



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

MARIANA VIDAL FOLTZ

**VIVIDOS, PERSONAGENS E ATOS DA MEDIDA DE
SEGURANÇA EM SANTA CATARINA**

Orientador: Dra. Magda do Canto Zurba

Florianópolis, 2017

Mariana Vidal Foltz

**VIVIDOS, PERSONAGENS E ATOS DA MEDIDA DE
SEGURANÇA EM SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada à banca de defesa como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Dra. Magda do Canto Zurba

Florianópolis, 2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Foltz, Mariana Vidal

Vívidos, personagens e atos da medida de
segurança em Santa Catarina / Mariana Vidal Foltz ;
orientadora, Dra. Magda do Canto Zurba, 2017.
144 p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Louco
infrator. 3. Medida de segurança. 4. Periculosidade.
5. Insanidade mental. I. Zurba, Dra. Magda do Canto
. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

**“VIVIDOS, PERSONAGENS E ATOS DA MEDIDA DE
SEGURANÇA EM SANTA CATARINA”.**

Mariana Vidal Foltz

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:
ATENÇÃO E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Prof. Dra. Magda do Canto Zurba

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Magda do Canto Zurba (Presidente)

Prof. Dr. Daniela Ribeiro Schneider (Membro)

Prof. Dra. Myriam Raquel Mitjávila (Membro)

Prof. Dr. Walter Ferreira Oliveira (Membro)

Dedico este trabalho ao meu pai Léo, e ao meu nono Livino, que, pela letra e vontade do Pai, não puderam ler estas linhas, mas permanecem comigo através das mais belas e emocionantes lembranças.

AGRADECIMENTOS

A tarefa de escrever os agradecimentos tornou-se difícil. O registro aqui parece ineficiente diante da gratidão que tenho pelas pessoas que citarei, embora com o risco de ser redundante, agradecendo aqui aos que já tanto e pessoalmente agradei e agradecerei.

Aos professores e colegas do mestrado, em especial ao Grupo KOAN, pelas discussões e reflexões durante estes semestres.

Aos colegas da Secretaria de Justiça e Cidadania, que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.

À Magda do Canto Zurba, minha orientadora, que se tornou uma querida amiga: pelo reencontro com a Gestalt, pelos reencontros afetivos, pelo acolhimento, pelas provocações que resultaram em muitas das linhas aqui escritas. Minha gratidão por compreender meus momentos e fases de vida. Por estar comigo no momento especial que foi o mestrado e compartilhar o desafio de conciliar a maternidade e a construção desta pesquisa.

Às queridas amigas Mariana Trajano e Monique, pelos indispensáveis momentos no cafezinho do CTC. Por compartilharem comigo os desafios, as dificuldades, as superações e as vitórias nesses meses. Ter vocês comigo foi uma grata surpresa na minha vida.

Às minhas colegas da SST, que vivenciam na pele a dificuldade de se capacitar sem apoio, sem incentivos, mas que, como eu, insistem em se capacitar, e como eu resistem ao apelo estatal da estagnação intelectual. Em especial às colegas da GEPSB, pelo apoio, suporte e compreensão nos momentos de ausência.

À Marcele de Freitas Emerim, querida amiga, pelos empréstimos, pelo acolhimento, pelo suporte, pela amizade, pela gratuidade. Como eu, *bicho difícil*, trasborda como os rios das nossas cidades, aprecia e deseja para si e para todos o que a vida possa oferecer de melhor.

Aos meus manos, Ronaldo e Diego, pela cumplicidade, por nossas afinidades e diferenças que nos tornam cada vez mais fortes e mais unidos. Com vocês aprendi a dividir, aprendi sobre lealdade, sobre amor fraternal e sobre cuidado. Temos muito mais que sangue e sobrenome; temos valores, temos amizade, temos o amor, temos uns aos outros.

À minha Mama, Ana Maria, que tanto me ensinou e me ensina. Que me apoia, que me incentiva, que amorosamente sempre esteve presente, o que me tornou, com certeza, um ser humano mais cuidadoso. Gratidão eterna pelas suas abdições, por seus esforços em me proporcionar o que estava ao seu alcance e também o que não estava. O sentido do cuidado, a aceitação incondicional que estão em sua essência conduziram-me pelos

caminhos da vida e trouxeram-me até aqui. Junto com meu pai Léo, ensinou-me sobre caráter, ética, lealdade e generosidade.

Ao meu amor, *Neto, Famoso Neto Foltz*, por todo amor que me dedica. Pela paciência, pelo apoio, por acreditar em mim e nos meus ideais e valores. Por compartilhar comigo o sentido da vida, o sentido de uma família, o sentido do casamento e do amor. Por ser meu melhor companheiro nas empreitadas e indiadas da vida. Por estar comigo nos momentos mais importantes e difíceis, apontando-me que a vida deve seguir com esperança, alegria e leveza.

Ao meu *piazito* Guilherme, que me ensina o sentido da maternidade, de amor e de novas vivências sobre o tempo a cada dia que passa.

Por fim, à Nhinhinha, que inspirou e inspira em mim um mundo com esperanças no acolhimento e na gratuidade.

RESUMO

Através da implantação de leis voltadas à atenção psicossocial, o Brasil vive uma crescente discussão sobre a complexidade e envolvimento das políticas públicas nacionais no que diz respeito à participação das políticas de saúde mental e à atenção psicossocial e suas convergências com o sistema judiciário. A descrição sobre as formas de atuação e de participação dos atores das políticas públicas na indicação e aplicação de medidas de segurança podem demonstrar a condução das diretrizes da política voltada ao 'louco infrator'. Meu objetivo, neste estudo, foi compreender a indicação e a aplicação da medida de segurança ao 'louco infrator' em Santa Catarina. Para este fim, a metodologia utilizada seguiu os pressupostos fenomenológicos apontados por Husserl, em especial sobre o posicionamento do pesquisador, traduzido como atitude frente ao fenômeno a ser investigado, e também considerou as contribuições de Alfred Schutz para a fenomenologia. Foram realizadas entrevistas e levantamento documental. O campo definido para a pesquisa foi a Comarca da Grande Florianópolis, que abriga as sedes das Secretarias de Estado de Justiça e Cidadania, de Saúde e Assistência Social, Trabalho e Habitação, a fim de facilitar meu trânsito pelos órgãos institucionais na busca de dados e documentos. Também compreende o único HCTP do estado, no qual seus profissionais técnicos são participantes ativos no expediente de avaliação e aplicação da medida de segurança no estado de Santa Catarina. Foram convidados a participar da entrevista para a pesquisa dois técnicos da área administrativa do HCTP e os dois médicos peritos responsáveis pelos laudos de insanidade mental e cessação de periculosidade. As leituras das informações transcritas das entrevistas abertas e do levantamento documental foram realizadas com base na perspectiva hermenêutica, segundo os pressupostos de Paul Ricoeur. A pesquisa possibilitou reconhecer os aspectos gerais que permeiam a medida de segurança em Santa Catarina, resultando no retrato de três grandes temáticas para discussão e diálogo com a literatura, a saber: políticas públicas, procedimentos para avaliação e aplicação da medida de segurança e, por fim, atuação técnica profissional. Ao final, pude descortinar o fluxo da avaliação e aplicação da medida de segurança, além da caracterização dos atores envolvidos nesse processo. Também me ficou demarcada a interação dos campos de conhecimento envolvidos com o sistema de justiça, revelado como coordenador dos processos em Santa Catarina. Discuti também a característica marcante de manifestações pontuais e unilateralmente planejadas neste campo, o que torna ausentes e fragilizadas as discussões sobre a condição do 'louco infrator' em Santa

Catarina, sejam elas no âmbito do controle social na implantação de políticas públicas, sejam nas relações intersetoriais para propostas de atenção a esta parcela de sujeitos, centralizando no HCTP qualquer ação relacionada com este público. Ademais, refleti sobre a ausência de integração e de investimentos técnicos e financeiros em ações de fortalecimento de rede de atenção psicossocial e seus reflexos na ausência de iniciativas de parte do Estado que acompanhem as propostas atualmente preconizadas em atos oficiais em atenção ao ‘louco infrator’.

Palavras-chave: Louco infrator. Medida de segurança. Periculosidade. Insanidade mental.

ABSTRACT

Through the implementation of laws aiming psychosocial care, Brazil is experiencing a growing discussion about the complexity and involvement of national public policies regarding the participation of mental health policies and psychosocial care and its convergence with the judicial system. The description about the ways in which public policy professionals act and participate in the indication and application of the security measure can demonstrate the conduct of the "mad" offender policy guidelines. The objective of this study was to understand the indication and application of the security measure to the "mad" offender in the state of Santa Catarina, meaning a measure of restriction imposed by the State to mentally ill offenders who are considered not being able to be held accountable for their actions. To this end, the methodology used followed the phenomenological assumptions pointed out by Husserl in particular about the position of the researcher, translated as attitude towards the phenomenon to be investigated, and also considered the contributions of Alfred Schutz to phenomenology. Interviews and documentary surveys were carried out. The defined field for research was the Florianópolis city county, which includes its smaller cities surrounding, and houses the offices of the Santa Catarina State Department of Justice and Citizenship, the State Department of Health, the State Department of Welfare and the State Department of Work and Housing, chosen in order to facilitate the access of the researcher to data and institutional documents. It also houses the only custody hospital for psychiatric treatment in the state of Santa Catarina and where its professionals are active participants in the evaluation and application of the security measure. Two technicians from the administrative area and two medical experts of the custody hospital, these last ones responsible for the reports of mental insanity and termination of dangerousness of the offenders, were invited to participate in the interview for the research. The readings of the information transcribed from the open interviews and the documentary survey were carried out based on the hermeneutic perspective, according to Paul Ricoeur's assumptions. The research made possible the recognition of the general aspects that permeate the security measure in Santa Catarina, resulting in the portrayal of three major themes for discussion and dialogue with the literature, namely: public policies, procedures for evaluation and application of the security measure, and professional technical performance. At the end, the flow for the evaluation and application of the security measure was unveiled, besides the characterization of the professionals involved in this process. It was also

defined the interaction of the fields of knowledge involved with the justice system, revealed as coordinator of the processes in Santa Catarina. It was discussed the striking feature of isolated and unilaterally planned actions in this field, which makes the discussions about the condition of the "mad" offender in Santa Catarina absent and fragile, whether in the scope of social control in the implementation of public policies, whether in the multiprofessional relations for proposals of attention to these subjects, centralizing in the custody hospital any action that is related to this public. In addition, there was a reflection on the lack of integration and technical and financial investments in actions to strengthen the psychosocial care network and its reflexes in the absence of initiatives at a state level that follow the current proposals advocated in official acts in the attendance of the "mad" offender.

Keywords: "mad" offender. Safety measure. Dangerousness. Mental insanity

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica dos temas apresentados pelos entrevistados.....	63
Figura 2 - Fluxo de avaliação e aplicação da medida de segurança	79
Figura 3 - Curso da ação a partir da realização do laudo pericial.....	81

LISTA DE SIGLAS E ABREVIÇÕES

AT	Acompanhamento Terapêutico
Bdenf	Base de dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CEPSH-UFSC	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina
CID	Código Internacional de Doenças
Cremsp	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EAP	Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IPQ/SC	Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Medline/PUB-MED	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
MJ	Manicômio Judiciário
MPF	Ministério Público Federal
Nasf	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
Paili	Programa de Atenção Integral ao “Louco Infrator”
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAP	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residência Terapêutica
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Scielo

SJC

SUS

UCI

Scientific Electronic Library Online

Secretaria de Justiça e Cidadania

Sistema Único de Saúde

Unidade de Cuidados Intensivos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO - COMO TUDO COMEÇOU?	21
1.1 JUSTIFICATIVA.....	25
2. SOBRE TERMOS E CONTEXTOS	29
2.1 MEDIDAS DE SEGURANÇA, PERICULOSIDADE E (IN)IMPUTABILIDADE.....	29
2.2 A REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO EM SANTA CATARINA ...	32
3. OBJETIVOS	35
3.1 OBJETIVO GERAL	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4. PERCURSO EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO	37
4.1 CONSIDERAÇÕES EPISTEMOLÓGICAS	37
4.1.1 Sobre a Fenomenologia	37
4.1.2 Sobre a Hermenêutica	42
4.2 PERCURSO DE ENTRADA A CAMPO: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	44
4.2.1 Levantamento bibliográfico	45
4.2.3 Entrevistas	49
5. OS ELEMENTOS EM MÃOS	53
5.1 PERSPECTIVAS ASSUMIDAS PELA PESQUISADORA	54
5.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS, NO SENTIDO DE ADESÃO ÀS NORMAS.....	54
6. MATERIALIDADE PRODUZIDA	57
6.1 SOBRE A MATERIALIDADE PRODUZIDA	57
6.1.1 O retrato das palavras ditas	58
6.1.2 Retratos das falas expressos em temas	62
7. ENTREVISTAS: OS ELEMENTOS APARENTES DO RETRATO FEITO PELAS NARRATIVAS DOS ENTREVISTADOS	65
7.1 ATUAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL: SOBRE MÉDICOS, OPERADORES DO DIREITO E COADJUVANTES	65
7.1.1 Sobre médicos	65
7.1.2 Sobre operadores do direito	69

7.1.3 Sobre coadjuvantes	73
7.2 PROCEDIMENTOS NA AVALIAÇÃO E APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA: O FAZER PROPRIAMENTE DITO ...	76
7.3 SOBRE A (NÃO) INTERAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E CUIDADO SOCIOASSISTENCIAIS E O USO DOS TERMOS QUE PERSONIFICAM “LOUCO INFRATOR”.....	87
7.3.1 A (não) interação na atenção e cuidado ao ‘louco infrator’	87
7.3.2 Sobre o ‘louco infrator’: [...] Olha só que nome [...] (SIC) ..	103
8. SOBRE AQUILO QUE ESCAPA À LENTE DA CÂMERA: VIVIDOS	107
9. POR FIM	117
REFERÊNCIAS.....	123
LEGISLAÇÃO FEDERAL.....	127
LEGISLAÇÃO ESTADUAL	128
APÊNDICE.....	131
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	132
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÃO DE ÁUDIO	135
APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE FORAM REALIZADAS AS ENTREVISTAS.	136
APÊNDICE D - ROTEIRO INICIAL PARA ENTREVISTA ABERTA	137
APÊNDICE E - DESCRITORES PARA PESQUISA DOCUMENTAL SEGUNDO DECS	138
APÊNDICE F - QUADRO DEMONSTRATIVO DO LEVANTAMENTO DOS TEMAS PRESENTES NAS SETENÇAS	140

1. INTRODUÇÃO - COMO TUDO COMEÇOU?

O “*louco*”, o “*infrator*”, o “*doente mental*”, o “*portador de transtorno mental*”, o “*delinquente*”, o “*preso*”, o “*criminoso*”! Quem são eles? Foram estas as perguntas que atravessaram meu pensamento quando me encontrei com Nhinhinha¹.

Foi em meados de 2008, quando ainda atuava na equipe técnica de uma clínica psiquiátrica da Grande Florianópolis, no serviço de psicologia. Uma das primeiras atividades do dia era apresentar-se ao posto de enfermagem para atualização dos acontecimentos do plantão noturno e para que a equipe pudesse informar quem eram os novos pacientes internados e as intercorrências que porventura tivessem ocorrido nas últimas horas e durante o plantão noturno. Naquele dia atípico, as atividades na unidade de internação começaram com um alerta da enfermagem para uma paciente recém-chegada, que se encontrava na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)². Quem era ela? A mulher que havia matado seu avô e os passarinhos da família a facadas. Foi assim que “conheci” Nhinhinha; foi assim que me foi apresentada.

Diante do relato sobre as condições da internação, ocorreu-me como deveria fazer meu trabalho, que era de realizar a acolhida desta paciente, apresentar um contrato terapêutico para propor um plano terapêutico junto à equipe técnica. Este trabalho foi protelado pelos significados produzidos a partir do relato da equipe de enfermagem: periculosidade, risco de fuga, inimizabilidade, risco de agressão. Fiz, a partir daquele discurso, uma “interpretação” recheada de fantasias sobre como seria Nhinhinha.

Essas palavras ecoavam em mim e mobilizavam curiosidades e outros afetos inevitáveis até que, “escortada” pela equipe de enfermagem, entrei na UCI e me deparei, para minha surpresa, com uma moça, muito jovem, amistosa e muito simpática, mas bastante abatida e entristecida. Apresentei-me. Sem mencionar em nenhum momento o fato ocorrido, iniciamos ali, naquele encontro, um contato terapêutico, que, sem dúvida, a partir desse momento, mobilizaria em mim o desejo de conhecer e compreender o que se passa com pessoas que, como ela, são apresentadas

¹ Nhinhinha, personagem do conto A menina de Lá, do livro Primeiras Estórias (1962) de João Guimarães Rosa. Aqui o nome da personagem do conto é utilizado como referência à personagem apresentada pela autora para preservar a identidade da paciente.

² UCI - quarto lateral ao posto de enfermagem, geralmente utilizado para aqueles pacientes que necessitam de vigilância constante da equipe.

de forma monstruosa e temível e podem surpreender pela doçura e delicadeza. O desejo não era, e não é, de compreender o fato, os motivos que a levaram a cometer o delito, mas de compreender o que se passaria com ela, a partir dali, em nosso contexto social.

A jornada de Nhinhinha me inspira, já muito longe daquela clínica psiquiátrica, a discutir o que ouvi na descrição feita pela enfermagem e depois o que estava descrito nos “autos” de seu prontuário, levantando questões do tipo: Como foi determinada sua medida de segurança? Do que trata a inimputabilidade? Quais foram as personagens que participaram desse processo de avaliação da insanidade de Nhinhinha? Quem atestou sua periculosidade? Por que ela estava na clínica e não no presídio, já que havia cometido um delito, uma transgressão comprovada? E, os que na mesma condição de Nhinhinha não podiam estar em uma clínica particular, onde estariam?

Além dos motivos que mobilizaram Nhinhinha a cometer o homicídio, interesse-me hoje em compreender a avaliação para a aplicação de medidas de segurança em Santa Catarina, quem são as personagens envolvidas e suas efetivas participações.

Este interesse vem sendo alimentado por minha atuação como técnica, servidora pública do estado de Santa Catarina. Pela formação em Psicologia, fui convidada a participar de grupos de trabalho intersetoriais que discutem a situação da pessoa com transtorno mental³ em conflito com a lei e a participação das políticas públicas na assistência a estes indivíduos. Face aos mais diversos discursos das mais diversas disciplinas das políticas públicas, surgem reflexões acerca dos termos utilizados, como, por exemplo, o citado acima: doente mental em conflito com a lei. Este tornou-se um dos pontos de reflexão que tomaram minha atenção: que termo usaria para este trabalho, uma vez que se percebe, em espaços distintos, que se fazem escolhas por denominações diferentes? Seria, o termo mais apropriado: *Doente mental em conflito com a lei?* *Portador de transtorno mental em conflito com a lei?* *Louco criminoso?* *'Louco infrator'?* *Pessoa com transtorno mental em conflito com a lei?*

Quando meus colegas de mestrado e de trabalho perguntavam sobre o que eu estava estudando, usava, intencionalmente, o termo ‘louco infrator’. Por qual motivo? Talvez, numa tentativa bastante atrevida, de provocar desvios nos discursos adotados como políticos e corretos, sem reflexões sobre seu uso, e apenas como meras reproduções muitas vezes sem sentido.

³ Pessoa com transtorno mental foi o termo escolhido pelo grupo de trabalho intersetorial e não uma escolha pessoal.

Depois de muitas conversas, leituras e reflexões, decidi, então, atrever-me, por uma questão política, a abrir mão de amenizações a respeito deste que é um assunto do qual a delicadeza e a suavidade passam muito longe, e utilizar o termo *'louco infrator'*. Também em reconhecimento e admiração ao trabalho de Pessoas, sim, com P maiúsculo, autores como Marcele de Freitas Emerim⁴, Débora Diniz⁵ e Fernanda Otonide Barros-Brisset⁶, que utilizam o termo *'louco infrator'*, faço esta escolha numa tentativa de chamar a atenção para aqueles que ainda estão sem lugar, sem toca, sem abrigo, mas que possuem, em seus vividos, adjetivos socialmente carregados. Estas pessoas carregam o julgamento moral, como aponta Thomas Szasz, quando chamadas de doentes mentais: “A afirmação de que uma pessoa é mentalmente doente envolve um julgamento moral sobre ela” (SZASZ, 1977, p. 32). Aposto, porém, que, se chamadas de pessoas com transtorno mental, como tratávamos na clínica psiquiátrica, não estariam igualmente isentas de julgamentos morais.

Escolho o termo *'louco infrator'* para falar daqueles que, na prática, no mínimo são vítimas de preconceitos, lançados à sorte e ao julgamento da opinião pública, carregados pela história da autoria de um crime que, muitas vezes, os condenará à internação perpétua, independente do termo utilizado para designá-los. Ressalto, porém, que a escolha pela adoção do termo *'louco infrator'* não esboça meu entendimento sobre o que seja ser sujeito, infrator ou não, mas reflete, como acima me propus, uma tentativa de provocar reflexões sobre vividos e atos de nossas vivências com os sujeitos ditos *'loucos infratores'*. Meu posicionamento considera a clínica e o cuidado como “*clinamen*”.

⁴Psicóloga clínica, doutora (2016), mestra (2012), militante e defensora do acolhimento das diferenças como princípio ético primordial. Autora de relevantes trabalhos acadêmicos na discussão sociojurídica da condição e da assistência ao “louco infrator”.

⁵ Professora da Universidade de Brasília e pesquisadora do Instituto de Bioética Anís. Desenvolve projetos de pesquisa sobre bioética, feminismo, direitos humanos e saúde. Dentre muitos trabalhos na área de direitos humanos, dirigiu o documentário “*A casa dos mortos*”, que trata do ciclo interminável de internações e da sobrevivência em prisão perpétua no Hospital de Custódia e Tratamento (HCTP) de Salvador (BA).

⁶Psicanalista (EBP/AMP); doutora em Ciências Humanas: Sociologia e Política (UFMG); professora do Departamento de Psicologia e Direito da PUC-Minas; coordenadora do Programa PAI-PJ (Programa de Atenção ao Paciente Judiciário), do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, atuante em temas sobre política e direito.

Diferentemente da concepção mais clássica de clínica enquanto *linikós*, que se relaciona àquele que assiste junto ao leito (*kliné*), relegando a passividade e a dependência (do saber, do atendimento) aquele que recebe a assistência, “*clinamen*” refere-se ao “movimento mesmo de desestabilização a partir do qual, no momento a seguir, nossa história e a natureza encontram uma nova composição, uma nova forma de relação” (MULLER-GRANZOTTO & MULLER-GRANZOTTO, 2007, p. 21). Esta posição influenciará consideravelmente a forma de compreender e acolher o ser humano.

Ademais, para o modo clínico de cuidado acima descrito, é possível adotar um posicionamento ético para além da expressão *êthos* (*εθωζ*), entendida como “adesão deliberada a uma regra ou padrão de comportamento” (MULLER-GRANZOTTO & MULLER-GRANZOTTO, 2007, p. 17), mas sim de *êthos* (*ηθωζ*), que significa morada, abrigo, entendida como abertura e acolhimento orientadores do trabalho do terapeuta disposto a acolher os sujeitos com seus mais variados modos de ajustar-se no mundo.

O ‘*louco infrator*’ recebe tratamento diferenciado dos demais infratores – muitas vezes tratado como especial -, porque recebeu da justiça uma medida de segurança. Esta é uma medida prevista no Código Penal Brasileiro, destinada aos que, perante a lei, são considerados inimputáveis ou semi-inimputáveis. Significa que estes sujeitos, no momento do fato cometido, não apresentavam capacidade de compreender o caráter ilegal da sua ação. Sendo assim, o instituto da medida de segurança tem por finalidade agir sobre a periculosidade, sobre a “incapacidade do sujeito em determinar-se de acordo com o entendimento” (COHEN, 2013, p.39), oferecendo-se-lhes assistência à saúde mental para que não voltem a reincidir a atentar contra si próprios e a ordem social.

A oferta de assistência à saúde mental pode acontecer através na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), indicação de tratamento em ambulatório ou, então, na ausência de HCTP, em estabelecimento adequado para a finalidade. Em alguma medida, é uma estrutura de saúde mental que se abriga no sistema de Justiça. Estamos tratando de medidas de saúde dentro de um sistema judicial. Sendo assim, como se dá, nesses casos, a participação da saúde e das políticas de saúde mental e de atenção psicossocial?

É fato que no Brasil, atualmente, vivemos consequências importantes do movimento de luta antimanicomial, da reforma psiquiátrica e da implantação e implementação das políticas de saúde mental e atenção psicossocial. Mas esses braços de fato alcançam aqueles

que estão em vias de receber a medida de segurança? As estruturas políticas de saúde mental e atenção psicossocial de fato acompanham estes sujeitos em sua avaliação de sanidade mental junto ao sistema de justiça?

Para dar uma ideia desta participação, João Ladislau Rosa, em 2013, então presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), em seu texto de apresentação do livro *Medida de Segurança - Uma questão de Saúde e de Ética*, informava que 54% dos internos de HCTP de São Paulo já tinham sido atendidos na rede pública antes de cometer o delito e descrevia a “incapacidade dos serviços de saúde mental em identificar as situações de risco envolvendo os pacientes que padecem de transtorno mental grave” (CREMESP, p. 5, 2013).

Recorrendo novamente ao caso de Nhininha, a questão que levanto é como a política de atenção psicossocial interagiu com o sistema de justiça no decurso da avaliação e na aplicação da medida de segurança. Este simboliza o que se tornou o meu problema de pesquisa neste mestrado: compreender a avaliação para medida de segurança e sua aplicação em Santa Catarina junto aos sujeitos ditos ‘*loucos infratores*’.

1.1 JUSTIFICATIVA

Enquanto participava das reuniões do grupo de trabalho intersetorial com a participação da defensoria pública do Estado e de outras instâncias das políticas públicas, diante da discussão sobre a lista de espera de internação para ‘*loucos infratores*’ no HCTP/SC, ouvi uma colega da defensoria pública fazer a seguinte indagação: Será que nosso trabalho não está em pensar para além daqueles sujeitos que já estão no HCTP, e pensar em COMO se gera a lista de espera para internação no HCTP? Ao ouvir a indagação, perguntei-me, automaticamente: Se a porta de entrada para o HCTP é pela medida de segurança, então, como se dá o processo de avaliação para a aplicação da medida e segurança em Santa Catarina?

Para compreender como isto acontece no estado, é preciso fazer algumas considerações sobre o entendimento desta instituição de acordo com alguns autores que já se dedicam à reflexão sobre a medida de segurança e todos os seus componentes.

Termos como periculosidade, inimputabilidade, doença mental, sanidade mental permeiam os textos que se dedicam a falar sobre medida de segurança. Estudiosos da área do direito, da medicina, da psicologia, da enfermagem, da filosofia, da antropologia, do serviço social discutem,

cada qual sob a ótica disciplinar e vivencial de sua especialidade, sobre o que é e do que trata a medida de segurança e seus componentes.

Tomemos como ponto de partida a periculosidade, ponto chave no processo de avaliação de inimputabilidade para a aplicação da medida e, posteriormente, para a avaliação de sua cessação. Hoje “compete aos especialistas em psiquiatria forense avaliar os conflitos dos indivíduos frente ao código penal, civil, trabalhista e de ética, pois se trata da intersecção da psicopatologia forense com a medicina legal” (COHEN, 2013, p. 30). Significa que o ponto se restringe a uma especialidade e a uma responsabilidade pela avaliação da periculosidade do sujeito, fato do qual depende todo o processo para a aplicação da medida de segurança, se assim atestado pelo especialista. A medicina ocupa-se do tratamento e a criminologia, por via da Justiça, pondera a responsabilidade do indivíduo sobre o ato cometido.

Este mesmo autor afirma:

[...] entender a suposta periculosidade social de um indivíduo, ou ainda, o que é mais complexo, avaliar a periculosidade pré-delitiva, deveria ser um assunto de estudo transdisciplinar envolvendo psiquiatras, psicólogos, criminalistas, sociólogos, antropólogos, filósofos e legisladores. Ou seja, na prática deveria ter uma articulação maior entre saúde mental e justiça (COHEN, 2013, p. 26).

Este pequeno trecho do discurso deflagra a imbricação de termos e políticas tanto no que tange ao processo anterior à aplicação da medida de segurança, como na própria aplicação, no momento em que o sujeito passa a ser custodiado pelo Estado. Estamos falando, então, de uma rede de termos e conhecimentos que é requisitada para discutir a temática. Entende-se por rede aquilo que “inclui diferentes setores, com diferentes formas de abordagem, refletindo naturalmente a complexidade” (BRASIL, Ministério Público Federal, 2011, p. 16).

Quanto ao impacto no sistema penal brasileiro, o Ministério da Saúde (2014) afirma que, ao fazer a análise dos ‘*loucos infratores*’ mantidos sob custódia nos estabelecimentos do sistema penal, algumas características foram identificadas. Situações como: ausência de projeto terapêutico singular; modelo de contenção determinado pela legislação criminal; desarticulação com as políticas públicas de saúde; desinternação condicionada à cessação da suposta periculosidade; desresponsabilização e escassa participação das redes de saúde e de assistência social; perda,

quase sempre irreversível, dos vínculos familiares e sociais estão ligadas à parcial ou completa ausência de discussão interdisciplinar e de rede.

Mais uma vez, como apontou minha colega de grupo de trabalho, destacam-se os efeitos, sendo sua discussão inquestionável. Porém, são efeitos de um processo que há muito se iniciou, sem que se considerassem, de antemão, o projeto terapêutico singular, a vigência do modelo de contenção determinado pela legislação criminal, desarticulados das políticas públicas de saúde, da avaliação de periculosidade, da desresponsabilização e escassa participação das redes de saúde e de assistência social e dos vínculos familiares e sociais no processo de julgamento para aplicação da medida de segurança.

A aprovação da Lei 10.2016/2001 trouxe consigo consideráveis avanços na condução da política de atenção à saúde mental no País. Sendo assim, as discussões sobre a saúde mental e a assistência a quem estivesse sob custódia do Estado produziu, a partir de 2001, novas diretrizes na política de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade com base em pressupostos de integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade da atenção e das ações. Contudo, conforme aponta o MPF (2011), no que tange à esfera da medida de segurança, “fica claro ainda que o legislador penal mantém a centralidade da perícia e da atenção à saúde mental da pessoa com transtorno mental na figura do médico e não da equipe psicossocial” (BRASIL, 2011, p. 53).

Em última instância, o mesmo documento sintetiza a pergunta de pesquisa deste trabalho. O MPF se pergunta: “A quem compete dar a última palavra acerca do tratamento concedido à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei?” (BRASIL, 2011, p. 36). Com este viés, proponho-me compreender a aplicação da medida de segurança em Santa Catarina, seus principais atores e as convergências setoriais e políticas.

2. SOBRE TERMOS E CONTEXTOS

A seção que se segue se dedica a apresentar elementos que auxiliam na compreensão da temática abordada. Também apresenta recortes teóricos das leituras que embasaram a construção da pesquisa. Importante ressaltar que um aprofundamento do que está em voga no meio científico e em publicações oficiais foi realizado no momento da aplicação da pesquisa. O resultado daquela seção complementa a que se segue.

2.1 MEDIDAS DE SEGURANÇA, PERICULOSIDADE E (IN)IMPUTABILIDADE

Ao tratar da medida de segurança, ao menos duas matérias se inter cruzam nessa temática: direito penal e psiquiatria forense. Faço referência às duas, apostando que, no contexto atual, esta temática convoca à discussão outras personagens e arrisco-me a dizer que políticas de trabalho, de assistência social, representações civis e de direitos humanos e bioética devem ser inseridas nesta discussão.

Então, do que trata a medida de segurança?

Para Lebre no ordenamento jurídico, as medidas de segurança surgiram ao final do século XIX por meio da corrente positivista da doutrina alemã de Franz von Liszt. O autor citado não só entendia que tais medidas se deveriam aplicar aos chamados incorrigíveis para neutralizá-los a ação, como as havia concebido “ao lado das penas como mecanismo eficaz de defesa social” (LEBRE, 2013/2012, p. 273).

A medida de segurança surge em meio a discussões sobre o conceito de culpabilidade. Segundo Cohen (2013), sem este atributo não se poderia imputar uma pena ao sujeito que comete a infração, razão, segundo o autor, da criação da medida de segurança a ser aplicada ao que não fossem considerados capazes de compreender o ato de infração, mas que, por sua natureza, não poderiam não ser considerados perigosos.

A periculosidade do sujeito é definida a partir de valores morais socialmente construídos em determinados contextos e tempos históricos. Para Cohen, a periculosidade “está vinculada à negação do indivíduo pela existência da lei que o proíbe, ou na dificuldade de aceitar proibição legal, ou, ainda, pela incapacidade do sujeito em determinar-se de acordo com esse entendimento (COHEN, 2013, p. 39).

Para este autor, a medida de segurança vem cumprir a função de prevenir a reincidência de atos delituosos, mas também de assistir ao sujeito em um tratamento para que não volte a reincidir.

No Brasil, o Código Penal de 1940 consolidou as medidas de segurança que, desde então, vêm sofrendo alterações, embora mantendo em sua essência a proposta de “neutralizar” socialmente aqueles que cometeram delitos - por não poderem ser punidos ou responsabilizados pelo fato - e contribuir para o controle social. Segundo Cohen (2013), em 1984, o Código Penal, reformulado, reservou a qualificação da periculosidade social - medida de segurança - aos doentes mentais que infringissem a lei e fossem considerados inimputáveis ou semi-imputáveis, o que significa, segundo o autor, vinculação de periculosidade a doença mental.

Sob o ponto de vista do direito, o Código Penal Brasileiro, nos artigos 96 a 99, baliza as espécies de medidas de segurança, os prazos e, dentre outros aspectos, os direitos dos internados. Em suma, aplica-se àqueles que praticam crimes, mas que não podem ser considerados responsáveis por seus atos por serem portadores de transtornos ou doenças mentais. O Código Penal prevê, no momento do crime, avaliação do indivíduo infrator para se determinar se é capaz ou não de compreender o ato que cometeu. Segundo Cohen (2013), a penalização aparece no segundo momento, ou no tratamento da doença, como reação do Estado à transgressão do sujeito considerado inimputável. O art. 97 do Código Penal refere que se o agente - sujeito que comete o delito- for inimputável, o juiz determinará sua internação. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Segundo o art. 96 do Código Penal Brasileiro, as medidas de segurança são:

I - internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial. Sobre o prazo, a referência colocada diz respeito ao prazo mínimo que deve ser de um a três anos, e, ainda, que a internação, ou o tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade.

Ademais, o art. 99 regulamenta que, na hipótese de internação, esta ocorrerá em estabelecimento dotado de características hospitalares para submissão a tratamento.

Sob a ótica da Psiquiatria Forense, João Ladislau Rosa (2013), presidente do Cremesp, na apresentação do livro *Medida de segurança – uma questão de saúde e ética*, faz referência à medida de segurança como destinada a infratores considerados inimputáveis ou semi-imputáveis, ou seja, pessoas em conflito com a lei que, no momento do delito,

apresentassem comprometida a capacidade de entender o caráter ilegal de seu ato ou de se portar de acordo com seu entendimento. Observa, ainda, que no Código Penal há a previsão de que a pena seja substituída pela medida de segurança, que se dará em regime fechado, em hospitais de custódia e tratamento, ou em ambulatórios, no caso de delitos de menor gravidade. Por esta via, a medida de segurança não tem caráter punitivo, mas tem vistas a eliminar a periculosidade do agente⁷ por meio de assistência apropriada à saúde mental, de forma que se trate e não venha a reincidir, resguardando a si próprio e à ordem social.

Duas perspectivas que se coadunam com a proposta de “tratamento” a esse sujeito, avaliado como irresponsável pelo ato cometido, e de prevenção, porém, de novos delitos da mesma natureza, com vistas à proteção com práticas, processos, dispositivos, ideologias e formações historicamente distintas. Há que se pensar de que forma os dispositivos dessas duas instituições de controle interagem com os equipamentos e os atores da atenção psicossocial, na aplicação da medida de segurança, declarada como direito a tratamento e não a punição.

Ao se direcionar para o aspecto da aplicação da medida de segurança, volta-se para a temática da periculosidade. Segundo Ramos (2013), por questões de segurança jurídica, a aplicação da medida de segurança não pode ocorrer por presunção de ato, mas somente diante da comprovação do ato e da periculosidade do agente.

A periculosidade será aferida em dois momentos distintos. O primeiro deles, o chamado de diagnóstico da periculosidade, é a comprovação qualitativa da sintomatologia de perigo. O segundo é definido como prognose criminal, com a qual se fará a comprovação entre a qualidade e o futuro criminal do agente. Cabe ressaltar a importância do instituto *periculosidade*. Chamo-a assim por todas as características subjetivas, que ultrapassam a materialidade da palavra *periculosidade* no trâmite de avaliação e aplicação da medida de segurança. Lembro ao leitor que a aplicação da medida de segurança é embasada no laudo de insanidade mental e que sua extinção só ocorrerá mediante laudo do médico perito que comprove a cessação da periculosidade. Ramos (2013) alerta para a dificuldade da tarefa de produzir este laudo, definido por ele como “[...] tarefa difícil e imprecisa” (RAMOS, 2013, p. 56).

⁷ Termo frequentemente utilizado na área jurídica, refere-se àquele que age, que opera ou atua; é o que pratica a ação.

2.2 A REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO EM SANTA CATARINA

Tendo em vista a temática abordada até o momento, fica evidenciada a intersecção das matérias da saúde e do sistema judiciário no que tange à discussão sobre a loucura e sua vinculação a delitos sociais. Sendo assim, apresento um esboço sobre a rede de saúde em Santa Catarina, com foco na atenção psicossocial e também em dados sobre a instituição atualmente responsável pelo procedimento técnico de avaliação de periculosidade - o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Segundo o caderno *Saúde mental, álcool e outras drogas: diretrizes para o cuidado no Estado de Santa Catarina*, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), como proposta de espaço de cuidado de porta aberta, primando pela liberdade e a cidadania. Instituiu também a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para as pessoas em sofrimento psíquico decorrente de transtorno mental, uso de álcool e outras drogas.

Ainda segundo este caderno, os seguintes dispositivos compõem a Raps: a) Atenção Básica/Nasf/Consultório na Rua/Centros de Convivência; b) Centro de Atenção Psicossocial; c) Serviço Residencial Terapêutico; d) Unidades de Acolhimento; e) Programa de Volta para Casa; f) Estratégia de Reabilitação Psicossocial; g) Componente Hospitalar: atenção de urgência e emergência e internação em leito de saúde mental em hospital geral (SANTA CATARINA, 2015).

Segundo os dados apresentados pela Secretaria de Estado da Saúde no “Plano de ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei”, em dezembro de 2015, a Rede de Atenção à Saúde em Santa Catarina constituía-se de 338 Nasf, 85 Caps, 877 leitos de saúde mental em hospital geral, 122 Samu, 37 pronto-atendimentos e 2 residenciais terapêuticos distribuídos em 21 regiões de saúde no estado.

Na outra medida, temos o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Segundo informado pela Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania (SJC) no documento *Plano de ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei*, o HCTP foi criado pela Lei 4.559, no dia 7 de janeiro de 1971, durante o governo do doutor Ivo Silveira, e foi inaugurado em 10 de março de 1971 - uma instituição integrante do sistema penal do estado de Santa Catarina, consoante disposição do art. 99 da Lei de Execuções Penais. No primeiro momento, o manicômio

judiciário, como era denominado, estava subordinado à Secretaria da Segurança Pública, que, por sua vez, era subordinada à Diretoria de Administração Penal do Estado. Em processo de reordenamento do organograma do estado, o então HCTP passou a fazer parte SJC.

O HCTP possui caráter estadual, pois atende aos afetados por transtorno mental e que cometeram delito, e, por este motivo, estão custodiados; para o HCTP são encaminhados exclusivamente homens.

Já a Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania informa, no mesmo documento, que em dezembro de 2015, 83 homens estavam internados em medida de segurança. Destes, 32 já estavam com a decisão de desinternação ou de extinção de medida de segurança, mas permaneciam na instituição em razão da inexistência de vagas em serviços residenciais terapêuticos.

Ademais, estavam internadas, em 2015, 17 pessoas em cumprimento de medida de segurança por prazo superior ao máximo de pena cominada ao delito, ou por mais de 30 anos. Em tratamento ambulatorial na rede de saúde e assistência no estado de Santa Catarina, constatou-se a existência de 197 homens e mulheres com determinação de tratamento ambulatorial.

O HCTP também é responsável pela realização de exames de laudo de sanidade mental sobre ações penais ou execuções criminais. No ano de 2015, até o mês de outubro, foram emitidos 302 laudos, pelos quais 264 pessoas foram excluídas por inimputabilidade ou semi-imputabilidade, mas ainda sem decisão judicial para internação.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Discutir a indicação e a aplicação da medida de segurança ao *‘louco infrator’* em Santa Catarina.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o fluxo de indicação para medida de segurança do sistema judiciário em Santa Catarina;
- Descrever o fluxo de aplicação de medida de segurança do sistema judiciário em Santa Catarina;
- Descrever as convergências das políticas de atenção psicossocial com o sistema judiciário em Santa Catarina.

4. PERCURSO EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO

Compreender a indicação e a aplicação da medida de segurança supõe conhecimento, e este, por sua vez, o de ser metodologicamente aplicado. Tais requisitos exigem que se façam, ainda que brevemente, algumas considerações sobre a epistemologia adotada e o que se entende por fenomenologia para esta pesquisa.

4.1 CONSIDERAÇÕES EPISTEMOLÓGICAS

Dedicar uma seção deste trabalho para falar sobre epistemologia tem como principal objetivo apresentar a maneira adotada para estudar a natureza e outras propriedades específicas da relação entre o objeto pesquisado e o sujeito que pesquisa, levando em consideração todas as particularidades que envolvem a complexa relação entre objeto e pesquisador. Apresento aqui o posicionamento e o embasamento epistemológico para este estudo, que contempla a fenomenologia e a hermenêutica.

4.1.1 Sobre a Fenomenologia

O delineamento da pesquisa tomou como bases a perspectiva fenomenológica. O posicionamento fenomenológico é a escolha para este estudo, pois considero que esse método filosófico considera aquilo que está além da matéria, daquilo que pode ser percebido pelos sentidos humanos. Considera o que transcende a matéria, que, embora presente não pode ser visto, mas pode ser sentido. Trata da intencionalidade, de um tempo do cronológico, um tempo em que se apresentam, no presente, vividos passados e que se abrem aos horizontes de futuro. Um tempo *kairós*⁸. Faz-se necessária, por isso, sua apresentação, iniciando-se pelo resgate histórico da fenomenologia proposta por Husserl.

A autoria moderna desse termo é reconhecida ao filósofo Edmund Husserl. Ao longo da história, o termo assumiu inúmeras definições e usos. Sintetizando, pode-se dizer, de acordo com Thiago Gomes de Castro (2009), que fenomenologia é a ciência dos fenômenos, sendo, portanto,

⁸No grego bíblico, há distinção nítida entre *Chrónos* e *Kairós*. *Káiros* significaria tempo do Dom, hora da graça, da salvação; tempo propício, dia da libertação; hora da “visitação”; momento em que “o anjo passa”; dia do Senhor; shabat; jubileu. *Kairós* representa o tempo subjetivo, vivencial. A junção de *Chrónos* e *Kairós* é traduzida pelo poema bíblico: Tudo tem o seu tempo (ASSMAN, 1998, p. 213).

uma ciência de rigor, que busca a redefinição do entendimento de ciência através da investigação das relações lógicas inerentes à consciência reflexiva. Ainda segundo Castro, Husserl assumiu duas designações de fenomenologia, sendo a primeira um método descritivo e uma ciência derivada deste método; e a segunda, a de ser uma ciência em busca de instrumentos básicos para uma filosofia científica rigorosa, tornando, assim, possível a reforma metodológica de todas as ciências.

Nota-se que a obra de Husserl, assim como o percurso da construção da fenomenologia, não passaram ilesos ao longo do seu desenvolvimento. Identificam-se, facilmente, alguns momentos de avanços metodológicos e conceituais mesclados por momentos de crítica à construção realizada e a reformulações. Inicialmente, a proposta de Husserl fora propor uma filosofia de fundação à lógica do conhecimento antecedente ao empirismo estabelecido nas ciências naturais, sendo esta uma preocupação da fenomenologia designada de psicologia descritiva (CASTRO, 2009). No decorrer de sua obra, Husserl migra da perspectiva descritiva para “um idealismo transcendental” (CASTRO, 2009, p. 13), afirmando a necessidade de desligar-se da referência empírica a que porventura o processo descritivo remeteria. O idealismo transcendental se define, segundo o autor, como a fenomenologia da consciência constituinte das coisas. A perceptível mudança na concepção da construção do conhecimento deveria, para a fenomenologia transcendental segundo Husserl (apud CASTRO, 2009, p. 14) “estruturar-se a partir da descrição da experiência mesma, expressão da consciência intencional de um sujeito”. O conteúdo das vivências da consciência, antes considerados na psicologia descritiva, é suspenso, sendo a consciência dirigida enquanto consciência e não mais como vivência. Distinguem-se, aqui, os dados imanentes – ou imediatos, presentes -, dos dados transcendententes à consciência, constitutivos da intencionalidade e que não são passíveis de percepção. Para Husserl, a consciência será sempre a consciência de alguma coisa, já que, a rigor, intenciona sobre algo. Segundo Castro (2009), o objetivo da fenomenologia de Husserl, a partir do projeto transcendental, passa a ser analisar o movimento intencional, ou seja, o fluxo de vividos da consciência.

Ao abdicar dos conteúdos das vivências e das descrições amparadas em sistemas teóricos sobre a natureza da consciência e voltar-se para as correlações entre intencionalidade, significações e objetos da consciência, opera-se a ruptura com as modalidades que pressupõem os fatos como princípio das relações de conhecimento. Esta perspectiva leva Husserl a declarar que no fenômeno existe uma dimensão que transcende o escopo das questões das ciências naturais, da descrição da consciência

e da experiência pela argumentação científica natural. Questões relativas ao *como* é possível são questões que transcendem o escopo naturalista.

Revisitando Husserl e a forma como descreveu a fenomenologia em suas obras, percebe-se a noção de intencionalidade como escopo da teoria. Esta noção foi por ele aprofundada a partir das aulas de Brentano, que dedicou grande parte de seus estudos descrevendo a intencionalidade. Para este último, a intencionalidade é conexão entre a consciência e o mundo. Segundo Castro (2009), “com a consciência intencional [Husserl] lançou as bases do entendimento perspectivo e indutivo da reflexibilidade e consciência humana, distanciando da consciência absoluta proclamada por Descartes” (CASTRO, 2009, p. 14). Ainda segundo este mesmo autor, a análise da intencionalidade da consciência:

[...] procurava contemplar a relação significada e idiossincrática entre sujeito e mundo, revogando a orientação investigativa explicativa (orientação natural), externa ao fluxo das vivências intencionais. Este processo idiossincrático, circunscrito à esfera da percepção, envolve para a fenomenologia, dois níveis: a intuição, que se refere ao processo pelo qual apreendemos processualmente um objeto qualquer solicitando para tanto uma variação imaginativa sobre as possibilidades de evidência deste fenômeno - e a reflexão - processo sistematizado e comunicativo de apreensão imediata. A partir deste panorama, pode-se sintetizar que a ciência para Husserl deveria se estabelecer na descrição do retorno reflexivo e intuitivo intencionais às essências constituintes do aparecimento dos fenômenos à consciência (CASTRO, 2009, p. 15).

Para que o projeto de Husserl pudesse transcender a lógica de investigação natural era necessária uma mudança na orientação da investigação; para isso, Husserl propunha o recurso da redução fenomenológica, que ele descreve como “recurso metodológico necessário para proporcionar o retorno da reflexão à consciência pura e lá observar como os objetos da percepção se constituem” (CASTRO, 2009, p. 17). Esta concepção de redução fenomenológica foi apresentada por Husserl em 1907. O objetivo final então, nesta proposta de redução, era a de alterar a orientação da constituição das relações de conhecimento empírico entre o sujeito e o objeto.

O segundo momento possível de se identificar trata da redução fenomenológica como elemento central do método. Em termos gerais, ela passa a ser definida como movimento de exclusão de tudo o que transcende a consciência: uma defesa de Husserl, segundo Castro (2009), na manutenção da pureza, na esfera da evidência pura à consciência. Neste momento, o pesquisador exercita o que Husserl chamou de *epoché*, que é “colocar o mundo exterior entre parênteses para que a investigação se dê apenas com as operações realizadas pela consciência ... um modo de suspender qualquer juízo a seu respeito para poder conhecê-lo a partir da sua origem...” (GRAÇAS, 2000, p. 30). Trata-se da suspensão de pressuposições sobre o fenômeno intencionado. Também cabe neste período o que Castro (2009) denomina de exame descritivo do fenômeno em busca das essências constitutivas. Em comum, mantém-se a prerrogativa de que a redução fenomenológica visa ao acesso à consciência pura e imanente das coisas.

Ao tratar da operacionalização da redução fenomenológica, Castro (2009) alerta que as recomendações realizadas por Husserl em 1913 não ficaram restritas às recomendações de suspensão às crenças e à busca pelas essências na realidade do fenômeno das coisas apontadas em 1907. Em 1913, a redução é descrita como uma “série progressiva de reduções... Em sua concepção filosófica, a redução fenomenológica primordial, que é a alteração da orientação natural para fenomenológica, se desdobrará em reduções secundárias” (CASTRO, 2009, p. 19). São elas apontadas pelo mesmo autor:

- redução fenomenológica psicológica: suspensão do mundo já valorado pela consciência, com a ressalva de não suspender o sujeito empírico;
- redução eidética: fenômenos dados à consciência são reduzidos à essência, com o que Husserl propõe variação imaginativa livre, a atitude de modificar elementos essenciais do fenômeno a fim de verificar se o mesmo ainda é reconhecível;
- redução fenomenológica transcendental, que busca suspender simultaneamente sujeito empírico e mundo, investigando, assim, a correlação transcendental entre mundo e consciência de mundo.

Vale ressaltar que, para Husserl, a posição de investigação de determinado fenômeno está atrelada à atitude permanente de orientação às reduções, não fazendo delas um ato temporário.

Até esse período, Husserl mantém um posicionamento de exclusão do mundo empírico com atenção voltada ao processo imanente. Em meados de 1920, ele “avaliará um modo mais mundano e, por conseguinte, concreto de abarcar as relações da consciência intersubjetiva” (CASTRO, 2009, p. 21). Para isso, utiliza a explicação do “eu” psicológico, sendo o correspondente à percepção do homem natural, e a do “eu” transcendental acessível através da redução fenomenológica, inerente ao sentido próprio do mundo para o “eu” intencional. Ou seja, “dimensão essencial da posição do ego em relação às vivências intencionais” (CASTRO, 2009, p. 21). Seguiu-se, a partir daí, uma espécie de ruptura, evoluindo o entendimento do transcendental de Husserl para a noção de transcendência baseada na experiência, o que levou a incluir na compreensão da relação intencional a consciência mundo, as interferências contextuais, existenciais e intersubjetivas que abordarão a natureza intersubjetiva da consciência.

O legado de Husserl, em alguma medida, mantém-se passível à crítica dos fenomenólogos, em especial ao espírito absoluto da consciência purificada; há, porém, o reconhecimento da importância da redução fenomenológica como recurso para reorientar a ciência empírica.

Alfred Schutz, com base na perspectiva fenomenológica de Husserl, em especial com interesse na intersubjetividade, confronta a teoria dele com os pressupostos da sociologia de Weber e embasa uma série de trabalhos e escritos em sociologia baseada nos fundamentos da fenomenologia. Surge, então, a sociologia fenomenológica de Schutz, que, neste trabalho, será requisitada para ampliar a discussão da importância das relações sociais. A intersubjetividade torna-se questão de suma importância. A intersubjetividade, conforme Oltramari (2005), “que necessita de um Eu e um Outro, é que faz com que as experiências subjetivas, que são biográficas, sejam significativas”.

Segundo o autor Helmut R. Wagner, em seu livro, *Fenomenologia e Relações Social: textos escolhidos de Alfred Schutz*, este autor, ao tratar de intersubjetividade, faz a seguinte afirmação: “Simplesmente nascemos num mundo de outros” (WAGNER, 1979, p. 159). Significa que, naturalmente, em essência, nascemos em um mundo habitado por outros, sem que haja possibilidade de refutar tal situação ou modificá-la em qualquer medida. Parece, em algum momento, ingênuo ou até mesmo irrelevante tomar como base este pressuposto; porém, analisar a trajetória fenomenológica inicial, e até mesmo a tentativa de neutralidade absoluta a ser aplicada na ciência positivista, naturalista, demonstra a relevância de manter à vista esse pressuposto.

Para tratar dos semelhantes, Wagner (1979) afirma que Schutz, em seus escritos, diz que “o mundo da vida diária não é de forma alguma o mundo privado, mas é, desde o início intersubjetivo, compartilhado... vivenciado e interpretado por outros” (WAGNER, 1979, p. 159). Mais além, ele vai tratar da singularidade do sujeito, admitindo que a singularidade, entendida como a biografia de cada um, se encontra dentro de um mundo histórico e sociocultural, que permanecerá em voga mesmo depois da morte do ser biográfico, assim como existiu antes no nascimento dele. Schutz reconhece que semelhantes agem sobre semelhantes e compartilham um mundo, um relacionamento mútuo que implica que outros possam vivenciar de um modo semelhante, o mundo comum. Então, para Schutz, os outros:

[...] também se encontram em uma situação biográfica única, dentro de um mundo que é, como o meu, estruturado em termos do alcance real e potencial em torno do ser Aqui e Agora real, o qual se situa no centro das mesmas dimensões e direções de tempo e de espaço que formam esse mundo historicamente dado pela natureza, sociedade, cultura, etc. O homem vê como pressuposto da existência material de semelhantes sua vida consciente, a possibilidade de intercomunicação e a qualidade histórica da organização social e da cultura, da mesma forma que vê como pressuposto o mundo da natureza do qual nasceu (WAGNER, 1979, p. 159).

4.1.2 Sobre a Hermenêutica

A palavra hermenêutica, a *grosso modo*, significa “expressar e interpretar”. Ao tratar do significado da palavra hermenêutica, Schmidt (2012) diz que se trata de uma transliteração modificada do verbo grego “**hermeneuein**”, que, mais do que simplesmente interpretar, significa expressar em voz alta, explicar e traduzir. O mesmo autor ainda ressalta que a tradução latina para “**hermeneuein**” é “**interpretar**”, raiz da palavra interpretação (SCHMIDT, 2012).

Tomando por base o sentido geral da hermenêutica como interpretação, facilmente percebemos que, em nosso cotidiano experimentamos, o tempo todo, a interpretação nas mais diversas áreas. Também reconhecemos, em nossa sociedade, entidades e instituições responsáveis por tipos de interpretações. Podemos citar desde os atores,

quando interpretam suas personagens, até juristas, responsáveis pela interpretação das leis. Então, experimentamos e sabemos mais sobre hermenêutica do que presumimos. Desde a antiguidade, foram criadas teorias de interpretação para diversas disciplinas e áreas, como, por exemplo, a hermenêutica bíblica, dedicada à interpretação da Bíblia. Sendo assim, as disciplinas dedicaram esforços para o aperfeiçoamento das teorias hermenêuticas utilizadas nas disciplinas, não sendo diferente na filosofia analítica contemporânea, interessada na linguagem, no significado e na compreensão de textos. Então, podemos definir hermenêutica como uma filosofia, uma teoria da interpretação do sentido (SCHMIDT, 2012; RICOEUR, 1977; RICOEUR, 1978).

O uso atual da hermenêutica está intimamente relacionado com compreensão e interpretação como processos (epistemologia) e como modos de ser (ontologia), interesse comum à fenomenologia, muito embora o problema da interpretação (problema hermenêutico), como visto mais acima, tenha origens anteriores às dos autores da fenomenologia. Os limites da exegese, por exemplo, deflagram a dificuldade de se compreender um texto a partir de sua intenção, já que ele é sempre feito em contextos históricos sociais e processuais (SCHMIDT, 2012; RICOEUR, 1977; RICOEUR, 1978).

Paul Ricoeur, filósofo francês, o hermeneuta tem seu pensamento voltado ao esclarecimento do existir; dedica-se à elucidação do sentido da existência, investindo em uma filosofia da linguagem em busca da compreensão. Este autor, assim como outros antecessores, buscou apresentar um modo reflexivo de pensar a hermenêutica e o método fenomenológico. Assim, pela interessante proposta crítica desse filósofo quanto à hermenêutica e à fenomenologia de Husserl, para análise dos dados desta pesquisa será utilizada a hermenêutica segundo a sua proposta (SCHMIDT, 2012; RICOEUR, 1977; RICOEUR, 1978).

Em *O Conflito das Interpretações*, Ricoeur (1978) propõe um enxerto do problema hermenêutico no interior da fenomenologia. A hermenêutica teve sua origem nos estudos dos textos sagrados e do direito, e a passagem de uma exegese de caráter técnico a uma filosofia que questiona a possibilidade da compreensão ocorreu, segundo ele (1978), como um movimento natural, pois todos os textos que são objeto de uma interpretação são polissêmicos e demandam, inevitavelmente, uma teoria dos signos e das significações.

Sobre a compreensão histórica, Ricoeur (1978) afirma que para a sua compreensão estão em jogo todos os paradoxos da historicidade, sintetizados na questão: como é que um ser histórico pode compreender historicamente a história? Por sua vez, estes paradoxos remetem a uma

problemática muito mais fundamental: como é que a vida, ao se exprimir, pode objetivar-se? Como é que, ao objetivar-se, traz à luz do dia significações susceptíveis de serem retomadas e compreendidas por outro ser histórico que supera sua própria situação histórica? Um problema principal que nós próprios encontraremos no termo desta investigação está já colocado: o da relação entre a força e o sentido, entre a vida portadora de significações e o espírito capaz de os encadear numa cadeia coerente” (RICOEUR, 1978, p. 9).

Tendo como ponto de partida a hermenêutica de Dilthey, outro autor diretamente relacionado ao pensamento hermenêutico, Ricoeur (1978, p. 9) propõe um “enxerto hermenêutico sobre a fenomenologia com duas vias para realizar este enxerto e fundar a hermenêutica na fenomenologia: uma curta e uma longa. A via curta é a adotada por Heidegger em *O ser e o tempo*, ao formular uma ontologia da compreensão, a qual interrompe a discussão acerca do método e pauta a compreensão não mais como um modo de conhecimento, mas como o modo de ser do *dasein*.

De outra forma, o sujeito que pretende seguir a *via longa* da compreensão passa, necessariamente, pela linguagem. Esta via também pretende levar a reflexão ao nível ontológico, porém, de forma gradativa, seguindo exigências semânticas para assim chegar à reflexão. Com relação à ontologia, faz referência ao plano semântico (que vai operar os planos dos símbolos e da interpretação) e a o plano reflexivo (elo entre a compreensão dos signos e a compreensão de si). Ao propor a conexão entre a linguagem simbólica e a compreensão de si, Ricoeur argumenta que satisfaz as questões profundas da hermenêutica, que trata do afastamento, do distanciamento entre o texto e o intérprete.

Ricoeur, em alguma medida buscou em seus estudos superar a metodologia fenomenológica, que, em síntese, se baseia na redução, como visto acima. Sendo assim, tomou por base o pensamento de Husserl, mas não como ponto de partida, mas como um “momento decisivo da sua reflexão filosófica, aceitou o desafio de confrontá-la com as atividades que hoje em dia se ocupam objetivamente da decifração dos comportamentos simbólicos do homem” (RICOEUR, 1977, p. 4).

4.2 PERCURSO DE ENTRADA A CAMPO: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Com base nos pressupostos fenomenológicos apontados por Husserl, em especial sobre o posicionamento do pesquisador traduzido como atitude frente ao fenômeno a ser investigado, mas também

considerando as contribuições de Alfred Schutz, que inclui na fenomenologia a essencialidade da intersubjetividade para compreensão da existência, fiz uma busca pelos elementos que compuseram esta pesquisa. Em resumo, para esta busca, parti da redução fenomenológica, considerando a intersubjetividade como elemento chave.

O campo que defini para a pesquisa foi o da Comarca da Grande Florianópolis, que abriga as sedes das Secretarias de Estado de Justiça e Cidadania, de Saúde e Assistência Social, Trabalho e Habitação, a fim de facilitar o trânsito dos dados e documentos institucionais. Também abriga o único HCTP do estado e no qual seus profissionais e técnicos participam ativamente do expediente de avaliação e aplicação da medida de segurança no estado de Santa Catarina.

Em se tratando de uma pesquisa qualitativa, na busca pelos dados foi realizado um percurso que considera os pressupostos já apresentados como embasamento, e os dados propriamente ditos foram angariados através de entrevistas. Também foi realizado um levantamento bibliográfico que por escolha não foi utilizado em sua compeltude para discussão, porém, se registra aqui o processo cujo resultado embasará outros estudos posteriores a esta dissertação.

4.2.1 Levantamento bibliográfico

A modalidade de levantamento bibliográfico foi utilizada pela prerrogativa de possibilitar a utilização de diversas fontes de documentação relacionadas com a temática da pesquisa (medida de segurança), assunto transversal a diversas políticas e matérias de discussão que vão desde o campo social, como mídia, até as diretrizes e bases legais do sistema judiciário. Resslata-se aqui que não foram apresentadas disucssões sobre o resultado deste levantameto, tendo em vista que a utilização deste material embasará outros estudos posteriores.

Para o levantamento dos dados bibliográficos, fiz uma busca por artigos científicos, dissertações de mestrado, teses de doutorado nas bases de dados Lilacs, Bdenf, Scielo, Scopus, Medline/PUB-MED, publicados no período de 2006 a 2016. Também compuseram este eixo documentações oficiais de domínio público relativos à temática, produzidos pela Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania, pela Secretaria de Estado de Saúde e pela Secretaria de Assistência Social, Trabalho e Habitação.

Iniciei o levantamento com a seleção de palavras-chave e principais termos relacionados às especificidades da pesquisa. Realize a busca pelos descritores através da consulta ao vocabulário DeCS (Descritores em

Ciência da Saúde) e MeSHDatabase (Medical SubjectHeadings). Os descritores DeCS e MeSh são vocabulários padronizados, mundialmente utilizados pelas bases de dados para indexar artigos em suas plataformas. Os vocabulários estruturados DeCS e MeSH foram utilizados como assistentes, auxiliando-me a refinar, ampliar e garantir resultados mais adequados. Como recursos de busca nas diversas bases de dados, utilizei *aspas*, com a finalidade de buscar frases ou termos compostos; os *operadores booleanos* AND/OR/AND NOT, para integrar e/ou excluir termos e descritores; *parênteses*, para delimitar a ação de cada operador na expressão de pesquisa e o *truncamento* (\$) ou (*), para buscar radicais de palavras.

O quadro 1 contém os descritores, os termos e os recursos de busca utilizados nas respectivas bases.

Quadro 1 - Descritores, termos e recursos de busca

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADAS
SciELO	("psiquiatria legal" OR psiquiatri* OR louco* OR "doente mental" OR "doentes mentais" OR "pacientes mentais" OR "paciente mental" OR "doença mental" OR "doenças mentais"OR "Pessoas Mentalmente Doentes" OR "saude mental" OR Insan* OR inimputave* OR "transtorno mental" OR "transtornos mentais" OR periculosidade OR (doente* AND criminos*) OR "Hospitais Psiquiatricos" OR Sanatorio* OR Custodia OR "Internação Compulsoria" OR "InternaçõesCompulsorias" OR (Internaç* AND Involuntaria*) OR "Responsabilidade Penal" OR "MentallyIllPersons" OR "Mental Disorders" OR "mental disorder" OR "CommitmentofMentallyIll" OR "Criminal Liability" OR ForensicPsychiatry OR Psychiatr* OR custody OR "mental health" OR "commitmentofmentallyill" OR "Criminal Liability" OR "Enfermos Mentales" OR "enfermo mental" OR "trastorno mental" OR "trastornosmentales" OR "salud mental" OR "InternaciónCompulsoria" OR "Responsabilidad Penal") AND ("Medidas de Segurança" OR "Medida de Segurança" OR "safetymeasure" OR "safetymeasures" OR "securitymeasure" OR "securitymeasures" OR "Medidas de Seguridad" OR "medida de seguridad")
	(tw:(("psiquiatria legal" OR psiquiatri* OR louco* OR "doente mental" OR "doentes mentais" OR "pacientes mentais" OR "paciente mental" OR "doença mental" OR "doenças mentais"or "Pessoas Mentalmente Doentes" OR "saude mental" OR insan* OR inimputave* OR "transtorno mental" OR "transtornos mentais" OR periculosidade OR (doente* AND

Lilacs e Bdenf via BVS	<p>criminos*) OR "Hospitais Psiquiatricos" OR sanatorio* OR custodia OR "Internação Compulsoria" OR "InternaçõesCompulsorias" OR (internaç* AND involuntaria*) OR "Responsabilidade Penal" OR "MentallyIllPersons" OR "Mental Disorders" OR "mental disorder" OR "CommitmentofMentallyIll" OR "Criminal Liability" OR forensicpsychiatry OR psychiatr* OR custody OR "mental health" OR "commitmentofmentallyill" OR "Criminal Liability" OR "Enfermos Mentales" OR "enfermo mental" OR "trastorno mental" OR "trastornosmentales" OR "salud mental" OR "InternaciónCompulsoria" OR "Responsabilidad Penal")) AND (tw:(("Medidas de Segurança" OR "Medida de Segurança" OR "safetymeasure" OR "safetymeasures" OR "securitymeasure" OR "securitymeasures" OR "Medidas de Seguridad" OR "medida de seguridad")))</p>
Scopus viaPortal de Periódicos Capes	<p>TITLE-ABS-KEY("psiquiatria legal" OR psiquiatri* OR louco* OR "doente mental" OR "doentes mentais" OR "pacientes mentais" OR "paciente mental" OR "doença mental" OR "doenças mentais"OR "Pessoas Mentalmente Doentes" OR "saude mental" OR Insan* OR inimputave* OR "trastorno mental" OR "transtornos mentais" OR periculosidade OR (doente* AND criminos*) OR "Hospitais Psiquiatricos" OR Sanatorio* OR Custodia OR "Internação Compulsoria" OR "InternaçõesCompulsorias" OR (Internaç* AND Involuntaria*) OR "Responsabilidade Penal" OR "MentallyIllPersons" OR "Mental Disorders" OR "mental disorder" OR "CommitmentofMentallyIll" OR "Criminal Liability" OR ForensicPsychiatry OR Psychiatr* OR custody OR "mental health" OR "commitmentofmentallyill" OR "Criminal Liability" OR "Enfermos Mentales" OR "enfermo mental" OR "trastorno mental" OR "transtornos mentales" OR "salud mental" OR "InternaciónCompulsoria" OR "Responsabilidad Penal") AND TITLE-ABS-KEY(("Medidas de Segurança" OR "Medida de Segurança" OR "safetymeasure" OR "safetymeasures" OR "securitymeasure" OR "securitymeasures" OR "Medidas de Seguridad" OR "medida de seguridad")</p>
PUB-MED via portal PUB-MED	<p>("mental disorders"[MeSH Terms] OR "mental disorders"[All Fields] OR "mental disorder"[All Fields] OR "mental health"[MeSH Terms] OR "mental health"[All Fields] OR "forensic psychiatry"[MeSH Terms] OR "forensic psychiatry"[All Fields] OR "hospitals, psychiatric"[MeSH Terms] OR "psychiatric hospitals"[All Fields] OR "psychiatric hospital"[All Fields] OR (custody[All Fields] AND "psychiatric"[All Fields]) OR "commitment of mentally ill"[MeSH Terms] OR "commitment of mentally ill"[All Fields]</p>

OR "Criminal Liability"[All Fields]) AND ("safety measure"[All Fields] OR "safety measures"[All Fields] OR "security measure"[All Fields] OR "security measures"[All Fields])

Fonte: Elaboração da autora (2017).

Iniciei a busca nas bases de dados em setembro de 2016, tendo realizado a última consulta em dezembro de 2016. O processo se repetiu diversas vezes ao longo dos meses, na tentativa de abarcar o maior número possível de publicações sobre a temática.

Foi identificado, na base de dados Scielo, um total de 43 documentos. Quando aplicado o filtro ao período (2006 a 2016) e a área da temática apenas às áreas afins à pesquisa, foram excluídos 12 documentos. Para a base Scielo foram analisados 7 artigos completos.

A pesquisa nas bases Lilacs e Bdenf foi realizada através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Como resultado, 55 documentos estava disponíveis. Aplicados os filtros período (2006 a 2016), assunto principal, textos completos, limitando-os a adultos, feminino, masculino e humano, restaram 16 documentos. Destes, 5 foram excluídos por não tratarem da temática. Restaram 11 artigos completos que foram analisados.

Na base de dados Scopus, no período de 2006 a 2016 nos idiomas inglês, português e espanhol, foram identificados 109 documentos. Aplicado o filtro de área, elegendo os relacionados a medicina, enfermagem, psicologia e ciências sociais, restaram 91 documentos. Destes, 51 foram excluídos por não estarem vinculados à temática, restando então 30 artigos completos desta base para análise.

Para base Medline/PUB-MED, foram aplicados os filtros iniciais de período (2006 a 2016), idioma português, inglês e espanhol, e somente os referentes à espécie humana, totalizando 265 documentos disponíveis. Quando aplicado o filtro por assunto (bioética, medicina complementar, história da medicina, revisão sistemática), o número de documentos chegou a 80. Destes, 72 foram excluídos por não tratarem da temática. Para a base Medline/PUB-MED, portanto, foram analisados 8 artigos completos.

Sobre as documentações disponíveis da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania, da Secretaria de Estado de Saúde e da Secretaria de Assistência Social, Trabalho e Habitação pertinentes à temática foi analisado o plano de ação para estratégia para o direcionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Destaco a escassez de produções sobre o objeto de pesquisa. Os descritores aplicados condiziam com as diversas temáticas, inclusive

sobre segurança no trabalho, já que o termo *medida de segurança* remete a trabalhos e publicações para a área do mundo do trabalho. A aplicação dos filtros resultou em redução do número de artigos disponíveis sobre o tema, que, ainda assim, mais esboçavam o *tratamento* oferecido ao '*louco infrator*' do que tratavam sobre os trâmites para sua desinternação e desistitucionalização. Quanto à documentação produzida oficialmente pela estância estadual pertinente à temática, a consulta, relativa ao período definido, tornou-se inviável, considerando a indisponibilidade das publicações oficiais no Diário Oficial por meio eletrônico no período anterior a 2012. Respeitando a prerrogativa de domínio público, apenas as notícias e publicações realizadas pelas assessorias de imprensa das secretarias ou em diário oficial, passíveis de rastreamento via internet, foram utilizadas, acarretando em pequeno número de informações oficiais.

4.2.3 Entrevistas

Para o eixo das entrevistas, a proposta utilizada foi a do tipo aberto, e a condução da entrevista se baseou no método fenomenológico, em condições, conforme Ranieri & Barreira (2010), de proporcionar um detalhamento espontâneo por parte do entrevistado, permitindo não só o acesso às experiências e percepções, ou ao conteúdo presente das entrevistas, mas à própria intenção. As entrevistas foram guiadas por um roteiro inicial aberto elaborado segundo orientação de Minayo (2014) (Apêndice D), que compreende uma descrição sucinta do objeto de investigação, no caso, avaliação e aplicação de medida de segurança em Santa Catarina, que servirá de orientação, no processo, para a fala do interlocutor sobre a vivência. Para a escolha desta modalidade de entrevista, foram determinantes os critérios de Minayo (2014), que explicita que esta modalidade persegue os objetivos de “descrever casos individuais; compreender as especificidades culturais mais profundas dos grupos e a comparabilidade de diversos casos” (MINAYO, 2014, p. 265).

Por intermédio de técnicos da SJC, o projeto de pesquisa foi apresentado às instâncias responsáveis, mais precisamente ao Departamento de Administração Penitenciária (Deap), para autorização da realização. De posse desta autorização, dei entrada do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Após a aprovação por parte do comitê, apresentei a pesquisa à direção do HCTP, assim como solicitei ao diretor e ao consultor jurídico da SJC a autorização para a sua

realização. A partir daí, foram agendadas as entrevistas com os profissionais listados, que prontamente aceitaram o convite.

A escolha dos profissionais levou em consideração o histórico profissional e o grau de envolvimento prático de atuação nos processos de avaliação para aplicação da medida de segurança em Santa Catarina. Com base nesses critérios, chegamos a dois médicos peritos, responsáveis pela assinatura do laudo de avaliação de insanidade mental, e a dois servidores da área administrativa do HCTP.

Foram, ao todo, cinco visitas ao HCTP durante a pesquisa. Acompanhada pelo consultor jurídico, pude circular por todo o espaço físico. Fui, inclusive, convidada a participar de duas reuniões para conhecer um pouco a dinâmica da equipe técnica com os médicos peritos. Foi com esta “parcial” imersão neste campo que iniciei o trabalho de entrevistas.

As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade dos entrevistados, respeitando sua agenda, horário, local de melhor acesso (à escolha do profissional). As entrevistas ocorreram em dias distintos, ao longo dos meses de setembro e outubro de 2016. Os áudios das entrevistas foram gravados e transcritos em sua integralidade. Segundo Ranieri e Barreira (2010), a gravação, e sua posterior transcrição têm como objetivo a leitura dos relatos no momento da análise.

Após o contato inicial, foi, primeiramente, apresentado o tema da pesquisa, momento em que esclareci os objetivos e a proposta. Foram garantidos aos participantes o anonimato, o sigilo e o direito de desistir da pesquisa ou de se negar a contribuir com ela. Foi realizada a leitura e a assinatura dos termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e do Termo de Consentimento de Gravação de Áudio (APÊNDICE B) em duas vias, uma para o profissional, outra para a pesquisadora.

Assim que todas as dúvidas foram sanadas e as assinaturas firmadas, iniciei as entrevistas, sempre de acordo com o mesmo roteiro, a começar pela pergunta disparadora: *Sobre a avaliação para a medida de segurança e sua aplicação em Santa Catarina, fale-me como você percebe o desenvolvimento desses processos.*

A partir desta pergunta, o entrevistado teve liberdade de conduzir sua fala apresentando suas percepções sobre fluxos, processos e forças atuantes na avaliação para aplicação dessa medida. Buscando acolher as falas na maior abrangência possível, o entrevistado somente foi interrompido quando da necessidade de esclarecimentos sobre termos, linhas de pensamentos e raciocínios. Desta forma, o eixo norteador levou

em consideração o momento, o campo, a relação estabelecida entre a pesquisadora e o entrevistado.

É importante ressaltar que em uma das entrevistas, algumas temáticas surgiram posteriormente ao acordo de desligar o aparelho de gravação, mas, com a autorização do próprio, realizei o registro e o validei com o entrevistado para utilização na pesquisa como componente da entrevista.

Ao final do trabalho com os profissionais, cada um deles foi informado a respeito da divulgação do dia e local da defesa da dissertação, assim que esta fosse agendada, garantindo a eles a possibilidade de acesso aos resultados da pesquisa.

5. OS ELEMENTOS EM MÃOS

Findadas as entrevistas, iniciei o processo de organização de todo o material produzido. O passo seguinte foi realizar a escuta e a transcrição literal das gravações para só então iniciar as reflexões. Em paralelo, o material produzido no levantamento bibliográfico também recebeu o mesmo tratamento dado às transcrições das entrevistas, ou seja, a aplicação da perspectiva hermenêutica segundo os pressupostos de Paul Ricoeur.

A interpretação hermenêutica desse autor obedeceu às etapas propostas por Nascimento e Erdmann (2009) e Motta (1997). O referencial, segundo proposto pelas referidas autoras, indica cinco momentos para a realização da leitura para fins de interpretação: a leitura inicial do texto, o distanciamento, a análise estrutural, a identificação da metáfora e a apropriação.

Com a leitura inicial do texto, pretende-se compreender, de forma “ingênua”, os discursos, buscando os primeiros significados obtidos com as observações e as entrevistas. Com isso, inicia-se a construção dos significados contidos no discurso, sem questionar o que o participante descreve em seu texto. A esta leitura seguem-se as demais etapas.

1. Na etapa de distanciamento, o pesquisador deve participar da interpretação dos discursos, mas manter afastados os preconceitos e crenças construídos durante sua existência, para preservar o sentido dos discursos.
2. Para a análise estrutural, o pesquisador faz uma releitura profundamente crítica do que é aparente, objetivando orientar o investigador no aprofundamento da semântica, ou seja, encontrar a explicação, compreender e interpretar a leitura realizada. Para Ricoeur, a interpretação só é viável após um aprofundamento da semântica. A frase é considerada como unidade de análise, passando-se, a seguir, para o parágrafo, a seção, o capítulo e, finalmente, para o texto como um todo. O significado é representado em unidades de sentença. Busca-se, nesta etapa, reavivar, tematizar e compreender os significados que emergem deste momento existencial, seguindo orientações de Motta (1997).
3. Na etapa de identificação da metáfora, objetiva-se a criação momentânea de outra linguagem, que

faz com que seja desvelado o que estava até o momento implícito nos discursos, dando novo sentido à linguagem. Utilizam-se as metáforas que emergem da compreensão dos temas e subtemas propostos anteriormente.

4. Por fim, a fase de apropriação permite que o pesquisador compreenda as metáforas estabelecidas na fase anterior, possibilitando uma visualidade mais ampla. Após a compreensão dos discursos, o pesquisador pode apropriar-se da metáfora desvelada. Para Motta, apropriação “quer dizer “tomar seu” o que antes era desconhecido” (MOTTA, 1997, p. 68).

5.1 PERSPECTIVAS ASSUMIDAS PELA PESQUISADORA

Esta dissertação leva em consideração a impossibilidade de uma verdade absoluta no campo de estudo. Na contramão da objetividade e da neutralidade almejada por muitas disciplinas, as reflexões estão alicerçadas nas percepções dos entrevistados e também da pesquisadora, ou minhas. Consideram-se aqui, como pesquisa qualitativa, as riquezas das vivências, dos discursos, a intencionalidade presente e o sentido anunciado por esses discursos, buscando desvelar os meandros que envolvem a medida de segurança no estado de Santa Catarina.

5.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS, NO SENTIDO DE ADESÃO ÀS NORMAS

Neste trabalho, segui os preceitos éticos apontados na Resolução nº 196/1996, de 10 de outubro de 1996, que dita diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa que envolva seres humanos. Este trabalho, após sua qualificação, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC em 16 de julho de 2016, com parecer nº 1.691.979, favorável à pesquisa. Esta, por sua vez, foi conformada de acordo com a Resolução nº 466/12 do CNS.

Com base nos documentos e resoluções acima citados, foram elaborados os termos de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) e o termo de consentimento para gravação de áudio (Apêndice B), que serão apresentados à Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania (órgão gestor que aloca os profissionais do HCTP-SC), e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC).

Atendendo também ao requisito do CEPSH-UFSC, foi apresentada à Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania a necessidade de aceite para a coleta de dados através das entrevistas aos técnicos servidores públicos convidados do HCTP, sinalizado pelo representante legal através de declaração conforme modelo do Apêndice C.

6. MATERIALIDADE PRODUZIDA

Antes de mais nada, é importante enfatizar o quanto a generosidade dos participantes desta pesquisa foi fundamental para que as dificuldades de ordem prática, comuns no sistema das políticas públicas, não sobrepujassem sua disponibilidade em colaborar e contribuir com esta pesquisa. Considero-os colegas, dos poucos colegas afetados pelo sistema e tensionados à prática diária no enfrentamento do que é da ordem da realidade com o idealizado.

É certo que as páginas que se seguem apresentam uma pequena parte de tudo o que foi dito e transcrito. Tratando-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, a dimensão e a proporção das informações presentes nas narrativas dos entrevistados levam em consideração a eleição dos objetivos da pesquisa, muito embora, é importante ressaltar, haja material para mais trabalhos, eventualmente para aprofundamentos posteriores. Perceber-se-á, também, pelas perguntas e respostas, a oportunidade para ulteriores perguntas sobre este campo, que não se esgota nesta discussão.

Não tenho a intenção aglutinar os tópicos, nem pretendo reduzir a riqueza das informações contidas nos discursos dos entrevistados. Embora consciente de que a tarefa metodológica de expor os resultados das entrevistas já exigiu esta redução, realizei um trabalho de reflexão sobre os pontos focais dos objetivos deste trabalho, para posterior apresentação da análise, que representam a escolha do olhar, não sem antes ressaltar mais uma vez a profundidade e a gama de horizontes possíveis, quem sabe para futuras análises. São ressalvas para alertar o leitor e, talvez, relembrar da impossibilidade de capturar os discursos-testemunhos em sua totalidade.

6.1 SOBRE A MATERIALIDADE PRODUZIDA

Após a transcrição das entrevistas gravadas, foi realizada a primeira leitura dos textos imergindo sobre eles, com atenção nas falas e construções dos entrevistados, realizando, fenomenologicamente, o movimento de distanciamento e aproximação em busca da acolhida a todas as nuances, peculiaridades e riquezas das falas dos entrevistados, considerando que nelas estão presentes os aspectos sócio-históricos, singulares, do universo vivido por cada sujeito entrevistado, indivisíveis da prática cotidiana, na tentativa de assim chegar à compreensão.

O conteúdo a ser apresentado de modo algum representa a densidade das falas presentes nas entrevistas. Está reduzido para fins de uma organização metodológica de apresentação para dar ciência ao leitor

do conteúdo material produzido, ou uma tentativa de apresentar a materialidade produzida nas entrevistas. Não utilizo o termo materialidade de forma ingênua. Faço esta escolha por entender materialidade como ponto de partida para compartilhar os dados co-presentes, que dizem mais do que o que está contido na linguagem verbal. A materialidade é a ponte para o que está além do fixado pela linguagem verbal no tempo presente. Ela contém o que se pode considerar como o universo da subjetividade, com vistas também aos vividos, seja do passado, seja dos do horizonte de futuro (MULLER-GRANZOTTO & MULLER-GRANZOTTO, 2007; GRANZOTTO, 2005).

Para uma mais precisa apreciação desse conteúdo, o processo de reflexão foi dividido em dois momentos. O primeiro, dedicado ao aspecto material das falas dos entrevistados, do diálogo destas falas com artigos, publicações científicas e legais e demais elementos do levantamento bibliográfico. O segundo, ao conteúdo subjetivo.

6.1.1 O retrato das palavras ditas

De cada entrevista, fiz uma síntese das narrativas com a finalidade de expressar as temáticas presentes em toda a fala do entrevistado. As temáticas nelas presentes estão dispostas abaixo, pela ordem de cada entrevistado.

As temáticas abordadas pelo primeiro entrevistado, a saber, o médico perito, foram as seguintes:

- centralidade do HCTP no processo de avaliação e aplicação da medida de segurança, prática da especialidade de avaliação forense;
- condições e acesso a tratamento das doenças mentais;
- medida de segurança como alternativa de acesso à internação psiquiátrica e tratamento, importância e dificuldade de inserção social;
- autonomia dos sujeitos e dificuldades na manutenção de tratamentos ambulatoriais;
- família no processo de avaliação e aplicação da medida de segurança;
- relação do HCTP com a rede de saúde e poder judiciário;
- dúvida sobre o juízo;

- temporalidade da avaliação médica e das indicações médicas constantes nos laudos;
- percepções sobre o exame de insanidade mental, bem como sobre o processo a partir da ótica médica;
- frentes de denúncias e demandas para avaliação;
- cessação de periculosidade;
- sigilo e temáticas sobre a conduta médica;
- falta de alternativas para situações vinculadas ao ‘*louco infrator*’;
- necessidade de prevenção de novos atos.

Para o segundo entrevistado, também médico perito, o processo de avaliação e aplicação da medida de segurança está relacionada com as seguintes temáticas:

- medida de segurança como ação fundamental para tratamento;
- considerações sobre o Código Internacional de Doenças (Cid)
- doença mental e psiquiatria forense;
- espaço dos usuários de drogas e necessidades emergentes para estes sujeitos;
- relação entre médicos e promotores;
- renovação da medida de segurança;
- condição de vínculo com o paciente;
- instâncias que determinam a medida de segurança;
- cessação de periculosidade;
- situações de liberação condicionada a tratamento;
- segurança do periciando;
- internação como recurso para avaliação;
- medicação, fluxos para avaliação da medida de segurança;
- relação com a rede socioassistencial para as situações de saúde mental;
- relação com judiciário e com os “autos”;
- questões históricas presentes na condição atual do HCTP;
- desafoamento do sistema;
- comunidades terapêuticas;

- possíveis alternativas;
- estratégias para o HCTP e seu papel;
- panorama da rede de Santa Catarina;
- e, por fim, população de rua.

Para o terceiro entrevistado, técnico, servidor público de carreira do HCTP, atuante na área administrativa, a temática do processo de avaliação e aplicação da medida de segurança enseja os seguintes tópicos:

- HCTP como centralidade nas perícias para avaliação de insanidade mental;
- diferenciação entre as modalidades de perícias;
- inimputabilidade e semi-imputabilidade;
- atos discricionários do juiz e relação com judiciário;
- situação de indicação de tratamento ambulatorial a partir do juiz;
- crimes de menor potencial ofensivo;
- Código Penal Brasileiro, regulamentações, previsões legais para internação;
- condições de internação;
- médicos peritos no estado;
- fluxos adotados para avaliação e aplicação da medida de segurança;
- autos para avaliação pericial;
- relação com a rede socioassistencial;
- relação dos peritos com os laudos;
- situações de curatela;
- caracterização do HCTP como unidade prisional e cumprimento de dispositivos legais, sanções dos técnicos do HCTP pelo não cumprimento de determinação judicial;
- funções da medida de segurança;
- relação do HCTP com outras políticas;
- e, por fim, a articulação preventiva.

Para o quarto entrevistado, também técnico, servidor público de carreira, atuante na área administrativa do HCTP, a avaliação e aplicação da medida de segurança em Santa Catarina suscita os seguintes elementos:

- laudo de insanidade mental;
- indicações de tratamento ambulatorial;
- influência da lei antimanicomial;
- rede de atendimento em Santa Catarina;
- reincidência de internação via judiciário;
- relações com poder judiciário e seus representantes;
- vulnerabilidade dos egressos do HCTP;
- responsabilidade do HCTP;
- relação com as comunidades terapêuticas;
- residências terapêuticas;
- modelo prisional e modelo hospitalar;
- acompanhamento terapêutico (AT);
- inserção do egresso;
- ações e alternativas utilizadas pela equipe do HCTP;
- prevenção do restabelecimento da medida de segurança;
- prevenção da descompensação e importância da medicação;
- relação com as unidades prisionais em situações de surtos;
- fluxo da medida de segurança;
- médico perito no processo;
- aprendizagem de manejo e de atuação com a prática;
- a importância do discurso de assistência à saúde e discurso jurídico penitenciário;
- portarias e legislação;
- responsabilização do técnico nas ações;
- relação com a família;
- estratégias diante da ausência do Estado;
- institucionalização no HCTP;
- soluções possíveis;
- relação com a mídia;
- situação dos jovens, adolescentes e mulheres;
- relação entre estado e municípios na assistência;

- laudo de cessação de periculosidade;
- projeto terapêutico singular (PTS);
- posicionamento do HCTP no sistema prisional.

6.1.2 Retratos das falas expressos em temas

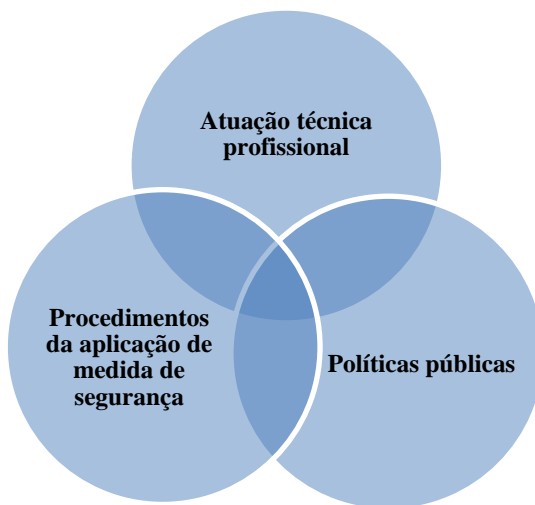
Os elementos que compuseram as falas dos entrevistados, dispostos como temáticas, revelaram três grandes categorias. Para alcançar este número, as sentenças foram analisadas e categorizadas. Ressalto que a categorização foi realizada com base na compreensão de categoria como “ato de dizer algo sobre algo” (MULLER-GRANZOTTO & MULLER-GRANZOTTO, p. 63, 2007), e não como conceito de divisão ou classificação. O quadro 2 (APENDICE F) mostra o resultado desta etapa do trabalho.

Os temas são propostos como ferramenta para apresentar didaticamente as narrativas e como estas dialogam com os autores e publicações consultados no levantamento bibliográfico. Os temas foram:

- políticas públicas;
- procedimentos na avaliação e aplicação de medida de segurança;
- por fim, atuação técnica profissional.

Importante salientar que a partir desta etapa da pesquisa, identifiquei que os temas coexistem nas sentenças dos entrevistados. Raramente uma narrativa tratou pura e simplesmente de um tema. Portanto, no momento da análise, foram considerados os momentos que comoravam os temas aos quais os entrevistados fizeram referência na tarefa de expressar-se. A figura 01 mostra a perspectiva resultante da ordenação dos dados, em acordo com os temas.

Figura 1 - Representação gráfica dos temas apresentados pelos entrevistados



Fonte: Elaboração da autora.

Com vistas aos objetivos deste trabalho, foram discutidas, dentro dos temas, as proposições relacionadas aos objetivos. Para cada tema, muitos outros tópicos foram mencionados no material das entrevistas, por apenas tangenciarem o propósito desta pesquisa. A tarefa de abdicar deles na discussão abriu caminho para outros objetos para eventuais pesquisas futuras. Deixar isto claro tem por objetivo demarcar a importância dada a cada tópico citado, reconhecendo que a limitação imposta - e necessária - se deveu exclusivamente aos objetivos e ao arco de tempo da pesquisa.

No tema atuação técnica profissional, foram discutidas as questões relativas à atuação dos médicos, dos operadores do direito e dos demais profissionais que compõem o rol de atores participantes do processo de avaliação e aplicação da medida de segurança.

O fluxo de avaliação e a aplicação da medida de segurança em Santa Catarina foram apresentados e discutidos no tema sobre os procedimentos.

A relação entre as políticas públicas, as possibilidades de atenção psicossocial a esta parcela de sujeitos e os termos utilizados para designar o *'louco infrator'* embasaram a discussão no tema sobre políticas públicas.

Além das entrevistas realizadas, a proposta do presente trabalho também foi fazer um levantamento bibliográfico sobre a temática de avaliação e aplicação da medida de segurança em Santa Catarina, etapa

necessária para o levantamento da história oficial, a produção e a execução de políticas e discursos sobre a temática.

Na produção desse levantamento, como já mencionado, para proporcionar um diálogo das narrativas com autores e publicações, apontei nesta etapa do trabalho, em especial, o que vigora no contexto científico e nas políticas públicas envolvidas com os temas.

Como já informei acima, os temas para discussão foram subdivididos em dois momentos. A escolha por esta divisão pareceu-me necessária à presente pesquisa.

O primeiro momento preserva as falas dos entrevistados e apresenta uma articulação com os autores de artigos, leis, portarias, normativas e outros materiais produzidos no mundo científico sobre a temática do *'louco infrator'*.

O segundo momento foi reservado a reflexões minhas sobre os temas levantados pelos entrevistados no processo de avaliação e aplicação da medida de segurança em Santa Catarina.

Nesta seção serão apresentados os elementos que foram capturados pela lente. Aquilo que foi dito, expressado em palavras. Os elementos em comum dos entrevistados e uma aproximação com autores do meio científico e publicações oficiais. São como fotografias reveladas⁹ e explicadas por quem as retrata e revela.

⁹ Muito embora em tempos digitais não se utilize mais a prática de revelar fotografias, ainda sou do tempo em que cada pose do filme fotográfico era ansiosamente esperada para ser revelada. Por esta vivência, que se aproximou da experiência de realizar as entrevistas e aguardar pelo que delas poderia ser revelado, optei por este termo.

7. ENTREVISTAS: OS ELEMENTOS APARENTES DO RETRATO FEITO PELAS NARRATIVAS DOS ENTREVISTADOS

7.1 ATUAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL: SOBRE MÉDICOS, OPERADORES DO DIREITO E COADJUVANTES

A primeira fotografia fala sobre a atuação profissional dos principais envolvidos no cenário que compõe a avaliação e aplicação da medida de segurança em Santa Catarina. Retrata, a partir das narrativas dos entrevistados, o posicionamento de cada um na composição do cenário.

7.1.1 Sobre médicos

Não por acaso, os médicos estão citados em primeiro lugar. Após uma reflexão inicial a respeito de com qual categoria iniciar esta sessão, levei em consideração o processo de escolha dos técnicos a entrevistar. A decisão de iniciar pela categoria médica foi influenciada pela leitura dos relatos sobre o processo de avaliação e aplicação da medida de segurança e por outras leituras teóricas. Não por acaso, dois entrevistados eram médicos peritos. Ao longo das falas dos entrevistados, independente da formação, as questões relativas aos atos e responsabilidades médicas foram fortemente marcadas. As falas demonstram a importância destes profissionais em todo o processo que envolve a medida de segurança.

De acordo com Cunha e Boarini (2016), a medicina não fazia parte do processo da medida de segurança, nem mesmo nas questões do ordenamento jurídico. A participação da classe médica no que diz respeito ao *'louco infrator'* não esteve sempre presente nos trâmites jurídicos. A distinção entre sãos e insanos era feita pelo juiz. Ainda segundo as autoras, apesar das tentativas da classe médica em intervir nesse contexto, foi somente no final do século XIX e início do século XX que as instituições do âmbito jurídico incorporaram propostas médicas. De fato, escrevem, “após a promulgação do Código Penal de 1890, há uma abertura legal para que a ciência médica intervenha em casos que envolvem loucura. É dessa época o registro do início da inserção médica no ordenamento jurídico” (CUNHA e BOARINI, 2016, p. 443).

As falas dos entrevistados mostram o quanto a medicina apartada dos ritos judiciais parece tão distanciada nos dias atuais, e até estranha, tal é a centralidade do profissional da medicina e clara a inserção médica no contexto jurídico. Ademais, a tarefa a ser executada por este profissional

é bastante clara, muito embora se possam fazer alguns questionamentos, como se verá mais adiante, sobre a real clareza do objeto só possível por perícia médica. As passagens abaixo ilustram esta tarefa diante do juízo e da relação do juízo diante do saber médico:

Houve um delito, existe uma denúncia.; a dúvida é se existe doença mental ou não à época do fato. No caso de um exame, a dúvida é se existia doença mental na época do fato pra então se avaliar se a pessoa vai cumprir a pena ou não. Porque, se havia doença mental, pode ser que a decisão do juiz seja por a pessoa não.... Ser inimputável praquele... Pra responder aquele processo...claro, dentro de um treinamento, dentro de um conhecimento de história natural das doenças, conhecimento de semiologia psiquiátrica, de exame do estado mental, a gente vai fazer essa avaliação, se à época dos fatos estava com alteração, comprometimento do pensamento, do juízo, de todos os quesitos que a gente avalia no exame de estado mental. E histórico de vida, presença ou não de sintomas que sejam compatíveis ou não com uma doença mental e se aquilo existe.... Se existia umnexo causal também, assim, tanto de tempo como de sintomas que possam ter interferido na capacidade de entender e se determinar, que é essa questão também principal ali que envolve a avaliação da sanidade mental. Se existe uma doença mental (SIC).

[...] na grande maioria das sentenças, o juiz já tem seguido, já tem acompanhado o laudo médico, quando tem indicação de tratamento ambulatorial (SIC).

Em se tratando da realidade de Santa Catarina, as narrativas dos entrevistados sugerem que o campo médico influencia diretamente a decisão final do juiz na aplicação da medida de segurança e também em sua forma de cumprimento, como demonstrado na fala abaixo:

[...] pelso nossos acompanhamentos que a gente tem feito, a grande maioria dos juízes de Santa Catarina tem aplicado, tem seguido a orientação do médico. Quando o médico coloca que é tratamento ambulatorial, eles têm sentenciado. Até porque, caso ele, a pessoa receba uma medida de segurança em regime ambulatorial e não cumprir

as obrigações impostas, existe também a previsão legal pra transformar ela novamente em intimação (SIC).

Muito embora ainda se atribua a decisão final ao judiciário, cabe à classe médica elaborar os embasamentos técnicos para que o juiz possa assinar a sentença:

O laudo, hoje, é uma entrevista somente com o perito [...] (SIC).

[...] sempre é uma decisão do juiz, essa parte ali legal do cumprimento de pena. A nós somente a indicação, a avaliação de presença ou não de doença mental, indicação de tratamento e avaliação de se deve permanecer em tratamento intimação ou se tem condições de dar seguimento no tratamento ambulatorial (SIC).

[...] quem faz a determinação de, vamos dizer assim, de medida de segurança... quem determina é o juiz, mas a gente considera irresponsável pelos atos dele [...] SIC.

Outro aspecto apontado nas narrativas dos entrevistados é a diferenciação entre o papel do médico e o do médico perito. Demarcam a diferença das ações a especialidade de psiquiatria forense e a ação do perito nas matérias conjuntas com o judiciário, e, mais especificamente, no caso da medida de segurança, quando se apontam os desdobramentos éticos na diferenciação entre as atividades do médico perito e do médico assistente. A fala abaixo ilustra esta diferenciação:

[...] a questão ética, assim, tipo da avaliação médica. Então o perito, ele nunca vai ser o médico assistente; então todos nós que fazemos perícia, nós fazemos somente a perícia, porque como a gente não tem... No caso, como é uma avaliação, uma solicitação judicial, a gente não tem o sigilo médico. Isso tudo sempre é declarado e expresso ali pro réu, que comparece, de que aquilo que está sendo conversado, avaliado, vai ser informado, o juiz vai ter acesso àquelas informações. Então, a gente não pode ter um vínculo de médico assistente, porque, aí sim, o compromisso ético e do sigilo médico, o compromisso é com o paciente. Então, os profissionais, os médicos que fazem o acompanhamento assistencial dos pacientes em medida de segurança são outros [...] SIC.

Fica enfatizado o compromisso médico assumido. O compromisso do médico assistente é com o paciente; já o do médico perito é com o judiciário, do qual está a serviço.

A demarcação da diferenciação entre a medicina psiquiátrica e a medicina forense é reiterada nas produções teóricas, de acordo com Xavier e Moreira (2015), quando afirmam que é o perito quem faz a ligação entre o contexto médico-psiquiátrico e o contexto jurídico. O perito é o “auxiliar do juiz, quem esclarece as dúvidas, o detentor de conhecimento técnico e específico capaz de elucidar fatos obscuros à autoridade judicial” (XAVIER e MOREIRA, 2015, p. 7).

Para estes autores, há ainda uma diferença entre a psiquiatria forense e psiquiatria clínica. O clínico busca diagnosticar, tratar e curar as doenças mentais de seus pacientes. Já o psiquiatra forense “vai fixar-se no direito, procurando articular, a um só tempo, o achado médico com a parte legal” (PALOMBA, 2003 apud XAVIER E MOREIRA, 2015, p. 7). Ainda, o psiquiatra forense, “como perito da justiça, preocupa-se em elucidar e instruir o processo, esclarecendo pontos fundamentais para a justa aplicação da lei” (PALOMBA, 2003 apud XAVIER E MOREIRA, 2015, p. 7).

As narrativas apontam que em Santa Catarina a indicação médica constante na avaliação é considerada pelo magistrado no momento de proferir a sentença:

[...] pelo acompanhamento que a gente tem feito, a grande maioria dos juízes de Santa Catarina tem aplicado, tem seguido a orientação do médico. Quando o médico coloca que é tratamento ambulatorial, eles têm sentenciado. Até porque, caso ele, a pessoa, receba uma medida de segurança em regime ambulatorial e não cumprir as obrigações impostas, existe também a previsão legal pra transformar ela novamente em internação (SIC).

Então, eu acredito que todo esse movimento (de sensibilização) [...] que o Hospital tem feito tem contribuído pra esse entendimento, com esse entendimento do judiciário em aceitar, na maioria dos casos, o laudo médico, o laudo de sanidade mental, a recomendação de tratamento ambulatorial, nesse sentido (SIC).

Logicamente que a palavra final é do médico e também cabe ao juiz aceitar ou não. O juiz vai se respaldar depois das perícias, mas é

praticamente... Passa tudo pela caneta do médico (SIC).

O “voto de minerva”, que Cunha e Boarini (2016) atribuem à medicina devido à sua importância no processo jurídico do ‘*louco infrator*’, fica aparente no contexto de Santa Catarina. As narrativas dos entrevistados corroboram a hipótese de uma “ciência médica capaz de desvelar o enigma da loucura e do crime e de fornecer respostas quando esses dois fenômenos chegam juntos ao tribunal” (CUNHA e BOARINI, 2016, p. 442).

Oliveira & Damas (2016) sintetizam a construção da relação entre médicos e poder judiciário com o que ocorre em Santa Catarina:

O manicômio judiciário – MJ - propiciou uma relação singular do médico psiquiatra forense com o Poder Judiciário. A prática psiquiátrica legada pelo MJ aos HCTPs inclui verificar as condições mentais duvidosas dos sentenciados, apurar as suspeitas de simulação e promover o tratamento planejado dos considerados de alta periculosidade. A perícia médico-legal tornou-se fundamental para as decisões judiciais, instruindo os juízes para o julgamento. Os procedimentos assistenciais passaram a incorporar entre seus objetivos a cessação da periculosidade, cujos critérios podem ser estabelecidos pela perícia médico-legal e novamente instruir o livre julgamento do juiz. Dessa forma, os critérios médicos não desaparecem, mas ficam subordinados a princípios legais normativos (OLIVEIRA & DAMAS, 2016, p. 57).

Fica expresso, como retrato deste tema, que em Santa Catarina os indicativos médicos dos laudos tomam proporções de encaminhamento de ações para o judiciário. As classificações médicas para o meio jurídico podem alterar o encaminhamento e o curso de vida do ‘*louco infrator*’, tendo em vista que, além da avaliação da responsabilidade ou não sobre o ato cometido, que é a questão oficial do juízo, a caneta médica tem influência sobre o curso de tratamento a ser determinado pelo juiz.

7.1.2 Sobre operadores do direito

Antes de mais nada, considero aqui operador do direito todo aquele que atua dentro do ramo do direito, seja ele um magistrado, um membro

do ministério público ou um advogado. Sua indissociabilidade dos assuntos da medida de segurança remontam à sua origem, já que se convocavam o ordenamento jurídico e as figuras do direito a operar com os que representassem ameaças à ordem ou à segurança social. Muito antes de a medicina se ocupar com os ditos ‘*loucos infratores*’, o direito tratava de ordenar estratégias de proteção social:

[...] teria sido o Código Penal Suíço o responsável por mencionar expressamente a medida de segurança pela primeira vez, ainda em 1893, influenciando outros países a partir de então. Esse instituto, por sua vez, recebeu a influência da Escola Positiva Italiana, a qual considerava o delito uma patologia social que apenas poderia ser curada com a imposição de um tratamento forçado durante a aplicação da sanção (MALTA & LIRA, 2016, p. 635).

Historicamente, a figura do médico “não tinha voz no ordenamento jurídico instituído pelo Código Criminal do Império no Brasil, promulgado em 1830, em relação ao ‘*louco infrator*’ (PERES & NERY FILHO, 2002). Segundo o Código Penal de 1830, nos casos de suspeita de loucura, ao juiz cabia a responsabilidade de decidir sobre a sanidade do criminoso (CUNHA e BOARINI, 2016).

Percebe-se, aí, a lógica da construção da medida de segurança, como é vista e aplicada atualmente, com base jurídico-penal, deflagrando o peso e a importância do judiciário no que tange ao contexto da medida de segurança.

Muito embora a escolha tenha sido apresentar os operadores do direito após a discussão dos aspectos médicos, muito mais do que o discurso da medicina, a determinação jurídica impera nos assuntos e atos da medida de segurança e, conseqüentemente, sobre os rumos a serem adotados nas ações ao ‘*louco infrator*’, como exposto abaixo:

A determinação [do juiz] vem sempre ao diretor do Hospital de Custódia. Cumpra-se sob pena de crime de desobediência, sob crime de prevaricação, nesse sentido (SIC).

Portanto, a indicação pode vir desse profissional auxiliar (médico perito); porém, a decisão final, a sentença, será do juiz:

[...] então, quando a juíza que sentenciou determinou a internação, inclusive, sob pena de

*crime de desobediência se não fizesse a internação [...] (SIC).
O juiz pode dar medida de segurança ou também a pena, então é caso que depende muito do... É um ato discricionário do juiz, nesse sentido (SIC).*

A medicina, mais precisamente a “psiquiatria, se constitui em importante ciência auxiliar do Direito ao influir com suas compreensões a respeito do comportamento humano, traduzidas em perícias psiquiátricas (RIGONATTI, 2013, p. 10).

Ainda segundo este autor:

ao direito interessa precisar os limites da razoabilidade, buscando o auxílio das doenças PSIS, para legislar, definir critérios e criar parâmetros que possam garantir a segurança das relações jurídicas dentro do justo e em consonância com os princípios éticos (RIGONATTI, 2013, p. 11).

A loucura, em si, não interessa ao direito ou ao judiciário. Ao judiciário interessa o quanto a loucura ou em que medida ela constitui elemento determinante para a capacidade do cidadão. “Capacidade é a aptidão da pessoa para praticar atos da vida civil: atos que fazem fatos, atos que fazem contratos, atos que fazem negócios, atos que expressam vontade” (RIGONATTI, p. 11, 2013). Para avaliar esta medida, o judiciário necessita de auxílio.

A lógica de ter a medicina como auxiliar para a tomada de decisão do judiciário é expressa pelos entrevistados, conforme se pode verificar abaixo:

Sempre vai existir um fato que gera uma denúncia e isso vai gerar, havendo uma denúncia, vai ser gerado um processo. Sendo identificado, aí por qualquer parte, ou tanto o juiz, ou o Ministério Público, ou a própria defensoria, de que pode haver uma doença mental e que isso tenha influenciado na capacidade de entendimento e determinação daquela pessoa, vai ser solicitado e isso tá dentro do código penal, essa possibilidade e o direito dessa pessoa de passar por esse exame. Porque esse exame, dependendo da conclusão, vai modificar a decisão do juiz, dessa pessoa.... Dele determinar uma pena ou, então, determinar uma medida de segurança, que pode vir a ser

ambulatorial ou uma internação e que vão ser a minoria (SIC).

Segundo as narrativas dos entrevistados, além dos juízes, outros operadores do direito participam do processo de avaliação e aplicação da medida de segurança em Santa Catarina. Estão, entre os juízes, os advogados de defesa, o ministério público e a defensoria pública.

Quando ele foi internado, nós já começamos a trabalhar junto com a defensoria pública, que solicitou que fosse emitido um laudo de cessação. Então, três meses após, esse processo foi encaminhado pra vara de execuções penais, saiu do juiz sentenciante e a defensoria pública solicitou que fosse realizado um laudo de cessação. O laudo foi no sentido que ele já poderia fazer tratamento ambulatorial e ele saiu pra fazer o tratamento fora (SIC).

[...] [o que gera a instauração do incidente de insanidade mental] é uma denúncia do Ministério Público. Também acontece de partir uma denúncia direto da polícia, os inquéritos policiais, às vezes nem geram uma denúncia de Ministério Público, mas é o mais frequente. O Ministério Público e o juiz, então, acatando e daí é gerado um processo[...] (SIC).

A grande maioria é por parte da defesa, dos advogados. Os advogados solicitam [instauração do incidente de insanidade mental], que é a maioria[...] (SIC).

Percebe-se, pelas falas dos entrevistados, que estes outros operadores aparecem atuando muito mais no momento da avaliação da insanidade mental para a instauração da medida de segurança do que propriamente no decurso do cumprimento da medida. Não há registro de sua participação no processo de aplicação da medida de segurança.

As narrativas dos entrevistados sobre os atores jurídicos indicam que, de fato, aos operadores do direito em Santa Catarina interessam muito mais as questões relativas à comprovação da capacidade ou não do sujeito em determinar-se, ou, então, em que medida a *loucura* pode responsabilizar ou desresponsabilizar o sujeito. Para esta tarefa, convocam-se o médico perito, o auxiliar sociojurídico que cumpre o que lhe é designado através da emissão dos laudos e pareceres.

7.1.3 Sobre coadjuvantes

Coadjuvantes são atores e atrizes que, no cinema, interpretam papéis secundários. Não longe desta definição estão os profissionais não médicos e não operadores do direito, que atuam na aplicação da medida de segurança. São coadjuvantes, já que estão em posição de auxiliar para um fim comum, no caso, a avaliação ou a aplicação da medida de segurança.

Percebe-se, pelos relatos, um movimento orbital de profissionais, e até mesmo de equipamentos de assistência, sobre médicos e operadores de direito, mas, em especial, sobre os médicos, que ocupam posicionamento central. Este movimento, semelhante ao da órbita, entendida como trajetória que um corpo percorre ao redor de outro sob a influência de alguma força, se dá pela responsabilidade da assinatura e emissão dos laudos de insanidade mental e de cessação de periculosidade, atribuição exclusiva de médicos peritos. Toma-se em conta que estes dois laudos ditam as diretrizes para o sujeito em questão - *'louco infrator'* - e embasam a decisão sobre a condução da vida destes sujeitos.

As falas dos entrevistados ilustram quem são estes coadjuvantes:

Olha, acho que da gente recorrer, assim, pensando em obter informações seria mais a [rede de] saúde mesmo. Até porque, na verdade, a própria assistência social, muitas vezes, faz parte. Claro, a gente.... Poderia também se acionar às vezes o CRAS, enfim. Mas a assistência social costuma tá vinculada e participando também da nossa rede de saúde mental. Então, com certeza, também a assistência social é importante, também traz muitas informações a respeito, enfim, às vezes da vida daquela, da comunidade (SIC).

[...] mas claro que a gente conta muito com o apoio dos testes psicológicos das psicólogas e da observação da assistente social, também do histórico todo, entrevista a família e tal e da observação da enfermagem, diariamente, no caso dos internos. [...] Se houver dúvida, a gente chama familiares ou chama, através do juiz, comunica "ó, precisamos de uma segunda entrevista com o periciando". Então, normalmente, o periciando ele passa umas duas horas, uma hora e meia em entrevista com a gente, conforme o caso, passa

mais uma hora e meia, duas com a psicóloga [...] (SIC).

Hoje, a gente conta com um apoio importante do CAPS e até mesmo dos postos de saúde das comunidades. Então, a gente tem um acesso, assim, fácil através da assistente social pra buscar registro do paciente, contato com familiares da sua região, geralmente em contato com o CAPS. O paciente já foi paciente de um CAPS, periciando já foi um paciente do CAPS, aí é mais fácil. A gente tem os contatos, aí a gente faz contato com assistente social (SIC).

Somente em casos específicos, que o perito também tenha alguma dúvida, que ele solicita uma avaliação do setor de psicologia ou que o serviço social faça alguns contatos com os familiares. Até porque, quando é agendado a perícia, vai lá no ofício a importância de um familiar pra acompanhar o réu, o acusado. Então, é prática também sempre vim um familiar também acompanhando o acusado pra perícia. Mas, hoje, a perícia é feito com o psiquiatra. Casos específicos que o perito solicita uma avaliação do setor de psicologia, mas é caso muito específico (SIC).

[...] pra perícia de cessação de periculosidade, aquela perícia que vai dizer que o cara já tá apto a sair, é feito uma reunião com os técnicos desde a assistente social, psicologia, enfermagem e a própria segurança, que vão dar subsídio pro laudo de cessação de periculosidade. Então, o médico perito... Lógico que a avaliação final é dele, mas vai tá aqui a assistente social vai dizer "olha, ele tem família, ele tem apoio familiar" ou "ele não tem família, não tem apoio familiar, mas nós temos uma comunidade terapêutica que se encaixa no perfil dele". A segurança vai dizer "não, o comportamento dele aqui é bom, trabalhava na horta, trabalhava na cozinha, exercia as funções dele, interagia bem com os outros pacientes" [...] (SIC).

Quando não está nos autos, porque geralmente a gente se baseia pelo que tá nos autos, mas muita coisa não está nos autos, a gente precisa também de subsídios pra... Então, hoje, o contato é bem

mais fácil pela rede que tem no estado, tanto dos CAPS quanto dos CAPS álcool e drogas (SIC). Então, nós [...] do jurídico, a gente, nós fazemos toda essa preparação dos documentos, de acesso pra que o perito tenha as maiores informações possível e, assim, poder concluir o laudo (SIC).

Aparecem como coadjuvantes, no processo de avaliação e aplicação da medida de segurança, psicólogos, assistentes sociais, equipamentos da política de assistência social (Cras), familiares, equipamentos da política de saúde (Caps), equipe de enfermagem do HCTP, autos do processo penal e técnicos vinculados ao departamento jurídico do HCTP. Todos estes profissionais atuam em função da demanda, que parte do sistema judiciário, com a finalidade de atender ao trabalho do médico perito.

As narrativas acima também evidenciam a insuficiência da medicina para responder a dúvidas do juízo. Não convém entrar no mérito da discussão da possibilidade ou não de resposta, já que, em Santa Catarina, o trabalho de avaliação tem como objetivo a busca pela resposta. Historicamente, a inserção da medicina no campo do direito, nos idos do início do século XX, inaugurou no Brasil a necessidade de um trabalho interdisciplinar. Cunha e Boarini (2016) ressaltam que a medicina, ao intervir em um campo até então dominado pelas ciências jurídicas, colocou em pauta a insuficiência de apenas um saber na resolução e encaminhamento, quando, de fato, “a necessidade de conhecer as leis e o direito deixa claro que o estudo do corpo biológico por si só não basta (CUNHA & BOARINI, 2016, p. 450). Muito embora não haja demonstração de trabalho interdisciplinar segundo se analisam as falas dos entrevistados, há sim necessidade de apoio multiprofissional para a construção dos pareceres, constituindo-se, assim, um elenco de participantes profissionais envolvidos nesta tarefa:

[...] que a gente não faz isso [indicação para tratamento ambulatorial e cessação de periculosidade] sozinho, a gente precisa do psicólogo, do assistente social e das conversas com a família pra que a família entenda a responsabilidade dela, pra que esse paciente seja indo ao Caps, indo ao serviço de saúde, indo... Tomando os medicamentos direitinho pra que não reincida (SIC).

Para os entrevistados, os pareceres necessitam de embasamentos em geral, além do critério biológico. Para tal, demonstram que os médicos

peritos contam com uma estrutura de auxiliares para esta tarefa, muito embora não apareçam com clareza as contribuições que possam oferecer. A narrativa abaixo mostra como são utilizados os critérios para a elaboração do laudo de cessação de periculosidade:

[...] a cessação de periculosidade, ela se baseia toda num critério biológico, psicológico e social (SIC).

Embora técnicos e dispositivos de atenção em saúde e assistência social apareçam como coadjuvantes nos relatos, é inegável sua participação e importância nos assuntos de medida de segurança. Historicamente, o movimento de trabalhadores, em especial dos trabalhadores de saúde mental, protagonizou construções no campo de luta por direitos que ainda reverberam nos dias atuais. Através de denúncias da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, fizeram-se críticas ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (OLIVEIRA, 2009), e se propiciou a criação de alternativas políticas para este campo de atenção. Esta mobilização coletiva, histórica, parece não se fazer sentir neste momento no campo da medida de segurança em Santa Catarina, tendo em vista a posição auxiliar ocupada pelos profissionais diante do saber médico e do saber jurídico. Mais adiante, no tema sobre políticas públicas, estarão expressas as mobilizações singulares, e até mesmo solitárias, longe das mobilizações coletivas já vistas no campo da atenção à saúde mental.

Sendo assim, o retrato apontado pelas narrativas dos entrevistados indica que os profissionais de saúde, a família, os dispositivos de saúde e assistência social, e até mesmo técnicos do HCTP, ocupam uma posição subordinada ao movimento do médico perito e dos operadores do direito no atendimento às demandas desses dois atores, sem que intervenham no processo de avaliação e aplicação da medida de segurança.

7.2 PROCEDIMENTOS NA AVALIAÇÃO E APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA: O FAZER PROPRIAMENTE DITO

O segundo retrato revelado traz à cena os procedimentos adotados na avaliação e aplicação da medida de segurança em Santa Catarina.

Faço aqui uma ressalva. Muito embora a perspectiva assumida desde o início da pesquisa tenha sido pelo viés fenomenológico e hermenêutico, a tarefa de descrever materialmente os procedimentos para avaliação e

aplicação da medida de segurança exigiu, para esta finalidade, lançar mão de recursos da seara descritiva e estruturalista.

Apesar de o contexto da saúde mental e da atenção psicossocial ter vivido anos de avanços e transformações no que tange aos leitos psiquiátricos e a instituições de internação, com o chamado movimento da reforma psiquiátrica em especial, a partir dos anos 1990, muitos autores dedicados a esta temática não cansam de afirmar que este movimento pouco modificou o papel designado aos HCTPs. Emerim e Souza (2016) reiteram, com seus estudos, que o HCTP continua sendo o lugar para a figura do inimpugnável.

Para Oliveira & Damas (2016), mesmo a transformação dos MJ em HCTPs, no intuito de incluir uma lógica de tratamento, em nada mudou a posição destes dispositivos no que tange à necessidade de defesa social; ainda, acabou por tornar o HCTP em protagonista “na política anticriminal, funcionando como organismos técnicos, científicos, assistenciais e de defesa social” (OLIVEIRA&DAMAS, 2016, p. 58).

A importância e a centralidade do HCTP, como descrito pelos autores citados, no que tange à medida de segurança em relação ao ‘*louco infrator*’, pode ser aferida também na prática em Santa Catarina:

[...] o Hospital de Custódia é a única instituição do estado que realiza a perícia de sanidade mental, dependência toxicológica e cessação de periculosidade, mas o juiz também ele pode, se o caso assim... Se ele achar necessário, nomear uma pessoa de fora também. Não é comum, a grande maioria, hoje, das perícias são feitas pelo Hospital de Custódia (SIC).

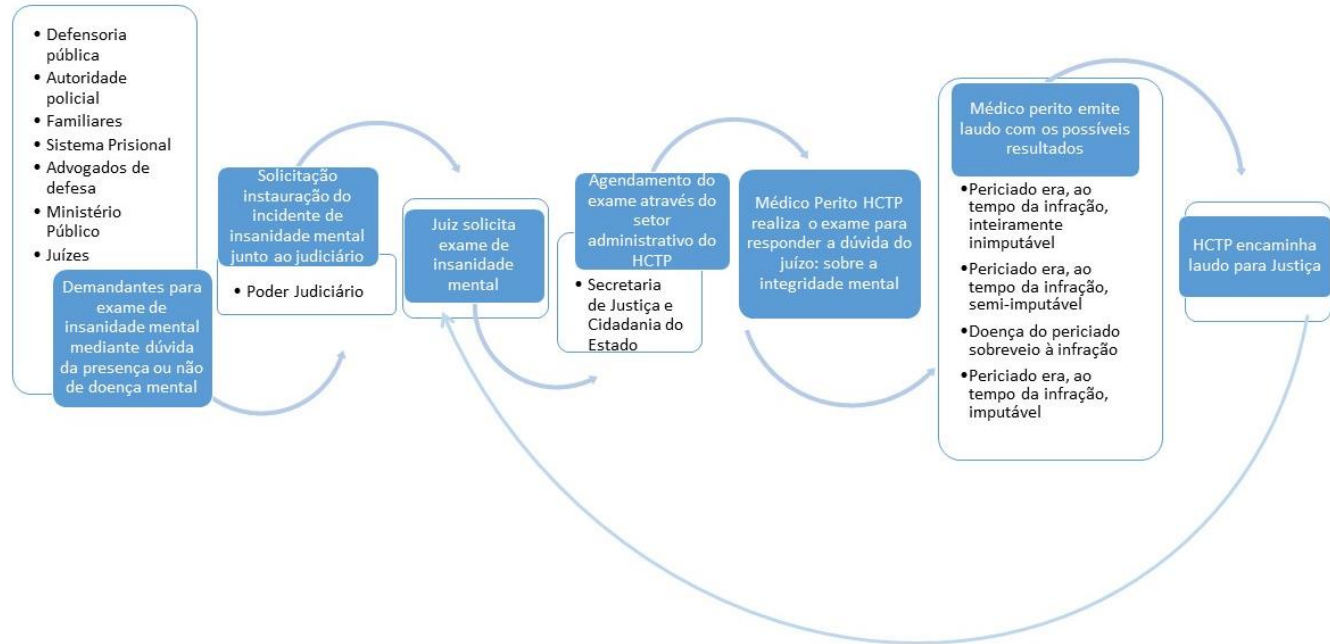
Esta situação é percebida igualmente por outro entrevistado:

O desenvolvimento do processo [de aplicação da medida de segurança em Santa Catarina], [...] na verdade, é uma realidade do país. Ele é centrado na capital, na instituição, aqui, no caso, o Hospital de Custódia (SIC).

Essa posição de centralidade ocupada pelo HCTP é um dado importante, pois, mesmo que haja tentativas de distanciamento da lógica penal no olhar sobre o ‘*louco infrator*’, agir e atuar sob uma perspectiva diferente torna-se tarefa difícil, quase impossível, mantida a lógica manicomial e penal do HCTP.

A figura 2 representa o fluxo de avaliação e aplicação dessa medida, elaborado como síntese das narrativas dos entrevistados quando provocados a descrever a avaliação para a medida de segurança.

Figura 2 - Fluxo de avaliação e aplicação da medida de segurança

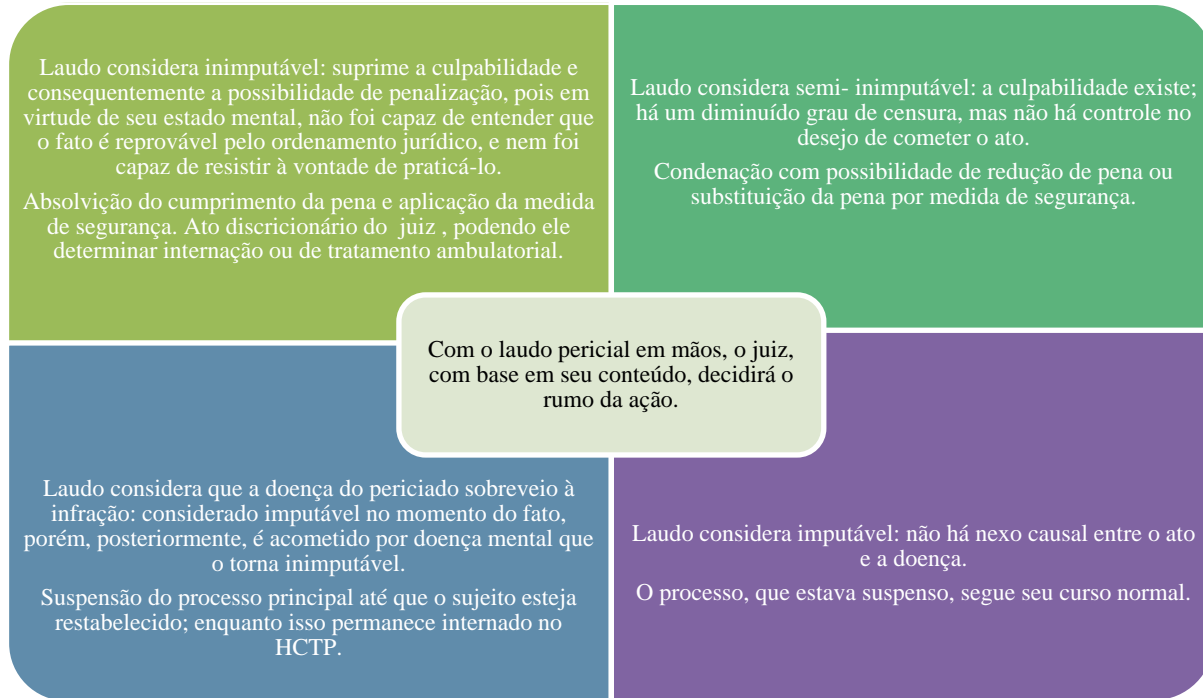


Fonte: Elaborado pela autora.

Segundo as narrativas dos entrevistados, o prosseguimento da avaliação se dá pelas mãos do judiciário, já que, de posse do laudo expedido pelo médico perito do HCTP, o juiz dará seguimento às ações de acordo com os constantes no laudo. Ressalta-se, como apontado pelos entrevistados, que se trata de um ato discricionário do juiz, cabendo a ele a decisão da ação. Em Santa Catarina, porém, a tendência do juiz é considerar o que consta no laudo e nas indicações dos peritos.

Com esses instrumentos em mãos, o juiz vai determinar o curso das ações, conforme demonstra a figura 3.

Figura 3 - Curso da ação a partir da realização do laudo pericial



Fonte: Elaborado pela autora.

Quando se trata da aplicação da medida de segurança, a situação não é diferente do processo de avaliação e continua centrada no HCTP. Atualmente, em Santa Catarina, a determinação de internação para tratamento só pode ser emitida pelo juiz, e a instituição para o cumprimento da medida, para homens, é o HCTP. As mulheres são encaminhadas ao Instituto de Psiquiatria do Estado (IPQ).

Ressalta-se que, segundo Código Penal Brasileiro, o artigo 96 (BRASIL, 1940), que trata da medida de segurança, deixa claro que, em se tratando de necessidade de internação, à falta de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, a internação deve ser realizada em estabelecimento adequado.

É também de responsabilidade do HCTP realizar o exame de cessação de periculosidade daqueles aos quais foi aplicada a medida de segurança, seja ela para tratamento ambulatorial, seja para tratamento em regime de internação.

A etapa de avaliação de cessação de periculosidade respeita o preconizado no Código Penal Brasileiro, que indica no § 1º (artigo 97) que a internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo previsto é de um a três anos (BRASIL, 1940).

Marchewka e outros autores defendem que as medidas de segurança, diferentemente das penas privativas de liberdade, não podem ter seu tempo máximo determinado, podendo durar indeterminadamente enquanto o juiz, respaldado pela perícia médica, não considerar o fim da periculosidade supostamente oferecida pelo indivíduo – *louco e infrator* (MARCHEWKA, 2003).

Segundo um dos entrevistados, em Santa Catarina:

[...] as medidas de segurança são renovadas, normalmente, a cada dois anos. Geralmente, o juiz determina dois anos [...] (SIC).

Seguindo o fluxo descrito nas entrevistas, todos os que recebem a medida de segurança no estado de Santa Catarina devem passar pelo exame de cessação de periculosidade no HCTP. A definição e a proposta deste exame para o médico perito ficam explícitas na fala do entrevistado:

Então, a cessação de periculosidade, ela se baseia toda num critério biológico, psicológico e social. Você emite um parecer pro indivíduo dizendo que... Com o tratamento efetuado, levando em consideração as condições sociais de apoio

familiar, de acesso a um Caps, de acesso a um Capsad, se for um caso de drogas, ou de acesso a algum tipo de tratamento lá fora, que ele seja liberado da instituição e cumpra o restante da... Ou transforme o de segurança em tratamento ambulatorial. Claro que a gente tem que tomar todo cuidado; já fiz algumas medidas de segurança, todo cuidado pra caracterizar que, em caso de abandono do tratamento, ou descompensação clínica, ele seria imediatamente reinternado[...] (SIC).

Para os que estão em cumprimento da medida de segurança e recebem o laudo de cessação de periculosidade, o juiz da execução pode determinar a desinternação ou o livramento, conforme artigo 178 da lei de execução penal. Este artigo também determina que, no caso de desinternação ou livramento, deve ser aplicado o disposto nos artigos 132 e 133, que impõe que o beneficiado deve obter ocupação lícita e, dentro de prazo razoável, se for capaz para o trabalho, comunicar periodicamente ao juiz sua ocupação, não mudar do local da comarca sem sua autorização. Também é possível impor ao liberado da internação a condição de não mudar de residência sem comunicação ao juiz, mesmo que dentro da comarca. Se autorizado a residir fora da comarca da execução, será enviada cópia da sentença ao Juízo do lugar onde ele fixará residência, com horário para se recolher à sua habitação e não frequentar determinados lugares (BRASIL, 1984).

Os pontos mais delicados desta temática envolvem narrativas correspondentes à condição de tratamento ambulatorial e de reinserção social. Estes dois pontos estão incluídos neste tema porque, conforme descrição dos entrevistados, a condição de tratamento ambulatorial e de reinserção social faz parte do fluxo de aplicação da medida de segurança.

Segundo as narrativas dos entrevistados, a etapa de desinternação e de liberação exige grande esforço por parte da equipe do HCTP, isso porque cabe ao hospital emitir o laudo de cessação de periculosidade, obedecidos todos os trâmites burocráticos peculiares do judiciário. A dificuldade também está em articular a desinternação e a volta para o convívio social dos *'loucos infratores'*, uma vez que o processo está atrelado à sua condição, à da rede de atenção psicossocial do estado, muitas vezes correlacionada pelos entrevistados com perspectivas sociais estigmatizantes a respeito da figura do *'louco infrator'*:

Porque nós temos mais se 180 egressos, que não era pra ser mais problema do Hospital de Custódia.

O cara veio aqui, cumpriu a medida de segurança dele, saiu, era pa gente pegar esse cara e entregar lá na comunidade.... No município dele[...]. Dizer pra assistente social "ele deixou de ser problema de justiça, agora ele é problema de saúde, de assistência social". A gente não consegue fazer isso e cento e... Quase 190 egressos são problema do Hospital de Custódia, onde a gente ter que acompanhar, muitas vezes arcar com medicação que não tem, muitas vezes não tem o psiquiatra no município, ou o psiquiatra vai lá, ou a gente tráz ele aqui pra prescrever, pra mexer na medicação, pra não ele retornar, pra ele não cometer um novo delito. Então, a carga do Hospital de Custódia, apesar de a gente tá, assim, tentando trabalhar conforme a lei 10.216; é bem difícil (SIC).

Esse contato que a gente tem, também uma referência, o Caps ou o posto de saúde pra pedir ajuda. Temos muito, precisa melhorar bastante ainda. Em que pese alguns, uma ou outra ainda tem essa resistência em trabalhar com doente mental que comete crime [...] (SIC).

As falas referidas corroboram o que Oliveira (2009) aponta como necessidade de engajamento da sociedade para a atenção à reinserção, já que a possibilidade de desamparo destes sujeitos após a decisão de desinternação provoca uma dependência ainda maior dos usuários das ações unilaterais do HCTP.

Na medida em que pouco se envolve com a problemática instituída com as condições atuais de aprisionamento, e não tratamento, dos doentes mentais infratores, a sociedade parece aceitar a ideia de que a responsabilidade do comportamento criminoso se deve única e exclusivamente ao indivíduo, bem como o seu processo de reintegração social. A noção de subjetividade, porém, se constrói na relação deste indivíduo com o outro que o acolhe, ou não, e que o aceita, ou não (OLIVEIRA, 2009, p. 150).

Ainda sobre o trabalho do HCTP junto aos que estão em vias de ser liberados da medida de segurança:

O Hospital de Custódia tem que fazer com que ele cumpra a medida de segurança 1, 2 ou 3 anos, ou

mais. Pra ele sair tem que ser um laudo de cessação de periculosidade e o Hospital tem que arcar com essa situação de procurar uma comunidade terapêutica, que não é uma residência terapêutica. Uma comunidade terapêutica, ou tentar rebuscar o laço familiar e ficar arcando com essa situação aí de acompanhar ele. Temos pacientes aí de mais de 4, 5, 6 anos que o Hospital continua acompanhando, que não era mais pra ser obrigação do Hospital, mas se há de trazê-lo pra dentro do Hospital, começar tudo de novo, então a gente faz o possível pra acompanhar (SIC).

Sobre os desafios da reinserção:

[...] quando ele sair, aí quem acompanha esse cara lá fora? Quem oferece as atividades que o Hospital de Custódia oferecia? Apesar de nós sermos uma unidade prisional, uma unidade totalmente fora da lei 10.216, mas, muitas vezes, o Hospital de Custódia oferece muito mais que a própria rede, mas... Quando ele tá perto de acabar a medida de segurança, 1, 2 ou 3 anos, a gente já começa um AT¹⁰ com ele. Pra quê? Pra que a gente possa, de uma certa forma, reinserir ele no mundo externo. Tem paciente aqui que não conhece mais o quê que é o dinheiro "antes era cruzeiro, quando eu tava lá na rua era cruzeiro, agora já é real". E entre cruzeiro e o real já passou quantas moedas? "No meu tempo, quando eu tava lá fora, era o carro era fusca, passat, chevette..." Hoje, tem uma enorme... Um monte de carro aí que gente não conhece nem mais a marca. A gente aqui tenta... "É mais fácil reinserir um preso do que um doente mental". [...]

O § 3º do artigo 97 do Código Penal Brasileiro considera que a desinternação, ou a liberação, sempre condicional, deve restabelecer a

¹⁰Sobre o AT, Oliveira define: "O acompanhamento terapêutico pode ser entendido como a ação terapêutica de um profissional qualificado que atuará na promoção da inclusão social e no desenvolvimento da sociabilidade dos portadores de transtornos mentais crônicos e/ou mais severos. As atividades envolvem visitas e saídas pela cidade, intervenções familiares e/ou no contexto inte-relacionar do paciente visando o reconhecimento e a ampliação dos espaços internos e externos do paciente, bem como a recuperação e/ou desenvolvimento de suas habilidades sociais cotidianas" (2009, p. 67).

situação de internação se, antes do decurso de um ano, o indivíduo pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade. A narrativa dos entrevistados demonstra a estratégia adotada para evitar a reinternação, tendo em vista a dificuldade que ela e o acompanhamento pela rede comportam:

[...] temos uma funcionária que trabalha internamente com ligações pra família, pras comunidades, pro Caps. E quando tem uma... A família, a comunidade ou o Caps "ó, o cara anda meio descompensado, tá ruim", aí o xxxx¹¹, que é o coordenador do programa, já atua. Vai lá. Quando são casos desse tipo que não deu tempo, o quê que a gente faz? Ou a gente traz ele aqui, o médico ajuda a gente a prescrever [...]. Mexer na medicação dele, prescrever uma nova medicação, ou o xxxx acaba atuando em cima do próprio CAPS e tenta se articular pra que isso não chegue ao juiz[...] Que seja restabelecida a medida de segurança dele[...] nosso Programa de Acompanhamento ao Egresso [...] o coordenador, que trabalha externamente, visitando todos o... Durante o mês, todos os egressos [...].

Ainda sobre o Programa de Acompanhamento do Egresso e os desafios da desinternação:

[...] partir de 2012, final de 2011, 2012, que foi montado aqui no Hospital o programa de acompanhamento ao egresso, o Hospital já desenturmou em torno de 190 pessoas. Houve também uma mudança de cultura no Hospital de Custódia"... "Então, a partir do momento que a pessoa tem já uma autorização pra desinternação, mas está no Hospital de Custódia, isso... Já há possibilidade, já tem possibilidade de conseguir esse benefício de prestação continuada, que é o BPC. Tendo esse benefício, já favoreceu pra nós também, porque nós vamo buscar uma desinternação na rede privada. Alguns locais que aceite essa pessoa. Então, a gente tem, a partir de 2012, com a implantação do PAE, do programa de acompanhamento ao egresso, já são em torno de

¹¹Utilizado para suprimir o nome do técnico citado

190 pessoas na rua, que o Hospital vem acompanhando. Houve essa articulação toda. Nós temos muito problema no começo, ainda temos em alguns [...] a postura do Hospital de Custódia, com isso, é a seguinte: toda desinternação é o Hospital que cumpre, o Hospital vai levar a pessoa na casa. A pessoa liga pra família, liga pro Caps, liga pro posto de saúde, pega o paciente, nosso interno, junto com a família, vai lá no Caps, conversa e monta um plano. Então, isso, realmente, tem facilitado bastante e, de 2012 pra cá, até hoje, já facilitou bastante (SIC).

As referências das falas dos entrevistados deflagram um fluxo de procedimentos de avaliação e aplicação da medida de segurança em Santa Catarina centrados no HCTP. Não somente a avaliação e a aplicação se darão no HCTP; o processo de desinternação e inserção social também é conduzido pela equipe do hospital, que acaba por permanecer como referência para os sujeitos após a determinação judicial de *livramento ou desinternação*. Cabe ao judiciário e ao HCTP o protagonismo no fluxo da medida de segurança em Santa Catarina.

7.3 SOBRE A (NÃO) INTERAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E CUIDADO SOCIOASSISTENCIAIS E O USO DOS TERMOS QUE PERSONIFICAM “*LOUCO INFRATOR*”

A terceira fotografia revelada apresenta elementos sobre a interação, ou ausência de interação, dos equipamentos e dispositivos das políticas públicas na atenção ao *louco infrator*; em especial, vai trazer à tona a tendência dos discursos técnicos que envolvem as práticas da avaliação e aplicação da medida de segurança no estado.

7.3.1 A (não) interação na atenção e cuidado ao ‘*louco infrator*’

Para este item, torna-se importante esclarecer o que aqui se entende por política pública. Segundo Souza, política pública é:

o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação [...] e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações. A formulação de políticas públicas constitui-se no

estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (2006, p. 26).

Tendo presente a perspectiva descrita acima, percebe-se, através dos relatos e dos documentos oficiais, que em Santa Catarina a medida de segurança convoca, ou, mais precisamente, provoca as áreas da Saúde, da Segurança, da Justiça, do Ministério Público, da Defensoria Pública e da Assistência Social para discutir ações no campo da assistência ao *'louco infrator'*. Esta constatação é possível ao se analisar as falas dos entrevistados em que citam a necessidade de articulações entre secretarias estaduais e representantes dos demais órgãos.

Muito embora esta chamada área de discussão esteja presente nas narrativas, fica evidenciada a relação mais aproximada das áreas de segurança, saúde e justiça.

Sobre a relação com a saúde mental, as narrativas reiteram a importância da presença dos dispositivos de saúde mental e atenção psicossocial, em especial do acesso ao Caps, vinculando o trabalho do Caps ao trabalho de prevenção contra a reincidência ou a fontes de informação para elaborar o laudo de insanidade mental e de cessação de periculosidade.

As falas abaixo ilustram a tendência predominante entre os entrevistados ao fazer referência à integração com a política de saúde:

[...] o contato com a rede de saúde é muito importante, porque se existe um histórico pregresso de internação, de tratamento, de uso de medicamentos, de participação em grupos terapêuticos, psicoterapia... Isso sim é um dado importante pra esclarecer a presença ou não de doença mental. Então, a gente ter essa troca de informações é importante[...] é essencial esse contato com o serviço de saúde, porque a pessoa vai tá voltando pra sua comunidade e vai tá sendo inserida, aí sim, pra seguir o tratamento [...] (SIC). [...] a pessoa vai receber alta, vai sair da medida de segurança na forma de internação, mas vai retornar, então, pra sua comunidade, precisa se fazer essa ponte, o contato com o serviço de saúde "Ó, então agora ela vai seguir no CAPS, vai pegar o remédio no Caps, vai comparecer em consulta uma vez por mês, vai participar de um grupo

terapêutico semanal". Então, da mesma forma que a informação vem, a informação tem que ir(SIC).

Além do Caps, apenas o Serviço de Residência Terapêutica (SRT)¹² é citado como dispositivo da política de saúde como recurso, voltado ao momento de desinternação, reiterando a condição de precariedade da oferta deste serviço em Santa Catarina. Também se revela a tendência histórica da manutenção da condição de internação de quem não dispõe de apoio/assistência extramuros. Ressalta-se que as condições apontadas impactam diretamente na condução dos laudos de cessação de periculosidade e na efetiva desinternação:

[...] os profissionais do Hospital de Custódia tinham o entendimento se a pessoa não tem apoio familiar já teria que ser o laudo do Hospital de Custódia pra que não fosse cessada a periculosidade, que ele permanecesse só pelo fato de ele não ter apoio familiar, mesmo ele estando já compensado da doença. Então, a partir de 2012, houve essa mudança de cultura do Hospital de Custódia, que a pessoa não pode permanecer no Hospital de Custódia por falta de apoio da família. [...], com essa postura do Hospital do Custódia, o juiz determinou a desinternação, as pessoas permaneceram no Hospital de Custódia por falta, realmente, de residência terapêutica, que só tem duas no estado, hoje, que é Joinville e Monte Castelo e por falta de apoio familiar (SIC).

Ainda com relação ao diálogo com a saúde, os entrevistados discorrem de forma significativa sobre a ausência de políticas nas questões relacionadas ao 'louco infrator'. Os efeitos desta ausência, em especial na articulação de possibilidades de oferta de tratamento ambulatorial, traz como implicação direta a manutenção do HCTP como referência para a aplicação da medida de segurança. Apesar das referências de mudanças culturais no HCTP no que tange à cessação de

¹² O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) "consiste em casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O suporte de caráter interdisciplinar deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores" (OLIVEIRA, 2009, p. 65).

periculosidade, a ausência de rede extra-hospitalar corrobora a dificuldade de implantação de ações distanciadas da lógica manicomial.

As narrativas a seguir serão apresentadas em um só bloco, com ênfase nas falas dos entrevistados sobre a temática da ausência de rede de atenção extramuros:

[...] o [tratamento] ambulatorial volta pra comunidade e depende do SUS, mas o sistema prisional, hoje, só existe Hospital de Custódia que tá tudo com recursos escassos[...] mas poderia se investir muito também em outros tipos de tratamento e de reabilitação. [...]. Tem muita forma de tratar e de reduzir esses envolvimento em questões, assim, de criminalidade, de delitos e que vão favorecer as relações sociais e que não são só internação e remédio, mas precisa se desenvolver e incentivar (SIC).

[...] Hospital-dia poderia ser desenvolvido pra nós aqui também, pros pacientes que moram aqui na grande Florianópolis passar o dia aqui e voltar. A gente não tem esse sistema ainda, eles ficam, às vezes, na casa albergada, vem pra tratamento pra cá, aqui, até aqui a caminhada a pé e, às vezes, vem também do presídio aqui ao lado, vem pra tratamento. Então, acho que o futuro seria o desenvolvimento de estratégias de tratamento ambulatorial, talvez até de estrutura de consultório que a gente pudesse atender pessoas, Hospital-dia e internação em último caso, como é o sistema psiquiátrico geral na saúde hoje (SIC).

Tudo depende da saúde, não do sistema prisional[...] eu não estou falando mal do funcionário. Não é isso, não é isso. Eu falo é de uma estrutura que falta dar pra esse pessoal trabalhar, porque uma assistente social tem conhecimento, uma psicóloga tem conhecimento. Só que cadê a estrutura pra esse pessoal trabalhar? (SIC).

Nós não temos nada disso aqui [rede de apoio para desinternação], o pouco que tem é o Hospital de Custódia que, timidamente.... Porque a gente, nós somos pequenos, conseguiu alguma coisinha. Desde a rede com o programa de egresso, reuniões com... Depois de eu responder muito TC [termo circunstanciado]. E reunião com o juiz. [...] A coisa ainda é tímida [...] (SIC).

[...] gente tem uma preocupação muito grande com a lei antimanicomial, a 10.216. Só o quê que acontece? Esse tratamento ambulatorial pouco existe, Santa Catarina tá muito atrasada, muito. É um dos estados mais atrasados na questão do tratamento ambulatorial. Rede, rede pouco existe. O quê que acontece? Esse cara vai lá pra rua, mesmo que a gente acompanhe, chega nos CAPS... Eu não estou falando mal do servidor do CAPS e sim da falta de estrutura que os municípios deixam de.... Não dão pros CAPS. Um dia tem carro, outro dia não tem motorista, outro dia tem remédio, outro não tem psiquiatra, outro dia tem psiquiatra e assim por diante [...] (SIC).

[...] E o doente mental, quando sai, se ele não tiver compensado, o risco dele cometer um novo delito ou simplesmente incomodar na comunidade... O juiz manda reinternar, só que não foi por falta de trabalho do Hospital, não foi por falta de um laudo onde tem que tá equiparado à lei 10.216. O tratamento ambulatorial foi sugerido, só que não há tratamento ambulatorial, ou muito pouco [...] (SIC).

[...] Então, a carga do Hospital de Custódia, apesar de a gente tá, assim, tentando trabalhar conforme a lei 10.216 é bem difícil. Além das resoluções, a 004 que é uma recomendação do Tribunal de Justiça Federal, onde o Hospital de Custódia deveria encerrar suas atividades em 2020, porque ela é de 2010, o prazo são.... Seriam 10 anos a partir da sua publicação. Temos, se eu não me engano, o artigo 75, a resolução 75 que diz que também que tem que ser tratado fora do Hospital de Custódia, mas não consegue, porque não existe esse fora do Hospital de Custódia [...] (SIC).

[...] Aí ele acaba voltando pra cá, porque por último o juiz "ah, se não tem tratamento ambulatorial, tá incomodando lá a comunidade, tá incomodando a família, não tem mais o que fazer", aí retorna pro Hospital de Custódia. Porque ele saiu com o laudo de inimputável, porém pra tratamento ambulatorial. Não existe tratamento ambulatorial, ou muito pouco. Aí volta pro Hospital de Custódia. Aí o Hospital de Custódia

tem que fazer com que ele cumpra a medida de segurança 1, 2 ou 3 anos, ou mais. Pra ele sair tem que ser um laudo de cessação de periculosidade e o Hospital tem que arcar com essa situação de procurar uma comunidade terapêutica, que não é uma residência terapêutica, ou tentar rebuscar o laço familiar e ficar arcando com essa situação aí de acompanhar ele. Temos pacientes aí de mais de 4, 5, 6 anos que o Hospital continua acompanhando, que não era mais pra ser obrigação do Hospital, mas se há de trazê-lo pra dentro do Hospital, começar tudo de novo, então a gente faz o possível pra acompanhar [...] (SIC).

[...] Apesar de a gente ser Hospital, mas não deixa de ser um modelo prisional. Ele tá cumprindo uma medida de segurança atrás das grades. Por mais que a gente ofereça atividade, o nosso tratamento não é como preso, é como doente mental mesmo, porque temos equipe técnica, temos equipe de saúde oferecendo todas as atividades, desde aula, atividade física, arteterapia, enfim, pa tenta devolvê-lo melhor do que ele chegou aqui. Só que, quando ele sair, aí quem acompanha esse cara lá fora? Quem oferece as atividades que o Hospital de Custódia oferecia? Apesar de nós sermos uma unidade prisional, uma unidade totalmente fora da lei 10.216, mas, muitas vezes, o Hospital de Custódia oferece muito mais que a própria rede [...] (SIC).

[...] Então, é difícil o estado, é difícil o estado, o estado... A pessoa com transtorno mental, temos a portaria 3090 que fala dos residenciais terapêuticos. 20 mil mensal, 20 mil pra tu montar a casa, utensílios e 20 mil mensal pras despesas. Sabe o quê que Florianópolis disse pra nós, quando a gente... Mostramos o projeto, mostramos a portaria "ah, não", aí depois em outra reunião nos apresentaram uma planilha de 70 mil. Olha só que coisa longe, de 20 mil pra 70 mil, um absurdo. Temos um município aqui em Santa Catarina que tem um residencial terapêutico, mas tá lotado[...] (SIC).

[...] E nós tínhamos alguns pacientes que é de Joinville, já tinham laudo de cessação de

periculosidade, alvará de desinternação e os caras estavam aqui, porque a gente não conseguia botar eles em lugar nenhum, Joinville não os recebia porque não tinha local. O juiz de lá autuou o município "ou vocês recebem ele e vou te dar um prazo". Não cumprir o prazo pa montar a segunda casa, o juiz determinou que eles absorvessem e pagassem uma clínica. Os três estão numa clínica paga pelo município, ou seja, quase em torno de 20 mil reais, 20, se eu não me engano, chega em torno de 21 mil reais. Eles tão pagando 21 mil reais pa três pessoas, ao invés de receber 20 mil pra 8 [...] (SIC).

[...] Lá [na lei 10.216] no, se eu não me engano, no artigo 4 fala que internação só em último caso, se não houver leito, se não houver hospital psiquiátrico pra ele da rede, então interna no Hospital de Custódia, mas em último caso. Só que esse último caso virou primeiro caso. Onde é que tu pega um doente mental, hoje, interno? Vai no IPQ, a internação no IPQ são 21 dias. Aí esse cara sai de lá compensado, direitinho. Mas quem acompanha esse cara? Eles também vive a mema situação da gente aqui. Ele vai pra lá, esse cara, chega totalmente transtornado, é medicado, compensado, devolve ele pa família, devolve ele pa rua. Se ele é um morador de rua, devolve ele pa rua. E daí? Quem é que acompanha esse cara lá? Aí eles ficam enxugando gelo, igual nós aqui, ficamo enxugando gelo e a gente enxugava gelo, a gente lavava carvão, porque mandava pra casa, uma semana, duas, não tinha remédio, descompensava, vinha pra cá. [...] A gente tem que tomar uma posição, vamo acompanhar nós então, já que ninguém acompanha, ou quem acompanha, acompanha muito pouco. Eu nunca falo mal do funcionário, eu falo da estrutura, que é deixado de dar pra esse funcionário. Quando a gente fala mal de CAPS, parece que a gente fala do funcionário. Não é, é da falta de estrutura que eles... Que não tem mesmo[...] (SIC).

[...] Hoje, o local que nós temos [para medida de segurança] é o Hospital de Custódia. Somente, aqui no estado, pra todas essas avaliações, pra todas as situações em que for identificado uma

necessidade de internação, vai ser no Hospital de Custódia, aqui em Florianópolis. Mas nós sabemos que é uma realidade limitada, com recursos limitados, então assim, o quê que pra mim é muito claro, a gente precisa ter essa ferramenta, essa possibilidade de internação, mas um local que tenha recursos melhores, que tenha recursos humanos, mais equipe atendendo, médicos, psicólogos, assistente social, acesso a medicamentos. Porque, muitas vezes, o acesso de medicação é mais restrito ainda do que a gente já tem difícil acesso de alguns medicamentos no SUS. Então, precisaria ter esse incentivo, além de outros recursos terapêuticos, os grupos, enfim, que a gente sabe que acontecem, mas que tudo poderia ser mais abrangente. Então, a gente sabe também que em outros países, com outros e mais recursos, tem instituições com outros.... Que disponibilizam outras formas e mais formas que favorecem o tratamento e a reinserção dessa pessoa na comunidade. Então, é investimento (SIC).

As falas foram propositalmente apresentadas em bloco para reproduzir a densidade e a forma reiterada das narrativas quando tratam da precariedade da rede extramuros do HCTP. Também expressam a percepção sobre o impacto na manutenção da lógica manicomial e na centralização do HCTP no atendimento ao *'louco infrator'*.

Apesar de a necessidade de articulação com a rede composta pela política de saúde ser reiterada em diversos momentos, não há, nas falas, expressões de ações conjuntas para um atendimento propriamente dito. Não há menção a protocolos, a fluxos conjuntos. Pelas descrições, as ações partem do HCTP, muito mais em busca de informações ou inserção no Caps com vistas à desinternação do que outras medidas que possam articular de forma real ações de atenção ao *'louco infrator'*.

Existe uma persistência nos discursos que tratam de salientar o papel secundário ocupado pela rede de saúde e da política de assistência social no que tange à medida de segurança e a centralidade do HCTP e do judiciário para tratar das questões do *'louco infrator'*:

Tudo depende da saúde, não do sistema prisional. Tudo depende da assistência social. Mas eu vou voltar a falar, eu não estou falando mal do funcionário. Não é isso, não é isso. Eu falo é de uma estrutura que falta dar pra esse pessoal trabalhar,

porque uma assistente social tem conhecimento, uma psicóloga tem conhecimento. Só que cadê a estrutura pra esse pessoal trabalhar? O judiciário, por outro lado, às vezes fica com a mão amarrada "Ah xxxxlá do Hospital de Custódia, o xxxx lá do Hospital de Custódia pediu pra eu liberar uma saída terapêutica pro fulano de tal. Esse fulano de tal tem histórico de dependência química, esse fulano de tal vai pra família e lá na família quem é que vai cuidar dele? [...] o Hospital de Custódia cuidam muito bem do cara lá, quando ele tá lá dentro. E tão me pedindo uma saída terapêutica, porque faz parte da ressocialização, do cumprimento da lei 10.216, essa coisa toda, mas lá no código penal não fala em saída terapêutica, fala em regalia externa, que é essa do preso. Não fala nada de doente mental. Se eu liberar e se o cara cometer um delito, quem é que vai pa RBS?", sabe? Então, também é ruim pro judiciário, é ruim pro juiz que tá lá dando o "canetaço". Então, olha só a complexidade da coisa [...].

Com relação ao sistema judiciário, a percepção dos entrevistados sobre a rede de apoio para a desinternação está centrada no poder judiciário, em ações isoladas de determinadas comarcas e/ou juízes:

Teve uma época, assim, mais conturbada [relação com judiciário] uns anos atrás, assim, que eles "tem que internar, tem que internar". Não, hoje, eles respeitam a questão das vagas, eles conversam com a gente antes, eles não conversam diretamente conosco, mas conversam com o diretor do Hospital. Então, tem uma relação boa, tem uma corregedora que tá sempre visitando o Hospital, sabendo as condições, procura agilizar também as nossas... A saída daqueles que receberam a cessação de periculosidade, procuram assim orientar (SIC). Nós tivemos um apoio grande do juiz da vara de execuções penais lá de Joinville, Dr. MR. Buch ou Buck, nunca sei... Que ele oficiou o município, então já, se eu não me engano, foi cinco ou seis internos que estavam aqui já com autorização, que o município tirou. Tivemos outros, vários outros, que Lages já tirou, Xaxim já tirou e assim por diante [...].

Nós não temos nada disso aqui [rede de apoio para desinternação], o pouco que tem é o Hospital de Custódia que, timidamente.... Porque a gente, nós somos pequenos, conseguiu alguma coisinha. Desde a rede com o programa de egresso, reuniões com... Depois de eu responder muito TC [Termo circunstanciado]. E reunião com o juiz. Nós tínhamos um juiz corregedor aqui muito bom que era o dr. Takashima, que nos apoiava. Agora a dra. Cíntia que já conhece a nossa realidade também tá nos apoiando, mas é... A coisa ainda é tímida.[...] . Durante uma reunião, algum tempo atrás, com uma juíza, ela mesmo sugeriu que a gente colocasse nos laudos, mesmo o paciente sendo responsável... Que, teoricamente, ele vai cumprir pena numa prisão, que a gente sempre considerasse a hipótese de que o juiz pudesse encaminhar essa pessoa pra uma comunidade terapêutica e converter a pena dele num tratamento de comunidade terapêutica. Então, eles também tão fazendo isso pra meio que desafogar o sistema e dar um tratamento adequado pras pessoas. Então, aquele paciente que é usuário de drogas que é um grande problema pra nós, hoje, ele também já tá começando, com essa interação que ele tem com o judiciário, a receber, a ter uma possibilidade, dependendo do delito... Delito menor, um furto, uma coisa assim... Dele não simplesmente ser mandado pra cadeia e, sim, cumprir o tratamento numa clínica, ou uma comunidade terapêutica, depois vai prum Caps e por aí fora.[...].

[...] Então, em 2013, nós chegamo ter em torno de quase 50 pessoas com autorização judicial pra desinternação, que não tinha pra onde ir. Então, hoje, nós tamos aí em torno de 10, mais ou menos, pessoas com autorização judicial, ainda faltando cumprimento. Então, isso tá fazendo o quê? Que nós tamo brigando aí, nós tamo oficiando sempre ao juiz da Vara de Execução Penal que seja oficiado os municípios da ilegalidade de manter essas pessoas no Hospital de Custódia [...]. (SIC).

As narrativas expressam a percepção de que a rede de apoio dá suporte ao HCTP e, por consequência, ao 'louco infrator' é, em Santa Catarina, o sistema judiciário.

No que tange à política de saúde, foi instituída no Brasil, através de portaria, em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. Nessa categoria são incluídas as pessoas submetidas à medida de segurança, propondo sua inserção nos serviços referenciados no Sistema Único de Saúde (SUS). No mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou as Portarias nº 94 e nº 95, que instituíram o serviço de avaliação e acompanhamento das medidas de segurança no âmbito do SUS e propõem um redirecionamento dos modelos de atenção ao *'louco infrator'*, preconizando cuidado integral e humanizado em respeito aos direitos humanos (BRASIL, 2014).

A respeito dessas portarias, mais especificamente a de nº 94, o texto prevê a criação de uma equipe de trabalho multiprofissional, a ser denominada “Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)”, designada para atuar diretamente no processo de desinstitucionalização no HCTP e também nos processos de instauração de incidente de insanidade mental. A equipe deve ter em conta a proteção dos direitos das pessoas privadas de liberdade e o acesso aos serviços de saúde e assistência social. A medida prevê ação conjunta entre os HCTPs e o sistema prisional com outras entidades estatais, como o Tribunal de Justiça, a Defensoria Pública e o Ministério Público (BRASIL, 2014).

Segundo relatos dos entrevistados, o panorama apresentado em Santa Catarina é que a proposta das portarias citadas emperra em entraves do sistema governamental estadual, que, ao contrário, parece pretender impedir que as propostas se tornem realidade:

Tem a portaria 94 [...] Se lei mal se faz cumprir, imagina a portaria. Portaria ninguém é obrigado a cumprir. Tem uma portaria, tem uma recomendação, tem uma resolução, mas se lei mal se cumpre, imagina portaria. A portaria 94 ela é ampla, ela pega desde a pessoa no delito até a execução da medida de segurança. Ou seja, o cara cometeu um delito, caiu numa delegacia no... A portaria 94 já vai trabalhar em cima dele até o final da execução da... Até o pós medida de segurança, ou seja, o cara cumpriu a medida de segurança, ele vai continuar sendo acompanhado. Esse evitaria o gargalo do Hospital de Custódia, onde futuramente poderia sim acabar o Hospital de Custódia. Só que essa portaria depende de funcionários, esses funcionário a portaria diz que tem que ser da saúde. Por outro lado, a saúde já não tem nem

funcionário pa trabalhar a saúde, como é que vai destinar funcionário pa portaria 94? Então, isso evitaria [...] Isso acabaria com o Hospital de Custódia[...] (SIC).

Para os entrevistados, Santa Catarina poderia realizar uma articulação mais eficaz no acompanhamento das medidas de segurança:

[...] A casa onde funciona o Paili¹³ é menor que essa estrutura aqui. Onde a coordenadora lá do Paili ela tem autonomia pra marcar as consultas psiquiátricas de quem já está dentro do Paili, dentro desse projeto. Olha só, dentro duma casinha, ela tem autonomia pra todo estado marcar as consultas psiquiátricas, os acompanhamento nos CAPS, tudo. Ou seja, o cara é lá do interior de Goiás, ela dum computadorzinho, via internet, em contato com a família, em contato com onde esse cara tá, no residencial terapêutico, essa coisa... "Ó, a consulta psiquiátrica desse cara é tal dia", olha só. É que a gente não tem nem onde levar. Como a gente tá atrasado. [...]

[...] o estado de Goiás foi obrigado a fazer alguma coisa pelo doente mental, porque não tinha Hospital de Custódia, porque é muito fácil ter o Hospital de Custódia. O político faz isso, todo mundo faz isso "ah, joga lá no Hospital de Custódia, tem atendimento bom. Tira da rua, o importante é tirar da rua. Joga lá no Hospital de Custódia". E lá, como não tem Hospital de Custódia, se obrigar a construir essa rede que eles têm lá [...].

[...] Tem muita forma de tratar e de reduzir esses envolvimento em questões, assim, de criminalidade, de delitos e que vão favorecer as relações sociais e que não são só internação e

¹³Programa de Atenção Integral ao 'louco infrator' (Paili), experiência antimanicomial no estado de Goiás. Lá, a pessoa submetida à medida de segurança é acolhida pelos serviços da política de saúde e pela Assistência Social, sem utilização do recurso de internação asilar em HCTP. Sem exceção, a pessoa em medida de segurança permanece na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Nas situações de crise, a internação pode ser utilizada como recurso, mas somente pelo período estritamente necessário do ponto de vista terapêutico.

remédio, mas precisa se desenvolver e incentivar.[...] (SIC).

Um dos grandes desafios da reforma psiquiátrica brasileira está na ampliação e na consolidação dos serviços substitutivos com vistas a assegurar os direitos humanos das pessoas afetadas por sofrimento mental. Além disso, é necessária a capacitação permanente dos profissionais que atuam nessa área, bem como a efetiva reorientação do modelo de atenção à saúde das pessoas em sofrimento mental, que está em conflito com a lei. É preciso proporcionar e garantir o atendimento pelos serviços do SUS e a extinção dos manicômios judiciários (CORREIA & PASSOS, 2017).

Para os entrevistados, experiências de outros estados, como o de Goiás, poderiam servir de modelo para redirecionamento das ações em Santa Catarina:

Em Goiás tem o Paili, Programa de Atenção Integral ao “louco infrator”, que lá não tem Hospital de Custódia. Lá é tratado todo na rede, mas lá existe a rede. Desde quando o cara cai no sistema prisional, o Paili já atua em cima dele, após o laudo de insanidade mental. É como que se lá o médico fosse o juiz. Logicamente que tem a vara de execuções por trás, mas isso tá tudo acoplado já. Paili, Vara de Execuções Penais, rede. [...] (SIC).

As situações descritas pelos entrevistados corroboram o enunciado de Correia & Passos (2017), que afirmam que as mudanças instituídas pela lei da reforma psiquiátrica ainda não tornaram visíveis as questões do ‘louco infrator’, que explica o tímido, se não ausente, movimento de criação e implantação de políticas públicas eficientes para esta parcela de sujeitos.

Sobre estratégias adotadas pelos envolvidos nas questões da medida de segurança, em especial no que tange a seu cumprimento, os entrevistados citam a utilização do recurso da comunidade terapêutica como realidade em Santa Catarina.

Se ele for parcialmente responsável, no caso de uma dependência química grave, com algum tipo de transtorno associado, transtorno de personalidade, que pode ser parcial ou totalmente responsável, aí ele é responsabilizado pelos crimes. A pena é reduzida; ele pode cumprir numa comunidade terapêutica, no caso de drogas (SIC).

Durante uma reunião, algum tempo atrás, com uma juíza, ela mesmo sugeriu que a gente colocasse nos laudos, mesmo o paciente sendo responsável.... Que, teoricamente, ele vai cumprir pena numa prisão, que a gente sempre considerasse a hipótese de que o juiz pudesse encaminhar essa pessoa pra uma comunidade terapêutica e converter a pena dele num tratamento de comunidade terapêutica. Então, eles também tão fazendo isso pra meio que desafogar o sistema [...] (SIC).

O grande gargalo, hoje, realmente são as dependências químicas. Dependência de drogas, hoje, se não fosse uma coisa que não é providenciada pela rede pública, que são as comunidades terapêuticas[...] (SIC).

[...] Pra ele sair tem que ser um laudo de cessação de periculosidade e o Hospital tem que arcar com essa situação de procurar uma comunidade terapêutica, que não é uma residência terapêutica. Uma comunidade terapêutica, ou tentar rebuscar o laço familiar e ficar arcando com essa situação aí de acompanhar ele.[...] (SIC).

Da mesma forma que pra perícia de cessação de periculosidade, aquela perícia que vai dizer que o cara já tá apto a sair, é feito uma reunião com os técnicos desde a assistente social, psicologia, enfermagem e a própria segurança, que vão dar subsídio po laudo de cessação de periculosidade. Então, o médico perito... Lógico que a avaliação final é dele, mas vai tá aqui a assistente social vai dizer "olha, ele tem família, ele tem apoio familiar" ou "ele não tem família, não tem apoio familiar, mas nós temos uma comunidade terapêutica que se encaixa no perfil dele"[...] (SIC).

[...] semana passada nós fomo a Porto Belo [...] Nós temo 8 ou 9 pacientes lá naquela comunidade terapêutica, que por sinal muito boa. Quem administra um é a assistente social, são dois irmãos, e o outro é psicólogo. Olha só, já tem no mínimo uma equipe técnica ali [...] (SIC).

Ainda tratando da temática das políticas públicas de atendimento ao 'louco infrator', e dos elementos apresentados pelos técnicos do HCTP sobre o panorama de Santa Catarina, apresentam-se, nas falas das entrevistas, justificativas que explicam a tendência à internação no HCTP.

Esquirol (apud CAPONI, 2009) apresenta cinco razões principais para esta condição: (1) assegurar a segurança pessoal do indivíduo e da família; (2) libertá-lo das influências exteriores; (3) vencer suas resistências pessoais; (4) submetê-lo a um regime médico; (5) impor novos hábitos intelectuais e morais.

As narrativas que se seguem ilustram as razões dos autores citados utilizadas no processo de avaliação e aplicação da medida de segurança em Santa Catarina:

[...] pra perícia de cessação de periculosidade [...] a assistente social vai dizer "olha, ele tem família, ele tem apoio familiar" ou "ele não tem família, não tem apoio familiar, mas nós temos uma comunidade terapêutica que se encaixa no perfil dele" (SIC).

[...] Nós temos um caso aqui, o sujeito é de Araquari, a doença mental dele é tocar pedra em carro. Esse cara precisa de aprisionamento e tratamento, mas não tem onde colocar. Bota no Hospital de Custódia, que lá tem tratamento, lá tem sala de aula, lá tem informática, tem tear, tem cestaria, tem yoga, tem atividade física, tem festinha de (palavra não identificada pelo áudio: 36min24s). Então, ele tá melhor tratado no Hospital de Custódia do que na rua ateando fogo, jogando pedra em carro, cometendo delito sexual [...] (SIC).

Dos réus que vem pra avaliação existe sim um diagnóstico e pesa sim na conclusão do laudo em definir por uma medida de segurança [internação] ou um tratamento ambulatorial também as condições que, hoje, o estado tem pra ofertar de tratamento pra essas pessoas (SIC).

Enfim, a gente sempre vai também contar, além da equipe de saúde, também o apoio familiar. Muito frequentemente, as pessoas não tem essa rede social de apoio; então isso também vai nos dificultar tá inserindo essa pessoa num ambiente ambulatorial de tratamento, porque no momento em que ela não tá inserida no serviço, um serviço que não é vinte e quatro horas, fecha a porta, a pessoa vai pra casa, quando tem casa. Então como é que ela vai ficar nesse momento? Então, nessas situações, também vai ter essa indicação de um tratamento de... Na forma de internação (SIC).

[...] internação quando de fato está num momento agudo, com dificuldade de crítica e de adesão a tratamento (SIC).

Porque pode acontecer, o periciando sair, um mês depois chegar em casa e... Ou ser vitimado por alguém, tem que levar isso em consideração também, às vezes o delito ele é tão bárbaro que ele chega lá na cidadezinha dele, cidade pequena e alguém quer se vingar. Então, a gente tem que levar também em consideração a segurança do próprio periciando[...] (SIC).

[...] o mais comum é que ele volte a surtar, se ele não se tratar e, dependendo do como evoluído, voltar a delinquir, cometer algum tipo de delito[...] (SIC).

[...] a gente já atendeu alguns casos de pessoas que cometeram crimes horríveis, penas de mais de 100 anos aí pelo delito deles. Então, a gente, recentemente, agora, a gente fez um laudo também de um caso, assim, extremamente... Que choca, assim, a comunidade. Quando já vê no jornal, já vê que vai parar aqui com a gente depois. E aí alguns casos a gente é obrigado a internar essa pessoa. Até pra tratamento, ou pra avaliar bem todos os aspectos, porque isso envolve toda a vida dele e das vítimas. [...] às vezes deixa internado um mês, quinze dias, faz todos os testes, faz testes de personalidade, faz... Avalia, do ponto de vista comportamental, enfermagem[...] Então, às vezes, tem que internar o periciando pra poder fazer esse tipo de avaliação (SIC).

[...] casos que não tem condições de tratamento ambulatorial, ou aqueles em que a própria presença do indivíduo na sua comunidade seja considerada um risco pelo delito que ele cometeu, não só pra família ou pras pessoas a volta que tão muito inseguras porque não sabe como ele vai se comportar, aí precisa de um tempo de afastamento realmente. Ou pra ele mesmo[...].

Os relatos mostram que, além da proposta de tratamento, em Santa Catarina a condição de internação do ‘louco infrator’ depende da política pública também para encaminhamento a tratamento psiquiátrico, política que insiste na ideia de *proteção* dos sujeitos e seus familiares, ou que provoque mudanças de hábitos. Estas justificativas e a condição de

precariedade de rede de atenção das políticas públicas no estado mantêm a condição de internação no HCTP como alternativa recorrente e, ainda, como socialmente aceita.

7.3.2 Sobre o 'louco infrator': [...] Olha só que nome [...] (SIC)

Ao longo deste trabalho pôde-se verificar uma *infinidade* de termos utilizados para definir ou personificar aquele que eu decidi chamar de 'louco infrator'. Para este item do trabalho, tomo emprestada a fala de um entrevistado para explicar ou justificar o título desta seção. A expressão utilizada pelo entrevistado diz bem do *embarço* que a necessidade de designar esses sujeitos provoca. Para demonstrar o leque de termos utilizados pelos entrevistados para nominar o 'louco infrator', fiz um recorte nas falas para dar visibilidade à quantidade dessas designações:

[...] Assim ó, o quê que acontece? Pra... Como nós trabalhamos pra área criminal, então nós usamos muitos termos do judiciário. Então, o quê que acontece? Quando ele tá na fase policial, ele é o indiciado. A partir do momento que ele começa já o processo na fase judicial, ele é um réu, ele é o acusado. A partir do momento que ele recebe a sentença, mesmo sendo medida de segurança, ele já é um apenado. Então, nós usamos muito esses termos do judiciário. Aqui, internamente no Hospital de Custódia, nós tratamos todo mundo como paciente, todos eles como paciente. E, a partir do momento que ele é desinternado, nós usamos o termo egresso (SIC).

A gente tá sempre aprendendo e a prática, o corpo a corpo com o doente mental, com o paciente mental, o doente com transtorno mental te ensina muita coisa [...] (SIC).

Nós temo que ter organização, somos uma unidade prisional, apesar de não trabalharmos como uma unidade prisional, porque seja réu solto, seja preso que vem pra dar tratamento de outra unidade prisional, essa coisa toda, passou do portão pra dentro a gente o trata como paciente, não mais como preso. É paciente, porque ele tava... Quem faz tratamento o quê que é? Não é preso, é paciente. Quem tá numa unidade hospitalar não é preso, é paciente [...] (SIC).

Ele tá dentro numa unidade hospitalar. Quem... Seja uma unidade hospitalar, clínica psiquiátrica, é paciente, quem adentra. Pra nós é paciente. E isso é... A gente o trata como paciente, porque a gente tem que dar tratamento para paciente e não para preso. Lógico, a gente tem uma organização, tem que cuidar pra que esse cara... Muitos deles vieram do sistema prisional, vem com maldade sim. Então, temos que ter a segurança por trás disso, enfim. Mas a gente tenta tratá-lo como paciente, tentamos dar o tratamento melhor possível pra que esse cara saia melhor do que chegou (SIC).

['louco infrator'] Parece ser meio pesado, 'louco infrator'. Mas é... Eu sei lá, doente mental em transtorno... Doente mental em conflito com a lei, dá pa fugir disso? Será que eles não são mais inteligente [...] eles são doentes mentais sim, mas não menos inteligentes nem menos habilidosos do que a gente. A gente só tinha que descobrir a habilidade de cada um, é isso que a gente tenta fazer aqui. Nós temos um paciente ali... Pode ser o 'louco infrator', porque realmente ele é um louco e tá em conflito com a lei, então é infrator. Em Minas Gerais, é o PAI-PJ [Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental], programa de atendimento à pessoa jurídica ou ao infrator jurídico, alguma coisa tipo assim. Ele é infrator? É. Ele é louco? É. Ele é doente mental. Qual é o sinônimo de doente mental? É louco. Nós tratamo como paciente, porque ele tá dentro da unidade hospitalar (SIC). São utilizados, enfim, tudo o que consta ali no processo, as informações dos autos, a avaliação do periciado, o exame de estado mental do periciado, a avaliação do contexto histórico de doença ou não à época dos fatos [...] (SIC).

Nós trabalhamos com as pessoas que estão internadas; então, a partir de 2012, final de 2011, 2012, que foi montado aqui no Hospital o programa de acompanhamento ao egresso, o Hospital já desenturmou em torno de 190 pessoas [...] (SIC).

Em que pese alguns, uma ou outra ainda tem essa resistência em trabalhar com doente mental que comete crime [...] (SIC).

[...] "tu tens amigo doente mental em conflito com a lei?" As pessoas pensam, eu já vou emendando "não é aquele vida loca, aquele que toma umas cervejinha a mais e dirige, fala besteira... Não, transtorno mental em conflito com a lei"[...] (SIC).
 [...] foi pra penitenciária, foi pro Hospital de Custódia, virou preso, exsentenciado com transtorno mental. [...] (SIC).
 [...] Aí ele começou a olhar lá, a cadeia cheia de louco, pessoas com transtorno mental, disse "é, quando eu sair daqui..."[...] (SIC).
 [...] é um doente mental, mas o doente mental já foi preso, ele é bandido, ele é perigoso, ele é criminoso[...] (SIC).

As falas apresentam traços que podem revelar pistas sobre a eleição de determinado termo em dados momentos. As expressões não estão identificadas ao longo deste texto, porém, a análise das narrativas revela que o mesmo profissional pode, em determinados momentos, fazer referência aos sujeitos em questão (*'louco infrator'*) de formas diferenciadas.

Este movimento pode ser atribuído a uma preferência do narrador a partir da perspectiva assumida no momento da fala. Percebe-se, quando se trata de questões técnicas que mencionam política pública ou até mesmo a atuação profissional, os termos e locuções acompanham o que Braga (2013) aponta como tendência em adotar a perspectiva de direitos humanos, que considera mais a vulnerabilidade dos sujeitos do que a periculosidade que representam para a sociedade:

Esta transição está ligada a uma reformulação no âmbito das políticas públicas, de justiça e saúde e também de assistência social, no sentido de paulatinamente adotar uma perspectiva de proteção dos direitos humanos do cidadão em meio a uma abordagem já consagrada de defesa da sociedade. Nesta direção, uma série de programas em torno da questão do confinamento reformulou sua terminologia para se referir à parcela da população beneficiada por suas ações, a população psiquiátrica, passando a ser designada "pessoas portadoras de transtorno mental" e não mais "doentes mentais" em âmbito governamental; a penitenciária, "pessoas privadas de liberdade" e não presos; a infanto-juvenil, que comete infrações,

“jovem em conflito com a lei” e não “menor infrator”; os antes nomeados “mendigos”, sendo designados agora “população em situação de rua” e os “viciados”, chamados “pessoas em uso indevido e/ou prejudicial de álcool e outras drogas”, entre outros termos visando a dissolver o estigma voltado para as “pessoas” que configuram essas “populações” (BRAGA, 2013, p. 2).

Esta perspectiva de utilização de termos vinculados à política pública, apontada pelo autor referido, aparece, nas falas, conjugada a outros termos, conforme apontado anteriormente. Infere-se que há uma tendência a se utilizar termos que acompanhem o discurso profissional, como, por exemplo, a formação jurídica. Prevalece a mesma tendência quando os discursos passam pelas vias afetivas, entendendo-se *afeto* como sinônimo de *afecção*¹⁴, de algo que afeta. Infere-se que os discursos profissionais, técnicos e políticos são perpassados por discursos ‘afetivos’ e que *escapam* quando não protegidos por filtros apropriados, cunhados para fins de aceitação social.

¹⁴ Considera-se a noção de afeto e afecção de Espinosa, que dizia: [...] Por afeto compreendo as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções. Assim, quando podemos ser a causa adequada de alguma dessas afecções, por afeto compreendo, então, uma ação. (ESPINOSA, 2008, p. 163). Em suma, aquilo que mobiliza, que aumenta ou diminui a potencia de ação.

8. SOBRE AQUILO QUE ESCAPA ÀLENTE DA CÂMERA: VÍVIDOS

O último item sobre “o *‘louco infrator’*: [...] *Olha só que nome [...] (SIC)* inicia o resgate do tom assumido no início do trabalho e abre caminho para esta seção que trata de minha compreensão dos elementos resultantes da pesquisa. A *grosso modo*, dedico esta seção à apresentação da fotografia do panorama da avaliação e aplicação da medida de segurança, a partir da perspectiva por mim assumida neste trabalho.

Quando, por minha escolha, preferi ‘apartar’ minhas considerações das dos entrevistados, eu o fiz tomando em consideração a autorização dos entrevistados. O testemunho transcrito nas próximas linhas considera o vivido, o tempo vivido¹⁵, aquilo que não está dito, o que aparece nas entrelinhas das falas e é percebido pelas afecções que arrebatam o pesquisador, que se propõe a vivenciar um campo experimental suspendendo preconceitos. Os entrevistados autorizaram a apresentação de uma fotografia das falas com os elementos ali presentes. Todavia, para alcançar a compreensão do objeto, é necessário ir além, e apresentar o que está posto e disposto além das falas. É preciso falar da ambiguidade, dos vivos que projetam atos. As personagens e os atos foram apresentados. Como ditam a norma e o compromisso ético com a norma, as personagens foram fotografadas e apresentadas; o ‘vivo’, porém, escapa às lentes. Permanece como intencionalidade, expressando-se nas ambiguidades, no chiste, na graça, no tropeço, nos afetos. É disso que tratarei nas próximas linhas.

Vivos são tratados aqui como aquilo que não está teorizado, que não está ao nível da reflexão e consciência. Vivos são tratados aqui como aquilo que embasará uma reflexão, uma teorização, uma conscientização futura. Vivo aqui dá sentido ao que meu corpo vivo carrega de outrora, de um tempo vivo passado, que se reapresenta no presente, no encontro com a subjetividade e o os objetos mundanos e que visam um horizonte de futuro. Vivos aqui, são tratados como constituidores de subjetividade que está para além do mundo físico, dos objetos e do corpo físico. A forma como trago vivo nesta dissertação aproxima-se da noção de corpo vivo de Merleau-Ponty (2006) e também

¹⁵ O tempo vivo aparece como um fundo invisível em torno de uma materialidade; apresenta-se sob forma de afeto (ansiedade, angústia), de mobilização. Minkowski (1973) faz referência ao tempo vivo como pertencente à subjetividade de cada indivíduo.

da noção de self e temporalidade propostos por Rosane Lorena Granzotto e Marcos José Muller (2007, 2012, 2009).

Muito embora as reflexões acompanhem esta seção, busco aqui aproximar o leitor da minha vivência, dos meus vividos, frente à esta temática.

Em umas das *andanças* pela trilha da psicologia, certo ano, participei de um projeto¹⁶ voltado a sujeitos diagnosticados como *psicóticos*, e a suas famílias. Uma das participantes do projeto, mãe de um *autista*, num dos momentos em que afetuosamente oferecia um café a mim e à minha colega de projeto, enquanto versava sobre as *dores* e os *guardados* da vida de cuidadora, nos disse: “*O ausente não pode ser tocado.*”

Esta frase reverberou em muitas ocasiões enquanto as entrevistas e visitas ao HCTP eram realizadas. Uma anotação em meu diário de campo lembrou-me disto.

‘*O ausente não pode ser tocado*’ resume a condição do ‘*louco infrator*’ em Santa Catarina. A ingenuidade passa longe e deixa a dolorosa consciência de que este é um retrato do que ocorre em muitos outros estados da Federação, não apenas em Santa Catarina.

Estar *ausente* da sociedade, seja por uma pretensa proteção ao sujeito ou à sociedade, impede que, como sociedade, tratemos da situação do ‘*louco infrator*’. Deixa-se a tarefa de operar com esta situação aos que são responsáveis por deixá-los ausentes, seja a medicina, através da medicalização ou internação, seja a justiça, através da determinação de internação no HCTP, ou seja, o Estado, que mantém a estrutura do HCTP. Estes atores impedem que a sociedade *toque* os *loucos infratores* e seja *tocada* por eles. A *ausência* se torna, em nome da pretensa proteção, referência de cuidado. A ausência social do ‘*louco infrator*’, a ausência da sociedade na discussão de sua condição, a ausência de políticas de atenção e proteção são recorrentemente reiteradas, e até com certa naturalidade, nas queixas e na culpabilização dos ausentes.

A forma clichê, e até mesmo protocolar, para fazer referência à condição de *ausência* do ‘*louco infrator*’ faz lembrar as análises da filósofa Hannah Arendt a respeito do julgamento de Adolf Eichmann¹⁷. A naturalidade como são tratadas as questões de internação, de isolamento, de condição carcerária para tratamento de saúde mental, de inexistência

¹⁶O projeto Inclusão Psicossocial na Cultura foi realizado de 2013 a 2014, com apoio do Ministério da Cultura, através da Lei de Incentivo à Cultura.

¹⁷ Adolf Eichmann, oficial nazista julgado em Jerusalém. Hannah Arendt acompanhou o julgamento como correspondente do jornal The New Yorker.

de apoio extramuros e até de aceitação da medida de segurança como é posta oficialmente, sem questionamentos sobre a sua validade ou serventia, afasta a necessidade de pensar na realidade e parece ter como função proteger da exigência de reflexão que a situação exige.

Clichês, frases feitas, adesão a códigos de expressão e conduta convencionais e padronizados têm como função socialmente reconhecida proteger da realidade, ou seja, da exigência do pensamento feita por todos os fatos e acontecimentos em virtude de sua mera existência. Se respondêssemos o tempo todo a esta exigência, logo estaríamos exaustos. Eichmann distinguia-se do comum dos homens unicamente porque ele, como era evidente, nunca havia tomado conhecimento de tal exigência (ARENDDT, 1995, p. 6). Sendo assim, a repetição irreflexiva protege de uma realidade, de uma dura realidade e da exaustão que refletir sobre essa dura realidade pode provocar. Trata-se de uma *banalização* da condição de precariedade com requintes de crueldade.

A ausência não fica descortinada e está sempre protegida pelos códigos, pelas condutas oficiais, pela padronização que não destaca uma opinião singular, uma subjetividade, um vivido. Tratar o *'louco infrator'* como *"pessoas adultas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei"* parece não mudar a condição de "bestas feras" (BRAGA, 2013, p. 18) destes sujeitos diante da sociedade. Incluir sua situação de vulnerabilidade nos termos para denominá-los não altera, em nosso estado, a ausência de políticas públicas nos seus cuidados.

Prova disto é a paralisação do *Plano de Ação para estratégia de redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei*. Trata-se de um documento intersetorial, assinado em 2015 pelas secretarias de Estado de Assistência Social, Trabalho e Habitação, pela Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania e pela Secretaria de Estado de Saúde. Além da proposta de composição de equipe multidisciplinar para atender às situações de medida de segurança em Santa Catarina, a construção do plano exigiu um grupo de trabalho com membros originários de diversas entidades, representantes do poder público estadual e federal, com o objetivo de discutir a implantação de estratégias de atenção ao *'louco infrator'*. Foi a oportunidade pensar nos clichês, nas frases feitas, nos códigos de expressão e nas condutas convencionais e padronizadas no estado de Santa Catarina. Este grupo foi desfeito em função da inércia no andamento do plano de ação. A proposta de ampliar a discussão e envolver outros setores nas ações hiberna e, com isso, o panorama da avaliação e aplicação da medida de segurança mantém-se refém de ações isoladas do poder judiciário, continuando a ser este o único órgão visivelmente capaz de provocar alguma instabilidade

nas demais instâncias. Em Santa Catarina, ele, o '*louco infrator*', continua *louco* porque não há eficiente atenção das políticas de saúde sobre suas vulnerabilidades, e continua *infrator* porque continua em *cumprimento de pena*, preso a uma *unidade prisional*, seja internado no HCTP, seja em tratamento ambulatorial sob supervisão do HCTP. Ademais, a efetivação do plano de ação seria a oportunidade de pulverizar as responsabilidades sobre as ações junto ao '*louco infrator*', tendo em vista, por exemplo, a possibilidade de uma equipe multidisciplinar assinar os laudos.

Não há como discorrer sobre medida de segurança em Santa Catarina sem fazer menção ao HCTP, que em nada difere dos tempos mais remotos. Mais ainda, toda condição de avaliação, aplicação e também de cessação da medida de segurança está atrelada ao HCTP. Este panorama, que em alguns países e em alguns estados brasileiros ficou no passado, mantém-se com poucas perspectivas de mudanças em Santa Catarina, já que este é um assunto delegado ao poder judiciário e ao sistema de segurança do Estado.

Sobre o campo de direitos, não há como garantir direito diante de tanta *ausência* sustentada pela presença do HCTP. Fernanda Otoni Barros-Brisset afirma que “[...] onde encontrarmos a razão da manutenção do manicômio judiciário, não encontraremos o sujeito e o campo dos direitos” (2010, p. 85). Se não há rede - e uma rede é feita de buracos -, não há buraco, pois, a condição está solapada, preenchida pelo HCTP. Então, a discussão do campo dos direitos inevitavelmente passa pelos crivos da segurança pública e da justiça, e muito pouco pelos crivos da assistência e da atenção psicossocial.

Os *direitos dos loucos infratores*, se é que existem, estão pautados nos conceitos e na lógica da periculosidade e da psiquiatria forense. A lógica da proteção é aplicada em base a hipóteses de como se deu o instante do ato. Uma relação de causalidade que se estabelece hipoteticamente entre a patologia e o ato. Ademais, além do ato infracional cometido, a avaliação passa a considerar a possibilidade de o indivíduo vir a cometer outro delito em função da patologia. A periculosidade baseia-se na linearidade da patologia como causalidade do delito e inclui uma virtualidade hipotética de um *por vir*. O sujeito passa a ser avaliado pela possibilidade de “*vir a cometer*” uma infração, em bases lineares de causa e consequência. Esta condição é assegurada pela aliança firmada entre judiciário, segurança pública e medicina forense. A lógica da periculosidade assumida por esta aliança considera a necessidade de *prevenção* de atos futuros. Sendo assim, convocam-se equipes e dispositivos de segurança para *fazer* e *agir* sobre algo que

hipoteticamente pode vir a ser, associando periculosidade e maldade a loucura:

O lastro para a aplicação do direito penal deixa de ser a punição de um crime pretérito – do qual o agente, obviamente, não tem culpa, pois cometeu dominado por forças acima e além de uma hipotética vontade que o positivismo nem crê que exista. Passa a ser a prevenção de crimes futuros e inevitáveis, a serem cometidos por esse sujeito irremediavelmente mau contra os demais sujeitos irremediavelmente bons, a quem compete proteger para zelar pela evolução adequada da sociedade (JACOBINA, 2008, p. 85).

A associação entre periculosidade e loucura corrobora a não implantação de medidas e iniciativas inclusivas. Isto está dito nos relatos dos profissionais entrevistados. O que não está dito é que não há nada que possa diferenciar o grau de periculosidade entre esses sujeitos que estão em avaliação e qualquer outro indivíduo. O perigo de atentar contra os preceitos morais e éticos da sociedade está em todos; então, de fato, não há o que me diferencie, em termos de periculosidade, daqueles sujeitos em medida de segurança.

A medida de segurança, tomada como medida de proteção, em nada reflete ideias de tratamento e cuidado com base no acolhimento, já que os sujeitos infratores inimputáveis responderão antecipadamente por algo que se presume que a periculosidade possa vir a cometer. Paradoxalmente, aos inimputáveis é aplicada uma medida de contenção, seja física (pela internação), seja moral (pela vigilância). Até que a sociedade não se sinta mais ameaçada por ele, ele deve estar *protegido* em um sistema de segurança, seja dentro do HCTP, seja fora dele, através de outros dispositivos de vigilância e contenção.

A aliança entre Judiciário, Segurança Pública e Medicina Forense operacionalizam a lógica do tratar/banir/proteger/culpar, mas todos aqueles atores - todos nós - que não se conectam à discussão, mesmo quando convocados, fortalecem a manutenção desta lógica ambígua de trabalhar e de destinar energias para tornar o HCTP um local *melhor, agradável e terapêutico* aos olhos da sociedade.

A medida de segurança revela-se um lugar em que se descortinam as relações de saber e poder, que precisam ser escutadas, observadas, analisadas e vivenciadas pela sociedade. Manter a marca da ausência nesta seara perpetuará essa condição, mantendo longe e banido aquilo que não se quer ver e impulsionará, sob as palmas da sociedade, energias para

melhorar e tornar agradável aquilo que comprovadamente é o *pior do pior*¹⁸.

As tensões no campo de atuação da medida de segurança demandam com máxima urgência maior articulação de todos os campos envolvidos com a perspectiva de garantia de direitos, que estejam menos preocupados com a periculosidade e mais engajados com a ampliação de laços de sociabilidade. A presença do HCTP na conjuntura da medida de segurança em Santa Catarina parece adiar a articulação dos envolvidos. A cidade, a sociedade, não toma para si o dever de integrar, nem ao mesmo se preocupa com a disponibilidade de recursos locais para integração, mantendo como dever cuidar/punir/vigiar, aceitando o HCTP como resposta estatal.

A banalização das situações de encarceramento, a falta de estranhamento diante da manutenção de medidas excludentes e sem amparo de políticas públicas, a falta de controle social de organizações da sociedade civil no tensionamento dos gestores responsáveis pela necessária implementação de propostas de políticas públicas de atenção fortalecem a manutenção do quadro de precariedade da rede, que faz alguém dizer que [...] *ele tá melhor tratado no Hospital de Custódia do que na rua ateando fogo, jogando pedra em carro*" (SIC).

O que está inscrito, mas não dito, na medida de segurança, é a habilidade de prever, quase pressagiar, a probabilidade de um sujeito colocar a si ou a outros em perigo. Este *poder* está delegado à caneta fria da aliança entre judiciário, segurança pública e médicos peritos, avalizados pela noção de periculosidade.

A noção de periculosidade torna o incidente da insanidade mental – definido "*estado temporário de loucura*" – em condição permanente diante dos olhos sociais, alimentando a recusa ao acolhimento e à reinserção, além de solidificar traços diagnósticos permeados de estigma, medo e preconceitos.

A medida de segurança pode ter fim no fluxo operacional adotado em Santa Catarina, mas ela não finda aí, na decisão de desinternação ou de emissão do laudo de cessação de periculosidade. Ela acompanha o sujeito que se tornou a besta que um dia *feriu, atacou o bando*; portanto, deve ficar sob os olhos de procedimentos jurídicos e dispositivos políticos de controle para proteção da sociedade, para proteção do *bando*.

Ainda que o HCTP empenhe esforços para promover a desinternação dos *loucos infratores* após a determinação judicial, as

¹⁸ Termo utilizado pelo Conselho Federal de Psicologia em documentos e posicionamentos em meados de 1998.

saídas, consideradas inéditas, estão alicerçadas em lógicas de vigilância e controle, retroalimentando o judiciário e o próprio HCTP sobre a condição de vida dos sujeitos desinternados. Não há, de fato, liberdade após o cumprimento da medida de segurança, já que os *braços da lei* oalcançam diante de qualquer atitude que possa ameaçar a ordem social.

A avaliação e a aplicação da medida de segurança em Santa Catarina se dão na emaranhada disputa de projetos éticos. Isto é inegável, conforme se observa nos discursos dos entrevistados e dos documentos oficiais. Como exemplo, pode-se citar a opinião de um dos entrevistados sobre a questão de leitos psiquiátricos e internações:

[...] a medida de segurança não é para substituir o hospital. Precisamos de leitos psiquiátricos. Precisamos contê-los com dignidade (SIC).

Está inscrito aí muito mais do que uma opinião sobre a medida de segurança e sobre a necessidade de leitos psiquiátricos. Nessa opinião, o que há de fato expresso é uma proposta de projeto ético sobre como assistir, sobre formas de agir. Um projeto que na ação desenha um horizonte de ações muitas vezes na contramão de outros projetos éticos de cuidado.

As lutas políticas, as disputas éticas e a ausência de debate técnico interdisciplinar parecem reforçar a condição estabelecida para medida de segurança em Santa Catarina. Discussões e questionamentos incipientes - como *“de quem é a responsabilidade sobre o ‘louco infrator’?”* - passam longe do que se preconiza como trabalho e cuidado em rede, como atenção integral aos sujeitos. As saídas pensadas são saídas de cena, são de tentativas de desresponsabilização, pelas quais cada ator político busca, em alguma medida, não operar com as medidas de segurança. Não aparecem as corresponsabilizações, as cooperações.

Existem diferenças em outros países. Poderia citar a Itália, mas as diferenças contextuais mantêm esse horizonte utópico para o Brasil. Nem é preciso ir tão longe. No Brasil mesmo existem diferentes experiências e diferentes mobilizações para mudanças. Fernanda Otoni Barros-Brisset (2010) descreveu como as discussões políticas, éticas e técnicas avançaram na construção do PAI-PJ:

[...] contamos com um Tribunal de Justiça, um Ministério Público e uma Defensoria Pública que decidiram que a questão do ‘louco infrator’ é um compromisso de toda sociedade e que cabia aos operadores do direito seguir o que manda a lei, mas que a solução do problema não se encerrava na letra

fria da lei; precisava seguir o que a experiência em saúde mental ensinava, desde os tempos basaglianos, a saber: dispensar a referência lombrosiana. Para tanto, apostou num dispositivo conector entre a justiça e a saúde, criando um órgão auxiliar para realizar o acompanhamento destes casos, responsável pelo encaminhamento e acompanhamento destes pacientes judiciários na rede SUS – criou-se o PAI-PJ. Mas, sobretudo e fundamentalmente, Belo Horizonte tem uma rede municipal de saúde mental que funciona de um modo complexo, muitas vezes tenso e constrangido, mas é uma montagem viva, que suporta o risco como é possível. Nesta rede tem cabimento o tratamento do ‘louco infrator’ em qualquer fase do processo, sem recuar diante do seu compromisso com a invenção de soluções razoáveis no tratamento do sofrimento mental (2010, p. 88).

Alguns autores defendem que a justiça penal não deve se ocupar da loucura, já que “onde existe a loucura, não pode existir crime. A justiça não trata. A justiça apenas julga quem tem capacidade para ser julgado. Uma vez diagnosticada a doença mental, o Poder Judiciário perde sua competência (MONTEIRO, 2012, p. 20). Mesmo que não esteja dito, está posto que em Santa Catarina cabe ao judiciário a responsabilidade sobre o *‘louco infrator’*. Ainda que o HCTP, como unidade prisional, ocupe posição central nas questões de medida de segurança, e ainda que os médicos peritos assumam a responsabilidade em indicar ao judiciário como se deve conduzir o processo do *‘louco infrator’*, a justiça mantém-se no processo como fiel da balança, mesmo que nos discursos defenda a participação da medicina e de outras disciplinas no *tratamento* dos que, já julgados, são inimputáveis. Os inimputáveis ainda estão a cargo da justiça.

A inimputabilidade, que concede *o direito a tratamento*, acaba por invalidar a fala e o pensamento do sujeito, impondo-lhe uma forma de pensar e agir conforme os modelos impostos por quem é atribuída sua *tutela*, no caso, o Estado. Deflagra-se a ambiguidade de desresponsabilização e *culpabilização* do sujeito pelo seu banimento da vida social. Um círculo que não tem fim. O sujeito julgado irresponsável por seus atos, delitos, será *culpado* por seu banimento até que não represente mais riscos. O autor, que passa a ser vítima pelo discurso do Estado, pois é um *vulnerável* (segundo a terminologia política) que

precisa de tutela, é *culpado* por seu destino de encarceramento, já que é *portador de doença mental*.

O mesmo Estado que toma para si a responsabilidade de determinar a vida dos sujeitos em medida de segurança, não se responsabiliza por criar uma rede de apoio que sustente esses indivíduos fora dos muros do HCTP e opta por investir no confinamento, furtando-se a discutir outras formas de assistência. A responsabilidade, enfim, deixa de ser do Estado como um todo, e portanto da sociedade, e passa a ser da Justiça e dos técnicos do HCTP.

Em nome da ordem, da razão, da segurança e de uma perspectiva de tratamento, justificam-se ações com bases punitivas, de isolamento, que reforçam o estigma do *'louco infrator'* e o mantêm a distância do convívio social. Em nome de crises financeiras e de administração de recursos, justificam-se poucos investimentos de tempo e dinheiro em ações que levem em consideração a forma peculiar de ser, de agir e de pensar e que vise genuinamente à reintegração. Mantém-se a não responsabilização dos sujeitos em nome da periculosidade; mantém-se o estado de exceção e, por extensão, a lógica da segregação mantida e alimentada pela continuidade e existência de uma estrutura manicomial prisional.

As falas singulares possibilitam uma visão daquilo que é universal, compartilhado e vivido em comum. É possível perceber que, em paralelo a cada entrevista, explicita-se a necessidade de políticas públicas que ampliem e modifiquem a lógica da exclusão, muito embora o discurso pareça tão distante da prática, talvez pela falta de interesse político, talvez por ideologias dominantes, mas, muito, pela falta, pela omissão diante da complexidade de se pensar a *loucura*.

O papel a ser desempenhado pelos agentes das políticas públicas no cuidado na dimensão política (MULLER-GRANZOTTO & MULLER-GRANZOTTO, 2012), na qualse promove a interlocução nos casos em que se verifica instabilidade no campo social, com aposta em transformações e no surgimento de formas de inclusão ou de proteção no meio social, esse papel não aparece, praticamente inexistente, ou é ineficaz. Mesmo que se considere a atuação de ATs e de uma equipe para acompanhamentos dos egressos, neste trabalho ficam ocultadas a indisponibilidade e a precariedade da rede de atenção. Atos políticos voltados à sensibilização e à mobilização em prol do fortalecimento das políticas públicas de atenção psicossocial são timidamente realizadas, talvez pelo entendimento do trabalho cumprido e realizado junto aos loucos infratores através do HCTP, pensamento mais que necessário para

que os trabalhadores desses espaços possam sobreviver na precariedade oferecida pelo Estado.

Se a gestão política fosse feita por vários, mesmo que houvesse um dispositivo conector que articulasse as ações dos operadores do direito com os equipamentos da rede pública municipal em saúde mental e de assistência social, com orientação para a singularidade clínica, social e jurídica, o resultado poderia ser o fortalecimento da atividade política, do cuidado no campo político, em favor de *êthos* (ἠθωζ) no sentido de *morada* ou de *abrigo*, respeitando as formações individuais possíveis diante de determinados meios e campos, apoiando o sujeito em suas tentativas, oferecendo ao outro o direito de sentir o gosto de viver, seja como for, e de fazer parte.

9. POR FIM

Reservei esta seção para que as considerações finais possam conter pelo menos alguma dose de otimismo. Tarefa difícil em meio ao panorama *lancinante*. Esta foi a palavra escolhida para definir este retrato final: *lancinante*. Mas, como disse, também há reservas de otimismo, sobretudo quando recolho *tempo vivido* nas minhas caixinhas de guardados, e neles reconheço falas, personagens e até mesmo ações que contrastam, que oferecem acolhimento, *uma toca* para aqueles que não têm lugar. Acho que precisamos falar das pedras, que é preciso provocar algum desvio – *clinamen* - para provocar instabilidades, estranhezas que possam levar à reflexão, que possam promover mudanças.

A tarefa árdua desta pesquisa não está em descrever os fluxos operacionais da medida de segurança em Santa Catarina. Nem mesmo em relacionar as percepções dos entrevistados com o que está em voga no panorama científico e nas publicações oficiais. A grande e difícil tarefa está em descrever o que não está dito, o que pôde ser sentido e vivido durante a imersão na pesquisa.

As personagens e os atos auxiliaram na descrição do fluxo de indicação e na aplicação da medida de segurança do sistema judiciário em Santa Catarina; também revelaram as convergências das políticas de atenção psicossocial com o sistema judiciário, que se revela o grande responsável pelas questões que envolvem a medida de segurança em Santa Catarina. Embora esta condição histórica tenha sido superada em alguns estados brasileiros, e em outros países, neste estado o sistema detém as discussões e os encaminhamentos.

Os elementos das narrativas e o como estas dialogam com os autores de publicações consultadas no levantamento bibliográfico foram organizados em temáticas, após o devido tratamento dos elementos, com base na fenomenologia e na hermenêutica.

Na temática sobre dispositivos e equipamentos das políticas públicas, forneci um panorama das convergências – ou não interações- dos dispositivos de saúde, atenção psicossocial e de cuidado socioassistencial. Não há como negar a existência de uma convergência, mas a discussão ainda continua rudimentar no plano do judiciário e da segurança pública, com pouco ou nenhum envolvimento da rede socioassistencial e de atenção psicossocial. Nos depoimentos também se enfatizaram elementos para a discussão das terminologias utilizadas para nominar e designar o '*louco infrator*'. Os termos são utilizados conforme a conveniência da discussão ou da narrativa, em geral termos técnicos, comuns às políticas públicas ou às disciplinas de atuação. A narrativa

busca manter um rigor técnico; porém, quando alcança ordens afetivas, utilizam-se termos politicamente incorretos, de senso comum ou que não incluem a vulnerabilidade dos sujeitos.

Com base nas experiências práticas dos profissionais entrevistados, pude traçar um fluxograma do processo realizado atualmente sobre os procedimentos para a avaliação e a aplicação da medida de segurança em Santa Catarina.

O HCTP aparece, marcadamente, como elemento central e centralizador das ações que passam pelo sistema judiciário e das respostas às demandas a ele encaminhadas. Ao HCTP igualmente se atribui a responsabilização pelo processo de reinserção social e de desinternação, além da tarefa de *monitorar* as cessações de periculosidade que permanecem sob *cuidados e olhares* da lei.

Na temática de atuação técnica profissional, foram apresentados os atores responsáveis pela avaliação e a aplicação da medida de segurança em Santa Catarina. Aparecem, como atores principais, a classe médica, responsável por assinar os laudos de periculosidade e cessação de periculosidade, e os operadores do direito, responsáveis pelo ponto de partida para a avaliação na instauração do incidente de insanidade mental. O sistema judiciário, embora historicamente atuante nos processos que envolvem os *'loucos infratores'*, hoje toma a medicina como auxiliar na condução destes processos, dos quais se sente à frente e no comando. Também as frentes de trabalho estão localizadas no judiciário, embora isentas de pressão para melhorar o atendimento e a assistência ao *'louco infrator'*.

Também foram apresentados os atores coadjuvantes no estado de Santa Catarina. Os dispositivos de saúde e de assistência social, bem como os profissionais das diferentes disciplinas que deveriam participar das discussões e das ações voltadas às questões da medida de segurança e do *'louco infrator'* aparecem como coadjuvantes, sem expressão significativa, mas reconhecidamente participantes do processo. Não estão identificados, nem abertamente responsabilizados, mas aparecem como *auxiliares dos auxiliares*.

Todavia, para compreender a indicação e a aplicação da medida de segurança ao *'louco infrator'* recorri ao não dito, ao implícito, expresso nos retratos e nos elementos materiais angariados durante a pesquisa. Precisei incluir aquilo que estava nas entrelinhas, representado nos vividos. Para isso, reservei uma seção para nela elaborar minhas considerações relativas aos vividos a partir das afecções por mim percebidas. Dediquei esta seção a discorrer sobre as ambiguidades que compõem a temática da medida da segurança frente a uma hipotética

periculosidade, a uma hipotética proteção e defesa de direitos. As formas justificadas de banimento e responsabilização do sujeito sobre sua exclusão em nada acompanham o atualmente preconizado nas discussões intersetoriais e interdisciplinares de atenção psicossocial e acolhimento às diversas formas de se viver. A ausência de discussões corrobora a sedimentação de formas arcaicas de pensar a loucura e a relação com a sociedade. A ausência do trabalho político alimenta a precarização das formas de trabalho na atenção ao *'louco infrator'*.

Em busca de um fio de esperança, de uma perspectiva de vida diante do panorama que se apresentou, tenho recorrido a Nhinhinha, que inspirou meu trabalho. Como relatei nas linhas iniciais, foi um encontro marcante, surpreendente. O *monstro* apresentado pela equipe de enfermagem na clínica particular, nada mais era do que um ser humano. Confirmei as palavras de Fernanda Otonide Barros-Brisset: o que ali aconteceu foi que “[...] o monstro, o louco, desapareceu quando o sujeito apareceu, mesmo que irregular, de um jeito meio louco de ser¹⁹. Posso afirmar que naquele momento, despida dos significantes obscuros sobre o *'louco infrator'* pude encontrar, em sua pessoa, o ser humano. O encontro com o chamado *'louco infrator'* para encontrar o ser humano não deixa de existir diante da infração social. Enquanto houver dispositivos que evitem este contato, enquanto houver dispositivos que sedimentem e reforcem o imaginário da *loucura perigosa*, este encontro não será possível.

A dose de esperança que Nhinhinha injeta neste trabalho está na possibilidade de se encontrar o sujeito, o humano, naquele que vem carregado de vividos e de adjetivos. Está no encontro da possibilidade de falar daqueles que na prática são vítimas, no mínimo, de preconceitos, lançados à sorte e ao julgamento da opinião pública, carregados pela história da autoria de um crime que muitas vezes os condena à internação perpétua. A dose de otimismo está na possibilidade e na tarefa de refletir sobre os vividos e os atos de nossas vivências com os sujeitos ditos *'loucos infratores'*. Em favor de uma clínica de um cuidado como *“clinamen”*, que ultrapassa a condição de tutela e de passividade do assistido e considera o sujeito autor e protagonista de sua história. Nhinhinha representa a possibilidade disso tudo. Representa a possibilidade de ser assistida por uma rede e não necessitar de internação ou contenção. A rede de atenção psicossocial, a rede de atenção básica no território acolheu Nhinhinha. Ambas, Nhinhinha e a rede, fragilizadas e cheias de buracos, mas assumidamente corajosas em assumir seus buracos e fortalecidas

¹⁹ Florianópolis (2016). Evento da Escola Brasileira de Psicanálise.

pelos *nós*, dispostas a escrever um rumo diferente aos que caem na malha da justiça. A crise, a ausência de um dispositivo de contenção para Nhinhinha no Estado, um *buraco* no sistema deu lugar à criação da rede. Uma aposta que a rede cheia de buracos poderia acolher Nhinhinha. E assim foi. Recebeu *altaporque ali não era um lugar para ela*²⁰, conforme discurso das equipes que acreditavam que ela deveria ir para o presídio feminino aguardar a sentença. Diante da possibilidade de voltar para casa, ela e sua família passaram a ser assistidos pelos dispositivos socioassistenciais e de atenção psicossocial do município de origem pelo tempo que acharam necessário. Contaram com a acolhida da comunidade e dos técnicos dos equipamentos, que, sensibilizados, afetados, suspenderam seus juízos e encontraram o sujeito. Não foi na clínica particular, que diz-se psicossocial, antimanicomial e interdisciplinar, não foi nos dispositivos criados pelo Estado para atender ao *louco infrator*, não foi pelo protocolo e pelos fluxos criados pelas gestões técnicas e tecnicistas que Nhinhinha foi acolhida. Ela foi sim acolhida pela rede de atenção básica e socioassistencial no seu território. Pela rede cheia de buracos. É neste lugar, na possibilidade de abrir buracos para se fazer rede, que Santa Catarina se encontra com a aposta do PAI-PJ, cujos responsáveis afirmam que “[...] no lugar de uma medida de segurança, apostamos que o que segura cada um é o suporte de uma rede, e, como diz Guimarães Rosa, “rede é um monte de buracos amarrados com barbante!” (BARROS-BRISSET, 2010, p. 88).

Findo este trabalho arriscando uma resposta à minha colega da defensoria pública que, em determinado encontro, questionou o grupo a pensar em *COMO* se gera uma lista de espera para internação no HCTP. Responderia a ela que esse *COMO* se faz pela ausência da rede e a ausência da rede se faz pela presença do HCTP. Uma rede pensada e efetiva acolheria os sujeitos vulneráveis. Dispositivos como HCTPs e medidas de segurança não seriam mais justificados, nem mesmo necessários.

É preciso descortinar as metáforas, as amenizações que mantêm o ‘*louco infrator*’ sem lugar ético, sem acolhida, com uma pseudoassistência dada pelos nomes e termos politicamente corretos à mercê do banimento e das injunções. Políticas públicas se fazem em campos de enfiamento, em luta por espaços políticos de ocupação nos

²⁰ Na ausência de HCTP feminino no estado e na indisponibilidade de vagas no IPQ-SC, a família, na tentativa de evitar que Nhinhinha fosse para um presídio aguardar a sentença judicial, internou-a em um hospital particular. Por sorte, ali também não era lugar para ela.

espaços sociais. O caminho político, de ação nas políticas públicas, pode oferecer ao *'louco infrator'* formas genuínas de inclusão antropológica, apartada da condição de periculosidade. A inclusão antropológica se faz com homens e mulheres, com ações de humanidade:

“[...] mesmo no tempo mais sombrio, temos o direito de esperar alguma iluminação, e que tal iluminação pode bem provir, menos das teorias e conceitos, e mais da luz incerta, bruxuleante e frequentemente fraca que alguns homens e mulheres, nas suas vidas e obras, farão brilhar em quase todas as circunstâncias e irradiarão pelo tempo que lhes foi dado na terra (ARENDRT, 1987, p. 7).

REFERÊNCIAS

- ARENDDT, Hannah. **A vida do espírito**: o pensar, o querer, o julgar. Trad. Antonio Abranches. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- _____. **Homens em tempos sombrios**. Trad. Denise Bottmann. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
- ASSMANN, H. *Reencantar a educação*: rumo à sociedade aprendente. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 251 p.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v. 20, n. 1, São Paulo, abr. 2010b. p. 83-89. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/11.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.
- BRAGA, M. B. e S. **De “louco infrator” a “pessoa portadora de transtorno mental em conflito com a lei”**: uma análise de categorias governamentais e processos de vulnerabilização. Disponível em: <http://anpocs.org/index.php/papers-37-encontro/st/st38>. Acesso em: 7 set. 2017.
- BRANCO, P.C.C. Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: percursos históricos e metodológicos. **Revista de abordagem gestáltica**: PhenomenologicalStudies, Goiania, v. 20 n. 2, p. 189-197, jul./dez. 2014.
- CASTRO, T. G. de. **Lógica e técnica na redução fenomenológica**: da filosofia à empiria em psicologia. 2009. 104f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.
- CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia. **Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira**: Limites e possibilidades (Locais do Kindle 1713-1715). Gramma. Edição do Kindle.
- _____; _____. **Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira**: Limites e possibilidades (Locais do Kindle 1715-1716). Gramma. Edição do Kindle.
- COHEN, C. Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime. In: **Medida de Segurança** – Uma questão de Saúde e Ética. São Paulo: Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

CORDEIRO, Q; LIMA, M.G.A. de. (Orgs.). **Medida de Segurança – Uma questão de Saúde e Ética**. São Paulo: Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

CORREIA, L.C., PASSOS, L.G. (Org.). **Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

CUNHA, C.C; BOARINI, M.L. **A medicina como voto de Minerva: o “louco infrator”**. *Psicologia & Sociedade*, v. 28, n. 3, p. 442-452, 2016.

ESPINOSA, B. (2008). **Ética**. Trad. Tomaz Tadeu. 2. Ed. Belo Horizonte: Autêntica.

GRAÇAS, E. M. das. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória. **REME**, Belo Horizonte, v. 4, n. 1/2, p. 28-33, 2000.

GRANZOTTO, R.L. **Gênese e construção de uma filosofia da gestalt na gestalt-terapia**. 2005. 131 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

HOLANDA, A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica, Lisboa**, v. 24, n. 3, p. 363-372, 2006.

JACOBINA, P. V. **Direito penal da loucura**. Brasília: ESMPU, 2008.

LEBRE, Marcelo. Medida de segurança e periculosidade criminal: medo de quem? Responsabilidades. *Revista interdisciplinar do programa de atenção integral ao paciente judiciário do TJMG – Medida de Segurança: do que se trata?* v. 2. n. 2. set. 2012/fev. 2013.

MALTA, L.L.; LIRA, M. C. Q. **Execução da medida de segurança: Reflexos da ausência de estabelecimentos adequados**. Disponível em: <http://enpejud.tjal.jus.br/index.php/exmpteste01/article/view/94/65>. Acesso em: 7 set. 2017.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. As contradições das medidas de segurança no contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista de Direito UPIS**, Brasília, v. 1, n. 1, jan. 2003. Disponível em: <http://www.upis.br/revistadireito/rev_dir_vol1.pdf>. Acesso em: 13 set. 2017.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, ed. 14, 2014.

MINKOWSKI, E. **El tiempo vivido**: estudios fenomenológicos y psicológicos. México D.F.: Fondo de Cultura Económica. (Trabalho original publicado em francês em 1933). (1973).

MONTEIRO, L. C. **O conceito de perigo em direito penal**: médicos juízes ou juízes psiquiatras? Disponível em: <http://revistametodologiaufba.xpg.uol.com.br/arquivos/artigo055.pdf>. Acesso em: 7 set. 2017.

MOTTA, M. G. C. da. **O Ser Doente no Tríptico Mundo da Criança, Família e Hospital**: Uma Descrição Fenomenológica das Mudanças Existenciais. 1997. 207 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO R. L. **Fenomenologia e gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2007.

MÜLLER-GRANZOTTO, Marcos José & Rosane Lorena. **CLÍNICAS GESTÁLTICAS - O sentido ético, político e antropológico da teoria do self**. São Paulo: Summus, 2012.

MÜLLER-GRANZOTTO, Marcos José & Rosane Lorena. **Fenomenología y Terapia Gestalt**. Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 2009.

NASCIMENTO, K.C; ERDMANN, A.L. Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: a teoria do cuidado transpessoal e complexo. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, março-abril; Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104-116920090002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 mai. 2016.

OLIVEIRA, A. C. de A. B. **“O buraco negro do ser: manicômio do vazio”** : A (des) estrutura dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil. 2009. 164 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Programa de mestrado em Ciência Política, Centro Universitário UNIEURO, Brasília, 2009.

OLIVEIRA, W. F. de; DAMAS, F. B. **Saúde e Atenção Psicossocial nas Prisões**: Um olhar sobre o sistema prisional brasileiro com base em um estudo em Santa Catarina. São Paulo: HUCITEC, 2016.

OLTRAMARI, L. C. Contribuições da fenomenologia de Alfred Schütz para as pesquisas sobre AIDS: considerações epistemológicas e metodológicas. **Interthesis**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 1-14, jul./dez. 2005.

PERES, M. F. T.; NERY FILHO, A. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. IN: **História, ciências, saúde** – Manguinhos. v. 9, n. 2. Rio de Janeiro, mai./ago. 2002.

RAMOS, B. M. Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil. In: **Medida de Segurança** – Uma questão de Saúde e Ética. São Paulo: Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

RANIERI, L.; BARREIRA, C. A entrevista fenomenológica. **FAPESP Anais - IV SIPEQ** – Sociedade de Estudos e Pesquisas Qualitativas, 2010.

RAUTER, C. "Por que o manicômio ainda existe?" In: VENTURINI, E.; DE MATTOS, V. OLIVEIRA, R. T. **"Louco Infrator" e o Estigma da Periculosidade** - Brasília: CFP, 2016.

RICOEUR, P. **Conflito das interpretações**: ensaios de hermenêutica. Trad. Hilton Japiassu. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

_____. **Interpretações e ideologias**. Trad. Hilton Japiassu. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.

RIGONATTI, S. P. Relação entre psiquiatria forense e direito. **Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito**, São Paulo, v. 10, n. 10, 2013.

ROSA, J. G. **Primeiras Estórias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, ed. 15, 2001.

SCHMIDT, L.K. **Hermenêutica**. Trad. Fábio Ribeiro. Petrópolis: Vozes, 2012.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16> Acesso em: 17 set. 2017.

SZASZ, T. **Ideologia e doença mental**. Trad. José Sanz. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

WAGNER, H. R. (Org.). **Fenomenologia e relações sociais**: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

XAVIER, T. M.; MOREIRA, G.R.M. A interface entre a psiquiatria e o direito. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewPDFInterstitial/5113/4680>. Acesso em: 7 set. 2017.

LEGISLAÇÃO FEDERAL

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria no. 305 de 10 de abril de 2014a**. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0305_10_04_2014.html. Acesso em 21.jul.2014

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html . Acesso em: 21 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 94, de 14 de janeiro de 2014**. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html . Acesso em: 8 out. 2015

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 95, de 14 de janeiro de 2014**. Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do SUS. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html . Acesso em: 8. out. 2015

_____. Ministério da Saúde. Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria no. 482 de 1º. de abril de 2014.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html. Acesso em 21.jul.2014

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº. 1.777, de 9 de setembro de 2003.** Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1777.htm>. Acesso em: 21 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Lei antimanicomial 10.2016, de 6 de abril de 2001.

_____. (2011). Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso em: 26 de janeiro 2016.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos. Parecer Sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001. Brasília, 2011. 103p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/1996, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 18 mai. 2016.

_____. Lei execução penal (1984). **Lei de Execução Penal.** RJ, Lei 7.210, de 11 de julho de 1984.

_____. **Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940.** Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Decreto-Lei/Del2848.htm. Acesso em: 20 abr. 2016.

LEGISLAÇÃO ESTADUAL

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Saúde mental, álcool e outras drogas:** Diretrizes para o cuidado no Estado de Santa Catarina. Florianópolis. Secretaria de Estado da Saúde, 2015.

_____. **Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema**

Penitenciário. Maio 2014. Disponível em

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1125&Itemid=85. Acesso em: 25. ago. 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) à participar, como voluntário (a), na pesquisa que tem como título “VIVIDOS, ATOS E PERSONAGENS DA MEDIDA DE SEGURANÇA EM SANTA CATARINA”. Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Mariana Vidal Foltz do programa de Pós-Graduação profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Profª. Dra. Magda do Canto Zurba.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a indicação e aplicação de medida de segurança à “pessoa com transtorno mental em conflito com a lei” em Santa Catarina. O Brasil vive hoje, através da implantação de leis, uma crescente discussão sobre a complexidade e envolvimento das políticas públicas nacionais no que diz respeito a participação das políticas de saúde mental e a atenção psicossocial e suas convergências com Sistema judiciário. A descrição sobre as formas de atuação e de participação dos atores das políticas públicas no assunto podem demonstrar a condução das diretrizes da política voltada “pessoa com transtorno mental em conflito com a lei” e poderão proporcionar subsídios para implementação deste campo no estado de Santa Catarina.

Durante a pesquisa você participará de uma entrevista aberta em um horário, dia e local mais convenientes para você. Ressaltando que você não é obrigado a responder a todas as perguntas na entrevista, bem como caso queira desistir do estudo. O áudio da entrevista será gravado para facilitar a análise dos dados.

A partir dessa pesquisa, como benefício, você poderá contribuir com a compreensão da indicação e aplicação de medida de segurança à “pessoa com transtorno mental em conflito com a lei”, fazendo parte da descrição da participação das políticas de saúde mental e a atenção psicossocial e suas convergências com Sistema judiciário em Santa Catarina.

Durante a entrevista e o processo de pesquisa aspectos desagradáveis podem acontecer. Segue alguns possíveis danos da

pesquisa: cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; constrangimento ao se expor durante a realização da entrevista; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante a gravação de áudio; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sua prática profissional e seu ambiente de trabalho. Caso você identifique que exista a necessidade, todo o auxílio psicológico será disponibilizado.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, porém sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Desse modo, a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado a você. Caso você experiencie danos materiais ou morais decorrentes da pesquisa, inclusive relacionados à quebra de sigilo, você tem o direito de recorrer judicialmente por indenizações.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado pela pesquisadora, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone ou e-mail abaixo. Os dados da pesquisa serão apresentados no ano de 2017 na Universidade Federal de Santa Catarina, sendo assim você poderá, caso haja interesse, da apresentação.

Sinta-se absolutamente a vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Ao decidir deixar de participar da pesquisa você não terá qualquer prejuízo no restante das atividades.

Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para participar da pesquisa destacamos a importância de estar acontecendo em

um local de fácil acesso para você, portanto você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa.

Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido. Portanto, se acontecer algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (48) 91213531, e-mail mariana.vidal.psi@gmail.com, endereço profissional rua Professor Odilon Fernandes, 247- Florianópolis – SC, CEP: 88.036-250. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094 e e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br.

Este documento foi elaborado em duas vias e todas as suas páginas devem ser rubricadas pelas partes interessadas.

Eu, _____,
RG, _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Contato com as pesquisadoras responsáveis:

Magda do Canto Zurba, Dra.

macanzu@gmail.com

Mariana Vidal Foltz

mariana.vidal.psi@gmail.com

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÃO DE ÁUDIO



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÃO DE ÁUDIO

Eu _____ permito que os pesquisadores relacionados abaixo obtenham:

() gravação de voz, de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma. As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda e estou orientado quanto aos riscos.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

RG: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Contato com as pesquisadoras responsáveis:

Magda do Canto Zurba, Dra.
macanzu@gmail.com

Mariana Vidal Foltz
marianavidal.psi@gmail.com

APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE FORAM REALIZADAS AS ENTREVISTAS.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA E CIDADANIA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que tomei conhecimento da pesquisa "VIVIDOS, ATOS E PERSONAGENS DA MEDIDA DE SEGURANÇA EM SANTA CATARINA", sob responsabilidade da Profª. Dra. Magda do Canto Zurba e amestranda Mariana Vidal Foltz, e, como responsável legal pelo Departamento de Administração Prisional e, por conseguinte, pela instituição Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP-SC), autorizo a sua execução e declaro que acompanharei o seu desenvolvimento para garantir que será realizada dentro do que preconiza a Resolução CNS 466/12, de 12/09/2012 e complementares.

Edemir Alexandre Camargo Neto

Diretor do Departamento de Administração Prisional (Deap)

Edemir Alexandre Camargo Neto
Agente Penitenciário
Mat. 393.290-7
Diretor do Departamento de
Administração Prisional

Juliana Coelho de Campos
Enfermeira
Setor de Apoio Psiquiátrico do DEAP
Mat. 393-570-1

APÊNDICE D - ROTEIRO INICIAL PARA ENTREVISTA ABERTA

Sobre a avaliação para medida de segurança e sua aplicação em Santa Catarina, fale-me como você percebe o desenvolvimentodesses processos.

APÊNDICE E - DESCRITORES PARA PESQUISA DOCUMENTAL
SEGUNDO DECS

BASE DE DADOS	DE ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADAS
SciELO	("psiquiatria legal" OR psiquiatri* OR louco* OR "doente mental" OR "doentes mentais" OR "pacientes mentais" OR "paciente mental" OR "doença mental" OR "doenças mentais" OR "Pessoas Mentalmente Doentes" OR "saude mental" OR Insan* OR inimputave* OR "transtorno mental" OR "transtornos mentais" OR periculosidade OR (doente* AND criminos*) OR "Hospitais Psiquiatricos" OR Sanatorio* OR Custodia OR "Internação Compulsoria" OR "InternaçõesCompulsorias" OR (Internaç* AND Involuntaria*) OR "Responsabilidade Penal" OR "MentallyIllPersons" OR "Mental Disorders" OR "mental disorder" OR "CommitmentofMentallyIll" OR "Criminal Liability" OR ForensicPsychiatry OR Psychiatr* OR custody OR "mental health" OR "commitmentofmentallyill" OR "Criminal Liability" OR "Enfermos Mentales" OR "enfermo mental" OR "trastorno mental" OR "trastornosmentales" OR "salud mental" OR "InternaciónCompulsoria" OR "Responsabilidad Penal") AND ("Medidas de Segurança" OR "Medida de Segurança" OR "safetymeasure" OR "safetymeasures" OR "securitymeasure" OR "securitymeasures" OR "Medidas de Seguridad" OR "medida de seguridad")
LilacseBDENF via BVS	(tw:(("psiquiatria legal" OR psiquiatri* OR louco* OR "doente mental" OR "doentes mentais" OR "pacientes mentais" OR "paciente mental" OR "doença mental" OR "doenças mentais" or "Pessoas Mentalmente Doentes" OR "saude mental" OR insan* OR inimputave* OR "transtorno mental" OR "transtornos mentais" OR periculosidade OR (doente* AND criminos*) OR "Hospitais Psiquiatricos" OR sanatorio* OR custodia OR "Internação Compulsoria" OR "InternaçõesCompulsorias" OR (internaç* AND involuntaria*) OR "Responsabilidade Penal" OR "MentallyIllPersons" OR "Mental Disorders" OR "mental disorder" OR "CommitmentofMentallyIll" OR "Criminal Liability" OR forensicpsychiatry OR psychiatr* OR custody OR "mental health" OR "commitmentofmentallyill" OR "Criminal Liability" OR "Enfermos Mentales" OR "enfermo mental" OR "trastorno

	<p>mental" OR "trastornosmentales" OR "salud mental" OR "InternaciónCompulsoria" OR "Responsabilidad Penal")) AND (tw:(("Medidas de Segurança" OR "Medida de Segurança" OR "safetymeasure" OR "safetymeasures" OR "securitymeasure" OR "securitymeasures" OR "Medidas de Seguridad" OR "medida de seguridad")))</p>
<p>SCOPUS viaPortal de Periódicos CAPES.</p>	<p>TITLE-ABS-KEY("psiquiatria legal" OR psiquiatri* OR louco* OR "doente mental" OR "doentes mentais" OR "pacientes mentais" OR "paciente mental" OR "doença mental" OR "doenças mentais"OR "Pessoas Mentalmente Doentes" OR "saude mental" OR Insan* OR inimputave* OR "transtorno mental" OR "transtornos mentais" OR periculosidade OR (doente* AND criminos*) OR "Hospitais Psiquiatricos" OR Sanatorio* OR Custodia OR "Internação Compulsoria" OR "InternaçõesCompulsorias" OR (Internaç* AND Involuntaria*) OR "Responsabilidade Penal" OR "MentallyIllPersons" OR "Mental Disorders" OR "mental disorder" OR "CommitmentofMentallyIll" OR "Criminal Liability" OR ForensicPsychiatry OR Psychiatri* OR custody OR "mental health" OR "commitmentofmentallyill" OR "Criminal Liability" OR "Enfermos Mentales" OR "enfermo mental" OR "trastorno mental" OR "transtornos mentales" OR "salud mental" OR "InternaciónCompulsoria" OR "Responsabilidad Penal") AND TITLE-ABS-KEY("Medidas de Segurança" OR "Medida de Segurança" OR "safetymeasure" OR "safetymeasures" OR "securitymeasure" OR "securitymeasures" OR "Medidas de Seguridad" OR "medida de seguridad")</p>
<p>PUBMED via portal PUBMED</p>	<p>("mental disorders"[MeSH Terms] OR "mental disorders"[All Fields] OR "mental disorder"[All Fields] OR "mental health"[MeSH Terms] OR "mental health"[All Fields] OR "forensic psychiatry"[MeSH Terms] OR "forensic psychiatry"[All Fields] OR "hospitals, psychiatric"[MeSH Terms] OR "psychiatric hospitals"[All Fields] OR "psychiatric hospital"[All Fields] OR (custody[All Fields] AND "psychiatric"[All Fields]) OR "commitment of mentally ill"[MeSH Terms] OR "commitment of mentally ill"[All Fields] OR "Criminal Liability"[All Fields]) AND ("safety measure"[All Fields] OR "safety measures"[All Fields] OR "security measure"[All Fields] OR "security measures"[All Fields])</p>

APENDICE F - QUADRO DEMONSTRATIVO DO LEVANTAMENTO DOS TEMAS PRESENTES NAS SETENÇAS

Temas	Condições de acesso às políticas públicas	Políticas públicas de nível federal e estadual	Procedimentos da aplicação de medida de segurança	Atuação técnica profissional
Sentenças das Narrativas				
Percepção sobre a centralidade no HCTP no processo de avaliação e aplicação da medida de segurança	X		X	
Questões relacionadas à prática da especialidade de avaliação forense				X
Precariedade de condições e acesso à tratamento das doenças mentais	X			
Medida de segurança como alternativa de acesso à internação psiquiátrica e tratamento	X			
Importância e dificuldade de inserção social	X			
Autonomia dos sujeitos e dificuldades na manutenção de tratamentos ambulatoriais	X			
Participação da família no processo de avaliação		x	X	
Relação do HCTP com a rede de saúde e poder judiciário		X		
Dúvida do juízo			X	
Temporalidade da avaliação médica e as indicações médicas constantes nos laudos			x	X
Percepções sobre exame de insanidade mental bem como se dá o processo a partir da ótica médica				x
Frentes de denúncias e demandas para avaliação	X		X	

Cessação de periculosidade			X	
Sigilo e temáticas sobre a conduta médica				X
Falta de alternativas para situações vinculadas ao 'louco infrator'	X			
Necessidade de prevenção de novos atos		x	X	
Medida de segurança como ação fundamental para tratamento		x	X	
Transtorno mental				X
CID				X
Doença mental e Psiquiatria forense				X
Espaço dos usuários de drogas e as necessidades emergentes para estes sujeitos	X	X		
Relação entre médicos e promotores		x		X
Renovação da medida de segurança			X	
Condição de vínculo com o paciente			X	X
Instâncias que determinam a medida de segurança		x	X	X
Cessação de periculosidade			X	
Situações de liberação condicionada ao tratamento	X	x	X	X
Segurança do periciando			X	X
Internação como recurso para avaliação			X	X
Medicação				X
Fluxos para avaliação da medida de segurança			X	
Relação com a rede socioassistencial para as situações de saúde mental		X		
Relação com judiciário e com os "autos"			X	X
Questões históricas presentes na condição atual do HCTP		X	X	x
Desafogamento do sistema		x		X

Comunidades terapêuticas	X	x		
Possíveis alternativas		X		
Estratégias para o HCTP e seu papel		x	X	
Panorama da rede de Santa Catarina		X		
População de rua		X		
HCTP como centralidade nas perícias para avaliação de insanidade mental		x	X	
Diferenciação entre as modalidades de perícias			X	
Inimputabilidade e semi-imputabilidade			X	
Atos discricionários do juiz e relação com judiciário			X	X
Indicação de tratamento ambulatorial a partir do juiz		X	X	
Crimes de menor potencial ofensivo			X	
Código penal brasileiro		x	X	X
Regulamentações		X	X	
Previsões legais para internação			X	
Condições de Internação	X		X	
Médicos peritos no estado		X		
Fluxos adotados para avaliação e aplicação da medida de segurança		x	X	
Os autos para avaliação pericial		x		X
Relação com a rede sociassistencial		X		
Relação dos peritos com os laudos			X	X
Curatela			X	X
Caracterização do HCTP como unidade prisional e o cumprimento de dispositivos legais		x	X	

Sanções dos técnicos do HCTP pelo não cumprimento de determinação judicial		x		X
Funções da medida de segurança			X	
Relação do HCTP com outras políticas		X		
Articulação preventiva		X		X
Laudo de insanidade mental			X	
Indicações de tratamento ambulatorial		x	X	
Influência da lei antimanicomial		X		
Rede de atendimento em SC	X	x		
Reincidência de internação via judiciário	X	X	X	X
Relações com poder judiciário e seus representantes		x	X	X
Vulnerabilidade dos egressos do HCTP	X	X		
Responsabilidade do HCTP		x	X	
Relação com as comunidades terapêuticas		X		
Modelo prisional e o modelo hospitalar		x		X
Residências Terapêuticas	X	x		
Acompanhamento terapêutico		X		X
Inserção do egresso	X			
Ações e alternativas utilizadas pela equipe do HCTP		X	X	X
Prevenção do restabelecimento da medida de segurança		X	X	X
Prevenção da descompensação e importância da medicação		x		X
Relação com as unidades prisionais em situações de surtos		x		X
Fluxo da medida de segurança			X	

Médico perito no processo			X	X
Aprendizagem de manejo e de atuação com a prática				X
Discurso de assistência à saúde e discurso jurídico penitenciário		X		
Portarias e legislação		x	X	
Responsabilização do técnico nas ações			X	X
Relação com a família		x	X	
Estratégias diante da ausência do Estado		x		X
Institucionalização no HCTP		x		X
Soluções possíveis		x	X	X
Relação com a mídia		X		
Situação dos jovens	X	X		
Adolescentes e mulheres	X	X		
Relação entre estado e municípios na assistência	X	x		X
Laudo de cessação de periculosidade			X	
Projeto terapêutico singular		x	X	X
Posicionamento do HCTP no sistema prisional		x	X	