições penais o destino de pessoas em medida de segurança favorece que gestores estaduais perpetuem a lógica de criação de estabelecimentos de reclusão, em detrimento daquela de acompanhamento ambulatorial. Ou seja, embora esse item tenha como intuito o fortalecimento do SUS, termina por deixar uma brecha para uma tendência cada vez mais frequente nos últimos anos: o deslocamento de pessoas em medida de segurança – assim como portadores de transtorno mental que ainda não receberam essa sentença – para hospitais penais, que servem de depósito para essas pessoas, embora sejam designados “hospitais”. Eis o caso dos estados do Piauí e do Pará, que criaram HCTPs entre os anos de 2002 e 2009.

Trata-se de um grande impasse para a implantação do SUS no país, a formação de uma rede paralela de assistência em saúde não regida pelos princípios do SUS, embora também não financiada pelo mesmo.

O PAILI-GO: uma experiência estadual em processo

O desafio do PAILI-GO, assim como de qualquer outro programa que venha a lidar com pessoas em medida de segurança, é gigantesco. Estas pessoas agregam em si dois estigmas difíceis de serem desconstruídos, criminoso e louco, estando vulneráveis a violações de direitos humanos de diferentes ordens (CORREIA et al., 2007). Ainda mais quando o pressuposto da periculosidade se confirma, quando o medo de que se trata de alguém imprevisível ganha volume, ou seja, quando aquele sobre quem pesa a suspeita de ser um pouco ou muito “doido”, “desequilibrado” ou “com o sistema nervoso abalado” comete um ato infracional. Há que se lidar, pelo menos, com muita resistência por parte da opinião pública de modo geral, bem como das comunidades e famílias a que pertencem pessoas em medida de segurança.

Ou seja, qualquer atividade de monitoramento das ações e serviços de saúde em âmbito federal desse tipo de programa deve levar em conta a dificuldade de estabelecer parâmetros claros para uma atuação que implica, em tão alto grau, mudanças de ordem cultural. Agrega-se a esse elemento o fato de que não existem pontos a atingir, como poderia sugerir a experiência de algum país desenvolvido, por exemplo: no que tange ao modo de lidar com pessoas em medida de segurança, não há experiências internacionais inovadoras o suficiente para servirem de norte. Inclusive, no país em que o processo de Reforma Psiquiátrica internacionalmente reconhecido aconteceu, a Itália, os manicômios judiciais mantiveram-se intocáveis até recentemente: entre 1978 e o início do século XXI, a Lei nº 180 não chegou os ditos “loucos infratores”.

Segundo o fôlder oficial do programa, o PAILI-GO destina-se a proceder a acompanhamento jurídico e psicossocial às pessoas submetidas a medida de segurança no Estado de Goiás. Em outras palavras, trata-se de uma incumbência de acompanhamento, não necessariamente de tratamento ou de julgamento, nem mesmo perícia, como veremos mais adiante. A proposta é de mediação entre a Justiça, a Saúde e a sociedade, promovendo todas as etapas necessárias para o tratamento adequado, visando à não-reincidência do ato infracional e sua reinserção sócio-familiar, até o encerramento de sua relação com a Justiça.

Mas como evitar a reincidência do ato infracional? Trata-se de condição para a cessação de periculosidade? É possível agir sobre a ação do outro a ponto de garantir ou prevenir ações futuras? Eis um ponto não esclarecido nos documentos oficiais do PAILI-GO.

Além disso, esclarecem do que se trataria a medida de segurança: a sentença dada pelo juiz para aquelas pessoas que, em decorrência de um transtorno psiquiátrico, tiveram sua capacidade de entendimento diminuída ou anulada e acabaram cometendo um delito, sendo então determinado tratamento obrigatório, na modalidade de internação ou tratamento ambulatorial. Desse modo, a medida de segurança é uma alternativa à pena, para aqueles que cometeram um ato infracional numa circunstância na qual não estavam em condições de responder por seus atos, em decorrência de algum grau de alteração da consciência no instante do crime. Aí está o dilema desse estatuto jurídico: por um lado, por não se tratar de uma pena, não se configura um castigo; por outro, como não determina um tempo de reclusão, pode se tornar equivalente a uma prisão perpétua. Além disso,

pode ser cumprida em regime ambulatorial ou hospitalar, sendo que aí está um dos principais papéis de programas como o PAILI-GO: favorecer o deslocamento do regime hospitalar para o ambulatorial e colaborar na sustentação de uma rede de cuidados fora de qualquer instituição de reclusão.

O público-alvo é toda pessoa sentenciada a medida de segurança, encaminhada pelo juiz da varas criminal do Estado de Goiás. Aqueles portadores de transtorno mental que cometeram crimes e ainda não receberam medida de segurança (hoje aproximadamente 75) não são beneficiados pelo PAILI-GO, mantendo-se em estabelecimento penal. Vale citar, neste momento, o esclarecimento presente na cartilha do PAILI (GOIÁS, 2009), no sentido de que, além das situações em que certas pessoas são consideradas inimputáveis, também há outras possibilidades de sentenciar medida de segurança: quando a pena for substituída por medida de segurança para o semi-imputável; quando a pena for substituída por medida de segurança para o condenado preso.

Ainda segundo essa cartilha, a história do PAILI-GO remonta ao ano de 1996, quando aconteceu um levantamento de pessoas em medida de segurança na penitenciária local, em número de 30. Através desse levantamento, a Vara de Execução Penal (VEP) de Goiânia-GO proibiu o ingresso de novos pacientes submetidos a medida de segurança e determinou a soltura daqueles que se encontravam ilegalmente presos.

Antes da Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), por duas vezes tentaram construir um HCTP em Goiás, em ambos as situações fracassadas. Inclusive, o hospital psiquiátrico local, Adauto Botelho, também foi fechado nessa época. A partir da Lei da Reforma Psiquiátrica, a articulação entre o Ministério Público, o Fórum Goiano de Saúde Mental e o Conselho Regional de Psicologia teve como fruto a criação do PAILI-GO, na Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, em outubro de 2006. Nesse momento, a questão deixa de ser focada unicamente sob o prisma da segurança pública e é acolhida definitivamente pelos serviços de saúde pública, já que, se a medida de segurança não tem caráter punitivo – e de direito não tem – sua feição terapêutica deve preponderar (GOIÁS, 2009, p. 5).

Outro resultado da articulação entre Saúde e Justiça é o destaque à consideração jurídica presente na Lei de Tortura/1997, segundo a qual não se cogita o recolhimento da pessoa com transtorno mental submetida à medida de segurança em cadeia pública, sob pena de responder criminalmente em caso de omissão.

Um fato histórico não mencionado foi o censo psicossocial no Estado de Goiás, supervisionado pela psicóloga Fernanda Otoni de Barros, do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, coordenadora do PAIPJ-MG. Essa supervisão, acontecida no ano de 2003, segundo a coordenadora do PAILI-GO, inspirou muito da filosofia do trabalho desse programa, o acompanhamento em longo prazo.

Sobre o funcionamento do PAILI-GO, começa com o encaminhamento das pessoas sentenciadas a medida de segurança pelos juízes, seguido de estudo de casos e, dependendo da análise da equipe, encaminhamento para tratamento ambulatorial (Centro de Atenção Psicossocial/CAPS, Ambulatório de Psiquiatria, Hospital-Dia, Programa de Saúde da Família, entre outros) ou para internação em clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS. Ou seja, o PAILI-GO, a partir da sentença de medida de segurança pela instância judiciária estadual, realiza um projeto terapêutico para a pessoa e encaminha para o recurso terapêutico adequado à situação: acompanhamento em liberdade ou reclusão, tratamento ambulatorial ou hospitalar, no primeiro caso na rede pública de saúde mental e, no segundo caso, exclusivamente na rede privada conveniada ao SUS.

O PAILI-GO também efetiva o requerimento de benefícios sociais (Programa de Volta para Casa e Benefício de Prestação Continuada, entre outros), acompanha todo o tratamento do usuário realizando atendimentos para orientações jurídicas/psicossociais e visitas domiciliares, até a cessação do seu vínculo com a Justiça. O programa tem como parceiros o Ministério Público, o Tribunal de Justiça, as Secretarias Municipais de Saúde, a Secretaria de Segurança Pública do Estado de Goiás e algumas clínicas psiquiátricas conveniadas com o SUS. Funciona de segunda a sexta, das 8 às 18 horas. Trata-se de um programa que medeia, supervisiona e articula, mais do que um órgão responsável pelo atendimento direto da pessoa em medida de segurança.

Documentos como o Convênio de Implementação do programa, além do pôster e da cartilha, descrevem com mais precisão as diretrizes e obrigações do PAILI-GO, sendo que se destacam os seguintes itens:

- O PAILI-GO tem autonomia, observadas as normas da legislação pertinente, para indicar o local adequado para a execução da medida de segurança imposta, seja na modalidade de internação ou tratamento ambulatorial.
- Caso seja recomendada por laudo médico a desinternação do paciente, e considerando o que dispõe a Lei nº 10.216/2001, particularmente o seu art. 4º e

respectivos parágrafos, o PAILI-GO diligenciará para a colocação do paciente junto à própria família, ou, alternativamente, em residência terapêutica, com posterior comunicação ao juízo da execução penal.

- O mesmo procedimento (colocação do paciente junto à própria família ou em residência terapêutica) poderá ser provisoriamente adotado em caso de inexistência ou dificuldade na obtenção de vaga para a internação. Nesta hipótese, o paciente será rigorosamente acompanhado pelo PAILI-GO por meio de visitas semanais ou até mais frequentes, dando pleno suporte ao paciente e sua família.

Ou seja, o PAILI-GO tem autonomia em relação à Justiça na determinação da direção do tratamento da pessoa em medida de segurança, algo que favorece que o assunto se torne cada vez mais questão de saúde e não necessariamente de segurança. Porém, acontecem situações difíceis de serem equacionadas pelas instâncias sanitárias e jurídicas envolvidas, que muitas vezes levam a um estrangulamento dos recursos terapêuticos disponíveis no momento em que emerge uma questão na trajetória de vida das pessoas em medida de segurança. Na maioria das vezes, os impasses durante o acompanhamento dessas pessoas pelo PAILI-GO se revertem em necessidade de alocação de indivíduos em redes de relações sociais, preferencialmente nas casas das famílias, às vezes provisória, às vezes permanentemente. A regularidade desse tipo de situação deve ter contribuído para a previsão acerca do encaminhamento necessário: visitas frequentes para suporte ao paciente e à família.

Dentre as atribuições do PAILI previstas na Portaria nº 19/2006 – GAB/SES, que institui o programa, é frequente a menção a atividades de acompanhamento (do tratamento e do processo judicial) e de promoção de debates com órgãos da Justiça e da Saúde. Neste último caso, vale destacar um dos itens: realizar discussão de casos com a equipe de atendimento do paciente, acompanhando sua evolução clínica, intervindo clinicamente, quando se fizer necessário um processo de responsabilização. Ou seja, embora o PAILI-GO tenha prioritariamente funções de mediação, supervisão e articulação de ações junto às pessoas em medida de segurança, também está previsto um trabalho de intervenção clínica direta sobre essas pessoas, quando isso se fizer necessário para a assunção de responsabilidade do serviço de saúde mental pelo caso. Veremos a seguir que esse quesito não é de menor importância na rotina institucional do programa, inclusive trata-se de um importante propulsor de mudanças na forma como a rede municipal de saúde mental local se organiza.

Para encerrar essa descrição documental do PAILI-GO, nos dados relativos ao mês de fevereiro do ano de 2009, nota-se que há 115 usuários sob responsabilidade do programa, 99 dos quais efetivamente em atendimento. Daqueles em atendimento, 53 estão em regime ambulatorial (seja no CAPS, seja no ambulatório de psiquiatria ou mesmo no Programa de Saúde da Família), 14 estão internados, 23 estão presos, quatro estão foragidos e cinco não foram localizados, sendo que dez deles tiveram extinta a medida de segurança. Distribuídos em 26 municípios do Estado de Goiás, as pessoas em medida de segurança se concentram na capital (55) e também moram no interior (44).

Entre o ano em que aconteceu um censo psicossocial (2003) e o ano em que o PAILI-GO foi efetivamente instituído (2006), consta que: dos 80 usuários em medida de segurança recenseados, cinco faleceram; dos 75 que sobraram, o programa fez a avaliação de 30, sendo que dois não tinham recebido medida de segurança, restando 28; 16 usuários não foram localizados; encontravam-se presos sete; internados, 12; em atendimento ambulatorial, oito; em processo de adquirirem este atendimento, dois; e sem contato com a equipe, 31. Ou seja, existiam 29 usuários em acompanhamento pelo PAILI-GO, antes mesmo de ele ser instituído por meio de portaria, sendo que muitos deles desapareceram ou perderam o contato com a equipe entre o censo psicossocial e a instalação formal do PAILI-GO pelo Estado de Goiás. Vale ressaltar, ainda, que nessa época a equipe do programa avaliava que 13 dos 29 usuários em acompanhamento necessitavam ser incluídos em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – ou seja, não seria possível aloca-los na casa de familiares.

Em reunião com a equipe do PAILI-GO no dia 10 de fevereiro de 2009,⁴ contou-se com a presença de gestores da Saúde (coordenadora estadual de Saúde Mental e superintendente de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás) e da Justiça (coordenadora interina de Saúde no Sistema Prisional da Secretaria de Administração Penitenciária de Goiás), entre os quais havia psicólogos (a maioria dos presentes), um médico (gestor) e uma assistente social. A advogada estava ausente por conta da precariedade do contrato de trabalho, assim como o psiquiatra (este há anos ausente do PAILI-GO) e o acompanhante terapêutico. O assunto, contratação de recursos humanos, retornaria várias vezes na reunião, de modo que vale ressaltar que apenas dois profissionais da equipe de quase dez têm contratos fixos; os demais eram temporários. Restam hoje cinco pessoas na equipe do programa.

A data de início do PAILI-GO, segundo sua coordenadora, é o Censo Psicossocial em 2003 e a presença da coordenadora do PAIPJ-MG como supervisora do programa. A data que consta na cartilha elaborada pelo Ministério Público remonta ao ano de 1996 a gênese do programa. A portaria que institui o PAILI-GO é de 2006.

Segundo a coordenadora do PAILI-GO, o censo realizado mostra que a maior parte dos crimes cometidos foi contra “pessoas próximas”, parentes em geral. Muitos desses crimes são homicídios, como também estupros. Excetuando aquelas pessoas em medida de segurança cujo diagnóstico médico remete a algo ligado ao uso abusivo de álcool e outras drogas, todas as demais não reincidiram no período que vai da instalação formal do PAILI-GO (2006) até o momento (2009).

Há muita dificuldade para encaminhar as pessoas em medida de segurança para os CAPS, sejam eles CAPSad ou os ditos “CAPS transtorno” (CAPS I ou II, segundo a classificação da Portaria nº 336/2002). Maior dificuldade ainda é encontrada no processo de adesão desses usuários aos serviços de saúde mental, em especial no caso daqueles em uso abusivo de álcool e outras drogas. Os presentes na reunião desconhecem se antes de terem sido colocados em medida de segurança essas pessoas foram atendidas pela rede pública de saúde, embora comecem a referir internações pregressas nas clínicas psiquiátricas privadas conveniadas ao SUS quando perguntadas.

Alguns casos clínicos começaram a aparecer na reunião, totalizando dez, que serão apresentados intercalados pelos comentários da equipe. O primeiro caso clínico apresentado é de uma pessoa idosa que estava numa cela de estabelecimento penal desde o ano de 1991, sendo que entre esta data e o surgimento do programa (2006) oscilava entre a cela e uma das clínicas psiquiátricas privadas conveniadas ao SUS. Em 2009, encontra-se em processo de passagem da clínica psiquiátrica para um SRT, criado em uma das cidades do interior de Goiás, através de articulação entre o PAILI-GO, um CAPS em Goiânia, um ambulatório na cidade do interior onde está o SRT e a Secretaria Estadual de Assistência Social, no sentido de reunir recursos terapêuticos, habitacionais e financeiros para o processo de reabilitação psicossocial em curso.

O segundo caso citado foi de um portador de transtorno mental frequentemente internado em clínicas psiquiátricas privadas conveniadas ao SUS, sendo que ao longo do “périplo funesto das múltiplas internações” (DELGADO, 1992), um acontecimento deslocou sua rota do hospício para

o presídio. Segundo relato dos profissionais presentes na reunião, “matou a mãe a pauladas”. No momento, encontra-se em acompanhamento pelo PAILI-GO, internado na mesma clínica psiquiátrica, sendo que os irmãos se recusam a recebê-lo e os moradores da cidade do interior do estado, por meio de um abaixo-assinado enviado ao Ministério Público, informam que não desejam seu retorno. A promotora pública da cidade ligou para o programa recentemente, dizendo que, se o usuário retornar, “vai ser linchado”.

Quando não há CAPS nos municípios do interior do estado, acionam-se também ambulatórios, geralmente com poucas possibilidades de garantir atendimento em curto, médio ou longo prazo. Um dos membros da equipe do PAILI-GO diz ainda que “falta conhecimento acerca da doença” por parte das equipes de saúde, de modo que nem sempre o tratamento tem em conta o diagnóstico da pessoa em medida de segurança. A princípio, três das cinco clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS no Estado de Goiás costumavam receber usuários do PAILI-GO. Entretanto, com o tempo apenas uma delas continuou recebendo-os.

Os profissionais chamam a atenção para uma questão difícil de ser encaminhada no PAILI-GO: pessoas em medida de segurança que seriam portadores de transtorno de personalidade, bem como aqueles que fazem uso de substâncias psicoativas. Citam, referindo-se à primeira situação, o caso de um usuário que simulava sintomatologia psicótica produtiva (alucinações auditivas) quando internado, “enfia o dedo nos olhos” e urinando quanto em audiências nos fóruns. Queixam-se de não contarem com a possibilidade de questionar a sentença de medida de segurança nesses casos.

Vale dizer que a minoria dos usuários do PAILI-GO é curatelada, sendo que há um esforço frequente no sentido da obtenção do Benefício de Prestação Continuada (BPC), sem que seja necessária a interdição civil. Além disso, alguns deles também se beneficiam da bolsa auxílio-reabilitação do Programa de Volta para Casa (PVC), para egressos de longa internação psiquiátrica.

Outros dois casos citados são das duas únicas mulheres em medida de segurança acompanhadas pelo PAILI-GO: uma portadora de transtorno bipolar, outra de esquizofrenia paranóide. A primeira está estável e trabalhando. A segunda, que matou o cônjuge, contou com a colaboração do advogado e da articulação intersetorial com o Conselho Tutelar, como garantir o cuidado dos filhos, que ficaram sob a responsabilidade dos irmãos.

Um dos membros do PAILI destaca a importância da medicação nos dois casos, nos quais a estabilização dos sintomas (paciente “bem medicado”, “otimizado”) foi fundamental para a reinserção social do usuário. A primeira, portadora de transtorno de humor, teria agredido a mãe e a avó, recebendo a medida de segurança em consequência desse episódio. Com a reformulação da prescrição medicamentosa, tendo em vista encaminhamento ao CAPS, juntamente com o acompanhamento psicoterápico regular no PAILI-GO, obteve melhora substancial, chegando a se tornar funcionária de uma padaria ao longo do tratamento. Já estava no circuito psiquiátrico antes da medida de segurança, entre as clínicas psiquiátricas privadas conveniadas ao SUS e sua casa.

Um quinto caso clínico é apresentado, no qual visitas e conversas regulares com familiares e membros da comunidade em que a pessoa em medida de segurança vive tiveram o mesmo efeito. O usuário do PAILI-GO se beneficiou desse “trabalho social”, tendo retornado à sua cidade, no interior do Estado de Goiás, após conversa regular da equipe com diferentes habitantes do município. Diagnosticado como portador de esquizofrenia hebefrênica, hoje vende verduras em sua cidade natal, tendo fugido várias vezes da clínica psiquiátrica em que era internado ao longo do processo de passagem entre o estabelecimento penal e sua casa. Mais do que articulação entre setores governamentais, trata-se da formação de parcerias com a comunidade, no intuito de suscitar redes de suporte social.

O sexto caso é de um usuário considerado “de alta periculosidade”. A família foi embora da própria casa, dificultando o processo de passagem entre a clínica psiquiátrica onde estava internado e a casa. Segundo alguns membros do PAILI-GO, a família que não deseja receber a pessoa em medida de segurança novamente mobiliza juízes e fóruns, dificultando qualquer pactuação entre instâncias da Saúde e da Justiça que caminhe no sentido da reinserção social no local de origem dessa pessoa. Ou seja, a articulação intersetorial nem sempre é capaz de fazer frente a outros arranjos relativos a redes de relação pessoal que parecem mais fortalecidas que aquelas de atenção psicossocial.

O sétimo caso apresentado também é de um usuário “de alto nível de periculosidade”, um portador de esquizofrenia hebefrênica que matou o amigo enquanto faziam uso abusivo de álcool. Ele contava apenas com o “pai alcoolista” como pessoa da família possível de ofertar cuidado. O CAPS de sua cidade, no interior de Goiás, não se dispunha a recebê-lo, pois considerava

que sem algum “trabalho com a família” seria muito difícil conquistar algum grau de reinserção social. Encontra-se preso no momento, tendo sido internado ao longo desse período, sendo que o irmão que acabara de se casar também se recusou a recebê-lo.

Além da intervenção junto à família, à comunidade, às instâncias judiciárias e psiquiátricas, conjugando diferentes tipos de mediação e negociação junto a pessoas e grupos com capacidade de cuidado e controle de pessoas em medida de segurança, sem deixar de lançar mão da terapêutica medicamentosa e seu potencial de estabilização de sintomas, o PAILI-GO agenda documentos e transporte quando necessário, assim como benefícios sociais.

Para encerrar a visita, vale a pena citar dois casos em que a medida de segurança foi extinta, e um dos casos cujo atendimento remeteu para a reformulação do funcionamento da rede municipal de saúde mental, totalizando dez casos clínicos apresentados, muitos deles envolvem ações intersetoriais.

Quanto aos dois casos de extinção de medida de segurança, ambos são moradores de Goiânia. Um deles é um usuário que matou o dono de um bar perto de sua casa, tendo anunciado que realizaria esse ato muito antes. Segundo um dos membros do PAILI-GO, a família o acolheu e sua mulher disse claramente: “Estou do lado do meu marido!”. Ela chegou a conversar com a família do falecido dono de bar, que “compreendeu”. Hoje o usuário trabalha na fabricação de carimbos. Segundo um dos membros da equipe, a reinserção social não foi algo simples de ser alcançado, dada a condição da pessoa que o usuário matou: o dono de um bar, “um trabalhador bom”.

Já o outro usuário que teve sua medida de segurança extinta estava alcoolizado quando tentou matar a namorada com uma faca, atingindo-a por duas vezes. Estava frustrado com sua religião, evangélica, tendo em vista triste episódio em sua família: a irmã teria casado com um pastor, sendo que o mesmo adquiriu HIV/Aids e faleceu, tendo transmitido para sua irmã a doença, que também veio a falecer. Ele tinha algum grau de déficit cognitivo e, após episódio da tentativa de homicídio, ficou recluso em estabelecimento penal, em 1999. Nessa época, oscilava entre a cadeia e uma clínica psiquiátrica. Após se tornar usuário do PAILI-GO, voltou a morar com a família e foi encaminhado para o CAPS. Voltou a fazer uso abusivo de álcool e outras drogas, tendo sido encaminhado para o CAPSad. A família queria fazer um cômodo separado para ele, nos fundos da

casa. Com o tempo, retomou o contato com a igreja evangélica e deixou de fazer uso de drogas. Um “irmão da igreja” ofereceu a ele um emprego, sendo que hoje trabalha em um restaurante. Embora já contasse com o BPC e tenha adquirido também a bolsa auxílio-reabilitação do PVC (por conta do período acima de dois anos que ficou internado em uma das clínicas psiquiátricas privadas conveniadas ao SUS) e abriu mão do último benefício social pouco tempo depois de voltar a trabalhar, alegando não precisar mais do dinheiro.

O último caso citado pela equipe do PAILI-GO durante a visita remete a uma reformulação da organização de rede de saúde mental local. Um morador de cidade vizinha a Goiânia estava no circuito psiquiátrico antes de receber medida de segurança, como em outros casos já narrados anteriormente. Um ajuste medicamentoso também foi definitivo em sua trajetória clínico-institucional, sendo que além de portador de transtorno bipolar, fazia uso regular de álcool. Havia grande dificuldade em alcançar algum grau de estabilização dos sintomas no tratamento do usuário, sendo que costumava colocar o foco do tratamento no alcoolismo, de modo que começou por ter como serviço de referência o CAPSad. A intervenção do PAILI-GO começou por enfatizar a dimensão do transtorno bipolar, obtendo atendimento psicoterápico frequente no PAILI-GO, tendo a psicóloga se tornado referência do usuário e realizado visitas regulares e orientação aos pais. O usuário foi medicado de modo mais adequado e alcançou-se uma estabilização sintomática possível. Hoje se encontra em tratamento no “CAPS transtorno”.

A partir do debate sobre esse caso, passou-se a questionar o rotineiro e impensado encaminhamento para o CAPSad quando um usuário fazia uso regular de álcool e outras drogas, atuação esta que costumava estar pautada pela percepção da presença ou não de uso de drogas, não do exame clínico cuidadoso, muito menos do acompanhamento biopsicossocial em curto e médio prazos.

Considerações finais

Pensando a questão das pessoas em medida de segurança em meio à RPb, vale destacar a outra maneira pela qual o movimento social em torno desse processo lidou com a questão da tutela do dito “louco”. O desafio da cidadania do portador de transtorno mental envolve, antes de tudo, o exercício da racionalidade e da vontade de modo soberano no tecido social, tal como Bezerra Jr. (1994) enfatiza:

Uma das questões centrais do projeto da reforma é a do estatuto de cidadania para os loucos. Evidentemente, uma das características mais marcantes da cultura manicomial é a morte civil a que ela condena os “loucos de todo gênero”. Não se trata apenas do fato de que para muitos pacientes torna-se impossível participar de atos jurídicos formais. A figura do cidadão vai além das prerrogativas legais a que faz jus, como participante de uma sociedade democrática. Ela é identificada à noção mais geral de sujeito, de membro efetivo de uma comunidade humana, que se autodefine pelos critérios de autonomia pessoal, pleno uso das faculdades racionais e responsabilidade por seus atos. (BEZERRA JR., 1994, p. 185 - grifo nosso).

Ao longo da década de 80, houve algumas experiências assistenciais tentando oferecer alternativas concretas para a conquista de direitos dos pacientes psiquiátricos. Uma avaliação dessas iniciativas técnico-assistenciais, apresentada por Bezerra Jr (1994), aponta os fracassos na ressocialização dos pacientes, tendo em vista idealizações em relação ao louco e à sociedade, pois “Não havia permeabilidade no tecido social que possibilitasse a incorporação de pessoas com características muito próprias – e, do ponto de vista dominante, limitadas.” (BEZERRA JR., 1994, p. 186). Assim, a defesa do estatuto de igualdade e a inclusão social automática cederam lugar à proteção e aos mecanismos de inserção social:

[...] admite-se a necessidade de medidas legais que efetivamente *protejam* aqueles cujas características pessoais os tornam vulneráveis aos mecanismos habituais de regulação da vida econômica, e que – ao mesmo tempo – possibilitem e estimulem formas diferenciadas *de integração ao corpo social*. (BEZERRA JR., 1994, p. 186)

Mas como acontece essa proteção? O amadurecimento do debate sobre tutela e cidadania do louco apontou limitações ao projeto de reforma, tendo em vista a experiência concreta de programas de ressocialização. Mas como funcionam tais iniciativas de inserção social? Se admitirmos a necessidade de algum grau de tutela para lidar com os pacientes psiquiátricos, devemos levar em conta os mecanismos de controle e domínio que estamos acionando, pois a atividade de integrar socialmente e ressocializar está articulada e ao mesmo tempo tem autonomia em relação àquela jurídica de interditar. Ou seja, podemos também investigar a tutela não tanto a partir de sua dimensão de estatuto jurídico, mas sobretudo do exercício de controle que permite integrar socialmente.

Diaz (2001), por exemplo, sugere uma transição no poder tutelar, da interdição civil à atenção psicossocial. O “papel tutelar” do profissional de saúde

mental deixa de ser o de definir a incapacidade através do diagnóstico de doença mental – na perícia – para o de construir ativamente condições concretas para o louco estabelecer trocas sociais de valor, “emprestando sua contratualidade” nas ações reabilitadoras. Interessa sublinhar que, em busca uma “autonomia e cidadania possível ao louco”, pela via da inserção social, os profissionais de saúde mental não deixam de lançar mão de uma atuação tutelar, protetora, remetendo à construção paulatina de uma autoridade sobre a ação do outro. Ou seja, a atenção psicossocial, em sua dimensão de inserção social, não deixa de manter laços com a tutela, com a proteção.

Consideramos que os casos relatados pelos membros do PAILI recuperam justamente essa dimensão da atenção psicossocial no território, já que as pessoas em medida de segurança atendidas, inclusive aquela que tiveram extinta essa medida de segurança, contaram em grande parte com ações que articulam cuidado e controle, suporte emocional e proteção antecipada, algo muito bem consolidado nas funções do programa: mediação, articulação, supervisão. Os contatos, o fato de acionar instâncias variadas e conquistar apoios diversos, contribuíram em muito para a permanência dos “loucos infratores” em tratamento.

Vale insistir: em tratamento, não necessariamente num regime de cuidado em liberdade, já que nem mesmo aqueles usuários que estão presos ou internados não deixam de estar, em certa medida, vigiados, acompanhados e referenciados. Desse modo, o PAILI-GO tem alcançado resultados extraordinários e excepcionais: não pelo viés da eficiência, da proporção de casos de cura, ou qualquer outro critério referido à racionalidade biomédica e à clínica psiquiátrica, mas pelas possibilidades que se abriram para alguns de terem outro destino que não o confinamento perpétuo nos manicômios judiciários. Além disso, as situações de difícil equacionamento com os recursos disponíveis não necessariamente remetem, no caso da equipe do PAILI-GO, à necessidade de aumento dos conhecimentos biopsicosociais ou mesmo aqueles relativos à proteção dos direitos humanos. É o que a apresentação dos casos clínicos faz parecer. Provavelmente, trata-se muito mais de uma questão de manutenção do empenho em médio prazo, algo que pode resultar na transmissão desse trabalho em equipe e dessas trajetórias dos usuários em longo prazo.

Referências

- ANDRADE, L. *A saúde e o dilema da intersectorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BARROS, F. Otoni de. “Democracia, Liberdade e Responsabilidade: o que a loucura ensina sobre as ficções jurídicas” In: *Loucura, Ética e Política: escritos militantes*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, pp 112-136.
- BEZERRA JR., B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.) *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 171-191.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal/ Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução CNPCP n.º 5 de 04 de maio de 2004; que dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={28D9C630-49B2-406B-9160-0C04F4BDD88E}> Acesso em: 02 set. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 02 set. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: *Relatório Final*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Portaria Interministerial MS/MJ n.º 1.777, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20n%201.777%20de%202003.pdf>. Acesso em: 02 set 2009.
- CARRARA, S. *Crime e loucura: o surgimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CORREIA, L. et. al. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1.995-2.012, set. 2007.
- DELGADO, P. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.
- DIAZ, F. “Loucos de Todo Gênero são Incapazes”: Justiça e Saúde Mental no município de Angra dos Reis na década de 90. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- FOUCAULT, M. *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRY, P. Direito positivo *versus* direito clássico: a psicologização do crime no Brasil no pensamento de Heitor Carrilho. In: FIGUEIRA, S.A. (Org.). *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

GONÇALVES, R. *A medida de segurança: elementos para interpretação da contensão por tempo indeterminado dos loucos infratores no Brasil*. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

KOLKER, T. et. al. *A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: proposta para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01*. In: <http://www.carceraria.com.br/pub/publicacoes/86ac935a4e8b281472b8a8a97c7e2bd2.216> Acesso em: 03 mar 2009.

MATTOS, R. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 45-61.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE GOIÁS. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). *Informações gerais sobre a implementação da reforma psiquiátrica na execução de medidas de segurança*. Goiás: Ministério Público do Estado de Goiás/Secretaria da Saúde do Estado de Goiás, 2009.

OLIVEIRA, A. *“O buraco negro do ser”*: manicômio do vazio: a (des)estrutura dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil. Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado em Ciência Política, Centro Universitário UNIEURO, Brasília, 2009.

SILVA, M. O Caso Damião Ximenes: saúde mental e direitos humanos. *Série Anis*, ano IX, n. 67, p. 1-10, jul. 2009.

Notas

¹ Lei Federal nº 10.216, de 2001 (Ministério da Saúde/MS), conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, pois tem como mote a proteção dos direitos humanos dos portadores de transtorno mental e orienta os estados e municípios a não criar hospitais psiquiátricos quando for possível oferecer atendimento em saúde mental em estabelecimentos comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial; Resolução nº 05, de 2004 (Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária/CNPPC), no sentido de regulamentar o atendimento de pessoas em medida de segurança, também preferencialmente em serviços comunitários.

² Esse trecho é uma versão ligeiramente modificada de conteúdo já esboçado em Silva (2009), sobre as vertentes das ciências sociais voltadas para a investigação do desvio social, sejam os rotulados como doentes mentais, sejam os rotuladores. Aqui apresento as pesquisas sobre os “rotuladores”, ou seja, os especialistas da psiquiatria e do direito.

³ Segundo informações de interlocutores no DEPEN/MJ, a ANIS/DF realizará um censo nacional dos HCTPs entre os anos de 2010 e 2011, por meio de convênio com o referido órgão.

⁴ Compareci nessa visita enquanto consultor da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário (DAPES/SAS/MS), ou seja, enquanto gestor federal responsável por ações de monitoramento junto a órgãos estaduais e municipais.

Abstract

The challenge posed by people in security measure in the Unified Health System: the experience of PAILI, in the State of Goiás, Brazil

In the context of consolidation of the Brazilian Psychiatric Reform and the National Health Plan in the prison system, people in a security measure and the Hospitals of Custody and Psychiatric Treatment indicate a challenge to the realization of the principles and guidelines of the Unified Health System. The description and analysis of the Program of Integral Attention to Crazy Abuser (PAILI-GO) is a strategy to delineate the limits and possibilities of building actions and health services for this vulnerable population. A visit to the program showed the potential for multiplication of government experience in the state, able to extinguish the security measure of some participants, thereby contributing to a process of social reintegration immersed in inter-sectoral action.

► **Key words:** people in security measure, National Health Plan in the prison system, inter-sectoral action, Program of Integral Attention to Crazy Abuser.