



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

MARCELE DE JESUS DUARTE MONTEIRO

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE MULHERES SUBMETIDAS À
MEDIDA DE SEGURANÇA NO HOSPITAL GERAL PENITENCIÁRIO
E A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ**

Belém – PA

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

MARCELE DE JESUS DUARTE MONTEIRO

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE MULHERES SUBMETIDAS À
MEDIDA DE SEGURANÇA NO HOSPITAL GERAL PENITENCIÁRIO
E A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Direito da
Universidade Federal do Pará como requisito
para a obtenção do título de Mestra, na linha de
pesquisa Estudos Críticos do Direito.
Orientação: Raimundo Wilson Gama Raiol
Coorientação: Luanna Tomaz de Souza

Belém – PA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M772d Monteiro, Marcele de Jesus Duarte.
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE MULHERES
SUBMETIDAS À MEDIDA DE SEGURANÇA NO HOSPITAL
GERAL PENITENCIÁRIO E A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA
PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ / Marcele de Jesus Duarte
Monteiro. — 2024.
157 f.

Orientador(a): Prof. Dr. Raimundo Wilson Gama Raiol
Coorientação: Prof^a. Dra. Luanna Tomaz de Souza
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Instituto de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-Graduação em
Direito, Belém, 2024.

1. Gênero. 2. Saúde Mental. 3. Defensoria Pública. 4.
Sistema Penitenciário. 5. Direito Penal. I. Título.

MARCELE DE JESUS DUARTE MONTEIRO

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE MULHERES SUBMETIDAS À
MEDIDA DE SEGURANÇA NO HOSPITAL GERAL PENITENCIÁRIO
E A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Direito da
Universidade Federal do Pará como requisito
para a obtenção do título de Mestra, na linha de
pesquisa Estudos Críticos do Direito.

Orientação: Raimundo Wilson Gama Raiol

Coorientação: Luanna Tomaz de Souza

Data da aprovação: 15/07/2024

Conceito: Aprovado

Banca examinadora:

Prof. Dr. Raimundo Wilson Gama Raiol
(Orientador - PPGD/UFPA)

Profa. Dra. Luanna Tomaz de Souza
(Coorientadora - PPGD/UFPA)

Profa. Dra. Valena Valena Jacob Chaves
(Examinadora Interna - PPGD/UFPA)

Profa. Dra. Ludmila Cerqueira Correia
(Examinadora Externa - PPGD/UFPA)

Belém – PA

2024

AGRADECIMENTOS

O espaço acadêmico é também hostil ao sofrimento mental. Como a lógica produtiva que seguimos está diretamente ligada ao capitalismo, não é fácil manter o ritmo quando sua mente funciona diferente dos outros. Há muita dor e muita alegria, quase na mesma proporção, em cada linha deste trabalho. Agradeço a mim, inicialmente, por não ter desistido. A dor é coletiva, mas ao mesmo tempo individual. A alegria segue a mesma lógica. É esta que gostaria de compartilhar.

Agradeço ao Professor Raimundo Wilson Gama Raiol, meu orientador, que se abriu para minha ideia e abraçou-a junto comigo. Se essa confiança, que é mútua, não tivesse existido, este trabalho não teria saído de dentro de minha mente. A orientação que tive para não sucumbir às barreiras que me foram apresentadas ao longo do curso foi de suma importância para que enfim a pesquisa fosse executada.

Agradeço à professora Luanna Tomaz de Souza, que não só foi o chamariz para que esse estudo fosse realizado, como me ofereceu todas as ferramentas possíveis para executá-lo e acreditou em mim e na minha capacidade de realizá-lo. Tê-la ao meu lado desde a graduação me fez uma pesquisadora e pensadora melhor, que sobe um degrau a cada dia. Não há uma pessoa que a conheça e não reconheça o quão especial ela é.

Agradeço à Universidade Federal do Pará, minha segunda casa desde 2015, onde pude sentir e experimentar tantas coisas, pensar e aprender e então seguir meu caminho. A academia precisa ser celebrada e protegida, pois é dela que saem aqueles que podem, enfim, mudar a realidade.

Agradeço à minha família, meu pai Marcelo, minha mãe Laura Cristina, minha irmã Michele, meu avô Edilson e minhas avós Maria de Lourdes e Maria Helena, com quem queria apenas compartilhar as alegrias, mas que não me permitiram esconder minhas dores. Em especial aos meus pais e minha irmã, que seguraram minha mão e sempre acreditaram em mim. Não há uma acadêmica sem vocês, porque não há uma Marcele sem vocês.

Agradeço aos meus amigos Lucas Mendes e Lorena Chacon, com os quais compartilhei uma década ou mais de companheirismo e crescimento. Crescemos, mas ainda somos crianças, assistindo filmes e comendo pão de queijo numa tarde chuvosa. É com vocês que quero estar.

Agradeço Caio Motta, Pollyana Soares, Guilherme Castilho e Luis Fernando Lopes, que estiveram comigo durante toda a caminhada no mestrado e se tornaram uma família dentro do Programa. Nossas tardes de segunda ficam entre nós.

Agradeço à Hades e Perséfone, meus cachorros, que enxugaram minhas lágrimas e me ofereceram uma alegria que somente a inocência canina pode oferecer. E ao Milo, meu falecido cachorro, meu companheiro de 20 anos. Levo-o comigo.

Agradeço à Eiichiro Oda, e parafraseio Luffy: "Enquanto eu estiver vivo, minhas possibilidades são infinitas!"

*Como é frágil o coração humano —
espelhado poço de pensamentos.
Tão profundo e trêmulo instrumento
de vidro, que canta
ou chora.*

Sylvia Plath

RESUMO

A dissertação tem como objetivo geral investigar como a Defensoria Pública do Estado do Pará tem atuado nos casos de desinstitucionalização de mulheres. São os objetivos específicos: a) compreender em que consiste a desinstitucionalização e suas possibilidades legais; b) identificar como ocorre a desinstitucionalização no Estado do Pará; c) verificar as relações entre gênero e raça na construção da institucionalização de mulheres em sofrimento mental; e d) avaliar a importância da atuação defensorial nos processos de medida de segurança. A pesquisa adota o perfil qualitativo, tendo como método de abordagem o indutivo, uma vez que a proposta está em analisar a atuação da Defensoria Pública no processo de desinstitucionalização de mulheres no Estado do Pará, e aferir conclusões acerca desse fenômeno de modo geral. Elege-se como objeto de estudo a atuação defensorial no processo de desinstitucionalização de mulheres em sofrimento mental autoras de delito, devido a necessidade de se construir trabalhos na interseção entre gênero e loucura, visto que o sistema patriarcal possui peculiar influência na construção da “mulher louca”, no esforço de categorizar e estigmatizar experiências de vidas femininas. Ainda, a Defensoria Pública, como órgão responsável pela promoção de direitos e prestação de serviços jurídicos à sociedade, também acompanha a execução de medidas de segurança no sistema penal. A desinstitucionalização, fenômeno norte do presente trabalho, é o que orienta a Reforma Psiquiátrica, desafiando o dispositivo manicomial do Hospital Psiquiátrico, construindo saberes e desconstruindo estruturas, arquiteturas, práticas profissionais, instrumentos e preconceitos que sustentam a loucura como doença a ser curada. O trabalho se propõe a investigar o complexo fenômeno da desinstitucionalização, através de três seções, com o objetivo de compreender como o órgão jurisdicional atua na desinstitucionalização de mulheres no Estado do Pará, tanto de forma judicial quanto extrajudicial.

Palavras-chave: Gênero; Saúde Mental; Mulheres; Defensoria Pública; Sistema Penitenciário

ABSTRACT

The overall aim of this dissertation is to investigate how the Public Defender's Office in the state of Pará has acted in cases of deinstitutionalization of women. The specific objectives are: a) to understand what deinstitutionalization consists of and its legal possibilities; b) to identify how deinstitutionalization occurs in the state of Pará; c) to verify the relationship between gender and race in the construction of the institutionalization of women suffering from mental illness; and d) to assess the importance of the Public Defender's Office in security measure cases. The research adopts a qualitative profile, with an inductive approach, since the proposal is to analyze the role of the Public Defender's Office in the process of deinstitutionalizing women in the state of Pará, and to draw conclusions about this phenomenon in general. The object of study is the work of the Public Defender's Office in the process of deinstitutionalizing mentally ill women who have committed crimes, due to the need to build work on the intersection between gender and madness, given that the patriarchal system has a peculiar influence on the construction of the “mad woman”, in an effort to categorize and stigmatize women's life experiences. The Public Defender's Office, as the body responsible for promoting rights and providing legal services to society, also monitors the execution of security measures in the penal system. Deinstitutionalization, the phenomenon at the heart of this work, is what guides the Psychiatric Reform, challenging the asylum device of the Psychiatric Hospital, building knowledge and deconstructing structures, architectures, professional practices, instruments and prejudices that sustain madness as a disease to be cured. The dissertation sets out to investigate the complex phenomenon of deinstitutionalization, through three sections, with the aim of understanding how the judiciary acts in the deinstitutionalization of women in the state of Pará, both judicially and extrajudicially.

Keywords: Gender; Mental Health; Women; Public Defender's Office; Prison System

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

DPE - Defensoria Pública do Estado

EAP - Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei

GT - Grupo de Trabalho

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HGP - Hospital Geral Penitenciário

INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias

LEP - Lei de Execução Penal

PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

PRAÇAÍ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Pará

PVC - Programa de Volta pra Casa

RAPs - Rede de Atenção Psicossocial

RELIPEN - Relatório de Informações Penais

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUSIPE - Superintendência do Sistema Penitenciário

VEP - Vara de Execuções Penais

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	3
RESUMO.....	5
SUMÁRIO.....	8
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. POR DENTRO DAS INSTITUIÇÕES NO PARÁ: A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO E O HOSPITAL GERAL PENITENCIÁRIO.....	22
2.1 A Defensoria Pública do Estado do Pará: da estrutura à atuação.....	24
2.1.2 A Defensoria Pública do Estado do Pará: perspectivas de gênero e raça em sua atuação.....	27
2.1.3 “Como anda o meu caso, doutor?” O Núcleo de Execução Penal da Defensoria Pública do Estado do Pará.....	30
2.2 O Hospital Geral Penitenciário: Estrutura e organização.....	33
2.2.1 Para quem? A população do Hospital Geral Penitenciário.....	37
2.2.2. Caminhos da desinstitucionalização no Pará: os egressos e egressas do Hospital Geral Penitenciário e a experiência do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Estado do Pará (PRAÇAÍ).....	41
3. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E OS CAMINHOS PARA A LIBERDADE NO BRASIL.....	45
3.1 O Poder Psiquiátrico: a figura do louco em processo de neutralização.....	47
3.2 Luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica Brasileira: as lutas pelo reconhecimento da dignidade das pessoas em sofrimento mental.....	50
3.3 Desinstitucionalização na legislação brasileira: os discursos oficiais.....	58
3.4 A Política Antimanicomial chega ao Judiciário: Grupo Damião Ximenes Lopes x Brasil e a Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça.....	67
3.5. A mulher louca e a desinstitucionalização: o fenômeno do controle da sanidade e da loucura em mulheres.....	73
3.6 Gênero e loucura: aplicação de medidas de segurança em mulheres em conflito com a lei.....	80
4. VOZES DAS MULHERES NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DEFENSORIAL EM BELÉM.....	86
4.1 Mulheres em desinstitucionalização: os casos acompanhados pela Defensoria Pública de 2008 a 2023.....	87
4.2 As Manifestações Institucionais: a Defensoria Pública nos Processos Judiciais de Desinstitucionalização.....	94
4.2.1 O papel da Defensoria Pública e das famílias na desinstitucionalização de mulheres.....	103
4.3 Desinstitucionalização de Mulheres e o papel da maternidade.....	108
4.4 A luta pela desinstitucionalização das mulheres no âmbito do poder psiquiátrico.....	109
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICE.....	128
1. ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS DEFENSORES PÚBLICOS DA	

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ.....	129
2. REQUERIMENTO À DEFENSORIA PÚBLICA O ESTADO DO PARÁ PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	131
ANEXOS.....	133
1. AUTORIZAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	133
2. AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A EXECUÇÃO DA PESQUISA.....	133
3. RESOLUÇÃO 487, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2023, DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA.....	136

1. INTRODUÇÃO

Em 2001, a Lei 10.216, também nomeada de Lei de Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, entra em vigor no Brasil, decorrente da intensa Luta Antimanicomial que tomou espaço nas décadas anteriores. O enfoque desse movimento está na rejeição ao que se entende como tratamento de saúde mental enquanto a necessidade de segregar os indivíduos em sofrimento mental. O enfrentamento ao espaço físico de restrição, à lógica manicomial, e a todos os saberes que relacionam o sofrimento mental e uso de drogas lícitas e ilícitas à criminalidade, periculosidade, inabilidade ou doença, entendendo como desnecessária e violenta a contenção física dos indivíduos (Passos, Pereira, 2017).

A Luta Antimanicomial, ao se contrapor aos saberes psiquiátricos tradicionais, perpassa pelo questionamento da própria instituição hospitalar, ou Hospital Psiquiátrico, lido por Foucault (2014) como instituição disciplinar, em sua estrutura e espaço asilar, que aliena o indivíduo nele institucionalizado da comunidade. A instituição disciplinar, indicada por Foucault nas figuras da prisão, do hospital, dos quartéis, das fábricas e da escola, é uma técnica de controle social que possui o objetivo de domesticar corpos e transformá-los em força útil para a sociedade neoliberal.

O Hospital Psiquiátrico, assim, por ser entendido como uma instituição que cumpre com o objetivo de disciplinar os indivíduos para que estes possam ser úteis e se encaixem no padrão de comportamento esperado, neutralizando aquilo que decorre do sofrimento mental. A psiquiatria, portanto, torna-se uma técnica de poder, capaz de ditar o que é “normal” e neutralizar o “desviante”¹. O questionamento acerca de todos esses saberes e concepções não só influenciaram, como também construíram a Luta Antimanicomial, que pressionou para que o fim dos manicômios se tornasse política de Estado.

Há duas dimensões que constroem esse movimento. A rejeição e luta contra o espaço hospitalar e as organizações asilares é uma das dimensões em que se foca, para que o espaço de segregação seja abolido. Foucault (2014) identificou a organização nas instituições disciplinares como técnicas de adestramento, que controlam cada aspecto da vida do indivíduo, especialmente em relação a como este dispõe do seu tempo, além da vigilância constante, o que se reflete na própria arquitetura do local, de modo em que aqueles

¹ Foucault (2001) apresenta a concepção de que a loucura, enquanto instituto que carrega um estigma construído na sociedade medieval e clássica, foi diretamente ligada à periculosidade e à monstruosidade, o que sustentou a ideia de que a forma correta de tratar estes indivíduos seria através da sua contenção física e sua neutralização mental.

institucionalizados estão sempre sendo vigiados. Essa disposição de organização tem por objetivo moldar a subjetividade do sujeito, transformando-o em corpo dócil, impondo assim a disciplina para que este se torne útil à sociedade neoliberal.

Outra dimensão da Luta Antimanicomial está no questionamento dos saberes psiquiátricos, ou seja, da própria medicina, objetivando evidenciar que o conhecimento ao qual os tratamentos de saúde mental foram baseados na noção de disciplina (Foucault, 2006), e não de saúde. Correia (2017), inclusive, afirma que historicamente, pessoas em sofrimento mental tiveram seus direitos de saúde negados e negligenciados, sendo aqueles serviços direcionados a eles embebidos da lógica de que devem ser segregacionistas, transformando os indivíduos em reclusos da comunidade, e prestando assistência precária e promovendo o uso excessivo de remédios.

A Luta Antimanicomial esteve presente também no Brasil, sendo a Lei de Reforma Psiquiátrica a principal conquista desse movimento. Instituído a Política Nacional de Saúde Mental e os cuidados dignos com os indivíduos em sofrimento psíquico, a Lei 10.216/2001 tem como principal objetivo a garantia dos direitos destes indivíduos, além de positivar a internação psiquiátrica como última opção de recurso terapêutico a ser adotado, tornando de responsabilidade estatal a promoção da manutenção dos indivíduos em sofrimento mental no convívio social. O fechamento dos manicômios tornou-se, assim, medida impositiva ao Estado, que possui, portanto, o dever de assegurar que qualquer pessoa em sofrimento mental possa permanecer na comunidade, em especial com seus familiares, durante seu tratamento².

Medidas de segurança são modalidades de privação de liberdades aplicadas a indivíduos em sofrimento mental em conflito com a lei. O Código Penal, em seu artigo 26³, define que serão aplicadas medidas de segurança a indivíduos julgados inimputáveis, ou seja, não será aplicada pena, por se entender que estes, no momento do cometimento do delito, não eram capazes de entender o ato ilícito que caracteriza o suposto crime, seja por sofrimento mental ou desenvolvimento completo ou retardado⁴.

O sistema de aplicação de medidas de segurança admite duas modalidades de cumprimento: a internação e o tratamento ambulatorial. Enquanto este último determina o

² Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (Brasil, 2001)

³ Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984). (Brasil, 1940)

⁴ Não se entende que o termo “retardado” seja correto para descrever pessoas com deficiência intelectual, entretanto, por ser o termo utilizado no Código Penal, será também citado neste trabalho, com ressalvas.

cumprimento da medida em liberdade, com tratamento sendo oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a modalidade de internação leva os indivíduos em sofrimento mental em conflito com a lei à institucionalização nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos (HCTPs). Com fortes características asilares, e sendo duplamente caracterizados como instituições disciplinares (Foucault, 2014), uma vez que estão sob administração do Sistema Penitenciário, além de estarem dentro da categorização de Hospital Psiquiátrico, os HCTPs são locais onde a lógica punitiva prevalece sobre os cuidados, estando fora dos padrões de saúde digna oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (Ministério Público Federal, 2011).

A internação da medida de segurança, conforme preceituam Correia e Gouveia (2017), são ineficazes na melhora de condição de vida das pessoas em sofrimento psíquico, o que evidencia a falácia do tratamento de saúde que supostamente aqueles submetidos a essa modalidade de medida de segurança estariam recebendo. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são fruto da lógica de segregação daqueles entendidos como loucos, são a extensão e a manutenção da lógica da loucura como periculosidade, como se o destino daqueles em sofrimento mental fosse, inevitavelmente, a alienação social, indo na direção contrária àquilo previsto na Lei 10.216/2001.

A desinstitucionalização surge como resposta a essa segregação. Segundo Alvarez (2015), ela é o conceito orientador da Reforma Psiquiátrica, o ponto chave para contrapor à existência do manicômio judiciário. Trata-se do processo de saída dos indivíduos que estiveram institucionalizados em espaços hospitalares para “tratamento” de sua “condição” psíquica. A autora, assim como os expoentes da Luta Antimanicomial, não entende a loucura como doença a ser curada, e, portanto, nega a instituição manicomial, pensamento ao qual me filio neste trabalho. Alvarez (2015) define a desinstitucionalização como: “o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição voltados para este objeto irreduzível a uma doença; ou, ainda, “processo prático-clínico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto" (p. 113)

Verifica-se que, através da desinstitucionalização, é possível reorientar o acompanhamento dos indivíduos em sofrimento psíquico, para se construir um pensamento crítico acerca da concepção da loucura como um problema, uma doença, que necessita de solução e cura. O processo de desinstitucionalização procura recuperar àqueles que estiveram nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico as rédeas de sua existência, causando uma ruptura com os manicômios e a ideia de que estes seriam uma resposta única ao

sofrimento mental, através da saída dos internos dos HCTPs e a reinserção deles na comunidade. Rejeita-se, assim, a psiquiatrização dos problemas sociais (Alvarez, 2015) e das tecnologias disciplinares (Foucault, 2014) que os loucos são forçados a atender, na tentativa de neutralizar o sofrimento psíquico e “normalizar” seu comportamento, lido como perigoso.

A desinstitucionalização também virou política de Estado, como pode-se ver na aprovação da Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, resultado da intensa pressão do movimento antimanicomial para o fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Nela, a Política Antimanicomial torna-se regra, de modo que se decide a imediata desinstitucionalização de todos os indivíduos ali segregados, e o fechamento dos HCTPs de forma definitiva. A desinstitucionalização tornou-se, portanto, a regra na execução da medida de segurança e o processo de saída dos indivíduos dos HCTPs uma imposição legal.

A Defensoria Pública, como órgão jurisdicional que presta serviços à sociedade e tem como princípio basilar a promoção dos direitos, acompanha esse processo de desinstitucionalização. Atua-se não só de modo processual, oferecendo manifestações e defesas dos interesses dos indivíduos, mas também com visitas *in loco* para compreender a realidade do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. A atuação da Defensoria Pública é de suma importância para a desinstitucionalização daqueles que cumprem medidas de segurança na modalidade de internação, uma vez que, como dever institucional, os defensores devem prezar pelo melhor interesse dos internos, buscando fazer cumprir os direitos⁵ assegurados pela Lei 10.216/2001, especialmente na manutenção dos indivíduos nas suas famílias e na sociedade.

“Louca” é um dos rótulos impostos às mulheres pela sociedade patriarcal (Lagarde, 2015), tendo assim, o sofrimento psíquico uma profunda relação com as expectativas de gênero impostas ao comportamento em sociedade que elas devem cumprir. Passos e Pereira

⁵ Art. 2o Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (Brasil, 2001)

(2017) demonstram como a medicalização e a institucionalização são mecanismos de controle utilizados em mulheres que possuem algum “desvio” comportamental daquilo que se espera delas dentro da sociedade patriarcal.

O uso da psiquiatria e dos Hospitais Psiquiátricos atendem à necessidade de domesticação dos corpos de mulheres, para que estas se adequem ao padrão de desempenho dentro do patriarcado e do capitalismo. Historicamente, a psiquiatria esteve diretamente ligada à manutenção de papéis de gênero (Couto, 1994), e aquelas que, por algum motivo, não atendiam a tais expectativas, era destinada à patologização, a medicalização e a segregação. Entende-se, por conseguinte, que o estigma da loucura afeta de maneira diferenciada a depender do gênero designado aos indivíduos, sendo o gênero feminino o mais afetado pelo estigma da loucura, visto que pesam sobre elas não só a concepção de perigosas, mas também da misoginia do patriarcado.

A partir dos conceitos expostos acerca da desinstitucionalização e do papel da Defensoria Pública dentro dos espaços de cumprimento de medida de segurança e da realidade das mulheres em sofrimento mental, apresenta-se a pesquisa, através do seguinte problema: Como ocorre a atuação da Defensoria Pública do Estado do Pará no processo de desinstitucionalização de mulheres?

Como objetivo geral do trabalho, o foco está em investigar como a Defensoria Pública do Estado do Pará tem atuado nos casos de desinstitucionalização de mulheres, tendo como objetivos específicos compreender em que consiste a desinstitucionalização e suas possibilidades legais; identificar como ocorre a desinstitucionalização no Estado do Pará; verificar as relações entre gênero e raça na construção da institucionalização de mulheres em sofrimento mental; e avaliar a importância da atuação defensorial nos processos de medida de segurança.

A hipótese inicial levantada no momento da escolha do objeto seria de que a Defensoria Pública do Estado do Pará atua no sentido de garantir que as mulheres que passam por este processo tenham sua liberdade garantida e permaneçam fora das instituições disciplinares. Através de manifestações processuais, os defensores públicos se posicionam favoráveis à saída das mulheres do ambiente asilar e sua permanência no tratamento ambulatorial em caso de continuidade de cumprimento da medida de segurança. A Defensoria Pública também atua de forma extraprocessual, acompanhando as mulheres na retomada de sua autonomia durante a desinstitucionalização e seu retorno ao corpo social, para assegurar que seus direitos sejam garantidos. Essa hipótese foi testada ao longo do trabalho e enfim colocada em contraponto ao fim para verificação de sua veracidade.

A loucura tem sido objeto de medo e interesse desde que passou a ser objeto de maior interesse na comunidade (Foucault, 1972). Sendo alvo de controle por parte da psiquiatria e do sistema penal, o sofrimento é um fenômeno social complexo, que carrega estigmas e preconceitos que interferem e moldam diretamente os indivíduos rotulados como “loucos”. Apontadas como monstros e perigosos (Foucault, 2001), as pessoas em sofrimento psíquico tiveram seus direitos negados e negligenciados ao longo da história, tornando-se também algo do sistema punitivo estatal, onde são julgados com base no próprio estigma, positivado no diploma penal no instituto da “periculosidade”.

Como pessoa com transtorno de personalidade borderline, o diagnóstico e rótulo de “louca” esteve próximo da minha experiência de vida, pesando em cada passo dado por mim não só na academia, mas em todas as esferas que compõem minha complexa existência. Das portas difíceis de abrir, à incompreensão, à sensação de descolamento e ao medo de expor o sofrimento mental e discutir as vivências fora dos consultórios médicos, o estudo do sofrimento mental fala diretamente com aquilo que me constitui enquanto pessoa. Em meio à destruição da subjetividade dos “loucos”, é de suma importância assumirmos o debate e trazermos o sofrimento mental ao foco do espaço acadêmico.

O objeto da pesquisa foi construído através da reflexão acerca da saída dos indivíduos do Hospital Geral Penitenciário⁶, após cumprimento da medida de segurança na modalidade de internação. As medidas de segurança são destinadas das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, julgadas, com base do artigo 26⁷ do Código Penal, como inimputáveis psiquicamente. O discurso oficial⁸ (Andrade, 1994), adotado na legislação, aponta no sentido de que a medida de segurança seria um “tratamento”, oferecido pelo Estado de forma compulsória, aos indivíduos que cometeram algum delito, mas que por estarem em sofrimento mental, não seriam capazes de entender o caráter ilícito do fato. Tal situação ocorreria por se entender que o sofrimento psíquico impulsiona a periculosidade, tornando a pessoa por ele acometido mais propenso a praticar crimes, uma vez que o estado perigoso estaria diretamente ligado com sua composição biológica (Carvalho, 2015).

Após o reconhecimento da materialidade e da autoria do delito, em caso de o autor ser pessoa em sofrimento mental, o juiz determina, através da análise acerca da gravidade do crime, se a medida de segurança será cumprida em tratamento ambulatorial ou em internação.

⁶ Nome adotado em 2015.

⁷ Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Brasil, 1940)

⁸ O discurso oficial é o esforço feito pela dogmática penal para justificar e racionalizar o poder punitivo do Estado (Pereira, 1994).

Enquanto o tratamento ambulatorial é cumprido com visitas periódicas ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a internação é cumprida no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, instituição que segrega o indivíduo da comunidade e possui características do que Goffman (2015) descreve enquanto instituição total⁹.

Para Goffman (2015), todas as instituições presentes na sociedade ocidentais possuem tendências de “fechamento”, ou seja, de segregação das pessoas nelas inseridas em relação aos demais membros da comunidade, em diferentes graus, a depender da sua finalidade e organização. Os Hospitais Psiquiátricos são, de acordo com o autor, um espaço em que os indivíduos a ele submetidos passam por um processo de desumanização e violência, o que interfere diretamente na sua subjetividade. Esse processo de desumanização força o “paciente” a aceitar sua condição de residente em uma comunidade hospitalar e a ser tratado de acordo com o que se entende ser o necessário para que este se enquadre nos padrões de comportamento esperados socialmente.

Esse espaço hospitalar, escreve Goffman (2015) e Foucault (2014) é um local com uma rotina diária bem delimitada e disciplinada¹⁰, além de ter hierarquia própria, tecnologias necessárias para o apagamento e o molde do indivíduo de acordo com as expectativas da governamentalidade¹¹. Com a subjetividade retalhada e desenhada, as pessoas que estão institucionalizadas, segregadas da comunidade, passam a se orientar de acordo com a lógica hospitalar, perdendo contato com a sociedade exterior, sendo também desencorajadas a se tornar independentes do sistema que as institucionalizaram. Correia e Gouveia (2017) apontam que o indivíduo institucionalizado perde sua identidade ao romper bruscamente com seus deveres civis, o que acarreta a perda de identificação com os demais setores da sociedade.

⁹ Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de "fechamento" Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais "fechadas" que outras. Seu "fechamento" ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico - por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, floresta ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais (...). (Pereira, 2015, p. 16)

¹⁰ Ao mesmo tempo em que passa por essas experiências morais humilhantes, o paciente internado aprende a orientar-se no "sistema de enfermaria". Nos hospitais públicos para doentes mentais, isso usualmente consiste em uma série de disposições graduadas em torno das enfermarias, unidades administrativas denominadas serviços, e de possibilidade de sair sob palavra. O nível “pior” muitas vezes tem apenas bancos de madeira para sentar-se, alimento muito pouco apetitoso e um pequeno canto para dormir. O nível "melhor" pode ter um quarto em que a pessoa fica sozinha, privilégios no pátio e na cidade, contatos relativamente inofensivos* com a administração, bem como aquilo que se considera bom alimento e muitas possibilidades de recreação. Se desobedecer às normas onipresentes da instituição, o internado receberá castigos severos que se traduzem pela perda de privilégios; pela obediência, será finalmente autorizado a readquirir algumas das satisfações secundárias que, fora, aceitava sem discussão. (Goffman, 2015, p. 127)

¹¹ Uso de tecnologias pelo Estado ou soberania para disciplinar corpos e deixá-los dóceis para manipulação do sistema neoliberal (Foucault, 1977)

A Lei 10.216/2001 incorpora a lógica antimanicomial na sua estrutura, transformando-a em política de Estado. Na lei, a internação passa a ser o último recurso terapêutico¹², além de não poder ser encarada como um fim em si mesma, portanto, os tratamentos dos indivíduos em sofrimento mental devem, obrigatoriamente, mantê-los em contato com a sociedade, inseridos na comunidade e com seus familiares. Essa argumentação também foi incorporada no Sistema Penal, após a votação unânime da Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, regulamentando o processo de desinstitucionalização e tornando-o uma regra em relação às medidas de segurança.

Desinstitucionalização é não só o processo de saída do indivíduo do Hospital Psiquiátrico, mas a recuperação da subjetividade que o indivíduo perde durante a institucionalização no espaço hospitalar. Escreve Alyne Alvarez (2015, p. 112):

o contrário do seu isolamento para o suposto tratamento e cura, o foco será a invenção de saúde e vida, em que a promoção de sociabilidade permita o máximo de trocas sociais, com a utilização dos espaços coletivos para a criação de novos sentidos e, quiçá, a transformação do próprio sofrimento.

A desinstitucionalização, portanto, deve focar na sociabilidade dos indivíduos, no seu bem-estar e na promoção da sua saúde. A Lei 10.216/2001 elenca diversos direitos que protegem a dignidade da pessoa em sofrimento mental e promovem seu bem-estar, de modo que o processo de desinstitucionalização se torna um fenômeno complexo, que necessita de atenção e acompanhamento. No Estado do Pará, um dos órgãos que estão presentes durante todo este processo é a Defensoria Pública.

A Defensoria Pública é órgão essencial para a defesa dos interesses das pessoas em sofrimento mental em processo de desinstitucionalização. E por “necessitados” entende-se não só os que estão em vulnerabilidade econômica, mas também os em vulnerabilidade social (Grinover, 2008), caso daqueles acometidos de sofrimento psíquico e estão em conflito com a lei. Deste modo, pesquisar a atuação da Defensoria Pública neste espaço é de suma importância para compreender a realidade do processo e como, institucionalmente, o fenômeno é lidado em um dos órgãos ditos essenciais para a manutenção da justiça.

A escolha de compreender o processo de desinstitucionalização focado na experiência de mulheres em sofrimento mental autoras de delito está na necessidade de promover pesquisas que estejam mergulhadas na existência feminina em um espaço historicamente pensado para homens. Além de muitas vezes serem invisibilizadas nos

¹² Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. (Brasil, 2001)

trabalhos acadêmicos, como se as experiências fossem as mesmas independente do gênero do indivíduo, o sistema patriarcal possui peculiar influência na construção da “mulher louca”, sendo esse conceito um estereótipo construído para categorizar mulheres em sua experiência (Lagarde, 2005).

A patologização feminina é entranhada de concepções misóginas, uma vez que os comportamentos atribuídos ao gênero feminino são padronizados, e aquelas que fogem do molde imposto são facilmente rotuladas como “loucas”, tendo, assim, a própria internação a característica de técnica de controle de mulheres para a manutenção dos papéis de gênero, e de violência contra corpos femininos, estes que, como bem argumentam Zanello e Medeiros (2014) foram excluídos e apagados da legislação, ignorando-se todas as nuances da existência do “eu” mulher. Segundo o censo realizado por Débora Diniz (2013), no Estado do Pará, que as mulheres residentes do Hospital Geral Penitenciário eram 7% do total da população do estabelecimento.

Portanto, o trabalho possui especial relevância acadêmica, por estar focado em compreender o complexo fenômeno da desinstitucionalização, com o recorte para a experiência das mulheres em sofrimento mental, através da atuação da Defensoria Pública. Ainda, por ser um assunto em construção, dada a Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, aprovada pelo Conselho Nacional de Justiça, a pesquisa também assume o caráter exploratório, investigando fenômenos que possuem nova e atual regulamentação.

Para responder o problema, utiliza-se o método indutivo, partindo da realidade da desinstitucionalização no Estado do Pará, analisando o processo de modo mais particular, entendendo os fenômenos mais individualmente, para então construir uma hipótese mais geral a fim de solucionar a problemática.

Lakatos e Marconi (2009) escrevem que o processo de raciocínio indutivo em que o pesquisador coleta e analisa dados particulares, extraídos de um determinado ambiente, e através do estudo destes se constrói uma verdade geral. Ou seja, o raciocínio indutivo é aquele pelo qual se constroem conclusões muito mais amplas e universais. Para isso, é necessário observar três elementos fundamentais: a observação dos fenômenos, a descoberta da relação entre eles e a generalização da ligação encontrada com os fenômenos. Os fatos semelhantes constroem a conclusão geral, que decorre de uma generalização da análise dos fenômenos particulares para situações não observadas durante a pesquisa.

O método é adequado para a pesquisa uma vez que a proposta é de se debruçar no estudo na atuação da Defensoria Pública no processo de desinstitucionalização de mulheres

no Estado do Pará e aferir conclusões acerca desse processo para entender como atua a Defensoria Pública de mulheres em desinstitucionalização.

Inicialmente, foi realizada pesquisa de campo, com enfoque na Defensoria Pública do Estado do Pará. A visita aos órgãos e instituições citadas anteriormente permite que se observe o fenômeno da desinstitucionalização de mulher com mais proximidade, sendo possível iniciar a criação de conclusões derivadas a observação dos casos coletados da pesquisa de campo.

As técnicas de pesquisa escolhidas para o estudo de campo foram o diário de campo, onde foram adotadas impressões e descobertas sobre os fenômenos observados nos locais citados. Realizou-se entrevista semiestruturada com o defensor público responsável pelos processos de desinstitucionalização que acompanham as mulheres que estão passando por esse fenômeno. Para registro do conteúdo, foi feito uso de um gravador de áudio com anuência dos entrevistados e responsáveis pelos locais estudados.

Escolheu-se, por fim, realizar pesquisa documental, técnica de pesquisa que possibilita a extração de dados legislativos e jurídicos acerca de um determinado assunto (Silva, Almeida, Guindani, 2009). Foram analisados 8 processos de desinstitucionalização acompanhados pela Defensoria Pública do Estado do Pará, no recorte temporal entre 2008 e 2023, bem como manifestações sobre medidas de segurança apresentadas pelo órgão. Para responder o problema apresentado, utiliza-se a legislação vigente sobre a desinstitucionalização, sendo as principais a Lei 10.216/2001, que instituiu a reforma psiquiátrica no Brasil e disciplina sobre os direitos das pessoas em sofrimento mental, e a Política Nacional de Saúde Mental, onde está disposto sobre o processo de desinstitucionalização de forma detalhada e as políticas a serem adotadas a partir dele.

O trabalho foi estruturado em 5 seções, sendo elas a introdução, aqui presente; “Por Dentro das Instituições No Pará: A Defensoria Pública do Estado e O Hospital Geral Penitenciário”; “Desinstitucionalização e os Caminhos para a Liberdade no Brasil”; “Vozes das Mulheres na Desinstitucionalização: Uma Análise da Atuação Defensorial em Belém” e Considerações Finais.

Na Seção “Por Dentro das Instituições No Pará: A Defensoria Pública do Estado e O Hospital Geral Penitenciário”, inicia-se o trabalho analisando de forma mais regionalizada a desinstitucionalização, focando, portanto, no Estado do Pará. Há o estudo da Defensoria Pública do Pará, desde sua posição no âmbito nacional, bem como sua atuação regional. A experiência no Hospital Geral Penitenciário, local onde a medida de segurança na modalidade de internação era cumprida.

Analisa-se como ocorre a experiência dos indivíduos institucionalizados no Hospital Geral Penitenciário, através daquilo que é alegado nos discursos oficiais legislativos e institucionais e os dados coletados acerca da medida de segurança e a experiência vivida dentro do manicômio judiciário. Por fim, desenvolve-se sobre o caminho tomado pelos egressos do HGP no Estado do Pará, com foco no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Pará (PRAÇAÍ), política regional de desinstitucionalização no Estado.

Na Seção “Desinstitucionalização e os Caminhos Para a Liberdade no Brasil”, discute-se sobre os dispositivos de desinstitucionalização em âmbito nacional, ou seja, os mecanismos acionados durante o processo. Inicialmente, realiza-se um estudo acerca do Poder Psiquiátrico, conceito moldado por Michel Foucault (1972) que explica a influência da psiquiatria na sociedade. Então apresenta-se a Luta Antimanicomial, bem como as disputas ocorridas dentro do movimento, fio condutor para o questionamento às instituições manicomiais e à psiquiatria enquanto técnica de disciplinar (Foucault, 2014).

Explica-se como a desinstitucionalização está disposta na lei brasileira, discutindo a Lei 10.216/2001, Lei de Reforma Psiquiátrica; e a Lei 10.708, que institui o Programa “De Volta Para Casa”, dispositivo legal que prevê auxílio-reabilitação para indivíduos que passaram por institucionalizações prolongadas; bem como as Estratégias de Desinstitucionalização adotadas pelo Ministério da Saúde, não só em relação aos auxílios financeiros aos pacientes egressos dos Hospitais Psiquiátricos, mas acerca dos Serviços Residências Terapêuticos, casas de acolhimento a indivíduos em situações específicas previstas na Portaria nº 3.588/2017. Apresenta-se o mais recente dispositivo de desinstitucionalização, a Resolução 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça, que institui a Política Antimanicomial no Sistema Penitenciário, a fim de garantir o direito à saúde dos indivíduos em sofrimento mental e desativar os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Ao final da seção, a discussão acerca do gênero e desinstitucionalização toma espaço, abrindo portas para a seção seguinte.

Na Seção 4, discute-se acerca da relação entre gênero e loucura, apresentando como o estigma da loucura afeta mulheres de forma diferenciada e como isso interfere na experiência de mulheres em sofrimento mental, realizando recortes de raça e de classe, imprescindíveis para discussões que envolvem o Sistema Penal.

A atuação da Defensoria Pública no processo de desinstitucionalização de mulheres enfim entra em cena, através do estudo dos casos selecionados para a pesquisa e o contato com a realidade do órgão, em especial do setor no qual se trabalha diretamente com medidas de segurança. Em mãos do aporte teórico já apresentado nos capítulos anteriores e a partir da

teoria de Michel Foucault e suas análises sobre instituições disciplinares (2014), estuda-se os casos escolhidos, através das argumentações oferecidas pelo órgão. A entrevista que foi realizada com o defensor público também é analisada, como base para o estudo da atuação extrajudicial do órgão na desinstitucionalização e nos casos de medida de segurança de mulheres. A luta pela desinstitucionalização das mulheres é uma constante, que deve ser encarada como de caráter permanente, e depende de esforços coletivos, de todos os atores envolvidos no processo.

2. POR DENTRO DAS INSTITUIÇÕES NO PARÁ: A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO E O HOSPITAL GERAL PENITENCIÁRIO

A desinstitucionalização, ou seja, a saída dos indivíduos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, é ponto de partida para a investigação que iremos percorrer ao longo destas páginas. A Defensoria Pública do Estado do Pará se torna o espaço a ser estudado e a atuação dos defensores públicos perante a desinstitucionalização das mulheres internadas no Hospital Geral Penitenciário o ponto de deságue deste trabalho.

Dada a função de promover os direitos humanos e auxiliar os “necessitados juridicamente”¹³, a Defensoria Pública é órgão essencial para a defesa dos interesses das pessoas em sofrimento mental em processo de desinstitucionalização. E por “necessitados” entende-se não só os que estão em vulnerabilidade econômica, mas também os em vulnerabilidade social (Grinover, 2008), caso daqueles acometidos de sofrimento psíquico e/ou estão em conflito com a lei. Deste modo, pesquisar a atuação da Defensoria Pública neste espaço é de suma importância para compreender a realidade do processo e como, institucionalmente, o fenômeno é lidado em um dos órgãos ditos essenciais para a manutenção da justiça.

Portanto, inicia-se o estudo através da apresentação dos espaços em que a pesquisa trilhará para entender como a desinstitucionalização é encarada pela Defensoria Pública do Estado do Pará. Começaremos com a própria Defensoria Pública do Estado do Pará, sua atuação institucional, organização, história e objetivo principal. Através desta apresentação, provoca-se uma discussão sobre como esta atuação é influenciada por questões de gênero e raça, além de apresentar os números funcionais divididos através destas categorias dentro da instituição. Então, evidencia-se o foco no Núcleo de Execução Penal da Defensoria Pública do Estado, suas funções, organização e deveres institucionais.

Em seguida, analisa-se o Hospital Geral Penitenciário, seus dados conhecidos, estrutura e organização funcionais, além de levantar-se o debate sobre as violações de direitos humanos cometidas neste espaço e como a seletividade penal atua na escolha da população que está sujeita a internação no Hospital. Por fim, encerra-se com a discussão sobre os caminhos da desinstitucionalização no Estado do Pará, demonstrando a estrada que os internos percorrem ao saírem da instituição hospitalar, com enfoque no Programa de Atenção

¹³ Art. 1º A Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe prestar assistência jurídica, judicial e extrajudicial, integral e gratuita, aos necessitados, assim considerados na forma da lei. (BRASIL, 1994)

Integral ao Paciente Judiciário do Pará (PRAÇAÍ), sendo este uma política regional destinada às pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei.

Estando devidamente expostos os objetivos desta seção, passaremos a apresentar a Defensoria Pública do Estado do Pará, foco principal da investigação.

2.1 A Defensoria Pública do Estado do Pará: da estrutura à atuação

Criada em 1983, a Defensoria Pública do Estado do Pará tem como objetivo principal oferecer assistência jurídica gratuita, seja judicial ou extrajudicial, às pessoas necessitadas, consideradas vulneráveis constitucionalmente. Assim, é possível criar uma rede de apoio e acesso à justiça com enfoque aos cidadãos hipossuficientes no estado do Pará. Anteriormente, tais serviços eram oferecidos pelo Ministério Público Estadual, entretanto, tal órgão também possui a função de acusar indivíduos no ordenamento jurídico, bem como de verificar a devida aplicação das leis em lides judiciais entre particulares. Desse modo, a criação da Defensoria Pública do Pará vem como forma de assegurar que um órgão público tenha a função específica de defender os interesses de cidadãos que não possuem poder aquisitivo para arcar com honorários de advogados particulares.

O órgão teve sua regulamentação na Lei Complementar nº 013 de 18 de junho de 1993, ampliando sua força e jurisdição. Entretanto, a autonomia da Defensoria Pública do Estado do Pará foi gradativamente conquistada ao longo de mudanças legislativas. Hoje, a Defensoria está diretamente vinculada ao Poder Executivo, mais especificamente ao Gabinete da Governadoria do Estado, sendo assegurada sua autonomia orçamentária e financeira, prevista na Constituição Federal de 1988, e, portanto, dentro das Leis de Planejamento Tributário do Estado do Pará.

A Defensoria Pública do Estado conta com 10 núcleos de atuação, em questões judiciais e extrajudiciais. No âmbito judicial, a atuação se dá em 1º instância, seja na Capital, Belém, ou no interior do estado, perante das Turmas Recursais de Juizados Especiais, no Tribunal de Justiça (2º grau de jurisdição) no Superior Tribunal de Justiça (STJ) e no Supremo Tribunal Federal (STF). De forma extrajudicial, a Defensoria atua em pedidos administrativos, como emissões de documentos, suficiências públicas de consulta à população e a órgãos, mediação e conciliação, em exames de paternidade, havendo um programa específico para tal, e em orientações jurídicas para a população.

A Defensoria Pública do Pará não atua em questões ligadas a direito eleitoral ou direito do trabalho, pois há órgãos específicos, com sua própria organização e competência

para as matérias. A competência da DPE não se estende para lides de materiais federais, nos quais a Defensoria Pública da União atrai competência, ou seja, a competência está diretamente ligada às ações relacionadas ao Poder Público Estadual e Municipal, bem como entre particulares, contanto que não haja interesse da União nos processos judiciais e extrajudiciais.

Ao longo dos estabelecimentos espalhados pelo estado, sendo quatro apenas na capital, Belém, a Defensoria Pública atua na área cível com ajuizamentos de ações, bem como acompanhamento integral de matérias cíveis legalmente em sua competência, sejam estas de alta complexidade, ou de menor complexidade. Inventários e situações condominiais também são analisadas e estão no escopo da Defensoria. A área, administrativamente, se denomina como Cível Residual. Situações relacionadas a Direito de Família, ainda que sejam matéria cível, possuem seu próprio núcleo, qual seja o Núcleo de Atendimento à Família (NAEFA), que abarca lides sobre relações familiares de todo o grupo familiar, bem como seu patrimônio.

O Núcleo de Atendimento Especializado da Criança e do Adolescente (NAECA) se bifurca em duas áreas, uma para a proteção e outra relacionada a infrações cometidas por crianças e adolescentes. O núcleo, na área de proteção, atua nas ações de guarda em que haja indivíduos em situação de risco, bem como adoção, autorização de viagens ao exterior, demandas documentais e escolares, tutelas dentro das previsões legais, dentre outras situações civis que possam vir a atingir menores de 18 anos. Já durante a atuação em infrações, há a defesa e o acompanhamento de processos acerca de atos infracionais, em que os sujeitos são adolescentes em conflito com a lei. Ademais, o núcleo atua na fase de execução de medidas socioeducativas, uma vez que estas não estão no escopo do Núcleo de Execução Penal.

Há um núcleo específico para situações envolvendo violência doméstica e familiar contra mulher, o Núcleo de Prevenção e Enfrentamento à Violência de Gênero (NUGEN), em que seu foco está na proteção e defesa dos interesses de vítimas de violência doméstica e familiar. Através do atendimento ao público, ajuizamento de ações e programas para prevenção, proteção e educação sobre o tema, a Defensoria Pública do Estado do Pará divide a atuação do núcleo em dois setores, quais sejam o NUGEN Mulher e NUGEN Homem, localizados em duas unidades distintas na Capital.

Em lides que envolvem o Poder Público estadual, a Defensoria Pública destina o setor de Fazenda Pública, para processos relacionados à Servidores Públicos, concursos públicos, ao Sistema Único de Saúde (SUS) e execução fiscal, desde que estas se relacionem ao estado e ao município da unidade federativa de sua competência. Já o Núcleo Regional das Defensorias Públicas Agrárias (NDPA) atua em conflitos de propriedade e posses rurais,

estando diretamente ligada a matérias rurais, incluindo a assistência a comunidades tradicionais que estão alocadas no Estado do Pará.

O Núcleo de Defesa do Consumidor (NUDECON) se volta para conflitos nas relações entre consumidor e fornecedor, podendo atuar tanto em tratativas administrativas como extrajudiciais, como acordos e mediações, bem como judiciais, para que haja a garantia dos direitos do consumidor. O Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos e Ações Estratégicas (NDDH) se compreende na defesa individual e coletiva de grupos vulneráveis (pessoas LGBTQIA+, refugiados, pessoas com deficiência, entre outros), nos quais o Estado deva atuar de forma específica. A assistência neste setor pode ser judicial, ou de atenção psicossocial de forma integral, além de promover políticas públicas com o objetivo da erradicação das desigualdades sociais e da marginalização social a que estes grupos estão sujeitas.

Por fim, em sua organização administrativa, a Defensoria Pública atua na defesa e assistência de pessoas em conflito com a lei. Todos os indivíduos que sejam acusados criminalmente podem requerer a assistência da DPE. Há a preferência para aqueles que não possam ser patrocinados por advogados particulares, entretanto, no processo criminal, é obrigatório que o réu tenha defesa, essa podendo ser oferecida pela DPE de forma integral. Esta atuação abarca todas as instâncias do poder judiciário, incluindo delitos julgados pela Justiça Militar Estadual, desde que os delitos não sejam cometidos perante a União ou que situações previstas legalmente desloquem a jurisdição para a Justiça Federal. Nestes casos, a DPE cede sua atuação à Defensoria Pública da União, competente para o patrocínio e defesa nestes delitos.

A atuação da Defensoria Pública do Estado em matéria criminal se estende para situações de flagrante delito, e as famílias ou a própria pessoa em conflito com a lei pode, a qualquer momento, solicitar que o órgão assista o acusado. Orientações jurídicas e atendimento ao público são praticadas, como em todas as áreas de atuação da DPE, e com setor específico, de nome Núcleo de Atendimento Criminal (NUDECRIM), é oferecido atendimento com os defensores e sua equipe de apoio para a defesa dos interesses do assistido.

A Defensoria Pública do Estado do Pará atua, ainda, no âmbito da execução penal, e como este está como setor pesquisado mais profundamente no presente trabalho, demonstramos suas particularidades e atuação no tópico seguinte.

Após a extensa apresentação da organização do órgão, é necessário voltar a atenção para o cerne de sua existência, ou seja, a prestação de assistência jurídica à população, em especial à grupos vulneráveis. A prática institucional da Defensoria Pública no Brasil se volta

na defesa dos direitos humanos e dos interesses deste setor populacional, e a vulnerabilidade dos indivíduos, seja em suas relações interpessoais, seja nas relações destes com o poder público. A vulnerabilidade, inclusive, não deve ser entendida apenas enquanto vulnerabilidade financeira, mas também como vulnerabilidade em decorrência de jogos de poder além da classe social, ou seja, que perpassam em questões raciais, de gênero e sexualidade (Silva, Flauzina, 2021).

O artigo 134¹⁴ da Constituição Federal de 1988 aponta a Defensoria Pública como órgão imprescindível para a organização do Estado, sendo este permanente, assim sendo, que não pode ser extinto em qualquer hipótese dentro do Estado Democrático de Direito. Sua autonomia orçamentária e financeira¹⁵, como dito anteriormente, são asseguradas pela Carta Magna, para que a atuação do órgão seja livre, pois devido sua natureza de fiscalização e assistência aos mais necessitados, as relações de poder perpassam de forma intrínseca às lides que na qual opera.

2.1.2 A Defensoria Pública do Estado do Pará: perspectivas de gênero e raça em sua atuação

O presente trabalho está diretamente ligado à esta atuação em casos de desinstitucionalização de mulheres, de modo em que não é possível realizar a análise sem que haja aprofundamento no impacto de gênero e raça na atividade do órgão, estas que são consequência do sistema patriarcal e da colonização, no qual o país se estruturou ao longo de suas centenas de anos de história.

Segundo Silva e Flauzina (2021) a influência colonialista e do conservadorismo que abrange a história do país e a prestação de serviço pela Defensoria Pública é transpassada por estes fatores, em decorrência de seu olhar ser voltado para grupos vulneráveis socialmente.

A Defensoria Pública faz parte da organização do estado, da sua estrutura jurídica, e o sexismo e o racismo são estruturantes destas instituições (IPEA, 2017), de modo que é de suma importância verificar como tais fenômenos influenciam a atuação do órgão na sociedade.

¹⁴ Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 80, de 2014)

¹⁵ § 2º Às Defensorias Públicas Estaduais são asseguradas autonomia funcional e administrativa e a iniciativa de sua proposta orçamentária dentro dos limites estabelecidos na lei de diretrizes orçamentárias e subordinação ao disposto no art. 99, § 2º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)

É foco da Defensoria Pública, seja ela do Estado ou da União, prestar assistências que vão além do próprio jurídico. Nos Núcleos e setores de atuação apresentados anteriormente, que participam do organograma da Defensoria Pública do Estado do Pará, as ações por estas tomadas perpassam pelas necessidades dos grupos que os procuram, que nem sempre podem ser judicializados. Nesse ímpeto, atuações extrajudiciais e soluções de conflitos, bem como a prevenção e a promoção de acesso à justiça voltadas aos grupos em situação de vulnerabilidade são de competência da Defensoria Pública, pois através dela estes poderão ter acesso aos seus direitos sociais. Assim, o órgão está no centro de atuação para que se alcance os direitos fundamentais de classes historicamente marginalizadas.

Neste ponto, os agentes por dentro da instituição Defensoria Pública devem estar devidamente treinados para o recebimento das demandas. Demandas estas que podem ser categorizadas como políticas de identidade, como exposto por Angela Davis (2018). São formas de ingresso em polos de poder por grupos em situação de vulnerabilidade social, para que estes possam estar inseridos nas tomadas de decisão das instituições. Assim, é imprescindível verificar o quão inseridos estão mulheres e pessoas negras nos quadros da Defensoria Pública.

Fazendo o recorte na Defensoria Pública do Estado do Pará, a Pesquisa Nacional da Defensoria Pública (2023), pode oferecer uma melhor visualização dos quadros institucionais e de sua formação. Segundo a pesquisa realizada por gênero, a DPE conta com 45,1% de defensoras mulheres, para um estado que possui um total de 50,3% de sua população do gênero feminina. Em comparação com a média nacional, o número de defensoras mulheres é de 49,8%. A pesquisa também demonstrou como a predominância de Defensores públicos do gênero masculino é a realidade no Brasil até o presente momento.

Já relacionado a raça dos quadros de defensores estaduais do Pará, a situação se apresenta preocupante. São 59 % de defensores brancos, para 34% de defensores pardos, e apenas 2,8% de defensores pretos, e 8,9% de defensores que se identificam de outra raça ou etnia. A disparidade pode ser verificada quando se compara a demografia do Estado do Pará, onde 74,3% da população se reconhece enquanto pessoa parda, 17,2% enquanto branca, 7,8% como pessoa negra, e 0,7% enquanto outra raça/etnia. Ou seja, a dificuldade de acesso das populações em vulnerabilidade ao quadro da instituição, transformando-se em agentes ainda não se equipara à realidade da demografia do estado.

Silva e Flauzina (2021) chamam atenção para a importância nos quadros das instituições, pois através de mudanças nos cargos de poder em órgãos públicos, é possível se aproximar da demanda social de grupos em vulnerabilidade, e assim incorporar novas

perspectivas capazes de alterar a realidade social destes grupos. Para ilustrar, as autoras trazem um relato de um trabalho realizado na Bahia, no Centro de Referência Social, em que:

Havia expressões de alívio das usuárias ao serem atendidas por uma semelhante, não sendo raras as vezes em que o espanto positivo tomava conta da sala quando se deparavam com uma mulher negra as atendendo. Uma dessas usuárias, mulher negra vítima de violência doméstica, no primeiro atendimento realizado, ressaltou um vibrante “graças a Deus! Pensei que eu ia ser atendida por um homem, branco, sério, de paletó e gravata, igual na televisão. (Silva; Flauzina, 2021, p. 299).

É preciso retomar os dados de gênero, em que 54,9% dos defensores públicos são homens, e 45,1% são mulheres, pois além de estar abaixo da média nacional, não reflete a realidade de um estado majoritariamente feminino. Ainda se encontra aquém a representação feminina nos espaços de poder, a estes historicamente proibidos ou de difícil acesso. Pode-se resgatar que das mulheres espera-se subalternidade e submissão, e o espaço da Defensoria deve ser formado de embates para a defesa dos vulneráveis, grupo em que estas se encontram, mas que estrategicamente, não são a maioria. A elas, mais uma vez, é negado espaços de poder, podendo somente acessar pequenas porções (Silva; Flauzina, 2021).

Ressalta-se que, neste estudo publicado em 2023, não foram feitas pesquisas interseccionais, o que nos deixa sem números quanto a quantas defensoras mulheres negras estão atuando neste país. Não foram realizadas pesquisas acerca da presença de população LGBTQIA+ nestes espaços, o que levanta questões sobre sua própria representação no órgão, visto que estes também são público-alvo das políticas adotadas pela Defensoria Pública do Estado. Silva e Flauzina (2021) explicam como esta “ausência de olhar para si” das Defensorias Públicas demonstram como a heterossexualidade compulsória e a dinâmica cisgeneridade exercem poder na instituição, de modo a silenciar a população em seus quadros institucionais.

Como espaço de busca e auxílio aos em estado de vulnerabilidade, as práticas da Defensoria devem estar alinhadas sempre ao não-silenciamento destes grupos, ou repetirá as condutas que procura combater. A disparidade de números acerca de pessoas brancas, pretas e pardas na instituição, bem como o desequilíbrio de gênero nos quadros dos defensores afeta diretamente esta atuação, pois tal instituição deve permanecer sempre em vigilância à prática de exclusão de grupos que foi criada para defender. Este distanciamento é negativo do espaço de poder vai de encontro com a política que a Defensoria Pública deve seguir, sendo esta uma lacuna na sua atuação.

A Defensoria Pública, no seu dever de assistir aos grupos vulneráveis socialmente, precisa abarcar em seu próprio quadro funcional a presença destes grupos. Através de um olhar mais interno, é possível efetivar melhor as políticas de assistência que o órgão se propõe. O abismo do acesso à justiça passa também pela falta de identificação da pessoa assistida com o órgão.

o racismo distorce a dimensão identitária da Defensoria Pública e cria discrepâncias que atingem os direitos da população que vê, em mais uma instituição, o uso de práticas excludentes em um espaço essencialmente comandado e operacionalizado por pessoas brancas. Esse cenário, comum ao sistema de justiça, se agrava quando considerado os fins institucionais da Defensoria diretamente relacionados, exatamente, ao combate dessas exclusões. (Silva, Flauzina, 2021, p. 318).

Esse distanciamento dos grupos vulneráveis aos espaços de poder e tomada de decisões amplia as dificuldades de acesso à justiça, objetivo principal da Defensoria Pública. Os atendimentos, que devem ser mais focados nas necessidades das pessoas em vulnerabilidade, podem deixar de considerar aspectos da própria peculiaridade da vivência do grupo, de modo a evidenciar obstáculos para a concretização dos direitos desses indivíduos. Portanto, é preciso que a atuação dos defensores públicos esteja sensibilizada às particularidades de cada pessoa atendida, e que as categorias de raça, gênero e classe são os pontos-chaves para nortear sua atuação perante a sociedade.

Após refletir e apresentar o órgão protagonista desta pesquisa, voltaremos o olhar para o seu segmento que lida diretamente com a execução das medidas de segurança no sistema penal: o Núcleo de Execuções Penais.

2.1.3 “Como anda o meu caso, doutor?” O Núcleo de Execução Penal da Defensoria Pública do Estado do Pará

O Núcleo de Execução Penal da Defensoria Pública do Estado do Pará é o foco da presente pesquisa, sendo o setor da Defensoria Pública responsável pela assistência e acompanhamento de processos de execução criminal, tanto em penas provisórias quanto definitivas, e em todos os tipos de pena presentes no ordenamento jurídico, de modo a fiscalizar a execução da pena e das medidas de segurança nos ambientes carcerários, em defesa dos necessitados, seja de forma individual, seja de forma coletiva.

As atribuições da Defensoria Pública no momento da execução da pena estão dispostas legalmente nos artigos 81-A¹⁶ e 81-B¹⁷ da Lei de Execução Penal (LEP) e dispõe que à DP é acompanhar a execução da pena e da medida de segurança, em processos executivos e incidentes da execução, assistindo, assim, às pessoas necessitadas em todos os graus e instâncias, podendo atuar de forma individual ou coletiva. Ou seja, ao explicitar que a Defensoria Pública acompanha casos de medida de segurança, a legislação assegura às pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei a assistência direta do órgão às suas demandas. Assim, a atuação da Defensoria Pública se estende para dentro dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, fiscalizando as condições no qual o local se encontra e tomando as medidas administrativas e judiciais para defender os direitos dos que ali se encontram internados.

O Núcleo de Execução Penal da Defensoria Pública do Estado do Pará atua judicial e extrajudicialmente, conforme a necessidade do indivíduo que o procura. Localizado na Central de Atendimento da Defensoria Pública do Estado, na Rua Manoel Barata, N° 50, Bairro Campina, área nobre da Capital do Estado, em rua bastante movimentada e próximo aos demais prédios do Poder Judiciário, a visitação deste ocorre por meio de triagem, que separa demandas que são do âmbito do núcleo criminal e aquelas já destinadas à fase de execução da pena ou da medida de segurança.

Guichês fazem o atendimento inicial, onde essa triagem é realizada. No prédio, há 10 andares, que se distribuem entre os gabinetes dos Defensores Públicos e dos demais funcionários. Cada visitante que adentra ao prédio recebe um crachá, para identificar o motivo da visita. Defensores públicos fazem os atendimentos que necessitam de maior atenção, sendo

¹⁶ Art. 81-A. A Defensoria Pública velará pela regular execução da pena e da medida de segurança, oficiando, no processo executivo e nos incidentes da execução, para a defesa dos necessitados em todos os graus e instâncias, de forma individual e coletiva. (Brasil, 1984)

¹⁷ Art. 81-B. Incumbe, ainda, à Defensoria Pública: I - requerer: a) todas as providências necessárias ao desenvolvimento do processo executivo; b) a aplicação aos casos julgados de lei posterior que de qualquer modo favorecer o condenado; c) a declaração de extinção da punibilidade; d) a unificação de penas; e) a detração e remição da pena; f) a instauração dos incidentes de excesso ou desvio de execução; g) a aplicação de medida de segurança e sua revogação, bem como a substituição da pena por medida de segurança; h) a conversão de penas, a progressão nos regimes, a suspensão condicional da pena, o livramento condicional, a comutação de pena e o indulto; i) a autorização de saídas temporárias; j) a internação, a desinternação e o restabelecimento da situação anterior; k) o cumprimento de pena ou medida de segurança em outra comarca; l) a remoção do condenado na hipótese prevista no § 1º do art. 86 desta Lei; II - requerer a emissão anual do atestado de pena a cumprir; III - interpor recursos de decisões proferidas pela autoridade judiciária ou administrativa durante a execução; IV - representar ao Juiz da execução ou à autoridade administrativa para instauração de sindicância ou procedimento administrativo em caso de violação das normas referentes à execução penal; V - visitar os estabelecimentos penais, tomando providências para o adequado funcionamento, e requerer, quando for o caso, a apuração de responsabilidade; VI - requerer à autoridade competente a interdição, no todo ou em parte, de estabelecimento penal. Parágrafo único. O órgão da Defensoria Pública visitará periodicamente os estabelecimentos penais, registrando a sua presença em livro próprio.

discriminado a cada um o dia ao qual se disponibiliza para tal, de acordo com a demanda e a quantidade de assistidos, bem como qual a atividade que a Defensoria Pública em que é titular atua.

Há, entretanto, a barreira do próprio Poder Judiciário. Mesmo que não seja tão imponente em arquitetura como outros prédios relacionados ao Poder, o controle de entrada e saída, presença de seguranças, o acompanhamento para a circulação do prédio (não é possível visitar outros andares ou entrar no elevador do estabelecimento sem a presença de funcionário específico para a função) demonstra as marcas do poder punitivo estatal, do controle social, da vigília (Foucault, 2016) constante daqueles que não fazem parte do quadro funcional do órgão. Ainda assim, a comunicação com os funcionários do local e com os defensores é aberta, estes estando mais dispostos a ajudar a navegar por entre os andares e as salas, conforme a demanda a ser atendida.

Ainda que esteja em bairro nobre, no centro da cidade de Belém, o Núcleo de Execução Penal demonstra ser acessível ao público, que pode procurá-lo para as demandas necessárias, e para buscar orientação acerca de seus casos. Atividades como visitação dos espaços prisionais, inspeções para verificação das condições dos custodiados nas unidades e levantamentos próprios da Defensoria Pública são realizados, podendo os internos vocalizar suas demandas e denúncias para que sejam defendidos perante o poder público.

O atendimento a pessoas sujeitas a Medida de Segurança é de competência da 2º Defensoria Pública, hoje sem defensor titular. Visitações periódicas ao Hospital Geral Penitenciário são realizadas, bem como vistorias, além dos acompanhamentos de processos e pedidos de desinstitucionalização. Em entrevista com o defensor responsável pela 2º DP, ainda não foram realizadas visitas no Hospital, desde o ano passado, pois a ausência de titular cria a sobrecarga aos que assumem as responsabilidades desta defensoria, o que de certa forma prejudica a atuação mais direta do defensor responsável.

Vale ressaltar que a 2º DP não é responsável apenas pela assistência jurídica de pessoas sujeitas a medidas de segurança, mas engloba casos de execução de pena não relacionados ao Hospital Geral Penitenciário. Entretanto, essa assistência é de competência exclusiva desta DP, sendo essa a única que atua nesses casos.

A 2º Defensoria Pública, assim, também é responsável por acompanhar as saídas das pessoas que cumprem os requisitos para desinstitucionalização, ou seja, que são consideradas aptas pelo sistema para o retorno ao convívio, e, portanto, poderão ou cumprir tratamento ambulatorial enquanto medida de segurança, ou ter sua medida de segurança extinta. A questão da desinstitucionalização, seu caminho, possibilidades e discussões são aprofundadas

ao decorrer do trabalho. Entretanto, é necessário entender que, na defesa dos interesses das pessoas que estão internadas são de competência da Defensoria Pública do Estado, de modo ser de suma importância investigar como esta atuação é feita, de forma processual e extrajudicial. E este é o foco principal da pesquisa.

Alguns passos, entretanto, devem ser seguidos, para se identificar a ambientação na qual o trabalho se percorrerá. Apresentado o órgão norteador desta dissertação, é necessário avançar para o palco onde as disputas de poder acerca da dignidade das pessoas em sofrimento mental toma espaço. O Hospital Geral Penitenciário do Estado do Pará.

2.2 O Hospital Geral Penitenciário: Estrutura e organização

O Hospital Geral Penitenciário, inaugurado em 2008, é a unidade que recebe pessoas que foram julgadas inimputáveis psiquicamente. Anteriormente nomeado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o HGP se localiza no município de Santa Izabel do Pará, dentro do Complexo de Americano, juntamente com as demais unidades prisionais comuns masculinas. A mudança de nome ocorreu após uma tentativa de que o Hospital se aliasse as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o que não ocorreu, uma vez que a unidade continuou a ser palco de violações de direitos humanos de seus internos, sendo um manicômio na sua mais pura forma (Alvarez, 2015), contrariando as diretrizes da Lei Paulo Delgado, em vigor desde 2001 no território nacional.

Previamente à existência do HGP, pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei eram dispostas em unidades prisionais comuns. Entretanto, sua existência demonstra-se apenas em 2007, pois antes de sua criação, em 1999, a Superintendência do Sistema Penal do Pará (SUSIPE) reuniu os custodiados considerados loucos em um estabelecimento, que na configuração atual do Complexo de Americano, estaria localizada ao lado do Hospital. A esta unidade se deu o nome de Ala Psiquiátrica no Centro de Recuperação Penitenciário do Pará I (CRPP I).

Em 2008, como já dito preliminarmente, o Hospital Geral Penitenciário foi criado, desta vez como estabelecimento fixo para receber pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei. O sentido do Hospital, ou sentido dado a ele em sua criação, seria de oferecer tratamento terapêutico a seus custodiados. Porém, o HGP continua vinculado à Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa Social do Pará, e não ao Sistema Único de Saúde. O local também se encontra como sendo o Complexo de Americano, juntamente com as demais unidades, de modo que demandas hospitalares dos demais custodiados em penitenciárias

comuns do Complexo também passaram a ser atendidas no HGP Em 2011 (Diniz, 2013), o HGP correspondia a 4% de toda a população internada no Brasil e 73% somente na região Norte.

A partir de 2012 até o ano de 2019, a desinstitucionalização passou a ser aplicada no Hospital Geral Penitenciário, com esforços da Vara de Execuções Penais, da Central de Equipe Multidisciplinar da mesma vara e da Rede de Apoio Psicossocial. Em 2019, a Portaria N° 002/2019 da VEP/RMB foi promulgada, para que fossem realizadas as perícias e relatórios psicossociais pela Central de Equipe Multidisciplinar do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), da Secretaria de Saúde do Estado do Pará e a Equipe Biopsicossocial do Hospital, com visão à saída da pessoa internada no espaço do HGP. Hoje, conforme o INFOPEN¹⁸, há 44 pessoas ainda custodiadas no Hospital. Porém, esforços estão sendo realizados para que haja fechamento do HGP e consequentemente que todos os seus pacientes sejam desinstitucionalizados. Esses esforços podem ser vistos através da portaria promulgada pela própria Vara de Execuções Penais, somadas à Resolução 487 de 15 e janeiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça.

Em estudo realizado por Tomaz e Monteiro (2019), o estabelecimento do Hospital consiste em um hall de entrada, cantina desativada, ala separada para homens e mulheres, salão para visitas, apenas uma sala de aula para estudos de ensino fundamental e supletivo para ensino médio, uma unidade de saúde básica (UBS) que atende a todo o complexo penitenciário ao qual o HGP se encontra, um centro de triagem para os novos internos e uma horta para jardinagem e cultivo. Trata-se de uma instalação simples, que, antes do início da desinstitucionalização como política da Vara de Execuções Penais, encontrava-se em superpopulação, pois somente há espaço para um total de 83 internos. Em 2019, mais de 400 pessoas encontravam-se internadas no local.

Em entrevista com um ex-diretor do Hospital Geral Penitenciário, no mesmo estudo, houve o diagnóstico que haviam colchonetes no chão, sem qualquer estrutura para camas e beliches, uma vez que havia um grande receito de que os custodiados pudessem se auto infligir ou infringir nos demais condutas violentas, e agredir tanto entre os próprios internos quanto os trabalhadores do local. Em outras palavras, as pessoas que ali estavam dormiam no chão. Mesmo com esforços dos agentes que exerciam as funções de cuidado e organização do HGP para que fossem enviados camas e outros objetos, a demanda não restou suficiente para mudar a realidade do local.

¹⁸ Pesquisa realizada em 31 de março de 2024.

O Hospital Geral Penitenciário é administrado por um Diretor Geral, um Vice-Diretor e um Chefe de Segurança. A pesquisa mais completa publicada acerca do HGP até foi realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, que realizou uma inspeção nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em todo o Brasil, em 2015. O relato da comissão de inspeção do trabalho demonstra que os profissionais trabalham em plantão de 24 horas, intercalando 48 horas de descanso. Os funcionários do local precisam estar capacitados por curso oferecido pela a Escola de Administração Penitenciária do Pará – EAP em casos que envolvam internos cumprindo medida de segurança.

Há atividades externas às alas onde estes dormem, de modo que em alguns casos, há interação com os funcionários por parte dos internos. Não foi especificado critérios para tal. E a maioria destes não possuem tal benefício e se mantêm contidos nas celas, somente saindo para o banho de sol. As celas comportam de cinco a seis pessoas. Deixamos o relato na íntegra das condições do local:

Os internados são acomodados em celas, em geral coletivas, onde permanecem em média cinco ou seis pessoas. As alas e celas são escuras, quentes, úmidas e pouco ventiladas. As paredes são sujas, com roupas e objetos pessoais dependurados nas grades. Em algumas alas são dispostos colchões pelo chão e, em outras, identificam-se camas. (CFP, 2015)

Como podemos observar, os internos ficam em alas degradantes, sem mobília mínima para a manutenção de sua dignidade. Há relatos de banheiros sem porta, coletivos, em que não há privacidade. Relatos de alas específicas para internos soropositivos e usuários que praticaram delitos relacionados à pedofilia. Em entrevistas, os internos relataram ainda a presença de uma cela para aqueles que reclamam acerca de qualquer situação, em que o relatório chamou de DML, ou Depósito de Material de Limpeza, local não identificado em inspeção. O relatório, porém, afirma que a direção compartilhou a existência de celas especiais para triagem sem “isolamento”, em que a comissão verificou se tratar de local ainda mais precário que o espaço comum e as alas de internação.

As alas estão guardadas por portões de ferro com cadeados, e os internos somente poderão sair com a presença de um funcionário para vigiá-lo. A vigilância constante é alvo de estudo por Foucault (2016), que verifica a dinâmica de poder no ato de vigiar o indivíduo. Através desta prática, se reforça o poder sobre o indivíduo, a produção de saber sobre ele, que se constrói por meio da observação constante, e assim, poder discipliná-lo. O espaço penitenciário e o espaço hospitalar para pessoas em sofrimento mental são um espaço de

disciplina, espaço capaz de moldar, destruir, desconfigurar e reconfigurar o indivíduo para que este não volte a repetir o comportamento desviante que ali.

O poder se volta para a mente do interno. Pela vigilância é possível se tornar onipresente, uma vez que quando sempre se vigia, mais invisível o vigilante se torna (Foucault, 2016). E assim, registra-se o comportamento do indivíduo, neste caso do hospital, através de prontuários médicos e relatórios psicossociais. Este poder disciplinar, para Foucault, é a capacidade de controlar quem precisa ser controlado, de reforçar as instituições e o que é o padrão comportamental. E este poder não pertence a alguém em específico, mas para toda a sociedade, que também passa a se auto vigiar, e punir os desviantes. Assim, as regras são introduzidas na subjetividade, e o indivíduo passa a se enclausurar dentro de si mesmo, se regulando nos papéis a ele impostos.

A vigilância é a capacidade de exercer poder na mente, sem a violência, rompendo com as punições sobre o corpo do indivíduo, transformando sua consciência, a subjetividade em si mesmo, e assim, alterando sua composição. No hospital, vigiar é poder corrigir os loucos, é suprimir sua existência-sofrimento, negar o que eles mostram sobre nós mesmos, sobre o peso de um sistema que não nos favorece, mas nos aprisiona.

A estrutura do Hospital Geral Penitenciário denota esta vigilância. Sob observação constante, os internos podem circular, quando este benefício é dado a eles, pela sala de visitas, pela quadra esportiva, pelo refeitório e pela horta cultivada por eles mesmos. Aos internos é proibido a convivência íntima, uma vez que, diferente das penitenciárias comuns, homens e mulheres circulam pelo HGP, sem poderem estar na mesma ala.

Há queixa de falta de medicamentos, de consultas em que o interno se mantém algemado, e da presença constante de guardas vigiando até mesmo as consultas privadas com profissionais de saúde. A SUSIPE acompanha a situação financeira dos indivíduos, internados juntamente com sua família, além de articular juntamente com a Vara de Execuções Penais, as desinstitucionalizações.

Todos os prontuários médicos estão em sala específica, que contém dados dos exames e consultas realizados por psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras. Os atendimentos são realizados em sala específica. É necessário que haja, pelo menos uma vez por ano, um Exame de Cessação de Periculosidade, de competência do Instituto Médico Legal. Três atendimentos individuais por dia são realizados por psicólogos. Entretanto, há relatos de ausência destas consultas e exames, por ausência de corpo funcional nas equipes multidisciplinares. Não são feitas dinâmicas de grupo. As consultas são realizadas em portas abertas, a vigilância é obrigatória e os pacientes permanecem algemados. À comissão de

inspeção, os psicólogos relataram que: “estão cientes dos princípios norteadores da reforma psiquiátrica, mas relatam que o espaço por ser “segregador e torturador”, torna-se praticamente impossível seguir estes princípios.” (Conselho Federal de Psicologia, 2015).

Ou seja, há a admissão que no HGP, a Lei 10.216/2001 não é seguida, pois a lógica manicomial do espaço não permite. O Hospital Geral Penitenciário é um manicômio, na região metropolitana de Belém, que mantém as violações de direitos humanos das pessoas em sofrimento mental bem perante nossos olhos. (TOMAZ, MONTEIRO, 2020). Pouco se fala do local, pouco se vê. Ele se torna despercebido pela população, que parece suspirar aliviada que os loucos estão fora de seu convívio. Porém quem são os loucos? A quem estas condições degradantes são destinadas? Quem são estas pessoas tão invisíveis aos nossos olhos?

2.2.1 Para quem? A população do Hospital Geral Penitenciário

Falar sobre o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é entender que dados conflitantes são apresentados, seja sobre a estrutura, seja sobre sua população. Os contrastes sobre o que é dito pelos relatórios feitos sobre o sistema penitenciários e os relatos de quem pesquisa e vive a realidade do local não são incomuns, já que o estabelecimento em si é controverso nas suas próprias existências, sendo alvo de críticas constantes, que serão aprofundadas na seção posterior.

Segundo o INFOPEN (2024), em consulta realizada até o fechamento desta pesquisa, 44 pessoas ainda se encontram no Hospital Geral Penitenciário, contrariando o próprio relatório divulgado de que o volume populacional do estabelecimento estava zerado. Com o avanço das discussões acerca da desinstitucionalização, a ausência de dados concretos acerca do hospital dificulta os estudos sobre este, inclusive sobre sua população, uma vez que sem estes não é possível traçar um perfil concreto acerca dos internos, como levantamentos de raça e etnia, gênero, poder aquisitivo anterior, escolaridade e demais perfis sem dados oficiais.

Entretanto, é possível discutir para quem o Hospital Geral Penitenciário é destinado, uma vez que este não foge às discussões mais gerais sobre manicômios judiciais. Um dos trabalhos mais completos sobre a população em HCTPs no Brasil foi realizado por Débora Diniz. Publicado em livro no ano de 2011 e denominado “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil - censo 2011”, a pesquisa percorre todos os HCTPs em atividade à época, incluindo o Hospital Geral Penitenciário no Pará. Ressalta-se o tempo que se decorreu desde a publicação do censo e como ainda há poucos estudos sobre o caso. O estado da arte

das produções sobre o tema demonstra o quanto o assunto ainda é pouco explorado, inclusive acerca da realidade do local em si.

Como os dados acerca da quantidade de pessoas ainda se encontram inconsistentes em estudos publicados, analisaremos critérios de raça e gênero, que refletiam a época em que o censo foi realizado, de modo traçar o perfil de pessoas que eram enviadas ao HCP através destes dois recortes.

Segundo Débora Diniz (2013) havia uma maior concentração de homens no Hospital Geral Penitenciário, que somavam 92% da população do espaço. 7 % das pessoas que estavam ali eram mulheres. Esse era o quadro de todos os demais HCTPs do Brasil, com uma população esmagadoramente masculina internada no local. O dado se apoia também no relato coletado em entrevista com o defensor responsável por acompanhar as medidas de segurança na Defensoria Pública do Estado do Pará, realizada em março de 2024. Quando perguntado, o entrevistado afirmou que a população do espaço era formada, em sua grande maioria, por homens, sendo menos de 10 o número de mulheres presentes no HGP.

Em relação ao perfil racial, Diniz (2013) coletou o seguinte dado: pessoas pretas e pardas somavam 67% da população total do hospital, que possuía 20% de pessoas brancas. Em um dado interessante, 12% das pessoas não haviam registrado sua cor. Ou seja, não conseguiram se identificar racialmente. Para entender o dado apresentado, é preciso se debruçar acerca da seletividade do sistema penal, e como esta escancara as fronteiras raciais do sistema punitivo.

A seletividade do sistema penal perpassa através do giro em que a criminologia hoje se apoia. As discussões se voltam para processos de criminalização, ou seja, para o que faz com que alguém seja visto enquanto vítima ou criminoso, além de identificar que condutas são crimes ou legalizadas, a depender de escolhas do sistema capitalista. Sobre o tema, Vera Regina Pereira de Andrade (2003, p.40), discorre:

O desvio e a criminalidade não são uma qualidade intrínseca da conduta ou uma entidade ontológica preconstituída à reação social e penal, mas uma qualidade (etiqueta) atribuída a determinados sujeitos através de complexos processos de interação social, isto é, de processos formais e informais de definição e seleção.

A este processo de escolha da vítima e do criminoso, de quais condutas são crimes, e quais punições para cada delito, chamamos de seletividade. As condutas tidas enquanto desviantes e anormais são punidas, transformando os indivíduos que a praticam em criminosos perante o sistema. Como veremos na segunda seção de modo mais detalhado, a loucura se caracteriza por comportamentos desviantes à norma, ao modo pelo qual o

indivíduo se apresenta socialmente. Assim, devido a esta estranheza que seus comportamentos causam, pessoas em sofrimento mental estão mais propensas a serem selecionadas como criminosas e perigosas para o sistema penal.

O mesmo ocorre com a população negra. O colonialismo, que operava em bases do racismo e do sistema escravista, que, por conseguinte, promovia “punição dos corpos então controlados por um modelo privado de segurança, se perpetuou com um sistema penal que reproduzia, analogamente, violência e encarceramento sem que isso fosse tido com estranhamento” (Souza, 2016, p. 617). A instrumentalização do enclausuramento e da punição de corpos negros desaguam no que hoje vemos como o sistema penal. A discricionariedade com o qual o sistema penal atua é manifestação do racismo institucional que circunda as agências de poder do Estado. Por racismo institucional, entende-se

a práticas discriminatórias que não estão explicitamente definidas em lei ou codificadas na política, mas são reproduzidas (intencionalmente ou não as rotinas, administrações, normas, hábitos e práticas profissionais de instituições de educação, controle social, tecnociência ou cultura” (AMARO, 2005, p. 233)

Assim, a seletividade penal opera na vulnerabilidade racial causada pela longa história de punição e enclausuramento de corpos negros se reflete no próprio Hospital Geral Penitenciário, que enclausura pessoas negras, em sua grande maioria, dando força para o racismo institucional que opera em todo o sistema penitenciário. O hospital se junta à estrutura do cárcere brasileiro, que é desenvolvida como dispositivo para o genocídio de corpos negros no país. O encarceramento massivo de pessoas pretas e pardas no sistema penitenciário é um problema bem discutido, exposto, estudado e que já foi denunciado como violação de direitos humanos (Valle, 2021).

A marginalização de pessoas negras, a ausência de amparo para alterar sua própria realidade e a opressão de uma estrutura estatal branca dificultou com que estas fossem reconhecidas enquanto sujeitos de direitos, relegando a este grupo espaços desprivilegiados socialmente, que culmina, enfim, na seletividade da punição estatal.

A abolição da escravatura, nos termos em que se deu, não resultou, de fato, na libertação dos negros com seu consequente reconhecimento como sujeitos de direitos, iguais aqueles que compunham a raça branca. Na verdade, mesmo após o referido documento entrar em vigor, os negros continuaram a não ser considerados como sujeitos “aptos” para trabalhar nas fábricas que surgiam, uma das mais fundamentais fontes de trabalho disponíveis. Assim, esse grupo continuou, mesmo após a abolição formal, desamparado pelo Estado e pela sociedade, sem quaisquer possibilidades de ascensão social em uma sociedade que se construía capitalista, e em que a acumulação de capital representaria, futuramente, o critério nivelador de todos os privilégios sociais (WOLFF, 2020) (VALLE, 2011, p. 34)

Assim, pessoas negras não conseguem ascender socialmente dentro do sistema capitalista, acumular patrimônios e riquezas como a estrutura descreve quem pode estar como privilegiado, e, portanto, ocupam as camadas mais baixas das classes sociais, estando sujeitas a violências, tanto da própria sociedade quanto das instituições racistas que compõem o estado Brasileiro.

O sistema penal nada mais é do que uma evolução do regime que tomou espaço durante o período colonial brasileiro. Flauzina (2008) descreve o cárcere como uma versão contemporânea para perpetuar a discriminação, a segregação e a violência contra pessoas negras. Mediante da seletividade, a criação do estereótipo do negro criminoso é posta em foco. O indivíduo negro é selecionado como criminoso por quem detém o poder, mantendo as tensões raciais vivas. A pena é herança colonial, fundada em um sistema patrimonialista, patriarcal e racista.

O Hospital Geral Penitenciário, ao se verificar a presença esmagadora de pessoas negras nele internado, é um espaço de segregação dupla, em que pessoas em sofrimento mental negras se apresentam como alvos para retirada da sociedade, por causarem desconforto, por serem indesejáveis, em uma política higienista social. A população do HGP é formada, em sua grande maioria, por homens negros, de baixa escolaridade, de pouco poder aquisitivo e entre a faixa etária de 25 a 39 anos (Diniz, 2013). É possível ir além. O sofrimento mental mais apontado na população do HGP é a esquizofrenia. Esta que está ligada a tantos estereótipos, concepções errôneas e muitas vezes é confundida como a própria periculosidade. Este era o perfil dos internos do Hospital Geral Penitenciário em 2011.

Então para que estudar mulheres? Se os homens se encontram em maioria no HGP, porquê escolher mulheres como foco desta pesquisa? Esta pergunta será respondida nas seções seguintes de forma mais detalhada. Porém ao eleger mulheres como centro de uma pesquisa acadêmica, adicionamos mais um fenômeno na equação deste espaço tão complexo que é o hospitalar: o gênero. Ao estudar gênero, estudamos como o espaço penal é capaz de punir severamente mulheres que não cumprem com o seu papel social, mulheres que desviam no que se espera delas na sociedade patriarcal e liberal.

Entretanto, este tópico será melhor apresentado em seções seguintes. Neste momento, nossos olhos devem voltar-se para uma luz no fim do túnel (ou assim ela se apresenta) para a solução deste espaço desesperador: a desinstitucionalização.

2.2.2. Caminhos da desinstitucionalização no Pará: os egressos e egressas do Hospital Geral Penitenciário e a experiência do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Estado do Pará (PRAÇAÍ)

A experiência dos “pacientes” judiciários no Pará é atravessada por um projeto, fruto de luta dos trabalhadores que diretamente lidam com os processos de medida de segurança no estado. O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Pará (PRAÇAÍ) é um projeto de acompanhamento voltado às pessoas em cumprimento de medidas de segurança e surge em 2013, em discussões dentro de uma equipe multidisciplinar.

No Estado, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é denominado como Hospital Geral Penitenciário (HGP), inaugurado em 2008 e que se tratou de uma política contrária a lógica que já estava em construção e implementação acerca da saúde mental de pessoas em sofrimento psíquico, visto que emergiu sete anos após a promulgação da Lei Paulo Delgado, que já apontava a segregação destes indivíduos como medida a ser evitada. Alyne Alvarez, que realizou trabalho intenso em 2015 diretamente com o hospital, escreve: “o HCTP nunca foi um Hospital, nunca realizou exame algum, estando as tais salas desde sempre trancadas; nunca houve leitos, médicos e sempre muito pouco acesso a tal parte do prédio.” (p. 158)

É nesta situação precária e desumana que as discussões do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Estado do Pará (PRAÇAÍ) emerge, junto à equipe que havia sido recém convocada por concurso público para atuar no Hospital Geral Penitenciário e que identificou a necessidade de promover desinternações no hospital, devido às condições de vida e saúde dos residentes. O objetivo do PRAÇAÍ era deslocar do hospital a competência para o tratamento destas pessoas para uma rede substitutiva de saúde mental, condizentes com o disposto na Lei Paulo Delgado, e, portanto, procurava-se ali o resgate a dignidade e liberdade daqueles indivíduos, que haviam sido segregados e esquecidos pela sua condição de “loucos”.

Foucault (2001) expôs esse medo do louco, daquele que é anormal, e o ímpeto de retirá-lo do espaço da convivência devido ao distúrbio que estes causariam à comunidade. Esse medo, construído socialmente em uma forma de desnaturalizar as ações daqueles tidos como loucos, é sequestrado pela configuração política e econômica do espaço, e o instrumento utilizado para regular a vida e proteger os “normais” dos “anormais” é identificado enquanto biopoder. O biopoder regula o “fazer viver e deixar morrer”, categorizando as vidas que devem continuar e aquelas que passam a carecer de questões

mínimas para sobrevivência. Por um lado, os “normais” são protegidos dos perigos e das intempéris da existência, de modo em que suas vidas são maximizadas. Por outro lado, os “anormais” são matados ou deixados para morrer, encarcerados, segregados e medicalizados, para a proteção da ordem.

É nesta lógica, de controle, disciplina, de “deixar morrer”, que se identificou, através da equipe multidisciplinar que atuava no Hospital Geral Penitenciário, que os indivíduos ali estavam mortificados pelo poder público, esquecidos e abandonados em situação degradante. Retirados de seus lares, afastados de suas famílias, enclausurados longe da sociedade por serem lidos como perigosos, as pessoas ali residentes estavam à própria sorte, em um espaço que se mostrava completamente despreparado para oferecer condições mínimas de sobrevivência. O biopoder atuava na sua mortificação, na forma mais pura.

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Estado do Pará foi estruturado em diversos debates e atividades, reuniões e encontros entre diversos setores sociais e do poder judiciário, para que se pudesse construir um projeto que fosse de modo contrário ao que já estava exposto ali, naquele espaço degradante. Durante o mesmo período, nos anos de 2014 e 2015, foi implantada a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), vinculada à Secretaria de Saúde do Pará, que tem por objetivo acompanhar as pessoas que cumprem medida de segurança e avaliando a situação destas dentro do poder judiciário. Karla Damalso Souza (2023) realiza uma análise acerca da experiência do PRAÇAÍ, onde observa de dentro o Programa, oferecendo um olhar mais pessoal sobre a atuação dos trabalhadores que fazem esse acompanhamento.

Em 2019, uma situação ocorrida no Centro de Recuperação Regional de Altamira, no Pará, em que uma guerra de facções, ocasionada devido à superlotação e condições degradantes de sobrevivência na penitenciária, culminou na morte de cinquenta e oito internos. Uma Força-Tarefa de Intervenção Penitenciária (FTIP) foi deflagrada no mesmo ano, e destas intervenções, um retrato da situação carcerária no Estado do Pará foi feita e divulgada, em relatório, no ano de 2020.

Neste documento, o cenário precário do Hospital Geral Penitenciário chamou a atenção da Vara de Execuções Penais, o que fundamenta uma intervenção no local, autorizada pelo Juízo da VEP/RMB, em que foi “determinado que ali permanecesse apenas pessoas com Medida de Segurança aplicada, assim como ficaram proibidas futuras internações” (Damalso, 2023, p. 19).

Deste momento em diante, o foco se voltou para a desinternação em massa dos residentes do HGP. A desinternação condicional¹⁹, feita após avaliação do Instituto Médico Legal (IML) acerca da periculosidade do “paciente”, para verificar a possibilidade de aplicação do tratamento ambulatorial. Chama-se atenção para a presença da periculosidade como condição para a desinternação. Ainda que a saída do hospital esteja em pauta, a noção do louco perigoso continua presente, não havendo ruptura com o senso comum acerca da loucura e degeneração.

Segundo Damalso (2023), os critérios para desinternação são laudos psiquiátricos em que se ateste a cessação de periculosidade da pessoa. A questão familiar é entendida como de suma importância, uma vez que durante a desinternação, são realizadas buscas para localização de familiares do indivíduo em desinternação. Entretanto, consoante dados recolhidos por Damalso em sua pesquisa, poucos possuem relações com seus familiares ainda preservadas no decorrer a internação, seja pela quantidade de anos em que perdurar o afastamento, seja pelo fato de que muitos se deslocaram do interior do estado para onde se localiza o HGP, estando, assim, longe de casa.

Quando não há vínculos familiares, a desinternação ainda pode ocorrer, movimentando os indivíduos para Serviços Residenciais Terapêuticos. Todavia, a ausência de vagas suficientes para a demanda cria filas de espera, delongando a permanência dos internos no Hospital Geral Penitenciário. Destaca-se o uso de desinternação para nomear esse processo porque desinstitucionalização, como explicado anteriormente, se trata também do rompimento do que se compreende enquanto loucura, não somente a saída das pessoas do manicômio. Como há ainda a presença de conceitos como periculosidade e tratamento, esse rompimento não ocorre.

Essa integração entre as equipes da Vara de Execuções Penais, a EAP e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não foi feita sem resistência ou sem obstáculos. Um dos preceitos aos quais o PRAÇAÍ se pauta está justamente na reconquista e manutenção dos direitos da pessoa em sofrimento mental, o que passa também pela luta pelo acesso aos serviços de saúde mental disponíveis. Os obstáculos estão não só na certa resistência inicial na compreensão de que o RAPS também seria responsável pelas pessoas oriundas do HGP, mas na confecção dos laudos e para desinternação, uma vez que o instituto da periculosidade é controverso e é o objeto dos laudos emitidos, além de outras dificuldades enfrentadas pelos

¹⁹ Por desinternação condicional, entende-se a saída do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico com o cumprimento de tratamento ambulatorial na Rede de Atenção Psicossocial, acompanhada pelo Juízo da Vara de Execuções.

profissionais. Situações observadas acerca da ausência de estrutura nos municípios do interior do estado também se caracterizam como obstáculos para a desinternação, pois tornaria inviável a possibilidade de continuidade ao tratamento ambulatorial.

Sobre a certa resistência do RAPS em atender demandas relacionadas ao sistema judiciário, Damalso (2023) discorre:

"Prova disso é dificuldade encontrada para a inclusão de pessoas "desinternadas" na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) quando esta se recusa a acolher demandas da justiça, mesmo diante de ordens judiciais expressas, embora justifiquem que a não inclusão é pela deficiência de estrutura na referida Rede, não admitindo, portanto, suas concepções institucionalizadas que impediam as transformações requeridas para desinstitucionalização" (2023, p. 47).

A RAPS é ligada ao Sistema Único de Saúde e composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por Serviços Residenciais Terapêuticos, pelos leitos de atenção integral em hospitais gerais, Unidades de Acolhimento e Centros de Convivência e Cultura. O RAPS tem seu próprio programa de desinstitucionalização e através deste procura garantir que pessoas que estiveram em situação de internação de longa duração tenham acesso aos serviços de saúde mental e estratégias de desinstitucionalização nacionais, quais sejam as SRTs e o Programa De Volta Pra Casa.

O PRAÇAÍ cria um elo entre o RAPS e o sistema jurídico, de modo em que os egressos do HGP possam também ser acolhidos por estes e que seus direitos sejam respeitados e garantidos, visto que o Hospital Geral Penitenciário se demonstra como um espaço desumanizante e de constante violação de direitos humanos.

Em alguns dados levantados por Damalso (2023), a superpopulação no Hospital Geral Penitenciário é de 165% em excedente, e 70% dos internos vieram do interior, o que dificulta a permanência dos vínculos familiares que são requeridos para a desinternação do condicional. Segundo a autora, os atendimentos médicos psiquiátricos no HGP são feitos três vezes por semana em consultórios fora do local, e nos casos emergenciais no Hospital Gaspar Viana.

É importante ressaltar que mesmo que o manicômio judiciário do Pará tenha mudado de nome de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para Hospital Geral Penitenciário, este não foi incorporado no Sistema Único de Saúde, o que reforça que nenhuma mudança substancial foi feita para garantir qualquer dignidade aos internos.

Outro espaço importante a ser mencionado são as Repúblicas Terapêuticas de Passagem (RTP), criadas para receber indivíduos desinternados do HGP, para que esses

retomem a sua autonomia, e sejam acolhidos para seu retorno ao convívio social. Trata-se de um local encarado como um espaço de passagem até que haja vagas disponíveis em SRTs ou que seja feito contato com a família para o acolhimento.

As desinternações passaram a ser uma política implantada pela própria VEP/RMB e não cessaram nem mesmo durante a pandemia, sendo as audiências que determinavam as saídas feitas de forma virtual. Com isso esforço do PRAÇAÍ, as desinternações tornaram-se foco principal dos atores do poder judiciário, sendo uma política regional que se soma a esforços nacionais pela luta antimanicomial. Através da problematização dos manicômios judiciais dentro dos próprios profissionais que lidam com o manicômio judiciário, a necessidade de extinção desses espaços se tornou pauta ainda mais latente em setores antes não engajados com a questão.

O PRAÇAÍ é um projeto inovador, e deve ser destacado por ter surgido dentro da Luta antimanicomial paraense, tendo o cuidado de entender peculiaridades regionais, como a extensão do Estado do Pará, que dificulta a manutenção de laços familiares e o retorno para a liberdade. Assim, desbrava-se a luta antimanicomial no âmbito local.

Em meio a esses esforços, em âmbito nacional, a política antimanicomial chega em um dos espaços mais fechados da sociedade (Goffman, 2015): o sistema penitenciário.

3. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E OS CAMINHOS PARA A LIBERDADE NO BRASIL

Loucura, caos, periculosidade. Esses conceitos permeiam há séculos a história humana. Objeto de controle e disciplina, de segregação social e de enclausuramento, a loucura expõe a fragilidade dos fios sociais e o faz de conta dos papéis que assumimos na comunidade. Os dispositivos criados para esconder e evitar o desconforto de olhar para realidade como ela é, disciplinar quem não se encaixa em nenhuma categoria útil para o sistema neoliberal e patriarcal, se sofisticaram ao longo dos anos, culminando em instituições disciplinares.

Aos loucos em conflito com a lei, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é o destino escolhido pelo poder punitivo e disciplinar. Uma junção violenta entre a figura do hospital e da penitenciária, o HCTP tem sido alvo de discussões e de lutas por narrativas sobre seu papel na neutralização de pessoas em sofrimento mental, e como a presença destes na organização do Estado reafirma o caráter segregador das políticas de saúde mental, ainda que no discurso oficial e na legislação o afastamento não seja indicado para casos de sofrimento mental. Dentre as disputas e lutas pelo reconhecimento da dignidade do louco, a desinstitucionalização se apresenta como um fenômeno singular.

A Resolução 487/2023 trouxe o tema para o centro de discussões acadêmicas, sociais e até mesmo parlamentares. Nesta seção, o trabalho apresenta a desinstitucionalização e seus dispositivos, focando nos desdobramentos da luta antimanicomial nos espaços institucionais e na legislação brasileira, até finalmente chegar aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Estuda-se inicialmente o poder psiquiátrico, ponto-chave a para entender como a loucura está em alvo de neutralização. O Poder Psiquiátrico é um conceito traçado por Michel Foucault (1974) para nomear o dispositivo de controle que utiliza da medicina para se alcançar a docilidade dos corpos para o sistema neoliberal. Neste tópico, faz-se um percurso da figura do louco, da forma como este causa estranhamento no meio social e como o Poder Psiquiátrico atua para controlar seus comportamentos desviantes.

Avançando, apresenta-se as disputas entre a luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica Brasileira e como estes dois movimentos, ainda que partam no mesmo lugar, se afastam em suas visões e objetivos finais para mudança do paradigma da loucura. A luta antimanicomial representa o rompimento da patologização da loucura e da ideia de tutela em

relação ao louco, tendo como a desinstitucionalização um pilar para a derrubada dos muros dos Hospitais Psiquiátricos.

Em um segundo momento, se discute a desinstitucionalização na legislação, apresentando os dispositivos oficiais brasileiros e os caminhos que as pessoas egressas do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico podem traçar pós saída da instituição. Neste tópico, abre-se a discussão acerca do que é desinstitucionalização de fato, e como esses dispositivos podem ou não estarem de acordo com o rompimento da lógica tutelar sobre as pessoas em sofrimento mental. Verifica-se se as políticas do poder público para pessoas que passaram por longos períodos de internação estão de acordo com a busca por sua autonomia, ou se reproduzem discursos manicomiais ou lógicas de institucionalização.

Após a Política Antimanicomial do Poder Judiciário toma espaço no trabalho. Cerne central para a discussão do objeto de estudo, evidencia-se, neste tópico, como a referida política alcançou o sistema penal, por meio da criação do Grupo de Estudos Caso Damião Ximenes x Brasil, que culminou na polêmica, porém imprescindível, Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, que determina o fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em todo o território nacional.

Por fim, se realiza uma análise de gênero, acerca da desinstitucionalização de mulheres, apresentando como a experiência feminina nesse processo se distingue pela particularidade do “ser mulher” em um espaço de dominação masculina. A discussão abre portas para a próxima seção, onde gênero e loucura tomam protagonismo para a análise da atuação da Defensoria Pública nos processos de desinstitucionalização de mulheres.

Assim, o objetivo principal desta seção, ao apresentar as discussões acerca da desinstitucionalização, é evidenciar como há a disputa dentro e fora da estrutura do Hospital, e como essas disputas moldam as políticas e as decisões acerca das pessoas em sofrimento mental. Entretanto, evidencia-se que, para além de apenas sair da instituição, mas sim para conquistar, de fato, a liberdade.

3.1 O Poder Psiquiátrico: a figura do louco em processo de neutralização

Os limites impostos ao que se entende como loucura nunca foram completamente determinados. Em metamorfose tal qual a própria sociedade, ocupando de espaços deixados pelos acometidos pelo Mal de Hansen, em Hospitais na Idade Clássica (Foucault, 2006) ao cárcere por cumprimento de medidas de segurança, a segregação sempre esteve presente como resposta ao sofrimento psíquico. O medo evocado pelo estigma que a loucura carrega,

rotulando aqueles apontados como “loucos” como “perigosos” e “monstruosos” construiu e é construído dentro da comunidade, por força de reação ao comportamento que causa estranheza.

Alvarez (2015) desenvolve o argumento de que aqueles que causam desordem, ou são lidos como a parte suja estranha e caótica da sociedade foram desnaturalizados, e sua existência, ao ser contornado é confrontado por conceitos e valores daquele grupo social, passa a significar a ameaça a ele, invocando o sentimento de medo que percebemos ao identificar a figura do que o senso comum chamara de louco.

A neutralização é a resposta imediata à loucura. Identificada como a causa de desordem social, medidas de controle são impostas aos convencionados corpos loucos, visto que estes não são facilmente controlados pelas técnicas impostas a todos os indivíduos governáveis dentro de uma comunidade. Cada indivíduo, na construção de sua subjetividade, passa por processos de disciplinarização, para que seja garantido ao sistema produtivo corpos dóceis que possam trabalhar e girar o sistema capitalista (Foucault, 1977). As técnicas de disciplina são identificadas nas instituições disciplinares que sustentam a sociedade no status quo atual, quais sejam as prisões, os quartéis, as escolas e os hospitais. Por meio de rotinas bem delimitadas, vigilância constante e hierarquia rígida, esses instrumentos moldam a subjetividade dos indivíduos a elas submetidos e constroem corpos normalizados para o sistema (Foucault, 2014).

Os loucos, entretanto, não são facilmente disciplinados pelas técnicas aplicadas a todos os indivíduos. Apontados como causa de caos social, a eles são direcionadas técnicas específicas de controle, a fim de neutralizar aquilo que é lido como “anormal” e “inatural”. Suas experiências de vida são invisibilizadas e comparadas às daqueles que são lidos como “sãos”, em uma racionalidade construída para o giro da máquina produtiva do sistema capitalista.

Para a sua neutralização, aplica-se a medicalização, na figura da psiquiatria e institucionalização, como técnicas de controle. A institucionalização se caracteriza com a segregação do indivíduo para dentro do Hospital Psiquiátrico, onde este será submetido ao controle oferecido especificamente para neutralizar seu sofrimento mental. Alvarez (2015) demonstra que a psiquiatria, como saber, tem como objetivo medicalizar a loucura e oferecer fundamentos técnicos para racionalizar a urgência da segregação do louco.

O que justifica tal decisão, qual seja a internação dos indivíduos em sofrimento mental, é justificada através do Poder Psiquiátrico, e como este se relaciona com o direito penal. Pautado na lógica do contrato-social, em que as pessoas concordam com as normas

sociais e aqueles que as descumprem estão “à margem” desta, o saber psiquiátrico aparece como aquele capaz de nos dizer que condutas estão sob este contrato, e, portanto, são permitidas e saudáveis, e quais são desviantes, e assim, fazem parte da constituição da loucura. E este Poder Psiquiátrico evoluiu, dentro da medicina, e suas práticas se adaptaram ao momento histórico no qual está inserido.

Para entender o pensamento de Michel Foucault, é necessário compreender que se parte da constatação de que a partir do século XIX, o corpo passou a ser entendido não só como a biologia que o compõe, como órgãos e células, mas de outras funções de ações e potencialidades, de condutas e comportamentos. O corpo neurológico passa a ser alvo de estudos, assim como este corpo navega na sociedade, em suas relações públicas e sociais. Esta “mente” do indivíduo, então, se torna alvo de instrumentos de controle, para ser moldado de acordo com o que é instruído pela norma (Foucault, 2016). Assim, a medicina se voltou para a higienização das cidades e retirada dos desviantes do seio comunitário, se juntando ao direito penal como dispositivo disciplinar.

O escopo primordial deste procedimento higienista era a “captura” dos sujeitos diagnosticados como perigosos. A polícia identificava os entes que se afastavam do modelo adequado de conduta a ser seguido para, então, encaminhá-los às instituições que se encarregavam de curá-los, colocando-os nos padrões de normalidade e civilidade. Estes indivíduos eram classificados como “anormais”, pois atuavam contra os ditames da moral burguesa, classe essa que estabelecia os critérios socialmente aceitos. (Amaral; Angel, 2018, 401)

Para estes desviantes, um novo saber foi criado, capaz de tratar os distúrbios da mente (Anitua, 2008), e oferecer uma resposta a pronto para esses comportamentos que traziam desconforto. O saber psiquiátrico se ancorou em dois discursos: o anatomopatológico, que se voltava para o organismo do indivíduo, e o neurológico, que correlaciona a doença neurológica ao organismo doente. Assim, o que é considerado doença para a também depender da própria visão de quem observa o fenômeno, que já está embebida nas normas morais e sociais daquilo que é desejável.

Da mesma forma, o indivíduo que comete delitos se torna alvo de estudos criminológicos para explicar seu próprio comportamento. Ao juntar o saber criminológico ao saber psiquiátrico, o poder punitivo movimenta-se para a criação de um novo agente: o louco criminoso. Este entra no foco do sistema penal. No direito brasileiro, a medida de segurança é a expressão do poder psiquiátrico no sistema penal.

A pessoa em sofrimento mental, no Brasil, está sujeita a um processo diferenciado para atestar sua imputabilidade. Quando, no artigo 26²⁰ do Código Penal, o sujeito do inimputável aparece enquanto uma categoria do direito penal, seu caminho processual é distinto, pois esta inimputabilidade deve ser atestada perante o juízo. O poder psiquiátrico entra em cena, através dos laudos de exames psiquiátricos, imprescindíveis para tal atestado de insanidade. Assim que se “comprove” a insanidade da pessoa, o destino desta, muitas das vezes, é o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, local para cumprimento da medida de segurança de internação. O estabelecimento do HCTP invoca o Hospital Geral, que Foucault (2015) caracteriza como instituição disciplinar, segregando o indivíduo da comunidade. Esse estabelecimento, que se organiza como um manicômio, se tornou alvo de críticas que miram no centro de sua justificativa para existir: o poder psiquiátrico.

Entendendo que a loucura não possui tais limites bem esclarecidos, a luta antimanicomial surge como apontamento contra a neutralização das condutas desviantes, ao diagnosticar que o louco pode ser qualquer pessoa que não segue as normas sociais e, assim, se tornar objeto de medicalização, punição e segregação. No próximo tópico, estudaremos o surgimento da luta antimanicomial e suas diferenças em relação à Reforma Psiquiátrica, movimento que surgiu para contrapor o caráter de rompimento que a primeira se baseia.

3.2 Luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica Brasileira: as lutas pelo reconhecimento da dignidade das pessoas em sofrimento mental

O Hospital Psiquiátrico se mostra uma medida de higienização da comunidade, que retira do seu meio aquele considerado fonte de caos e baderna social, e os segrega em instituições totais²¹, capazes de sequestrar a subjetividade do sujeito louco e neutralizar seu comportamento “desviante”, para conservar a ordem e manter a sociedade burguesa e seus valores (Alvarez, 2015). A psiquiatria se torna alvo de prestígio, sustentando o discurso de ser capaz de controlar aquele que “oferece perigo”, sendo, assim, um biopoder.

²⁰ Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Brasil, 1940)

²¹ Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de "fechamento" Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais "fechadas" que outras. Seu "fechamento" ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico - por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, floresta /ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais (...) (Goffman, 2015, p. 16)

Para Foucault (1977), o biopoder pode julgar aquilo que será feito “viver” e aquilo que será feito “morrer”. Em uma sociedade, as vidas possíveis de serem vividas são aquelas que, ao serem disciplinadas pelas técnicas de controle, se fazem úteis para a manutenção do sistema capitalista. Os desviantes, aqueles que oferecem perigo ou instauram perturbação no sistema são alvo dos mecanismos de segurança desse biopoder, que então se volta para a mortificação, a moderação e a anulação desses corpos desviantes, os medicalizando para neutralizá-los a ponto de não reagir mais ao seu próprio modo, mas de acordo com aquilo que se espera de corpos dóceis socialmente.

No discurso de que aqueles que estão em sofrimento mental oferecem riscos para a convivência no coletivo, caso essa seja feita livremente, e, por conseguinte, estão no rol de inimigos sociais, alvos do sistema penal e da psiquiatria, a periculosidade²² se constrói como o maior estigma acerca da loucura. Essa noção transforma o louco, naquele que deve ser enclausurado, sob o discurso medicamentoso de que, em algum momento, seu sofrimento mental possa ser “curado” (lê-se “neutralizado”) e seu comportamento passe a atender as expectativas daquilo julgado como normal e moral. Em favor do isolamento, argumenta-se ser possível impedir a suposta imprevisibilidade daquele corpo não domesticado, e, portanto, “perigoso”.

Considera-se importante enfatizar que, segundo Alvarez (2015), não há qualquer comprovação científica de que a periculosidade seja questão inata de um certo grupo de indivíduos, incluindo aqueles que estão em sofrimento mental. Não há como medir a probabilidade de um indivíduo ser perigoso ou oferecer riscos a outrem em um futuro próximo ou distante.

Como a loucura não possui um conceito delimitado, a restrição física e o espaço asilar se tornam o destino das pessoas em sofrimento mental e daqueles que, por algum motivo, não atendem às expectativas de comportamento social. O Hospital Psiquiátrico cumpre o papel desse espaço de segregação. Goffman (2015) escreve sobre as características dos hospitais, construindo o conceito de instituições totais e descrevendo como os manicômios se caracterizam como lugares de disciplina, com rotinas e hierarquia bem delimitadas, de modo a forçar quem esteja ali institucionalizado a aceitar o seu papel enquanto

²² Na hipótese etiológico-evolucionista, o *homo criminalis* pode ser representado como sujeito caracterizado por déficits de desenvolvimento (cognitivos e volitivos) que não lhe permitem superar a natureza bárbara e atingir, como os demais seres humanos, o estado de civilização. O homem delinquente é mera aparência de humano, pois oculta essência irracional em máscara civilizada. É inerente à sua constituição orgânica e/ou psíquica a existência de potência criminosa que, cedo ou tarde, quer queira ou não, será transformada em ato, revelando sua natureza hostil, bestial, pré-civilizada, animalesca. A potência que indicará a maior ou a menor probabilidade individual de cometimento de delitos que passa a ser designada periculosidade (CARVALHO, 2015, p. 272-273).

“paciente”, com o objetivo de desumanizar e apagar sua individualidade enquanto sujeito. Em um Hospital Psiquiátrico, experiências humilhantes e violentas decorrentes da própria organização hospitalar são constantes, visando a neutralização que assim se convencionou chamar de loucura e a docilização dos corpos. Escreve Goffman (1961, p. 2015):

Ao mesmo tempo em que passa por essas experiências morais humilhantes, o paciente internado aprende a orientar-se no "sistema de enfermaria". Nos hospitais públicos para doentes mentais, isso usualmente consiste em uma série de disposições graduadas em torno das enfermarias, unidades administrativas denominadas serviços, e de possibilidade de sair sob palavra. (...) Se desobedecer às normas onipresentes da instituição, o internado receberá castigos severos que se traduzem pela perda de privilégios; pela obediência, será finalmente autorizado a readquirir algumas das satisfações secundárias que, fora, aceitava sem discussão.

Nesse cenário, emerge o Movimento Antimanicomial, que questiona essa segregação como resposta ao sofrimento mental, e coloca em xeque a figura do “louco perigoso”, concebido ao longo da história como inquestionável. Há a contraposição à lógica segregacionista como parte dos tratamentos mentais, visto que o discurso que racionaliza a instituição do Hospital Psiquiátrico é de que, ao institucionalizar àqueles que experienciam a existência-sofrimento, sua “doença” seria “curada”. Ao rebater o espaço asilar como destino dos indivíduos em sofrimento mental, enfrenta-se não só o manicômio, mas todas as instituições de internação, bem como todos os saberes que relacionam o sofrimento mental ou o uso de drogas à periculosidade e à criminalidade (Passos; Pereira, 2017). É possível, portanto, dividir o movimento em duas frentes na luta pela efetivação dos direitos das pessoas em sofrimento mental.

Em um primeiro momento, a luta antimanicomial se contrapõe à institucionalização de indivíduos, se contrapondo ao que racionaliza a estrutura asilar como base de tratamento para o sofrimento mental. O diagnóstico desse movimento é que a própria existência do Hospital aponta para a falência da psiquiatria como ciência de tratamento, de modo que os saberes e práticas em relação ao sofrimento psíquico são questionados e confrontados, sob a argumentação que a contenção física e a tutela são expressões de violência e técnicas de controle, na tentativa de docilizar os corpos. A institucionalização se demonstra uma modalidade de governamentalidade biopolítica²³, que mortifica a subjetividade do sujeito.

²³ Ao contrário do poder soberano, que tinha como atributo fundamental o direito de vida e de morte sobre seus súditos, em que o direito de matar é o que de fato lhe permitia exercer direito sobre a vida, o biopoder, visando está como elemento fundamental para a existência do Estado, supera a relação "fazer morrer e deixar viver" imposta pelo soberano e estabelece uma relação contrária. Torna-se imprescindível para a nova configuração político-econômica que se esboçava, no século XVIII, com a emergência da burguesia e da sociedade contratual, "fazer viver e deixar morrer", como nos diz Foucault (2005a).” (Alvarez, 2015 p. 94)

O questionamento dos saberes psiquiátricos engloba o segundo momento do movimento, que traz a discussão antimanicomial para fora dos próprios manicômios, abrindo a contestação aos saberes absolutos sobre a loucura. Como o estigma da periculosidade e a delimitação acerca do que é “normal” e o que é “desviante”, bem como os conhecimentos sociais e principalmente jurídico, são embebidos pela lógica disciplinar que procura neutralizar e docilizar os corpos que são classificados como mais difíceis de moldar. Evidencia-se o objetivo de corrigir os comportamentos de cada indivíduo nos menores detalhes para resguardar os princípios burgueses que sustentam o sistema capitalista.

Incluem-se nos questionamentos da luta antimanicomial os manicômios judiciários, uma vez que o sistema penal em si também constitui uma técnica de controle social, com alvos específicos para neutralização (Foucault, 2014). Na instituição punitiva, pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei são submetidas a medidas de segurança, disciplinados no artigo 26²⁴ do Código Penal. Nele, o indivíduo em sofrimento psíquico é considerado inimputável, devendo, portanto, cumprir medidas de segurança, que pode ser na modalidade de tratamento ambulatorial ou de internação. Alvarez (2015, p.91) afirma que:

as medidas de segurança, impostas pela associação da periculosidade à loucura, coisificam seu público-alvo e determinam sua segregação numa contenção sempre desproporcional entre o injusto e a sanção penal, pois implicam em enjaulamentos, sem data de validade, só possíveis em virtude de serem privados da sua condição de pessoa e comparados a animais perigosos".

Cumpre-se medida de segurança na modalidade de internação nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, instituições manicomiais que se encontram sob a organização do Sistema Penitenciário. A existência de um Hospital Psiquiátrico dentro do sistema punitivo concretiza o discurso do louco enquanto desequilibrado e perigoso, sendo, portanto, esse espaço hospitalar um local para que se pudesse exercer controle mais direto, ao mesmo tempo em que promove a segregação destes indivíduos em relação ao corpo social. O louco enquanto alvo do sistema punitivo se apoia na ideia de que o sofrimento mental, ao ser entendido como causador de caos e desordem, tornaria os indivíduos por ele acometidos imprevisíveis e violentos, sem que estes tivessem qualquer escolha quanto a suas ações; a periculosidade seria a constituição biológica do louco, que em algum momento expressaria seu sofrimento na forma da criminalidade (Carvalho, 2015-A).

²⁴ Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Brasil, 1940)

Entendendo que a loucura é um conceito formulado historicamente, que se molda de acordo com a realidade na qual o indivíduo está inserido, muito mais do que apenas um diagnóstico dado pela psiquiatria, a utilização dessa construção serve de fundamento para segregar aqueles indesejáveis e retirá-los do convívio social, a fim de estabelecer controle sobre seus corpos e domesticá-los (Foucault, 2014). O movimento antimanicomial se expressa nesse questionamento, na exposição das contradições dos saberes que perpassam o sofrimento mental, em busca não só de novas formas de tratamento de saúde, mas na superação da segregação enquanto resposta à loucura.

É necessário fazer uma pausa para identificar a diferença entre movimento antimanicomial e reforma psiquiátrica. A luta antimanicomial se foca, de modo inicial, como já explicado anteriormente, na extinção de manicômios e de espaço de segregação de pessoas em sofrimento mental (Prado Filho, Lemos, 2012). Os desdobramentos do movimento desaguam no questionamento e na ruptura da concepção da loucura enquanto doença e incapacidade, mas como uma existência-sofrimento

O movimento antimanicomial se impulsionou no mundo ocidental e teve sua expressão mais pioneira na Itália, protagonizada pela Psiquiatria Democrática²⁵ de Franco Basaglia. A reforma psiquiátrica tem, como objetivo principal, o de proteger os direitos, a dignidade das pessoas em sofrimento mental, através da desconstrução dos saberes psiquiátricos que ligam o louco à desordem e à periculosidade e da busca por novas práticas capazes de reafirmar a dignidade desses indivíduos (Alvarez, 2015). Abarcam-se várias frentes para a mudança da realidade marcada pelo estigma carregado pela loucura, propondo-se a reconstrução cultural, técnico-assistencial, epistemológica (em relação à loucura enquanto técnica de poder) e jurídico-política, esta última o grande enfoque da pesquisa em questão. Desse modo, pode-se entender que os focos de abordagem do movimento antimanicomial demonstram um fenômeno plural em seus enfoques de atuação. Nas palavras de Prado Filho e Lemos (2012, p. 55):

A luta antimanicomial configura um tipo de luta transversal em torno desse problema estratégico e fundamental no mundo moderno, que é a loucura. Como o próprio nome indica, o objetivo imediato dessa luta é a extinção do manicômio: do hospital psiquiátrico, do muro, do confinamento, da internação. No entanto, a questão manicomial ecoa muito além dos muros do hospital psiquiátrico ou do domínio estrito das práticas manicomiais, estendendo-se pelo tecido social como naturalização do manicômio, da doença mental e da exclusão, como patologização e atribuição de periculosidade à loucura, confisco da autonomia do louco,

²⁵ “Após a cisão de binômio loucura-doença, a Psiquiatria Democrática buscaria romper definitivamente com a equação “louco = perigoso”, relação cimentada desde a época que a medicina mental igualou doente mental a perigo social, criminalizando a loucura a partir da infalível parceria político-institucional para o controle social entre médicos e juristas.” (Alvarez, 2015, p. 126)

reconhecimento acrítico da norma de saúde mental, reconhecimento social da competência do saber-poder psiquiátrico para diagnosticar e marcar os desvios da norma, assim como nomear e tratar as patologias mentais, aspectos que acabam configurando uma vigilância e um governo psiquiátrico sobre a vida, os corpos e a conduta de todos e de cada um.

Nacionalmente, o movimento antimanicomial teve como momento principal expoente o nascimento do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), em 1978, derivado da Crise da Divisão Nacional de Saúde, que denunciava a precariedade de condições de trabalho e de cuidado em quatro manicômios no Rio de Janeiro. A importância do MTSM está justamente na ruptura com a reforma psiquiátrica, que estava em andamento naquele momento no país. O grupo, que se alinhava ao movimento antimanicomial, alegava que o proposto pela reforma psiquiátrica não era suficiente para a garantia de dignidade das pessoas em sofrimento psíquico.

Isso demonstra a ruptura entre o movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica, que, a despeito do que se acredita, não são sinônimos. A reforma psiquiátrica, diferentemente do movimento antimanicomial, não se foca em quebra de paradigmas, e não possui pontos de luta demarcados, mas se articula em diversas práticas que reformam o sistema, para uma suposta modernização e humanização dos instrumentos de “cuidado” com saúde mental, o que nada mais é do que a manutenção do poder psiquiátrico e atualização das práticas segregantes e manicomiais (Prado Filho; Lemos, 2012).

A busca da reforma psiquiátrica é a pacificação do campo de luta do movimento antimanicomial, tal qual uma prática higienista, em que se articula dentro de atos legais e burocráticos para a manutenção do sistema. Enquanto o movimento antimanicomial busca a mudança da forma com que a loucura é encarada na sociedade, englobando não só as instituições de cuidado de saúde mental, mas as relações interpessoais e sociais das pessoas em sofrimento mental, a reforma psiquiátrica se debruça em atos legais e burocráticos, como se, por meio de uma lei, fosse possível instituir “automaticamente uma nova sensibilidade social” (Prado Filho, Lemos, p. 59).

Essas tensões ganharam força em decorrência da repercussão do Caso Damião Ximenes versus Brasil, processo da Corte Interamericana de Direitos Humanos no qual o país foi condenado em uma decisão de mérito, sendo o primeiro caso no qual isso ocorreu, e que impulsionou as políticas de saúde mental brasileiras em um novo horizonte. Compreender esse episódio da história brasileira é imprescindível no estudo da influência da luta

antimanicomial no território nacional e, acerca da pressão feita pelos que construíram este movimento em direção a uma maior garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental.

Em 1999, Damião Ximenez Lopes foi institucionalizado em um Hospital Psiquiátrico, chamado de Casa de Repouso Guarapes, ligada ao Sistema Único de Saúde, aos 30 anos de idade. Sua mãe, Albertina Viana Lopes, que era a responsável pelo pedido de institucionalização no manicômio, tentou visitá-lo quatro dias depois da entrada no hospital, ocasião em que somente foi autorizada a realizar a visita após muita insistência, visto que o próprio porteiro do local se recusava a deixá-la entrar.

Ao adentrar no hospital, Albertina encontrou seu filho completamente violentado. As mãos de Damião encontravam-se amarradas, seus olhos quase fechando em resposta ao inchaço na cabeça que o deixou irreconhecível, com manchas roxas por todo o corpo, cheirando a excrementos e urina. Ao vê-la, Damião caiu aos seus pés, chamando pela polícia. Albertina e os demais profissionais o higienizam. Ela se dispôs a conversar com o médico que estava no Hospital Psiquiátrico, o único que se encontrava no local, e descobriu que os remédios receitados a Damião não tinham sua anuência enquanto paciente. Albertina se retirou do local após cuidar do filho, somente para que, poucas horas depois, recebesse a ligação informando que Damião havia falecido.

A autópsia não conseguiu determinar a causa da morte de Damião, de maneira oficial. As informações são todas narradas no processo que tramitou na Corte Interamericana de Direitos Humanos (2006). Identificou-se que Damião foi vítima de tortura enquanto permaneceu no Hospital Psiquiátrico. Narra André de Carvalho Ramos (2006, p. 1):

Damião foi sujeito à contenção física, amarrado com as mãos para trás e a necropsia revelou que seu corpo sofreu diversos golpes, apresentando localizando escoriações localizadas na região nasal, ombro direito, parte anterior dos joelhos e do pé esquerdo, equimoses localizadas na região do olho esquerdo, ombro homolateral e punho.

Após repetidas denúncias aos aparatos do Estado brasileiro e nenhuma resposta, a família de Damião peticionou à Corte Interamericana de Direitos Humanos, requerendo não só a indenização pelos maus-tratos que o levaram a óbito, mas também investimento na capacitação de profissional de saúde mental, uma vez estes lidam diretamente com pessoas em sofrimento mental e devem, assim, estarem sensibilizados e aptos para atuar sintonizados diretamente a realidade desses indivíduos. O Brasil foi condenado pela Corte, de modo que o país se viu obrigado a prestar esclarecimentos à comunidade internacional acerca de seu

tratamento em relação à saúde mental, e teve que alterar sua legislação para abarcar as necessidades daqueles em sofrimento psíquico (Rosato, Correia, 2011).

Surge então, como uma resposta a esta condenação, somada à pressão dos ativistas da luta antimanicomial, a Política Nacional de Saúde Mental, oficializado no dia 06 de abril de 2001 e positivada na Lei 10.216/2001, que leva o nome de Lei Paulo Delgado²⁶. Nela, tem-se a formulação da lógica dos cuidados nos tratamentos de saúde mental, bem como a superação da institucionalização como resposta ao sofrimento mental. A norma disciplina que a internação não deve ser um fim em si mesma, nem mesmo primeira opção em relação a qualquer outro tratamento disponível, por forma que, caso seja aplicada, sua finalidade deve ser o retorno do indivíduo à sociedade, e não seu enclausuramento²⁷.

Um rol de direitos está elencado no artigo 2º²⁸ da Lei N° 10.216/2001, enfatizando a necessidade de que as pessoas em sofrimento psíquico sejam protagonistas de seu próprio tratamento, afastando a ideia tutelar que até então dominava as políticas de saúde mental. A segregação passa a ser evitada, visto que o foco é a manutenção do indivíduo na comunidade e na família, restando ao Hospital Psiquiátrico, pela primeira vez em séculos, um papel coadjuvante nos tratamentos, um espaço a ser evitado a todo custo, devido ao reconhecimento, agora do Estado, de que este desumaniza os indivíduos em sofrimento mental.

Como forma de trazer o enfoque à essa desumanização, e procurando soluções para este problema latente que são as lógicas manicomiais que ainda se desenham no Brasil, a figura da desinstitucionalização surge através de discursos oficiais na legislação brasileira, e objeto de políticas públicas do Estado Brasileiro, as quais passaremos a analisar a seguir.

²⁶ Também chamada de Lei de Reforma Psiquiátrica.

²⁷ Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (Brasil, 2001)

²⁸ Art. 2º - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (Brasil, 2001)

3.3 Desinstitucionalização na legislação brasileira: os discursos oficiais

A desinstitucionalização é o que orienta o movimento antimanicomial e a resolução do CNJ. Através dela, o dispositivo manicomial pode ser desconstruído e o Hospital Psiquiátrico, maior expressão da segregação de pessoas em sofrimento mental, pode ser confrontado. Empresta-se o conceito de “dispositivo manicomial” de Alvarez (2015), que o define como “conjunto de saberes, legislações e normativas, arquiteturas e estabelecimentos, práticas profissionais e instrumentos, costumes e preconceitos que sustenta a loucura como doença a ser curada” (p. 108). Neste trabalho, não se compreende a loucura como doença, ou como fonte de desordem, mas sim como experiência de pessoas em sofrimento mental que desviam do comportamento socialmente esperado de corpos dóceis ao capitalismo, e, portanto, são violentadas por instituições disciplinares na busca pela neutralização do desvio. A desinstitucionalização vem enquanto confronta essa neutralização, apontando não só o manicômio como prática violenta, mas o modo como a própria noção de loucura foi construído historicamente, no sentido de doença a ser curada, experiência a ser remodelada e invalidada. Assim, os serviços de saúde mental e tratamentos dispensados aos indivíduos em sofrimento psíquico e os profissionais são o foco dessa virada de concepção acerca da loucura.

É importante, entretanto, explicar que não é o suficiente apenas retirar do hospital ou espaço asilar. A desinstitucionalização é também pensar novas formas de encarar o sofrimento psíquico, não mais como um problema, e sim como um fenômeno complexo, resultado da existência humana e dos mais diversos modos de experiências de vida. Desconstruir a loucura é o passo mais importante desse processo, rejeitando a lógica que liga o sofrimento mental à periculosidade e à doença. A autonomia do paciente e o respeito à sua dignidade devem ser princípios norteadores desse processo.

Outro ponto de extrema relevância é a diferenciação entre os processos de desinstitucionalização e transinstitucionalização. Enquanto a desinstitucionalização procura retomar a autonomia dos indivíduos e reforça a necessidade de repensar os saberes que norteiam o sofrimento psíquico, a transinstitucionalização é a manutenção da lógica manicomial, todavia, sem a presença explícita do Hospital Psiquiátrico. Para que o movimento antimanicomial obtenha sucesso no seu objetivo de reafirmar a dignidade dos indivíduos rotulados como loucos, é preciso superar como um todo a segregação enquanto resposta a esse fenômeno social. Trabalhar com a autonomia dessas pessoas perpassa pela

negação de todas as instituições asilares, que retira os “indesejáveis” da comunidade. Não adiantaria somente fechar Hospitais Psiquiátricos e enviar esses indivíduos para casas de cuidado ou demais instituições, onde estes permanecem sem autonomia, sem dignidade e tutelados por outras técnicas de disciplinas.

No Brasil, a desinstitucionalização é incentivada pela Lei 10.216/2001, como percebemos no Artigo 4º²⁹. A internação é tida como último recurso terapêutico, e não deve ser um fim em si mesma. É garantido às pessoas em sofrimento mental o protagonismo do seu tratamento, que não pode forçá-lo, e deve ser esclarecido ao paciente, para que este decida acerca da aplicação deste. A manutenção do indivíduo na comunidade e na família se mostra o ponto mais importante da Reforma Psiquiátrica, e não mais o manicômio.

Os dispositivos de desinstitucionalização nacionais estão previstos em leis, resoluções e portarias acerca da saúde mental. O Brasil iniciou a criação desses dispositivos a partir da Política Nacional de Saúde Mental, a partir da Lei 10.216/2001, e desde então procurou fortalecê-los através de políticas públicas de saúde. Contudo, faz-se necessário apresentar e então analisar se as estratégias propostas pelo Estado brasileiro são de fato o que se espera de dispositivos de desinstitucionalização, ou se apenas reproduzem a ideia da desospitalização ou transinstitucionalização, sem oferecer mudanças concretas na realidade de como a loucura é pensada no Brasil. Portanto, torna-se importante analisar cada dispositivo de forma mais específica.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são moradias de assistência criadas para indivíduos que passaram por internações prolongadas em instituições asilares ou pessoas em sofrimento mental grave em situação de rua e egressos de unidades prisionais que cumpriam medida de segurança. A permanência nessa moradia pode ser permanente ou por longos períodos, desde que constatada a vulnerabilidade social e econômica dos indivíduos, bem como a ausência ou fragilidade de vínculos familiares. Os Serviços Residenciais Terapêuticos são registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, sendo de competência do Sistema Único de Saúde a manutenção e gerenciamento desses locais. Segundo os dados dispostos no website do Ministério da Saúde, colhidos até o ano de 2021, há 796 Serviços Sociais Terapêuticos ativos no país,

A Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011, editada pelo Ministério da Saúde, instaura, regulamenta e consolida as diretrizes de funcionamento das SRTs. O objetivo desses espaços, segundo a normativa, é de garantia do convívio social, reabilitação psicossocial e

²⁹ Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. (Brasil, 2001)

resgate da cidade das pessoas em desinstitucionalização, de modo a promover laços afetivos, e reinserção no espaço da cidade é a reconstrução de ligações familiares.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos podem ser de dois tipos. O Tipo I, destinado aos indivíduos que passaram por um processo de longa institucionalização, sem vínculos familiares; o objetivo deste local é construir a autonomia destes indivíduos, para que se possa retomar a vida cotidiana e a reinserção social. Cada indivíduo possui um projeto terapêutico individual, levando em consideração o número e nível de autonomia dos moradores, focado em inseri-los na comunidade, através do fortalecimento da autonomia destes.

O Tipo II é a modalidade de SRTs, que podem exceder dez moradores, voltado para pessoas que são lidas com maior grau de dependência institucional, que precisam de cuidados intensivos específicos e questões mais diretivas diariamente e permanentemente. Esta modalidade de Serviço Residencial Terapêutico procura construir habilidades para vida diária, como autocuidado, higiene, formas de comunicação e alimentação, por exemplo, para que haja construção de vínculos afetivos, para então inseri-los na rede social e comunitária. O espaço físico deve ser adaptado para a realidade dos moradores, que são acompanhados por até cinco cuidadores em regime de escala e um profissional técnico de enfermagem diário.

O ponto principal a ser entendido ao se falar das Residências Terapêuticas como dispositivo de desinstitucionalização está na diferenciação entre esse conceito e a desospitalização. A desinstitucionalização é um fenômeno complexo, que demanda atenção de uma rede de serviços de atenção à saúde mental, de modo a atuar fortemente na reintegração do indivíduo na comunidade, e no resgate à sua autonomia, sequestrada pela dinâmica hospitalar asilar (Goffman, 2015). Portanto, ao submeter o indivíduo hospitalizado ao processo de desinstitucionalização, a interferência não deve permanecer apenas no âmbito da saída do hospital, sem que haja um profundo trabalho para reparação de danos causados à dignidade do indivíduo que esteve internado e segregado socialmente, mas sim a construção de uma rede de apoio multidisciplinar com profissionais comprometidos em reafirmar a autonomia daqueles uma vez desinstitucionalizados.

Santos Júnior e Silveira (2009) escrevem que o Serviço Residencial Terapêutico não se trata exatamente de um serviço de saúde, visto que está vinculado ao serviço de atenção psicossocial do município ao qual pertencem territorialmente, e o objetivo final das SRTs é a volta ao convívio social e a emancipação de seus moradores. A sua finalidade específica é a garantia ao direito à moradia destes que não a possuem. Em um trabalho realizado para entender a dinâmica das Residências Terapêuticas de forma empírica, os autores identificaram

a humanização de seus moradores como fator imprescindível para o cumprimento do objetivo pensado para este dispositivo de desinstitucionalização. Os autores argumentam:

Humanizar é, antes de tudo, considerar as necessidades e desejos individuais de cada pessoa, oferecendo as condições necessárias para que esta seja sujeito da sua história. Esse novo enfoque psicossocial rompe com o modelo segregador e oneroso das instituições psiquiátricas, a que se assemelham mais a uma linha de montagem industrial, na qual as tarefas e, o que é mais grave, o sujeito, são fragmentados e encadeados como qualquer mercadoria da produção comum (Santos Júnior, Silveira, 2009, p. 792)

Portanto, o grande desafio para as Residências Terapêuticas seria o de resgate da dignidade de indivíduos que passaram pelo violento processo de estar institucionalizado por longos períodos, sua subjetividade moldada para lógica hospitalar, a ponto da perda da identidade e da autonomia sobre suas vidas. Estar inserido em uma SRT necessita, principalmente, do afastamento da noção de desospitalização, que apenas retira as pessoas em sofrimento mental dos hospitais psiquiátricos, sem o suporte imprescindível para o resgate da sua dignidade. A desinstitucionalização trata da mudança do modo pelo qual a saúde mental é pensada e entendida nas redes de apoio psicossocial e nos saberes que norteiam as teorias e a prática construídas na forma pela qual a loucura é encarada. A desospitalização não rompe com os paradigmas estigmatizantes da loucura, muito pelo contrário, os mantém e reforça aquilo que constrói o sofrimento mental enquanto doença e motivo para segregação de indivíduos. Alvarez (2015, p. 110) chama atenção para as problemáticas da desospitalização:

reificação de um saber, suas práticas correlatas e a manutenção das relações de poder que as sustentavam, esse processo resultou em uma série de consequências complicadas, que até hoje ressoam, e que, por isso, devem ser entendidas como um processo de desospitalização, em vez de desinstitucionalização.

Considera-se importante, também, trabalhar o conceito trazido por Alvarez (2015) referente à “transinstitucionalização”, ou seja, o processo de saída do sujeito da instituição asilar que culmina na internação em outra instituição, igualmente segregante. A autora argumenta que, na maioria das vezes, o processo de desinstitucionalização se confunde com outros processos que não têm compromisso oferecer a virada acerca da forma pela qual a saúde mental é pensada, como é o caso da desospitalização, já discutida anteriormente, e a transinstitucionalização.

A passagem de uma instituição fechada, nos parâmetros oferecidos por Goffman (2015), para outra instituição fechada com outro nome que não manicômio ou hospital psiquiátrico não cumpre com o papel de oferecer um processo de desinstitucionalização, mas

sim um mero placebo no mar de possibilidades que esse fenômeno pode vir a abarcar. Entre as instituições citadas por Alvarez (2015, p. 147) em sua tese, destacam-se o que ela chama de “abrigos da assistência social”.

Enquanto se sugere a Residência Terapêutica como alternativa aos indivíduos que passaram pela desinstitucionalização e que não possuem moradia nem vínculos familiares, é possível se abrir a discussão de que se a saída destes dos Hospitais Psiquiátricos e acolhimento nas SRTs não se trata, apenas, de transinstitucionalização, visto que, ainda assim, estarão sob cuidado e tutela estatais, a qual pode ser traduzida enquanto cuidado para a retomada da autonomia. Destacam-se, em especial, as Residências Terapêuticas classificadas como Tipo II na legislação pátria e que teria como objetivo o acolhimento dos indivíduos que supostamente estariam em maior grau de dependência institucional e necessitam de cuidados intensivos para o resgate de sua autonomia. O grande desafio está na manutenção das Residências Terapêuticas com natureza de moradia, e não promover o isolamento social dos residentes da comunidade que os cerca.

Na suposta busca pela construção de habilidades para vida diária³⁰, poderíamos nos deparar com uma nova instituição disciplinar, com objetivos de moldar a subjetividade do indivíduo novamente, em especial pois não há qualquer menção sobre como esse acompanhamento é feito, e se há qualquer possibilidade de saída do Serviço Residencial Terapêutico, e como está seria feita. Para fortalecimento das Residências Terapêuticas como moradia daqueles que não possuem local para residir pós desinternação, promover a reinserção dos indivíduos na sociedade e trabalhar para a retomada da autonomia destes devem ser o foco da política, para que não haja transinstitucionalização nesses espaços.

Todavia, o direito à moradia não é o único dispositivo que pode ser trabalhado no processo de desinstitucionalização. Os auxílios financeiros também fazem parte desta rede. As pessoas em sofrimento mental egressas de Hospitais Psiquiátricos podem, caso se encaixem nas hipóteses legais, estarem altas a receber auxílios financeiros estatais, na figura do Benefício de Prestação Continuada ou do Programa De Volta Para Casa (PVC). Foca-se, especificamente, no PVC, dado que sua criação é específica para o processo de desinstitucionalização, pensado como dispositivo desse fenômeno.

³⁰O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente. (Brasil, 2017)

O Programa De Volta Para Casa também é uma das estratégias de desinstitucionalização em que o Estado brasileiro apostou para fortalecer a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Instituído pela Lei N° 10.708/2003 e regulamentado pela Portaria de Consolidação n° 5/GM/MS, De 28 de Setembro de 2017, é um auxílio oferecido para a reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento mental que possuem um histórico de institucionalização em hospitais psiquiátricos ou de custódia, ou seja, pessoas que cumpriram medida de segurança na modalidade de internação. O Ministério da Saúde entende o PVC como ponto basilar das estratégias de desinstitucionalização no Brasil, juntamente com os Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Leitos de Saúde Mental em Hospital-Dia, que serão discutidos ao longo desta seção.

O objetivo do auxílio é estimular o exercício de direitos civis, políticos e de cidadania de forma plena (Brasil, 2003) das pessoas que passaram pelo processo de desinstitucionalização que tenham estado em longas internações psiquiátricas. O artigo 3° da Lei N° 10.708/2003 elenca os requisitos cumulativos para a obtenção do benefício, sendo eles:

- I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;
- II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;
- III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;
- IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional. (Brasil, 2003)

Destaca-se que o §3° do referido artigo assegura aos egressos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico o direito a receber o auxílio, desde que esteja em conformidade com a decisão judicial acerca da medida de segurança. A argumentação oferecida pelo Estado, que inclusive consta no website³¹ que trata especificamente do Programa de Volta Pra Casa O valor pago aos beneficiários foi inicialmente instituído, em 2003, em 240 (duzentos e quarenta, reais, equivalente ao salário-mínimo da época. Atualmente, segundo a última Portaria n° 1.108, de 31 de maio de 2021, reajustou o valor para 500 (quinhentos) reais. Essa quantia, além de possuir o caráter de auxílio, se caracteriza como

³¹ O website pode ser visitado no endereço <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/programa.html>. Nele, conta-se uma breve história do programa, bem como é possível acessar outras abas que apresentam os dispositivos de desinstitucionalização e outros dados acerca dos motivos pelos quais a Reforma Psiquiátrica Brasileira é de suma importância para a reafirmação dos direitos e da dignidade das pessoas em sofrimento mental.

indenização aos indivíduos pela privação de seus direitos e submissão a tratamentos indignos, que culminaram na falta de alternativas para melhora da situação de vida.

Lima e Brasil (2014) trazem o conceito de reabilitação como “a ideia de reabilitação”, por exemplo, se refere ao trabalho necessário para fazer o sujeito recuperar as habilidades que foram prejudicadas pela doença. Aponta, portanto, para uma ação posterior à cura ou tratamento” (p. 69). Observa-se que ao ser colocado como dispositivo de desinstitucionalização responsável por reabilitar socialmente o sujeito em sofrimento psíquico, e um tripé deste fenômeno pelo Estado brasileiro, o Programa reafirma a noção de que a loucura cria indivíduos desajustados na comunidade. Em nenhum momento, inclusive, a palavra “desinstitucionalização” é utilizada na lei que institui o PVC.

Ainda, o valor pago aos beneficiários, de 750 (setecentos e cinquenta) reais é menor que o pago pelo salário-mínimo, que em 2023 se encontra no valor 1300 (mil e trezentos) reais. Para fins de comparação, o auxílio pago pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) flutua juntamente ao salário-mínimo, sendo equiparado a ele e seus reajustes anuais. A comparação se faz justa uma vez que o BPC também é um dos auxílios ao qual pessoas em sofrimento mental podem recorrer, desde que estejam dentro das especificidades da legislação própria.

Segundo a própria lei que institui o Programa De Volta Pra Casa, o auxílio deve ser pago diretamente ao beneficiário ou ao representante legal deste, quando o beneficiário é considerado incapaz de exercer atos da vida civil. Dado ao público-alvo desta política, essa hipótese é frequentemente o caso a ser encontrado neste programa, o que causa um paradoxo entre o objetivo do auxílio e a prática observada.

muitas vezes o dinheiro adquirido é gerenciado pela família ou pelo serviço de saúde. Isso ocorre porque se tende a considerar que o recurso será gasto com “besteiras” ou que os beneficiários estão cronificados a ponto de não apreender a existência do mesmo. De modo geral, os autores concluem que existe certa incoerência entre a proposta de reabilitação social e sua execução, uma vez que são ausentes trabalhos voltados especificamente para esse propósito (Lima; Brasil, 2014, p. 70).

Percebe-se, portanto, que o De Volta Pra Casa possui problemáticas intrínsecas à sua própria constituição, o que o torna passível de questionamentos acerca de seu caráter de desinstitucionalização. Ainda que se ofereça um avanço acerca da necessidade de se reafirmar a importância da autonomia financeira dos indivíduos que passaram por esse processo, não há como verificar se essa autonomia é exercida, uma vez que, como discutem Lima e Brasil (2014), em um trabalho sobre o destino do dinheiro recebido através do PVC, que não se faz

satisfatório apenas oferecer o valor, sem qualquer estratégia de mudança de paradigma em relação à como o sofrimento mental é encarado socialmente e no ambiente familiar.

A noção de incapacidade causada pelo estigma da loucura mancha a retomada da autonomia dos indivíduos em sua vida. Espaços como o Centro de Atenção Psicossocial podem contribuir para a mudança de visão a respeito do sofrimento psíquico, ao acompanharem a trajetória de cada beneficiário e trabalharem em uma rede multidisciplinar a retomada da dignidade, violentada pelo processo institucionalizador.

O Hospital-Dia em Saúde Mental (HDSM) está previsto na Portaria SAS/MS N° 224, de 1992, e possui como objetivo ser uma modalidade terapêutica entre a internação e o ambulatório, devendo haver uma rede de apoio psicossocial ao paciente submetido a esse dispositivo, que existe no Brasil desde a década de 60. As vagas oferecidas a esses leitos são em Hospitais Gerais. No último dado apresentado no website³² acerca das Estratégias de Desinstitucionalização adotadas pelo Estado, levantados em 2021, o número de leitos eram de 617, distribuídos em 14 hospitais-dia, presentes em 11 municípios (Brasil, 2021)

A Portaria SAS/MS N° 224/92 elenca as atividades que são desenvolvidas durante a permanência do paciente em um hospital-dia, quais sejam o atendimento em grupo, que pode ser psicoterapia em grupo, por exemplo; atendimento à família da pessoa submetida ao dispositivo, na tentativa de oferecer maior compreensão acerca do sofrimento psíquico que o indivíduo experiencia, além do apoio aos demais familiares; e um programa de tratamento, a ser desenvolvido durante a permanência no hospital-dia.

Dentre todos os dispositivos de desinstitucionalização apresentados, verifica-se que este se aproxima ainda mais de um dispositivo de controle, conforme preceitua Michel Foucault (2014). Expressamente na Portaria está à disposição de controle de horários³³ dos pacientes, que organiza suas rotinas em grades de atividades, a serem desenvolvidas ao longo do dia enquanto o indivíduo permanecer no hospital, característica elencada por Foucault como constituição de uma instituição disciplinar. Os leitos, ainda que procurem evitar a internação a longo prazo, ainda estão sitiados em um hospital-geral, o que eleva a discussão novamente a noção de transinstitucionalização (Alvarez, 2015). Trata-se de uma internação, mesmo que não se foque na longa permanência do indivíduo no local. O instrumento asilar,

³² O website acerca de estratégias de desinstitucionalização pode ser encontrado em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/atencao-psicossocial-estrategia/estrategias-de-desinstitucionalizacao>.

³³ - A instituição de hospital dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de 2° feira à 6° feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente. (Brasil, 1992)

que permeia os saberes tradicionais acerca do sofrimento psíquico, sem realmente oferecer um uma crítica ao que constrói a psiquiatria e a psicologia enquanto espaços de dominação de poder e de segregação, além de oferecer mecanismos de medicalização para dominação de corpos (Foucault, 2014).

São poucos os estudos acerca da realidade dos leitos em hospital-dia (Weber; Juruena, 2014). Em um estudo realizado por Guareschi, Bernardes, Oliver e Weber (2009), discutiu as vulnerabilidades sociais e o hospital-dia enquanto política pública em saúde mental. É importante ressaltar que o programa em questão abriga tanto os indivíduos que são egressos de internações àqueles que são encaminhados do ambulatório devido a supostamente intensa gravidade de seu sofrimento mental. Um dos pontos mais positivos do programa é a possibilidade de troca entre os pacientes, que conversam acerca de suas experiências nas mais diversas áreas de suas vidas. No estudo aqui citado, eixos como família e medicalização são discutidos nas rodas de psicoterapia oportunizados nos hospitais-dia. Nas construções de diálogo e na percepção da loucura, os usuários deste serviço trocam experiências acerca da loucura e do modo como o estigma desta os diferencia na comunidade.

Reconhecer a si mesmo passa pelo olhar do outro, que, de certa forma, avalia-o e o categoriza. Assim, para os usuários, a loucura é vista como aquilo que faz com que se percebam como diferentes, restringindo-os a determinadas posições de sujeito. As práticas discursivas relacionadas às incapacidades e impossibilidades situam-nos em determinadas posições, tomando-os vulneráveis ao olhar do outro em diferentes contextos, como na família, no trabalho ou na sociedade em geral. (Guareschi, Bernardes, Oliver, Weber, 2009, p. 310).

As discussões apresentadas neste trabalho demonstram como os próprios indivíduos em sofrimento mental são interpelados pelo estigma (Guareschi, Bernardes, Oliver, Weber, 2009) e a sensação de incapacidade é um sentimento em comum entre eles. O sentimento de inadequação social e a necessidade de medicalização também são frequentes, o que não rompe com os discursos hegemônicos acerca da loucura, mas os reforça e os fortalece.

Portanto, os leitos em hospital-dia são questionáveis enquanto estratégia de desinstitucionalização, pois para que sejam de fato uma das bases para este fenômeno, deveriam estar em compromisso com a ruptura dos saberes tradicionais que permeiam a loucura. Entretanto, a característica asilar e o sequestro do tempo do indivíduo aproxima este dispositivo de uma instituição total (Goffman, 2015), sendo essa exatamente aquilo que se combate em políticas antimanicomiais.

Todavia, ainda que todos os dispositivos apresentados sejam passíveis de críticas, como feitas neste trabalho, é inegável o avanço das políticas de saúde mental no país em

direção ao fortalecimento da desinstitucionalização no Brasil. As políticas apresentadas são aplicáveis ao Estado do Pará, entretanto a experiência regionalizada também possui suas próprias peculiaridades, que devem ser entendidas mais a fundo. No estado, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Estado do Pará surge como frente de atuação na desinstitucionalização na região e, portanto, merece um tópico específico para apresentação desta experiência.

3.4 A Política Antimanicomial chega ao Judiciário: Grupo Damião Ximenes Lopes x Brasil e a Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), criado pela Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004, se torna a instituição responsável pelo aprimoramento e melhora na eficiência do Poder Judiciário como um todo. Além de monitorar o Poder, há a necessidade de aperfeiçoar os atores que o formam e atender às exigências do Estado acerca da responsabilidade e a transparência imprescindível para sua atuação, que também deve estar em conformidade com as mudanças sociais e as novas pautas discutidas em relação aos direitos humanos.

Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira não foi diferente. Desde que a Política Nacional de Saúde Mental foi instituída, em 2001, uma forte pressão pela extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) tomou espaço. O diagnóstico acerca dessa instituição já apontava não só pela negação do direito à saúde dos indivíduos nele internados, mas pela precariedade da estrutura dos HCTPs (Correia, 2017). Escreve a autora:

“A manutenção do modelo hegemônico de atenção psiquiátrica às pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei tem favorecido uma assistência custodial, impossibilitando mudanças que venham a integrar a pessoa à sua comunidade e, especialmente, o respeito aos direitos previstos pela Constituição brasileira de 1988. Ainda hoje são constantes: a falta de tratamento adequado; o excessivo uso de medicamentos; condições sanitárias precárias; maus-tratos, insalubridade; falta de acesso à justiça; reduzido número de profissionais e despreparo dos existentes; ausência de mecanismos que preservem o vínculo com os familiares. Tais violações demonstram o comprometimento dessa instituição com um modelo ultrapassado, que torna o sujeito como objeto da sua ação e não garante os seus direitos” (Correia, 2017, p. 80).

Tendo em vista a urgência da discussão acerca de saúde mental por parte do Poder Judiciário, o Conselho Nacional de Justiça passou a trabalhar colimando ações que capacitem os atores desse âmbito, quais sejam juízes, promotores, defensores públicos, bem como profissionais de saúde e assistentes sociais em relação aos debates sobre a Política

Antimanicomial, instituída juntamente com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e na execução de medidas de segurança, diretamente ligadas ao poder punitivo estatal. Resoluções sobre a temática foram editadas pelo CNJ, e merecendo destaque três que se relacionam diretamente com a realidade das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei.

Em uma audiência pública para monitoramento das medidas adotadas como parte da condenação do Estado brasileiro no Caso Damião Ximenes vs Brasil, discutido anteriormente, marco inicial da Reforma Psiquiátrica Brasileira, realizada no dia 23 de abril de 2021, a convite da Corte Interamericana de Direitos Humanos, apresentou-se um sumário sobre a situação do cumprimento da sentença que impôs aquela condenação, e obrigou o Estado brasileiro, em nível de responsabilidade internacional, a oferecer mudança na forma como a saúde mental era entendida no país. Para dar força às reparações requeridas, monitorar o progresso do Estado acerca do tema e apresentar propostas de capacitação de profissionais que estão diretamente ligados aos indivíduos em sofrimento psíquico e ao poder judiciário, criou-se o Grupo de Trabalho Caso Damião Ximenez vs Brasil, ligado diretamente ao CNJ.

De acordo com o Relatório do Grupo de Trabalho do Caso Damião Ximenez vs Brasil, apresentado em 2022, em que as atividades do grupo foram detalhadas, bem como as reuniões e as reportagens referentes a ele, os objetivos deste eram os seguintes:

- I - propor cursos complementares de capacitação on-line, podcasts e um calendário anual de eventos de formação inicial e continuada sobre os parâmetros internacionais de direitos humanos a respeito do trato das pessoas com deficiência psicossocial voltado aos profissionais do Sistema de Justiça que lidam com atendimento de saúde mental;
- II - elaborar propostas de encaminhamentos e outras medidas necessárias para prevenção de tortura e qualquer forma de tratamento cruel, desumano e degradante no contexto de internação por motivos psiquiátricos, inclusive em relação à pacientes judiciários submetidos à medida de segurança na modalidade internação; e
- III - sugerir medidas para garantir o fortalecimento dos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de permitir atendimento adequado e substitutivo à internação para pessoas com deficiência psicossocial, observando-se o norte da Lei n 10.216/2001, interpretada à luz da Convenção Americana sobre Direitos Humanos e da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2022, p. 11)

Foram ao todo 8º Reuniões do GT, todas realizadas de forma virtual pelos membros do grupo, que era formado por membros do Poder Judiciário, de organizações de direitos humanos e pela sociedade civil. Várias proposições foram feitas, inclusive de cursos de formação voltados para juízes, promotores e defensores, além de seminários acerca de saúde mental, a fim de mobilizar atores sobre uma maior qualificação em relação à Política Antimanicomial.

Ao fim, uma proposição de Resolução foi enviada ao Conselho Nacional de Justiça, prevendo diretrizes e princípios da execução das medidas de segurança no sistema penal, seja na internação, seja no tratamento ambulatorial, e discussões a respeito de audiências de custódia e o disposto tratamento ao qual indivíduos em sofrimento mental são submetidos no sistema penitenciário. A minuta desta Resolução deu origem à mais profunda mudança no Poder Judiciário em relação à saúde mental até o momento: a Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023 do CNJ, que institui a Política Antimanicomial no Poder Judiciário.

Fruto de uma luta intensa do movimento antimanicomial desde a oficialização da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em 2001, a Resolução Nº 487/2023 do CNJ traz novos área ao Poder Judiciário em relação ao tratamento institucional de indivíduos em sofrimento psíquico, incorporando antigas reivindicações de ativistas da área no corpo da regulamentação. Essa Resolução dispõe que “a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança” (CNJ, 2023).

O artigo 2º da Resolução define que o foco da política está em pessoas com transtorno mental³⁴ ou com qualquer forma de deficiência psicossocial, que, devido a estas condições, tem a organização de sua vida influenciada por esses fatores ou que, ao estar conflito com a lei, durante qualquer fase referente ao ciclo penal, apresente necessidade de cuidados de saúde mental. Abrange-se, também, pessoas em sofrimento ou transtorno mental decorrentes do uso de álcool ou outras drogas.

É possível perceber como a Resolução incorpora elementos intrínsecos ao movimento antimanicomial. Os princípios que regem a normativa estão diretamente ligados ao respeito à dignidade das pessoas em sofrimento mental, além de estarem de acordo com a Lei 10.215/2001, visto que ambas reafirmam a necessidade de respeitar a autonomia de cada indivíduo, e promovê-la em conjunto com a garantia de seus direitos³⁵. A inovação acerca do tratamento aos indivíduos está na identificação de aspectos interseccionais³⁶, que evidenciam

³⁴ Não entendo o termo “transtorno mental” como adequado para se referenciar ao sofrimento psíquico, vez que retoma a ligação entre doença e loucura, mas utilizarei com ressalvas, devido à presença do termo nos documentos oficiais do Conselho Nacional de Justiça.

³⁵ Art. 3º São princípios e diretrizes que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal: I – o respeito pela dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa (Conselho Nacional De Justiça, 2023).

³⁶ II – o respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização, com especial atenção aos aspectos interseccionais de agravamento e seus impactos na população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, convalescentes, migrantes, população em situação de rua, povos indígenas e outras populações tradicionais, além das pessoas com deficiência; (Conselho Nacional De Justiça, 2023)

como cada caso será peculiar a depender da realidade da pessoa. Ao levar em consideração questões sobre gênero, raça, sexualidade, idade e etnia, a Resolução 487/2023 introduz o que havia sido colocado para segunda discussão na Reforma Psiquiátrica Brasileira: as diferenças que atravessam cada indivíduo e moldam suas experiências conforme a sociedade os classifica, dentro das opressões e preconceitos existentes.

A adoção da Política Antimanicomial no sistema penitenciário causa profundas mudanças no modo pelo qual as medidas de segurança são operadas dentro do Poder Judiciário. Em toda a Resolução, há o reforço de que o ambiente terapêutico a ser construído nos estabelecimentos de saúde devem ser não-asilares³⁷, ou seja, não se pode segregar o indivíduo da sociedade, mas trabalhar pela sua manutenção na dinâmica social. Essa mudança de perspectiva atinge diretamente a execução de medidas de segurança, em especial no tocante à internação, tópico também abrangido pela normativa.

A Resolução 487/2023 veda³⁸ a internação nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), que se mostravam como destino dos indivíduos julgados inimputáveis psiquicamente³⁹ pelo poder punitivo. A vedação de novas internações não se mostra como a única medida contra a segregação de pessoas em sofrimento psíquico. A normativa prevê que os HCTPs, espaços que sofrem várias críticas de ativistas de saúde mental por terem características manicomiais e desumanas, sejam interditados totalmente e fechados⁴⁰ no prazo de 12 meses a contar da entrada em vigor da Resolução, de modo que a desinstitucionalização se torne o caminho mais comum na execução de medidas de segurança⁴¹. (NOTA DE RODAPÉ DA PRORROGAÇÃO) O tratamento ambulatorial, como previsto no corpo da

³⁷VII – o direito à saúde integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, com vedação de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio e eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos; (Conselho Nacional De Justiça, 2023)

³⁸ VIII – a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo período estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos; (Conselho Nacional De Justiça, 2023)

³⁹ Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Brasil, 1940)

⁴⁰ Art. 18. No prazo de 6 (seis) meses contados da publicação desta Resolução, a autoridade judicial competente determinará a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e, em até 12 (doze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições. (Conselho Nacional De Justiça, 2023)

⁴¹Houve prorrogação do prazo para o fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, aprovada pelo ato normativo 0007026-10.2022.2.00.0000, no plenário virtual do CNJ.

norma, apresenta-se como prioridade em detrimento a qualquer internação. Quando esta última for inevitável, os locais onde ela será cumprida, em situações completamente excepcionais, estarão ligados à Rede de Atenção Psicossocial.

A desinstitucionalização, portanto, é encorajada pelo Conselho Nacional de Justiça. Sendo tópico da Seção V da Resolução aqui discutida, estabelece-se, no Artigo 16º, que do momento de entrada em vigor da normativa, o que ocorreu no dia 15 de março de 2023, todos os processos deverão ser revisados pela autoridade judicial, a fim de avaliar sobre a possibilidade de extinção da medida de segurança ou progressão para tratamento ambulatorial, para que os indivíduos estejam novamente inseridos socialmente em políticas de promoção a sua saúde mental e reafirmação de sua dignidade.

A Resolução nº 487/2023 não possui entrada pacífica nos espaços de poder. Há manifestações contrárias à Política Antimanicomial, de diferentes atores sociais, como psiquiatras⁴² e deputados⁴³. Um Projeto de Decreto Legislativo⁴⁴ também tramita na Câmara dos Deputados, proposto pelo Deputado Kim Kataguirí, com o objetivo de sustar a referida Resolução, por suposta extrapolação de poder do Conselho Nacional de Justiça, ao decretar o fechamento dos HCTPs no prazo de um ano.

Entretanto, a Associação de Defensoras e Defensores Públicos, atores diretos do Sistema Penitenciário cujas atuações são investigadas presente pesquisa, assinou uma nota de apoio, no dia 24 de abril de 2023, em que a instituição defende a Resolução N º 487/2023, bem como reitera a que o Conselho Nacional de Justiça procurou, com a edição da normativa, assegurar que a Lei 10.216/2001 fosse cumprida, para que os direitos das pessoas em sofrimento mental, em relação a sua autonomia, dignidade e liberdade de tratamento sejam assegurados pelo Poder Público. A manifestação também entende que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são espaços asilares e, portanto, devem ser vedados como destino de internação dos indivíduos julgados inimputáveis psiquicamente. A Associação de Defensoras e Defensores Públicos reafirma seu apoio a políticas em relação a direitos humanos e repudia violências institucionais, que permeiam o tema e as discussões acerca deste.

Nessas movimentações, que ocorrem em tempo real à execução da pesquisa, um Manual da Política Antimanicomial foi lançado, por iniciativa do CNJ, a fim de aproximar as práticas do judiciário à Resolução 487/2023, onde não só questões de como aplicá-la são

⁴² Nota de Repúdio da Associação Brasileira de Psiquiatria, em 21 de março de 2023.

⁴³ Manifestação oral “Deputada Janaina Paschoal alerta para consequências da Resolução antimanicomial, nº 487/23, do CNJ” Deputada Janaina Paschoal, em 19 de março de 2023.

⁴⁴ Projeto de lei n.81/2023.

apresentadas, mas também os preceitos da política antimanicomial de forma teórica. Em decisão tomada em 30 de novembro de 2023, pelo Conselho Nacional de Justiça, foi deferida a extensão do prazo para o fechamento completo dos HCTPs, por isso sendo prorrogada por mais três meses, após o fim do prazo inicial de doze meses a contar da publicação da Resolução.

As resistências à Política Antimanicomial também estão no âmbito do Poder Legislativo. O Projeto de Lei nº 551/2024, apresentado pelo Deputado Federal Carlos Jordy procura alterar a Lei 10.216/2001 para que esta comporte a existência de manicômios judiciais. Pautado na ideia ultrapassada e que este presente trabalho não se vincula, bem como toda a construção acadêmica em que este se apoia, de que a loucura é sinônimo de periculosidade e, portanto, os fechamentos dos HCTPs trariam o aumento da criminalidade, o Projeto de Lei procura colocar a existência dos Hospitais como parte permanente da Lei Paulo Delgado, de modo a prever que pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei possam ser internadas, em caráter provisório ou definitivo, em HCTPs. O Projeto acrescenta ao art. 9º da Lei 10.216/2001⁴⁵ a seguinte redação:

Art. 9º-A O disposto no artigo 9º desta Lei não impede à autoridade judiciária competente determinar o cumprimento de medida internação compulsória, de caráter preventivo ou definitivo, em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou outra instituição congênere, sempre que as unidades de atendimento à saúde gerais ou exclusivas ofertadas pelo Poder Público não oferecerem as condições de segurança exigidas à proteção dos demais pacientes, dos profissionais da saúde em atuação no local e da população em geral, especialmente quanto ao risco de fuga.

Verifica-se que, em tal redação a preocupação está em manter em funcionamento os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Entretanto, chama-se atenção para a forma na qual o texto foi redigido. Ao invés de restringir para o cumprimento da medida de segurança, o que já estaria contra o disposto na própria lei, que extingue os manicômios em âmbito nacional, a redação amplia para “cumprimento de medida de internação compulsória”, que pode ser tanto decorrente de um processo penal quanto de qualquer outro processo, desde que haja previsão legal para a internação. Ou seja, o projeto expande as possibilidades de segregação de pessoas em sofrimento mental, o que distorce a própria criação da lei, que se pautou no resgate à dignidade deste grupo e evitar que a segregação e isolamento fossem medidas tomadas como “tratamento”. Assim, o PL Nº 551/2024 se apresenta como um

⁴⁵ Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. (BRASIL, 2001)

retrocesso à forma com a qual pessoas em sofrimento mental são vistas pelo poder público, novamente as associando a comportamentos criminosos e perigosos.

Como é possível depreender, a Resolução nº 487/2023 não possui aceitações pacíficas de atores diretamente ligados ao Poder Público. Entretanto, é inegável seu avanço nas contribuições sobre a Política de Saúde Mental no Brasil, em especial em relação aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, instituições manicomiais que ainda operam no país, em total contrariedade à Reforma Psiquiátrica Brasileira. O fechamento dos HCTPs e a promoção da reinserção social de indivíduos em sofrimento psíquico torna-se uma verdadeira virada em relação aos saberes que construíram a noção de loucura dentro do Poder Judiciário, capaz de alterar a realidade daqueles que, devido ao seu sofrimento psíquico, foram expostos à violência e desumanização em decorrência de um rótulo, uma marca, um estigma, que foram obrigados a suportar por toda a vida.

Essas expressões possuem peso diferenciado quando adicionamos a categoria gênero a elas. Mulheres são alvo da estigmatização ao sofrimento mental de forma peculiar, ligada à sua própria condição de “ser mulher”, de modo em que, para estudar o fenômeno da loucura neste grupo social, é necessário compreender como o controle atua diferenciadamente em corpos femininos, e como a opressão patriarcal adiciona nesta equação novos limiares à figura da “mulher louca”.

3.5. A mulher louca e a desinstitucionalização: o fenômeno do controle da sanidade e da loucura em mulheres

Estudar a situação de mulheres em medida de segurança e em desinstitucionalização perpassa pela compreensão de que os instrumentos de controle ao qual estas são submetidas não são apenas aqueles já descritos por este trabalho. Questões de gênero se embarçam por entre as forças de controle psiquiátrico e legal, e “os mecanismos de controle social informal e formal existem simultânea e concomitantemente” (Costa; Boiteux, 2020).

O controle social aplicado às mulheres distribuía “caixas” nas quais estas foram categorizadas na sociedade capitalista e patriarcal. Cada “caixa” pode ser entendida enquanto um “cativeiro” na qual a ideia do “ser mulher” é enclausurada, e na qual a existência inteira de mulheres é limitada dentro da comunidade. E em cada “caixa”, diversos estereótipos que servem aos papéis de gênero desenham-se as linhas da estrutura basilar das normas da sociedade patriarcal.

Gênero, neste trabalho, é entendido como categoria na qual os indivíduos são categorizados em hierarquia, de modo em que a mulher é o sujeito “Outro”, pensado em sua existência através de seu relacionamento com o sujeito homem (Beauvoir, 2016). Nessa categorização, o feminino é aquilo que não é o masculino, e, por tal situação, há uma hierarquização na qual às mulheres é relegado diversos papéis de gênero em que estas devem seguir, sendo enclausuradas para a manutenção do sistema. Para Butler (2003), o gênero como instituição produz os corpos de mulheres e homens, em atos repetidos de estilização e discursos de cada papel de gênero.

Assim, questões de gênero são atravessadas a relações de poder, de forma em que esta é a maneira de se perceber a diferença do que é ser homem e o que é ser mulher, sendo a invisibilidade e o silêncio é o que mais caracteriza a experiência feminina ao longo da história (Silva, Garcia, 2019). Davis (2016) elenca que a feminilidade fora construída dentro dos pilares de classe e raça, e que as características desta estão fundamentalmente vinculadas a comportamentos como delicadeza, instinto materno, fragilidade, submissão e cuidado com os outros, em especial à família. Ao homem, é atribuída a razão, e à mulher, a loucura.

Lagarde (2015) cataloga essas “caixas” de categoria em cinco, sendo estas a mãe-sposa, a freira, a puta, a presidiária e a louca. Cada uma dessas categorias contém violências sociais que limitam a existência da mulher em normas e padrões que estas devem seguir, sendo a mãe-sposa o modelo hegemônico no qual o casamento e a maternidade são esperados do gênero feminino. Nessas categorias, as experiências femininas de vida sofrem a violência de serem reduzidas aos arquétipos nos quais são encaixadas na sociedade patriarcal.

A medida de segurança e a desinstitucionalização trabalha com duas “caixas” que se confundem e se misturam na vida de mulheres a elas submetidas: a presidiária e a louca. A neutralização do controle psiquiátrico e do sistema penal recaem sobre essas mulheres de modo mais violento e com o enfoque peculiar de manter os papéis, uma vez que em suas experiências de vida, estas se afastaram do arquétipo de mãe-sposa. A louca, em especial, é alvo de formas de neutralização específicas, desenhando linhas que passam desde a segregação dos hospitais psiquiátricos e da penitenciária (no caso das medidas de segurança) à medicalização, fenômeno no qual a medicina sequestra situações do cotidiano e delimita aquilo que é socialmente aceito e “normal”. Segundo Vieira (2002), medicalizar é utilizar da medicina para assegurar as normas sociais nas quais a comunidade se estrutura. Em uma sociedade capitalista e patriarcal, questões sociais como classe, gênero e sexualidade também são foco de controle, e no caso de mulheres, esse controle se dá pelo estabelecimento de uma condição orgânica do gênero feminino e sua condição enquanto mulher.

Desse modo, desvios de comportamento que rompem com padrões de gênero burgueses estão sob o controle da medicina. A “mulher louca” se tornou um arquétipo na qual mulheres que apresentavam tais desvios eram categorizadas, sofrendo alterações de acordo com o que era esperado do gênero feminino na máquina patriarcal. A psiquiatria se debruçou ao estudo do sofrimento feminino, e como esta tem como ponto basilar a neutralização dos indivíduos que apresentam comportamentos que causam estranheza ou “distúrbio” na comunidade, comportamentos como masturbação, prostituição e relações extraconjugais, que se afastam do arquétipo da mãesposa, eram associados a distúrbios e doenças (Turnet, 1987, *apud* Vieira, 2002). Ou seja, mulheres que se desviavam do que eram esperados delas eram facilmente alvo de controle do poder psiquiátrico, para que fossem neutralizadas e disciplinadas na moral e nos costumes burgueses e patriarcais.

Comportamentos desviantes foram patologizados pela psiquiatria, e a loucura passou a ser utilizada enquanto rótulo para que se retire a autonomia de mulheres. Vieira (2002) escreve:

A mudança qualitativa do discurso, que passar a disciplinar o corpo feminino de modo absoluto, traz a necessidade de demonstrar que existe uma degeneração de base comum a todas as mulheres, desqualificando-as como sujeitos e, portanto, desqualificando o saber que elas detêm sobre o próprio corpo. A ‘natureza feminina’ vai explicar a loucura, a degeneração moral, a criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada como um ser incapaz de autonomia. Apesar de deter o importante papel de transmissora da moral, a mulher é um ser tutelado, de maneira que o modelo idealizado de mãe e esposa não pode ser negado sob risco de transformá-la em doente. A doença passa a ser significado de degeneração moral, e a ideia de mulher relaciona-se à ideia de periculosidade. (VIEIRA, 2002, p. 30).

A “natureza feminina” nada mais é do que um conjunto de ideias e concepções nas quais os papéis das mulheres são definidos. Se trata da compreensão de que questões biologicamente definidas seriam responsáveis por como uma “mulher saudável” deveria se portar, e aquelas que desviam deste ideal seriam “doentes” e deveriam ser tratadas e curadas para que retornassem a sua verdadeira natureza.

No mesmo passo, a expressão do feminino também é patologizada, sendo o próprio “ser mulher” encarado como doença em si, como se a loucura e o desvio fossem biologicamente intrínsecos ao gênero feminino. A suposta vulnerabilidade em que o feminino é categorizado, em sua essência pela função reprodutiva, de forma frequente é tratada e medicalizada, ainda que esta seja a conduta esperada (Andrade; Maluf, 2017).

Essa concepção de “natureza feminina” não possui parâmetros delimitados, assim como a própria loucura, e se molda conforme a sociedade se apresenta em determinado momento histórico. Critérios como beleza ou desejo por matrimônio podem ser e foram

utilizados (Passos, Pereira, 2017) e patologias como depressão, que tem como sintoma mais destacado o choro e melancolia, atinge mulheres de forma mais frequente (Zanello, 2017).

Embebidos de normas e expectativas de papéis de gênero, os próprios agentes de saúde se utilizam de valores e ideais para a identificação de patologias em mulheres e na checagem dos “sintomas psiquiátricos”. Assim, mulheres são frequentemente diagnosticadas com depressão e transtornos de ansiedade e homens, como esperado destes pela comunidade, são mais correntemente usuários de álcool e drogas e são diagnosticados com transtorno de comportamento antissocial (Zanello, 2017). No caso de mulheres, os desvios sociais estão mais ligados à “internalização” de sentimentos, e no caso dos homens, à “externalização”. O sofrimento de mulheres mais frequentemente é verificado em questões relacionadas à família e filhos (recaindo na “caixa” da mãe-solteira) e dos homens ligados a trabalho e questões financeiras, sendo estes fortemente vinculados aos papéis de gênero e expectativas sociais de comportamento.

A patologização também recai sobre fenômenos como a menstruação e o parto. A relação entre cérebro e ovário foi estudada de forma exaustiva, e a menstruação era tratada como período pelo qual a mulher era entendida como um alguém que não é capaz de ser equilibrado e ordenado, sendo considerado ciclo no qual a mulher que deve ser afastada do convívio social, uma vez que era incapaz de se controlar (Silva, 1891, *apud* Vieira, 2002).

A internação também se mostrou um instrumento de controle frequentemente utilizado em mulheres. As que demonstraram “desvios comportamentais” e “desequilíbrio emocional”, e não se encaixam nos padrões entendidos como saudáveis pela medicina, por não estarem em conformidade com os valores sociais, eram segregadas por manicômios. Sobre o tema, Couto (1994) discorre:

maridos podiam internar esposas adúlteras, pois, tal tipo de conduta poderia ser encaixada em “degeneração atípica”, da mesma forma que os pais, apesar de terem sua autoridade reafirmada, eram criticados pelo excesso de mimo, ou por terem permitido que suas filhas estudassem demais, ou tivessem muita liberdade. (1994, p. 58).

A raça também cumpre um papel importante neste fenômeno. Mulheres negras foram alvos frequentes de patologização e controle, sendo constantemente diagnosticadas com histeria, uma doença lida como exclusiva do gênero feminino, e foram consideradas mais instáveis, mais perigosas e menos inclinadas ao que se esperava pela sociedade burguesa.

Mulheres negras são ligadas ao estigma e ao sofrimento do passado colonial e experienciam a discriminação que representações do que seria a “mulher negra”. Seja na concepção de estas estão vinculadas ao trabalho doméstico, herança do passado escravista da

sociedade brasileira, seja pela sexualização de seus corpos, as violências infligidas a mulheres negras às tornam foco da institucionalização desde a infância (Silva; Garcia, 2019).

É neste emaranhado de peculiaridades que a desinstitucionalização de mulheres se encontra. Questões de gênero delimitam as experiências de mulheres que cumprem medida de segurança e que estão no movimento de saída destas dos manicômios judiciais. Controles sociais informais, já percorridos nesta seção, se misturam ao controle social-penal, e assim se moldam as vivências de cada uma destas mulheres.

Os hospitais psiquiátricos, como expressão do poder disciplinador, reproduzem estereótipos de gênero e raça. São frequentemente encontrados nas dependências dos manicômios situações em homens estão circulando de modo livre, enquanto mulheres estão em espaços mais fechados, em reprodução das expectativas de que são mais ligadas a trabalho doméstico (Cunha, 1986 *apud* Silva, Garcia, 2019). Nos manicômios, mulheres são submetidas a tratamentos de “correção” para que estejam mais próximas ao arquétipo da mãe-solista, além de serem infantilizadas e controladas, vez que o ambiente hospitalar se orienta na lógica de uma família burocratizada, em busca da neutralização e domesticação das “desviantes”.

Em um trabalho específico com mulheres negras em Residências terapêuticas, Silva e Garcia (2019) constataram como as pacientes ainda estavam ligadas a tarefas domésticas, realizando-as dentro do próprio espaço, por aquelas lidas com mais autonomia em relação às que tiveram sua subjetividade quebrada pela lógica hospitalar das internações. Homens não são designados a tarefas de casa, pois as mulheres estariam mais “à vontade” com situações familiares, como limpezas das cozinhas e organizações de roupas dos internos. Segundo os autores: “As marcas da institucionalização carregam diferentes formas de opressão, seja por classe, raça e/ou gênero. Para as mulheres, os limites eram muito mais rígidos, e elas tinham que se encaixar no que era ser mulher, mãe e esposa” (Silva; Garcia, 2019, p. 49).

Na internação, mulheres são inferiorizadas, tornando mais evidente a dupla balança na qual a loucura se equilibra em relação ao gênero. A institucionalização demonstra bem como a opressão se desenha dentro dos muros do hospital psiquiátrico. As linhas nas quais os pacientes são colocados são muito mais rígidas para mulheres, para que elas se aproximem mais do arquétipo de mãe-solista. Assim, as marcas desse período de segregação ainda perduram durante toda a desinstitucionalização e ao decorrer das vidas das mulheres que passaram por esse processo.

A internação da medida de segurança em manicômios judiciais possui a peculiaridade do controle exercido pelo sistema de justiça. O saber psiquiátrico se fortalece

pela legitimação deste por parte do ordenamento jurídico. Os exames psiquiátricos são um instrumento adotado por dentro dos processos judiciais para atestar a periculosidade daqueles julgados inimputáveis na forma do artigo 26 do Código Penal preenche uma lacuna e direciona os discursos de neutralização para a loucura criminal (Costa; Boiteux, 2020).

Durante os exames, os psiquiatras são responsáveis pela confecção dos laudos que atestam se as pessoas julgadas pelos delitos são perigosas ou não. Através destes exames, se é verificado se estas estão “aptas” para a convivência na comunidade. Sobre os exames, Costa e Boiteux (2020, p. 475-476) escrevem:

A perícia psiquiátrica se dedica a demonstrar que o indivíduo já era potencialmente desviante antes mesmo de cometer qualquer ilícito. Suas características são tomadas como causas e seus defeitos passam a ser penalizáveis. O saber forense não tem verdadeiro valor de conhecimento. Contudo, apesar de se limitar a reproduzir enunciados em torno de conteúdos moralizantes, seu poder está no teor do discurso que consiste em transformar o sujeito em objeto de uma tecnologia de segregação e de correção.

Estes exames psiquiátricos são de suma importância, pois o processo de desinstitucionalização só começa se for atestado que o indivíduo está “apto” para conviver em sociedade, ou seja, se sua periculosidade foi cessada. Durante o período de internação, exames são feitos para a constatação desta periculosidade. Legalmente, a periodicidade dos exames deve ser feita de ano a ano, mas na experiência vivida, a frequência desses exames pode variar, podendo levar anos até ser feito novamente. Isto leva a períodos de longa internação, onde os indivíduos são mantidos nos hospitais psiquiátricos por mais tempo do que o necessário.

Os efeitos dessa longa internação, como ditos anteriormente, são sentidos durante toda a vida das mulheres que a ela foram submetidas. As cicatrizes do controle social informal e do controle formal-legal são sentidas principalmente na imposição de que estas sejam domesticadas e colocadas no estereótipo de mãesposa. As egressas do hospital psiquiátrico sentem na pele como a ruptura do ideal do “ser mulher” se desdobra na própria criminalização de suas condutas. Determinados estereótipos são vinculados diretamente com aqueles mais propensos a prática de condutas criminosas (Costa; Boiteux, 2020). O estigma do crime também perdura para após a desinstitucionalização. A ideia de que a mulher que passou pelo período de segregação é desviante moral e socialmente tensiona sua existência.

Durante a desinternação, profissionais ligados à Vara de Execuções Penais e Institutos Médicos Legais são acionados. São realizados laudos e análises acerca da periculosidade e do quadro psicossocial dos indivíduos. Ocorre que Costa e Boiteux (2020)

afirmaram que os profissionais envolvidos neste processo possuem receio de decidir pela desinstitucionalização, na ideia de que a culpa caso a conduta delituosa seja reiterada recaia neles, que inicialmente colocaram a pessoa em liberdade.

É importante destacar que a saída do hospital psiquiátrico não anula completamente os efeitos dessa longa internação. As mulheres submetidas a tal segregação lutam, por toda a sua vida, para se recuperar da violência que seus corpos sofreram durante o período. O controle social também não cessa, visto que a pressão para se encaixar no arquétipo de mãe-solteira e seguir com as normas impostas pela sociedade patriarcal persistem, colocando em risco o sopro de liberdade que foi conquistado.

Diversos fatores delimitam a história dessas mulheres, seja a pressão para a manutenção dos arquétipos, seja pela leitura de que o gênero feminino é fragilizado e incapaz. A busca pela neutralização das mulheres desviantes persiste. Para que a liberdade seja conquistada de forma concreta, a desinstitucionalização não precisa apenas romper com as concepções gerais da loucura, mas sim causar uma ruptura com o arquétipo da “mulher louca” e possibilitar que a dignidade dessas mulheres seja resgatada, longe da ligação do gênero feminino com a loucura, longe de estereótipos e pressões de condutas morais e socialmente aceitas.

Cada mecanismo oferecido durante esse processo deve levar em consideração a vulnerabilidade pelo qual mulheres que passaram por períodos de desinstitucionalização nas suas mais diversas peculiaridades, observando as demandas de cada grupo e entendendo o papel que a raça, o gênero e a classe possuem dentro das mais diversas experiências de vida das egressas do manicômio judiciário.

A liberdade é o ponto de foco da luta antimanicomial. É pela liberdade de ser louco, de quebrar com o padrão na normalidade sem ser enclausurado. E a Luta passa pelo questionamento das instituições, ou seja, o Hospital, da prisão, da psiquiatria, do gênero, em uma concepção coletiva, contra o individualismo encorajado pelo modelo capitalista neoliberal. Na medida de segurança, a essa interseção entre prisão e manicômio é explícita, transformando a experiência de mulheres a ela submetidas peculiar, de modo em que debruçar-se sobre ela é de suma importância para compreender a influência do gênero no estigma da loucura.

3.6 Gênero e loucura: aplicação de medidas de segurança em mulheres em conflito com a lei

Gênero e loucura são categorias que frequentemente se interseccionam. Historicamente, a concepção de que mulheres podem ser categorizadas em caixas conforme seu comportamento social se manteve forte, como expressão da opressão vigente. A “louca” e a “presidiária” são categorias de mulheres que não aderem às expectativas dos papéis de gênero ao qual são impostas a elas (Lagarde, 2015). Os papéis de gênero, ou formas de atuação que estas devem portar na comunidade está diretamente ligado ao quanto é possível se aproximar do ideal de “mãesposa”, do cuidado aos filhos e à família e a sua submissão ao controle masculino. Quanto mais uma mulher se distancia desse ideal, mais instrumentos de controle (Foucault, 2015) serão aplicados a ela. Isto inclui o poder psiquiátrico e o poder penal.

A medicalização é um exemplo de poder psiquiátrico que pode ser aplicado às mulheres caracterizadas enquanto loucas. Foucault (1972) analisa como a medicina, ao descrever os comportamentos desviantes e patologizá-los, se vale de valores morais e sociais, controlando os indivíduos que não seguem as normas de comunidade e, portanto, os rotulando de loucos. Há um papel claro que mulheres devem seguir no meio social para que sua conduta seja considerada saudável, e, a partir de então, estas possam seguir os hábitos esperados do gênero feminino.

Medicalizar é o fenômeno de “tratar”, seja por meio psiquiátrico, seja através de outras práticas médicas além de remédios, tudo aquilo considerado não “natural” para mulheres. Vieira (2002) escreve que medicalizar a sequestrar questões do cotidiano para que este passe a ser controlado pela medicina, e através desse sequestro, adequar os indivíduos às normas sociais. Há o sequestro do parto, do período menstrual, das condutas, hábitos, humores e modo de navegar pela comunidade, estabelecendo um vínculo entre o esperado do gênero imposto à pessoa e sua condição orgânica/biológica.

A institucionalização e a medicalização de pessoas “desviantes” do ponto de vista comportamental, segundo Passos e Pereira (2017), é um mecanismo de controle da sociedade burguesa, racista e patriarcal. A partir do poder de denominar o saudável ou não saudável, assegura-se que os indivíduos podem agir conforme o necessário para manter a estrutura como está. Foucault (2015) verifica as instituições de controle como escola, quartel, convento, penitenciária e hospital. As quatro estruturas se movem para moldar a subjetividade do indivíduo no espaço da comunidade.

Dentro do hospital, opera-se a medicalização e poder psiquiátrico, transformando os loucos” em objeto de recorte, para que estes não causem caos social e exponham a farsa que forma a comunidade, ou seja, como nossas regras e normas, papéis e atuações, são apenas parte de um mecanismo de dominação e docilização de corpos para fins burgueses. Sobre o tema, Alvarez (2015, p. 81-82) afirma:

A medicalização da loucura, sua construção enquanto doença mental, garantiu à psiquiatria um lugar de prestígio no controle dos perigos sociais e conseguiu imiscui-la no direito penal de modo determinante, com noções que se arrastam até os dias de hoje legitimando práticas de exclusão e segregação do louco.

A periculosidade toma asas nessa definição. Através dela, o controle dos loucos passa a fazer sentido, pois assim é possível justificar o enclausuramento. A periculosidade é o que nos diz como as condutas que nos causam desconforto nos loucos são perigosas para o tecido social, e perigosas a ponto de interferirem na “paz” que buscamos em nossas vidas. Assim, a doença “loucura” torna o indivíduo em um criminoso eterno e sempre potencial, que pode vir a cometer delitos violentos e perturbar o frágil ciclo que estrutura o meio social.

Em mulheres, todos esses elementos se aplicam para assegurar uma única visão: de que todas devem seguir os parâmetros ao qual foram socializadas (Beauvoir, 1949) e, portanto, devem estar sempre no lugar do Outro, de que sua existência depende da existência masculinas e das exigências que estes fazem a elas. Ser uma boa mãe, esposa e cuidadora, desde que submissa aos desejos do homem é o aguardado.

Foucault (1975) traz os “tribunais de família” em cena como demonstra como as pessoas em sofrimento mental eram internadas. A determinação de seus familiares, que verificavam os comportamentos e os hábitos morais dos indivíduos, era a régua para indicar se o caso apresentado era de institucionalização, para a “correção” e “adequação” daquele ao que se esperava destes. Essa decisão, em mulheres, recaía ao marido, e questões como casos extraconjugais, masturbação, prostituição e homossexualidade estavam (ou melhor, estão) diretamente ligados à se as mulheres eram sexualmente perversas e propensão à desordem mental (Rohden, 2001; Cunha, 1989, *apud* Passos e Pereira, 2017).

O valor das mulheres se atrela, dessa forma, à sua capacidade de se adequar aos dispositivos de divisão sexual do trabalho. Ao gênero feminino é relegado o papel de cuidado, dentro do ambiente doméstico e familiar, enquanto ao gênero masculino, a eficácia está ligada às atividades de trabalho e sexuais. Caso haja extrapolação da linha bem delimitada pelas divisões, a mulher pode vir a estar sujeita à patologização, e em consequência, à

medicalização, e ao poder psiquiátrico, para que retorne às tarefas a ela designadas, transformando sua autonomia enquanto sujeito e disciplinando seu corpo e mente. Sobre o tema, Vieira (2022, p.30) afirma:

A mudança qualitativa do discurso, que passar a disciplinar o corpo feminino de modo absoluto, traz a necessidade de demonstrar que existe uma degeneração de base comum a todas mulheres, desqualificando-as como sujeitos e, portanto, desqualificando o saber que elas detêm sobre o próprio corpo. A ‘natureza feminina’ vai explicar a loucura, a degeneração moral e a criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada como um ser incapaz de autonomia. Apesar de deter o importante papel de transmissora da moral, a mulher é um ser tutelado, de maneira que o modelo idealizado de mãe e esposa não pode ser negado sob risco de transforma-la em doente. A doença passa a ser significado de degeneração moral, e a ideia de mulher relaciona-se à ideia de periculosidade.

Esse ideal de “natureza feminina” também se entrelaça para reforçar o ideal de comportamento de mulheres. Por “natureza”, entende-se que há comportamentos, ações e instintos pré-definidos, de modo biológico, que engloba fenômenos que podem acontecer nas expressões de corpo feminino, como menstruação, gestação, parto de amamentação. Inclui-se além o “instinto materno”, falácia que afirma que todas mulheres teriam instinto inato de serem mães, de cuidarem de seus filhos, sacrificando suas próprias vontades e necessidades em prol destes.

Moralmente louvado na sociedade, o “instinto materno” foi derrubado por Badinter (1985), que argumentou como esses comportamentos são, na realidade, imposições morais da sociedade para com mulheres, e, portanto, não haveria nada de biológico neste, e sim condutas ensinadas e repetidas ao longo das vivências femininas. As que, por motivos quaisquer, se afastam desse conceito são consideradas “desviantes”, ao ponto de estarem carimbadas como loucas, e patologizadas, vide os quadros de depressão pós-parto.

Ainda há uma dimensão racial que deve ser considerada e impacta de forma distinta as mulheres negras. Estudos anatômicos foram realizados em mulheres negras, para justificar que estas são naturalmente perigosas e criminosas, biologicamente perversas moral e sexualmente, e propensas a desordem mental (Rohden, 2001; Cunha, 1989, apud Passos e Pereira, 2017). Isso as transforma em alvos de controle pelo sistema penal, e por sua vez, pelo próprio Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Pode-se trazer como, no sistema penal, a maior parte dos indivíduos custodiados são pessoas negras (RELIPEN, 2023). No Estado do Pará, há um total de 16.115 pessoas em unidades prisionais, sendo destas 12.497 pessoas negras (pretas e pardas). Há um total de 500 custodiadas negras nas unidades prisionais, em comparação ao número de 151 brancas.

Devemos compreender que mulheres em medida de segurança expressam em suas vidas a existência-sofrimento, muitas sendo atravessadas por diversas violências doméstica e sexual. Os serviços públicos em suas experiências apareceram mais para a punição pós prática do delito, falhando em oferecer assistências anteriores à medida de segurança (Levy, 2022). O sofrimento mental que recai sobre o gênero feminino se relaciona diretamente com as pressões sociais que estas sofrem, para ser mãe, esposa, submissa, contida, dentro dos papéis sexuais e de trabalho, que por não estarem perante as expectativas sociais. Em laudo analisado, Levy (2020, p. 68) demonstra como questões maternas influenciaram diretamente na sua existência sofrimento de uma interna no HGP:

[...] sempre adoecia após o parto, exceto no nascimento do 1º filho. Os médicos falavam que ela tinha depressão pós-parto. [...] Quanto a sua doença, a pericianda diz que sentia medo, chorava muito, emagrecia, não conseguia dormir e sentia muita tristeza. Diz que ficava muito tempo sozinha, aguentando as coisas ruins em casa.

Nesse sentido, a noção de periculosidade ganha outros contornos para as mulheres. Usos de drogas e vida promíscua são utilizados como parâmetro para medir esses comportamentos desviantes, como podemos ver no trecho do laudo a seguir.

Curva de vida: Nunca exerceu atividade laborativa formal. “Sempre fiz programa desde os dez anos.” Já conviveu com quatro companheiros. “Só esse último agora que eu tô morando em casa, os outros foi na rua, não me lembro não (em que períodos).” Conta que teve três filhos, todos foram doados. “Grávida eu fiquei sete vezes, um de cada pai. Não tem nenhum comigo por causa da minha droga, o juiz falou que eu não tenho condição de cuidar. Tem cinco anos que eu moro [...] com [companheiro], ele é aposentado, tem setenta anos. Só não dá muito certo por causa da droga. Ele quer me internar e eu não quero. Eu fico um pouco na rua e um pouco em casa.” [...] Descreve-se como uma pessoa centrada unicamente na obtenção e consumo de drogas. “Sou triste porque não tenho meu pai nem minha mãe, minha irmã mora na rua. Nós é tudo separado. Só uso droga o dia todo, só vivo me drogando. Do mesmo jeito que eu uso em casa, eu uso na rua.” (trecho do laudo psiquiátrico, 2010). (LEVY, 2022, p. 68)

A interna acima foi considerada inimputável pelo uso de drogas, mas entendida como incapaz devido ao número de parceiros sexuais e promiscuidade, uma vez que já foi trabalhadora sexual. Não muito diferente do século passado, em que as mulheres já eram internadas, julgadas e medicalizadas por seu comportamento sexual, a interna em questão também foi impedida de ser desinstitucionalizada, à época do laudo. Ao se afastar do ideal feminino de mãe e esposa, teve seus comportamentos analisados como perigosos para si e para os outros, devendo ser mantida dentro da instituição.

A fim de comparar as experiências femininas às masculinas dentro de Hospitais de Custódia, os laudos médicos e estudos de vida pouco relatam a vida sexual dos internos, ou

sua experiência com filhos e família enquanto cuidador. Na realidade, os exames focam em sua experiência escolar, vício em drogas ilícitas, a passagem por instituições disciplinares e ausência de apoio familiar.

O destino desses homens é, destarte, a captura desde jovens por diversas instituições de sequestro, seja respondendo enquanto menores de idade por medidas socioeducativas, seja possuindo históricos de internação em outras instituições. Quando adultos, o controle penal persiste, mudam apenas os espaços. Perpetua-se, assim, a exclusão social, objetivo primário do controle coercitivo médico-penal. (LEVY, 2022, p. 97).

Os parâmetros para a periculosidade em homens e mulheres são distintos, pois seus papéis sociais são distintos. A dinâmica de poder entre os dois gêneros e suas experiências de vida influenciam na forma como o poder psiquiátrico irá atuar para que os dispositivos de controle sejam aplicados a fim de corrigir o que não “faz sentido” nas condutas desses indivíduos.

Zanello (2017) faz a análise de como o comportamento moral e os bons costumes são o ponto-chave para essa diferença. Nos manuais de psiquiatria e no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), sintomas descritos se relacionam com o que se espera de cada gênero, havendo, inclusive, sintomas analisados diferentemente se forem “coisa de mulher” ou “coisa de homem”.

Levy (2022) apresenta como na medida de segurança imposta às mulheres, a família se apresenta como fator mais importante para a determinação da desinstitucionalização. Históricos de violência e abandono familiar são comuns e a regra dos casos de mulheres institucionalizadas nos Hospitais Gerais Penitenciários. Os crimes cometidos por estas mulheres, que originaram os processos penais que desaguaram na institucionalização destas por muitas vezes ocorrem no espaço familiar, e assim, o abandono durante o cumprimento da pena e durante a decisão de desinstitucionalização ocorrem, impedindo a saída destas mulheres do espaço manicomial.

Com os vínculos familiares desgastados ou rompidos, a desinstitucionalização se torna um sonho distante, uma vez que um dos pré-requisitos obrigatórios para a saída do hospital é a presença destes vínculos familiares, para cuidados pós período hospitalar. É interessante ressaltar duas vírgulas neste fenômeno, entretanto. Mulheres, como oprimidas a estar sempre no papel de cuidadora, mãe e esposa, podem se encontrar desamparadas em seu próprio vínculo familiar, ou seja, lhes é negado algo absolutamente esperado delas. Outro ponto importante é observar como o capacitismo toma forma no ideário de que a louca é

incapaz de cuidar de si, que para ela só há este caminho de ser tutelada por terceiros, e que sua autonomia só pode estar atrelada à vontade de outros que não a si própria.

Na experiência das mulheres internas no Hospital Geral Penitenciário do Pará, há o diagnóstico de que as instalações do estabelecimento não comportam o exercício da maternidade, indo de encontro com o disposto pela Lei de Execução Penal, que prevê a presença da mãe com a criança que nasce no local. Esta prática é de extrema crítica, visto que o quadro psicológico da criança se encontra exposto às diversas violências no cárcere. Entretanto, o que se quer enfatizar é uma única ideia: mulheres consideradas loucas não são entendidas enquanto mães.

Não há espaço para visita de filhos das internas. Ademais, não há comumente visitas à estas mulheres. No estudo realizado por Tomaz e Monteiro (2020), não há estrutura no Hospital Geral Penitenciário para receber mulheres em situação de gravidez ou parturientes. Não há berçários, espaços para visita familiar que acolha os filhos das internas, nem sequer procedimentos para o caso de uma mulher em conflito com a lei grávida venha a ser institucionalizada. A maternidade das mulheres em sofrimento é invisível dentro dos muros do Hospital.

O entrevistado (...) também afirmou que acreditar ser difícil de visualizar uma mulher grávida na unidade hospitalar penitenciária, uma vez que o lugar não possui estrutura nenhuma para abrigar uma criança, e assim tudo teria que ser adaptado, dos berços ao dormitório onde a mãe ficaria, pois seria necessário lhe fornecer um espaço individual. Outra situação seria de que, segundo o ex-diretor, seria complicado manter a gravidez de uma mulher em sofrimento mental paciente do Hospital, visto que as internas chegam a praticar automutilação quando estão em crise e, portanto, podem machucar o bebê, sendo capazes até de retirar o feto. Desse modo, caso venha a acontecer o entrevistado acredita ser necessário vigiar a interna grávida a todo o momento para não causar danos a si mesma e ao filho/a. (TOMAZ, MONTEIRO, 2020, p. 40).

O discurso de que a mulher em sofrimento mental é incapaz de cuidar de seus filhos (ainda que seja esperado de o gênero feminino ser a cuidadora da família) é comum. Há relatos de bebês retirados de sua mãe no momento do parto, sem qualquer vínculo entre mãe e filho. Não há espaço para convivência, visitas constantes, ou oportunidades de exercer sua maternidade.

Como é possível perceber, a jornada das mulheres em sofrimento mental em conflito com a lei é transpassada diretamente pelas concepções de gênero, que as enclausuram duas vezes, dentro da instituição e dentro dos seus papéis sociais, as forçando a se encaixar em ideais para a manutenção da dinâmica de poder da sociedade patriarcal. O controle de seus

corpos, sua docilização enquanto sujeito e a imposição de comportamentos ditos “saudáveis” influenciam na sua institucionalização.

Esse controle, expressado na medida de segurança, pode ser desafiado e posto à prova dentro de processos judiciais e através da atuação da Defensoria Pública do Estado do Pará. Em cada manifestação, em cada defesa em execução penal, a DPE pode, dentro da sua atuação, se posicionar contra o manicômio judiciário, espaço máximo de segregação e controle de corpos de pessoas em sofrimento mental por parte do sistema penal e do poder psiquiátrico.

Este é o cerne do trabalho, como o órgão defensorial atua frente aos casos de medida de segurança, e se há esforços por parte da Defensoria Pública do Estado a favor da desinstitucionalização dessas mulheres, condenadas à medida de segurança no caráter de internação. É esta atuação que será alvo de análise nos tópicos seguintes.

Gênero, raça e classe, sexualidade, racionalidade (ou dita ausência dela), tudo molda a realidade na qual estamos inseridos, e assim, esses processos não podem ser lidos como isolados e dissociados (Davis, 2015). A luta é constante porque se transforma, se adapta, e segue amadurecendo em novas ideias, que caminha em direção à liberdade. Esta que só pode ser alcançada através da coletividade, e dos vínculos que são criados através da identificação entre as opressões. É essa a chave para a ruptura da neutralização da loucura.

É de suma importância estudar mulheres em processo de desinstitucionalização, uma vez que a experiência destas, devido à própria disposição de poder em relação ao gênero é atravessada por peculiaridades distintas, que devem ser observadas em lentes que possam focar em como o “ser mulher” e o “ser louca” molda a forma com o qual o poder público, seja através de suas políticas, seja através da atuação de seu quadro funcional entende esse fenômeno. Ao definir mulheres como o ponto-chave de um trabalho acadêmico, a observação dos elementos que compõem a existência do grupo estudado muda, comportando outros pontos singulares, como maternidade, família, expectativas e papéis de gênero e que comportamentos são desviantes para o meio social.

Na seção seguinte, onde o foco estará no em como o processo de desinstitucionalização atravessa a experiência de mulheres em sofrimento mental em conflito com a lei, veremos o quanto o gênero diferencia a forma com o qual esse quadro é encarado na Defensoria Pública do Estado do Pará.

4. VOZES DAS MULHERES NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DEFENSORIAL EM BELÉM

A Defensoria Pública do Estado do Pará (DPE) tem como dever institucional fornecer assistência àqueles que são entendidos enquanto vulneráveis socialmente as mulheres em sofrimento mental em conflito com a lei estão nesse rol. Dessa forma, é relevante uma investigação mais profunda das formas de atuação da DPE em frente à desinstitucionalização das mulheres que se encontram no Hospital Geral Penitenciário.

Antes de adentrarmos à seção, é importante fazer novamente a distinção entre desinstitucionalização e desinternação. Enquanto a desinternação pode ser entendida como sinônimo da desospitalização, ou seja, o movimento de saída da instituição manicomial, a desinstitucionalização vai no sentido de romper com os estigmas da loucura (Alvarez, 2015). Muito mais do que apenas sair do hospital psiquiátrico, mas está na retomada da autonomia e na virada contra entender a loucura como sinônimo de periculosidade. Essa distinção será de suma importância para compreender se o órgão defensorial atua pela desinternação ou se de fato caminha para a desinstitucionalização de mulheres.

Nessa seção, abordaremos a atuação da Defensoria Pública do Estado do Pará frente a desinstitucionalização de mulheres que cumprem medida de segurança na modalidade de internação. Para isso, a seção foi dividida em 5 tópicos. A análise dos dados coletados durante a pesquisa realizada para este trabalho também está exposta ao longo da seção, focada na atuação da DPE judicial e extrajudicialmente.

4.1 Mulheres em desinstitucionalização: os casos acompanhados pela Defensoria Pública de 2008 a 2023

Para esta pesquisa foram enumerados casos de processos de execução de 1 a 8, cedidos pela Defensoria Pública do Estado do Pará. A filtragem de casos foi feita através de um recorte de gênero e limitação temporal, sendo, portanto, escolhidos no marco temporal de 2008, quando os processos de medida de segurança passaram a ser acompanhados pela DPE, e 2023, momento de encerramento da coleta de dados. O marco temporal foi feito com base no ano em que as manifestações foram realizadas, ou seja, se houve manifestações entre 2008 e 2023, estão no recorte do trabalho.

Esclarecemos que elementos de raça não foram informados nos processos, dados portanto, faltantes nesta seção do trabalho. Entretanto, a ausência de coleta de dados de raça

durante os casos nos aponta que as peculiaridades de diferentes vivências raciais foram ignoradas durante a fase de execução de medida de segurança, em especial quando se entende que práticas racistas cotidianas são fatores estressantes e produtores de sofrimento psíquico (Damasceno, Zanello, 2018), de modo em que a existência-sofrimento de uma pessoa negra é afetada diretamente pelo racismo estrutural que enfrenta durante sua vida. Tais abordagens não foram encontradas durante a análise dos casos.

Após, foi feita filtragem de gênero, selecionando apenas casos em que os sujeitos de aplicação da medida de segurança. Não foi utilizado o filtro da desinternação, uma vez que entendemos que a luta pela desinstitucionalização deve ser feita de forma constante, e os esforços do órgão para tal precisam ser analisados ainda que não se tenha a saída da mulher do espaço em si. Desse processo de escolha, 8 processos foram verificados, de modo em que as manifestações e demais dados gerais foram coletados. Não foram coletados dados que individualizam as mulheres em medida de segurança, nem dados sensíveis que possam vir a constrangê-las. As análises feitas foram puramente processuais, e somente as informações estritamente necessárias para a execução da pesquisa estiveram sob estudo.

Os processos de medida de segurança correm o trâmite de entrada na Vara de Execução, após a sentença do juízo de 1º grau, através de um cadastro. Assim, o processo se torna de execução, com um número novo. A partir deste momento, o juízo de execução acompanha a aplicação da medida de segurança. É preciso reiterar que na medida de segurança, o réu é absolvido impropriamente, ou seja, o juiz, por entender que o agente é inimputável, e, portanto, não pode ser culpado pelo crime julgado, o absolve, ao mesmo tempo em que aplica a medida de segurança.

Neste trabalho, por todo o exposto, não entendemos a medida de segurança como um tratamento, e sim como uma pena de fato. O caráter de controle e punição estão presentes na aplicação dela, entretanto mascaradas como uma forma de tratar a loucura que acometeu o agente. O que acontece na realidade é a punição da própria loucura, e não do crime cometido.

A execução da medida de segurança pode tomar dois caminhos, a depender da sua natureza. A modalidade é determinada pelo juiz de 1º grau, durante a sentença, após atestar a inimputabilidade do réu. O artigo 96 do Código Penal dispõe sobre duas formas de aplicação, que pode ser de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; ou sujeição a tratamento ambulatorial. O critério de escolha está no artigo seguinte, 97, também do Código Penal, “se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.” (Brasil, 1945).

Como pode-se auferir, a determinação da internação pode ser feita ainda que o crime discutido não seja punível com reclusão. Verificamos a disparidade de tratamento entre os imputáveis e os inimputáveis. Enquanto há regras expressas de como cada regime de cumprimento de pena é aplicado aos condenados pelo juízo, fica a critério do juiz internar ou não o sujeito considerável inimputável. Salo de Carvalho (2015) entende que o critério da gravidade do fato, que determina se a pessoa será internada ou cumprirá tratamento ambulatorial, é apenas hipotética, pois não há na legislação penal o que possa balizar essa escolha. Ocorre que, a “a orientação doutrinária e jurisprudencial é no sentido de fragmentar o sistema das medidas de segurança, restringindo a internação aos casos de reclusão e o tratamento ambulatorial aos de detenção.” (Carvalho, 2015, p. 511).

Nos 8 processos analisados, 5 tiveram como regime de medida segurança inicial a internação. Em nenhum momento questões de gênero foram citadas nas decisões. Entretanto, é possível perceber que nos processos de medida de segurança cujo sujeitos são mulheres, há a predominância do envio destas ao Hospital Geral Penitenciário. Esse regime tem como tempo inicial de cumprimento apenas um período base. Por exemplo, na maioria dos casos analisados, o tempo mínimo de internação era de 3 anos, ou seja, este é o tempo que a mulher submetida a medida de segurança deve permanecer internada no HGP.

Dos casos analisados, 1 deles contou com tratamento ambulatorial como regime inicial. Esta modalidade de medida de segurança consiste no cumprimento do tratamento em liberdade, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com acompanhamento da VEP. Assim, a pessoa passa a se consultar na RAPs, que envia ao juízo o acompanhamento feito, com os comentários dos profissionais sobre a evolução médica do paciente. Percebe-se que, nas duas modalidades de medida de segurança, o tratamento é forçado, e independe da vontade da pessoa de se submeter a ele. No tratamento ambulatorial, também há tempo mínimo de cumprimento, e avaliação anual.

De ano em ano, hipoteticamente, deve ocorrer o Exame de Cessação de Periculosidade, tanto para medida de segurança de internação quanto para tratamento ambulatorial, em que se analisa, do ponto de vista da psiquiatria, se a pessoa ainda possui periculosidade. Tal exame, entretanto, na realidade, não é feito nesta periodicidade, por falta de profissionais adequados para realizar a investigação. No Estado do Pará, a EAP, a Vara de Execuções Penais e o próprio corpo de profissionais do HGP também realizam a análise, em um exame multidisciplinar, que conta não só os históricos hospitalares, mas o histórico de vida e familiar da pessoa examinada. Caso, durante o exame, seja detectada ausência de periculosidade por parte do psiquiatra, o estudo multidisciplinar dos profissionais da EAP se

demonstre favorável e o tempo mínimo de internação tenha passado, a pessoa pode sair do HGP, nas condições determinadas em juízo. Cumpre-se informar que os exames multidisciplinares da EAP não verificam a periculosidade, e sim o quarto geral do paciente.

Salo de Carvalho (2015) faz uma reflexão acerca do tempo máximo a ser cumprido em medida de segurança. O artigo 97, §1º do Código Penal estabelece que a medida de segurança, tanto de internação quanto de tratamento ambulatorial, não terá tempo máximo de cumprimento, ainda que haja tempo mínimo para cumprimento (1 a 3 anos). Entretanto, a doutrina é a jurisprudência sobre o tema entendem que, como não há disposição legal contrária, medidas de segurança devem ser interpretadas como pena, e portanto, a vedação corresponde a não ultrapassar 40 anos de cumprimento⁴⁶, para que não incorra em pena perpétua, também proibida pela Constituição Federal de 1988. Há, entretanto, a Súmula nº 527 do Superior Tribunal de Justiça, que determina que o tempo da medida de segurança não deve ser maior que o previsto abstratamente para o delito cometido.

Nos casos analisados, o tempo mínimo de medida de segurança esteve entre 1 a 3 anos. Todavia, o tempo máximo em que as mulheres passaram institucionalizadas (em todos os casos houve pelo menos uma passagem pelo HGP) variou entre 4 a 9 anos. Ou seja, em todos os processos, o tempo de internação ultrapassou o mínimo, de modo em que podemos concluir que o comum em processos de medida de segurança de mulheres acompanhadas pela Defensoria Pública do Pará é de que o tempo que estas passam no Hospital Geral Penitenciário tende a sempre ultrapassar o tempo mínimo de internação, chegando a ser o triplo da decisão inicial, o que torna sua desinstitucionalização mais demorada e a violência perpetuada no manicômio judiciário longa e duradoura.

Há 2 casos em que houve conversão da pena em medida de segurança, ou seja, inicialmente, a ré havia sido condenada para cumprimento de pena comum, e durante a execução, houve a conversão para aplicação da pena para medida de segurança. Tal situação é prevista no artigo 66, “d” da Lei de Execuções Penais, que deixa a conversão sob competência do juízo de execução. Já no artigo 108 da mesma legislação, temos a disposição de que “O condenado a quem sobrevier doença mental será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” (Brasil, 1984). Desse modo, caso, durante a execução da pena comum, caso a pessoa a ela submetida seja diagnosticada com algum sofrimento mental e isto seja posto à conhecimento do juízo, este pode determinar tal conversão. Este foi o caso dos 2

⁴⁶ Art. 75. O tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 40 (quarenta) anos. (BRASIL, 1940)

processos em que o fenômeno foi observado, e ambas as mulheres se encontraram internadas no HGP após a decisão.

É necessário fazer um adendo que a Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça entende que iniciar o incidente de insanidade mental se trata de tese defensiva, portanto, vedou que o juízo o inicie de forma compulsória se houver oposição da defesa. Neste trabalho, discordamos da ideia de a inimputabilidade ser tese defensiva. Ao retirar a subjetividade de um sujeito ao submetê-lo a tratamento forçado, há violência. Uma violência que legalmente não há tempo máximo a ser cessada. Todavia, ao limitar a discricionariedade do Poder Judiciário de declarar um réu inimputável, o Conselho Nacional de Justiça assegura que este tenha voz própria, através de seus representantes, para demonstrar sua oposição a ser tratado como tal.

Durante a pesquisa de casos, não se procurou analisar processos somente de desinstitucionalização. Contudo, o fenômeno foi encontrado nos 8 casos selecionados, de maneira em que é possível afirmar que todas as mulheres, em algum momento do processo de execução, foram retiradas do HGP e passaram por tratamento ambulatorial ou extinção de medida de segurança. O dado se soma à informação coletada pelo defensor público entrevistado durante a pesquisa de campo. Nela, o servidor afirmou que mulheres são mais facilmente desinstitucionalizadas do que homens que cumprem medida de segurança. Segundo ele, a família está muito mais presente durante o procedimento, de modo em que, como a presença familiar é requisito para essa saída, o procedimento se torna mais fácil. A EAP faz a busca dos familiares assim que o laudo atestando a cessação de periculosidade é emitido e reconhecido pelo juízo de execução.

Caso não haja sucesso na busca, oficia-se a uma Residência Terapêutica para a verificação da existência de vagas para abrigar as mulheres que estão de saída do HGP. A República Terapêutica de passagem, analisada na primeira seção deste trabalho, também é caminho dessas mulheres, que podem permanecer no local até a reestruturação de suas vidas ser possível. É interessante perceber que em casos de mulheres, a família se encontra mais presente, mais disposta a recebê-las novamente e acompanhá-las durante o tratamento posterior à institucionalização.

Todavia, a volta ao Hospital Geral Penitenciário não é incomum. Observada em 6 dos 8 casos, o principal motivo para esse retorno está na recusa destas mulheres a seguir com o tratamento após a desinstitucionalização. Mostra-se necessário explicar que, na grande maioria dos casos, a saída ocorre não por extinção da medida de segurança, e sim pela

concessão da desinternação condicional, caminho melhor explicado no próximo tópico da seção.

Assim, quando há a recusa na manutenção do tratamento ambulatorial, as mulheres retornam ao HGP, dando início ao fenômeno das múltiplas desinstitucionalizações. Em 4 dos 8 casos, houve a saída e o retorno dessas mulheres em múltiplas ocasiões, sob a justificativa de que o tratamento ambulatorial não se demonstrou suficiente ou adequado para elas, ou pelo suposto retorno de suas periculosidades por novos surtos ou cometimento de novo crime. A obrigatoriedade da manutenção desse tratamento vai de encontro com a Lei Paulo Delgado, que assegura a manutenção e incentivo da autonomia do paciente. Como já explicado, nos vinculamos à ideia de Basaglia de existência-sofrimento (Bueno, 2024), e não patologia por si mesma. É mais um indício de que durante a medida de segurança, não se pune a conduta delituosa, e sim a condição de ser louca.

Para a concessão da desinternação condicional, a presença da família ou de local estruturado para que a pessoa cumpra o tratamento ambulatorial. Essa estrutura não é definida por requisitos legais. Em entrevista, o defensor não entrou em detalhes acerca do tema. A hipótese que levantamos neste trabalho é de que a estrutura em que se baseiam para que a pessoa saia do HGP é de estar no âmbito familiar em que haja uma ou mais pessoas que cuidam da pessoa em sofrimento mental e a acompanhem durante o tratamento. Caso a EAP não encontre tal cenário, a Residência Terapêutica se torna o destino da pessoa. Explicado anteriormente, o Serviço Residencial Terapêutico é um espaço em que indivíduos que estiveram em internações de longa duração podem receber cuidados terapêuticos de profissionais ligados ao CAPS. Em resumo, não há exatamente a probabilidade de que a pessoa more sozinha inicialmente, pois não se compreende a pessoa em sofrimento mental como capaz de cuidar de si mesma.

Em 3 dos casos analisados, as mulheres tiveram como destino a casa de suas famílias. Em 2 deles, casas de amigos e conhecidos. Em apenas 1 tivemos a presença da Residência Terapêutica como local de dissidência pós desinternação. Em 2 casos, não há registro claro do local para onde a mulher foi enviada. Para Salo de Carvalho (2015), essa visão de completa incapacidade da pessoa em sofrimento mental não se demonstra compatível com Lei 10.216/2001, uma vez que a referida norma não tem como objetivo tratar a pessoa em sofrimento psíquico como completamente incapaz. Argumenta o autor:

O novo cenário normativo impede, portanto, que se afirme que o portador de sofrimento psíquico é absolutamente irresponsável pelos seus atos (absolutamente incapaz, na linguagem do ordenamento civil), lícitos ou ilícitos. A reforma psiquiátrica, ao propugnar o reconhecimento das formas ou graus distintos de

responsabilidade, estabelece um novo paradigma para o tratamento jurídico dos portadores de transtorno mental, situação que demanda, necessariamente, a construção das formas diversas de interpretação dos institutos do direito penal. A mudança central é tratar a pessoa com diagnóstico de transtorno mental como verdadeiro sujeito de direitos, e não como um objetivo de intervenção submetido ao laboratório psiquiátrico- forense. (CARVALHO, 2015, p. 525-526)

Não falamos aqui de ausência de cuidado ou suporte a mulher em sofrimento psíquico. O que se argumenta é a constatação de que as instituições não encaram a pessoa em sofrimento mental como capaz. Ainda que a legislação específica demonstre preocupação em assegurar que os direitos individuais e a autonomia do indivíduo em sofrimento mental sejam incentivadas e respeitadas, a exigência de que uma terceira pessoa se responsabilize por aquele em sofrimento psíquico, de forma obrigatória, atesta a necessidade de se pensar novas formas de cuidado que não se baseiam somente na tutela e no tratamento psiquiátrico medicamentoso forçado.

Em 6 casos dos 8 analisados, houve extinção da medida de segurança. A extinção ocorre em apenas uma hipótese legal⁴⁷: laudo médico que conteste a cessação de periculosidade. Enquanto na pena comum, o cumprimento integral do tempo determinado em juízo é causa para a extinção da pena, a medida de segurança, como verificamos anteriormente, pode extrapolar o tempo mínimo determinado em sentença.

Em alguns casos, foi verificado que o juízo de execução se embasou na comparação entre a pena mínima do delito no qual a mulher internada havia sido acusada e o tempo de internação. Se houvesse extrapolação entre o tempo determinado para o delito e tempo passado no HGP, a extinção de medida de segurança era determinada pelo integral cumprimento das condições da desinternação condicional.

A EAP e a Vara de Execuções Penais acompanham as mulheres enquanto há a existência de medida de segurança, verificando as suas condições de vida e a frequência do tratamento ambulatorial no CAPS. Há relatórios multiprofissionais feitos pelas instituições relatam como a adaptação da mulher em sofrimento mental, bem como a forma como a família tem se comportado e assistindo-as durante essa fase da execução.

⁴⁷ Art. 175. A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte: I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida; II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico; III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um; IV - o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver; V - o Juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança; VI - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias.

Uma das perguntas que mais martelam na mente quando se termina a leitura dos processos com a extinção de medida de segurança é como a vida dessas mulheres se desenrola após o fim do caso. Com a noção de cuidado sempre muito atrelada à tutela, o final dos procedimentos nos deixa com a sensação de que não houve progresso na forma como o sofrimento mental é encarado pelo ambiente que a pessoa que com ele sofre está inserida.

O cuidado às mulheres em sofrimento mental deve passar pelo entendimento de que não há “mulher universal”, e sim várias existências de “ser mulher”, que são transpassadas por elementos de raça, classe e identidade de gênero. Deve-se compreender a “devida importância às redes vivas instituintes, seus processos históricos e aqueles com quem ela se conecta, para além dos profissionais envolvidos no seu tratamento” (Souza, Silva, Ferreira, Espírito Santo, 2023, p. 17). A busca pela autonomia, longe da noção de tutela e mais voltada à construção de uma vida em que os direitos das mulheres em sofrimento psíquico sejam respeitados é o caminho no qual a luta antimanicomial aponta no horizonte.

A Defensoria Pública do Estado, órgão que forneceu os casos, os acompanhou do início ao fim durante a execução. Durante cada processo, manifestações foram emitidas pela instituição. Para analisar mais profundamente como a DPE atua nos casos de medida de segurança de mulheres, selecionamos somente os momentos de fala do órgão durante cada processo, para entender melhor a ação tomada por ela, bem como os argumentos judiciais utilizados. Tal tema é objeto de estudo da seção a seguir.

4.2 As Manifestações Institucionais: a Defensoria Pública nos Processos Judiciais de Desinstitucionalização

A Defensoria Pública do Estado atua processualmente como órgão de fiscalização dos direitos das pessoas em sofrimento mental cumprindo medida de segurança e como seu representante processual. Na coleta de dados por intermédio da entrevista, o defensor responsável atualmente pela 2ª Defensoria Pública explica que a maioria das intervenções em execução penal feitas pela instituição são direcionadas para concessão de benefícios a fim da melhora da situação dos casos daqueles sob sua responsabilidade.

Como órgão competente para acompanhar mulheres institucionalizadas e em desinstitucionalização, se manifesta nos processos judiciais de execução de modo a defender os interesses dessas pessoas perante o sistema penal. Neste momento, é de suma importância entender como o órgão defensorial se posiciona, quais argumentos utiliza com frequência e se

há argumentos relacionados à luta antimanicomial sendo utilizados pelos defensores que estão responsáveis pelo acompanhamento desses processos.

A Defensoria Pública pode se manifestar em diversos momentos do processo de execução, como por exemplo, para emitir defesa e parecer após juntada de Laudo de Cessação de Periculosidade requerido pelo juízo. Outros momentos comuns para a manifestação da DPE estão nos requerimentos de desinternação condicional ou de pedido de extinção de punibilidade, estes que serão explicados devidamente em ocasião posterior.

Através de análises processuais com dados fornecidos pela própria DPE, foi possível identificar como o posicionamento é feito em casos de medidas de segurança. Como já explicado acima, devido ao pequeno número de mulheres institucionalizadas no Hospital Geral Penitenciário, optou-se por verificar as manifestações defensoriais em todos os processos acompanhados pelo órgão, tendo como recorte temporal os anos de 2008 a 2023, bem como peças fornecidas pela 2ª Defensoria Pública, específicas para casos de medida de segurança. Desse modo, a análise não depende da desinstitucionalização em si, mas dos esforços feitos pela DPE para que este seja um caminho possível, ainda que esta não aconteça de fato.

A manutenção da institucionalização também é um dado importante, uma vez que demonstra a força do aparato estatal para manter a punição da loucura. As manifestações analisadas perpassam por todo o processo de execução da medida de segurança, sejam elas acerca do Laudo Psiquiátrico-Legal, realizado para verificação de cessação de periculosidade, quanto para pedidos de reconhecimento de extinção de medida de segurança e de Habeas Corpus. O critério para análise se pauta na data em que a manifestação foi emitida, ou seja, estando ela entre os anos de 2008 e 2023, nos processos selecionados, está dentro do escopo da pesquisa.

A constatação inicial decorrente das análises das manifestações processuais da Defensoria Pública Estadual é a de que todas seguem um modelo pré-definido, de forma a ter uma estrutura padronizada de argumentação utilizada nos oito processos escolhidos para o presente trabalho. Essa padronização das peças judiciais independe do objetivo desta em si. Tanto as peças direcionadas à manifestação acerca dos Laudos Periciais requeridos pelo juízo quanto os pedidos de extinção de medida de segurança e de desinternação condicional seguem a mesma estrutura e apresentam a mesma argumentação.

Primeiramente, é necessário sedimentar que, nas manifestações defensoriais nos oito processos analisados na pesquisa, todos apontaram no sentido da desinstitucionalização. Isto significa que em nenhum momento a Defensoria Pública do Estado do Pará requereu ao juízo

que a mulher assistida permanecesse no Hospital Geral Penitenciário. Todas as petições, pareceres e requerimentos tiveram como objetivo principal a saída das assistidas do manicômio judiciário. Isto demonstra o compromisso do órgão em cessar com a segregação que o Hospital Geral Penitenciário impõe naquelas que estiverem custodiadas em seu espaço. As manifestações requereram sempre, ao final, dois caminhos possíveis para as residentes do HGP: a desinternação condicional ou a extinção da medida de segurança.

O artigo 97 do Código Penal nos explica a diferença entre esses dois institutos. A Desinternação ou Liberação Condicional está disciplinada no §3º deste mesmo dispositivo e se caracteriza pela saída do indivíduo do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico mediante o cumprimento de condições estipuladas pelo juízo. Estas, geralmente, são de cumprimento de medida de segurança em tratamento ambulatorial juntamente ao Centro de Atenção Psicossocial escolhido pelo juiz. O indivíduo, portanto, deve comparecer de forma periódica às consultas com psicólogos e psiquiatras e ser avaliado pela equipe multidisciplinar do CAPS, sendo estes relatórios enviados ao poder judiciário para avaliação da adesão da pessoa em sofrimento mental ao tratamento e sua adequação ao meio social. Pode ocorrer a revogação deste caso a pessoa venha a cometer novo crime ou se recuse a cumprir com o tratamento estabelecido.

A extinção da medida de segurança é outro caminho possível para os pedidos formulados pela DPE ao juízo. O artigo 96 do Código Penal prevê que a medida de segurança deve ser extinta se não houver punibilidade do indivíduo. Situações como a prescrição do poder punitivo acarreta na extinção da medida de segurança. Entretanto, a forma mais comum, como analisado nos processos escolhidos para a pesquisa, é de que essa extinção se dá quando o relatório apresentado pelo CAPS e o Laudo de Cessação de Periculosidade, realizado pelo perito médico legal detecta que a periculosidade do indivíduo está cessada. A periculosidade, conceito este que não possui formulações legais que delimitam sua presença ou ausência, tem como objetivo verificar se o indivíduo foi neutralizado (Costa, Boiteux, 2020) e assim não poderá mais incorrer em condutas lidas pelo sistema penal como delituosas. Trata-se de uma projeção do futuro, do incerto, ligada diretamente à criminalização da loucura.

Identificados os caminhos possíveis a serem tomados pela Defensoria Pública, foi possível apontar quatro argumentos nas manifestações defensoriais, que serão analisados neste tópico.

Na maioria das manifestações analisadas, a DPE utilizou, inicialmente, a argumentação de que a medida de segurança nada mais é do que a punição da loucura, e não

do crime. Valendo-se de uma citação do livro “Redesenhando a Execução Penal 2”, de autoria de Vitória Beltrão Bandeira (2012), na qual a autora afirma que a medida de segurança não possui qualquer base científica e viola a dignidade, a autonomia e os direitos da pessoa em sofrimento mental, a DPE argumenta que o “tratamento de saúde mental” oferecido pelo sistema penal dentro dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico nada mais é do que uma pena, tal qual uma pessoa imputável é sujeita ao ser condenada criminalmente no poder judiciário. A diferença está, contudo, no fato de que a pessoa considerada inimputável não possui as mesmas garantias que preso comum, podendo, inclusive cumprir pena perpétua nos HCTPs.

Utilizando como exemplo a forma como a DPE escreve em suas peças processuais acerca da violação dos direitos das pessoas em sofrimento mental, vejamos uma das manifestações do caso 1:

Com efeito, provado está no caso em análise, que a internação compulsória no HGP, sem os cuidados adequados à patologia diagnosticada à assistida, registrando-se, por oportuno, a ausência do médico psiquiatra no estabelecimento da custódia manicomial, somente tem corroborado à grave VIOLAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE e à DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, garantias preceituadas na Carta Magna (art. 5º, III, c/c 196 e segs., da CF/88), vez que está sendo negado pelo próprio Estado o acesso ao tratamento na rede pública de atenção à saúde mental, de acordo com as diretrizes da Lei nº 10.216/01. (MANIFESTAÇÃO DO CASO 1)

Podemos perceber que órgão reconhece como a internação das pessoas em sofrimento mental sob a falácia de um suposto tratamento nada mais é do que a violação dos direitos constitucionais dos indivíduos, tendo destaque ao art. 5º, III da Carta Magna citado, sendo ele o “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (Brasil, 1988). A força do argumento está na constatação que os manicômios judiciais são locais de tortura de degradação do ser humano, o que nos leva ao segundo argumento mais utilizado nas manifestações.

As condições estruturais e de corpo funcional do Hospital Geral Penitenciário também são alvo de preocupação por parte da Defensoria Pública do Estado. Como vimos na seção anterior, a estrutura do HGP, além de não suportar a quantidade de pessoas ali institucionalizadas, carece de condições de manter o mínimo da dignidade em seu espaço. A DPE, em manifestação apresentada no Caso 5, afirma que a retirada das internas do hospital é medida para “evitar-se a perpetuação do cárcere em condições desumanas, degradantes e análogas à tortura”.

Os manicômios, como bem exposto por Goffman (2015), representam a manutenção de um espaço de tortura e desumanidade, onde aquele é ali está enclausurado perde sua subjetividade, rompe com seus deveres civis de forma brusca (Correia, Passos, 2015), se orientando completamente pela lógica hospitalar. Essa apuração deu origem à própria Resolução 487/2023 no Conselho Nacional de Justiça, que entende os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como instituições incompatíveis com o Princípio da Dignidade Humana, que rege o Estado Democrático de Direito.

Outro argumento identificado repetidamente nas manifestações é a questão do tratamento de saúde mental. Este merece uma análise mais minuciosa, devido a duas observações levantadas pelo órgão: a ausência de psiquiatras no corpo funcional do HGP, que trabalhem de modo a suprir a demanda de tratamento das internas e a exaltação de que o tratamento adequado de saúde mental é oferecido pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que estão ligados ao Sistema Único de Saúde, e não ao sistema penitenciário.

“Tratar e não punir”. Essa frase se repete na maioria das manifestações analisadas. A Defensoria Pública, por várias vezes, menciona e argumenta a necessidade de que todas as pessoas que estejam cumprindo medida de segurança sejam acompanhadas por um psiquiatra, e que a falta deste no espaço do Hospital Geral Penitenciário é violação direta à dignidade do indivíduo que lá está no espaço manicomial.

Como discutido na primeira seção da pesquisa, o poder psiquiátrico é o sequestro do bem-estar psíquico, daquilo que é considerado normal e apropriado para a convivência em sociedade. Através do tratamento psiquiátrico, o indivíduo louco é disciplinado e neutralizado, transformado em sujeito dócil para o neoliberalismo. O tratamento medicamentoso oferecido pela psiquiatria adequa aquele em existência-sofrimento à racionalidade construída dentro do capitalismo. Aliado ao sistema penal, o tratamento medicamentoso se torna forçado ao indivíduo, e não escolha sua. Assim, quando utilizado como argumento para a desinternação, retira da pessoa em sofrimento mental o protagonismo de seu próprio tratamento.

A autonomia do indivíduo acerca do seu próprio cuidado é, portanto, mitigada. Forçado a cumprir com tratamentos medicamentosos a fim de manter sua liberdade, aquele que está em medida de segurança ainda está sob domínio do sistema penal. O tratamento psiquiátrico ainda é sua punição. Quando este evade do Centro de Atenção Psicossocial ou se recusa a cumprir com o disposto pelo psiquiatra, é visto como não cooperante com o sistema penal e colocado novamente em regime de internação, onde também será forçado a se submeter ao tratamento medicamentoso.

A argumentação de necessidade dos medicamentos para o cuidado com o sofrimento mental em nada rompe com as concepções acerca da loucura. A DPE, como órgão responsável por defender os interesses daqueles custodiados, deve atentar para a manutenção de sua autonomia acerca da própria existência, ainda que esta esteja permeada em sofrimento mental. A necessidade de apontar outras formas de cuidado que estejam desatreladas ao poder psiquiátrico e à domesticação da pessoa em sofrimento psíquico é de suma importância para a humanização destas, uma vez que passa a entender sua existência para além da biologia, e sim como indivíduo autônomo, com interesses e predileções. Debruçar-se sobre novas formas de retomada da autonomia destes após longos períodos de internação demonstra-se o caminho mais humanitário e com ruptura mais certa das concepções limitantes sobre a existência-sofrimento.

Isto recai no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ). Recorrente diversas vezes nas manifestações da Defensoria Pública do Estado do Pará, o PAI-PJ é sediado em Minas Gerais, e trata-se de um espaço destinado ao acompanhamento de pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei. Criado através da Resolução N° 944, publicada em 13 de novembro de 2015, o PAI-PJ é considerado programa modelo para o auxílio daqueles que cumprem medida e segurança.

Surgido de uma pesquisa realizada pela psicóloga judicial Fernanda Otoni de Barros Brisset, o PAI-PJ tem como objetivo oferecer um acompanhamento multidisciplinar individual, capaz de observar as particularidades e necessidades de cada paciente judiciário. Hoje, o PAI-PJ atua dentro do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, de modo a humanizar as pessoas em sofrimento mental perante os operadores do direito. A visão do programa está na construção da responsabilização do sujeito pelos seus atos, no grau de sua singularidade, e engajando este em seu tratamento. “A ideia é tornar o louco infrator sujeito de sua própria existência.” (Couto, Nogueira, 2020). O PAI-PJ é mencionado em quase todas as manifestações analisadas pela Defensoria Pública, na seguinte forma:

O Tribunal de Justiça de Minas Gerais no âmbito da medida de segurança, com êxito, instituiu o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, idealizado e coordenado por FERNANDA OTONI BARROS-BRISSET, cuja publicação “Por uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator”, demonstra a imperiosidade da mudança de paradigma no sentido de tratar e não somente punir (...) (Caso 8)

É interessante perceber que a DPE cita o PAI-PJ de maneira recorrente em suas manifestações, porém, em nenhuma das analisadas, o programa regional Programa de

Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Estado do Pará (PRAÇAÍ), já analisado nos primórdios deste trabalho, é utilizado como argumento. O PRAÇAÍ, criado dentro da Vara de Execuções do Estado do Pará, e que mobiliza multidisciplinarmente vários profissionais do poder judiciário.

O PRAÇAÍ atua diretamente no Hospital Geral Penitenciário e verifica em primeira mão as condições nas quais as pessoas em sofrimento mental ali institucionalizadas vivem. A Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) acompanha diretamente estas pessoas e suas famílias, estando essa diretamente ligada a Secretaria de Saúde do Estado do Pará, consegue oferecer um olhar mais humanizado aos casos. O trabalho de Karla Dalmaso Souza, transformado em tese de doutorado em 2023, nos mostra um olhar de dentro do programa, dos esforços ali produzidos para que os indivíduos saiam do HGP e passem a serem acompanhados pela rede de saúde do Estado, longe do sufocante espaço do manicômio judiciário.

O PRAÇAÍ obteve excelentes resultados na desinternação de pessoas no HGP. Mobilizando a Rede de Atenção Psicossocial, a EAP e a Vara de Execuções Penais, o programa sistematizou a saída das pessoas em sofrimento mental do Hospital, e atua levando em consideração as peculiaridades regionais do Estado do Pará e, principalmente, sua extensão. Entendendo as dificuldades de manter laços familiares devido à distância dos municípios do local onde o Hospital Geral Penitenciário está sediado, bem como a própria estrutura fornecida pelo sistema penal e a rede psicossocial do Pará, o programa se mostra adequado ao que se propõe.

Ainda que o PAI-PJ em Minas Gerais seja um projeto pioneiro e tenha inspirado providências acerca dos HCTPs e a forma como o judiciário entende pessoas em sofrimento mental, causa estranheza que o PRAÇAÍ não seja citado em nenhuma manifestação da Defensoria Pública do Estado, uma vez que se trata do programa em vigência na área de atuação do órgão. Nenhuma menção a este por parte da DPE foi encontrada nos 8 casos analisados, de modo que se verifica a necessidade de maior publicidade deste, além de capacitação específica direcionada aos defensores para que utilizem o PRAÇAÍ como argumentação em favor das desinternações dos internos do HGP.

Retomando o recorte do trabalho, como podemos perceber, nenhuma das argumentações oferecidas pela Defensoria Pública levam em consideração o recorte de gênero. Todos os casos analisados foram especificamente de mulheres, porém nenhuma peculiaridade do “ser mulher” foi citada nas manifestações. Porém, não se pode ignorar que

há uma criação específica da louca criminosa, mulheres estas sujeitas dos casos estudados, que não foi explorada pela DPE.

A louca, como extensamente estudado nesta pesquisa, é construída através de várias singularidades, desde a criminalização da própria loucura (através do conceito de periculosidade), quanto pela criminalização de mulheres, essa última que levanta estudos das mais diversas áreas das ciências humanas. Braga e Ferreira (2023), ao analisarem artigos acerca de tráfico de drogas em uma revista de ciências criminais brasileira e como mulheres apareciam nos estudos, levantaram concepções importantes sobre a construção da mulher criminosa.

Indo em direção contrária à critérios biológicos para a definição daquele que está em conflito com a lei penal, em especial em relação a grupos já vulneráveis pela vivência social, as ciências criminais criticam a visão essencialista de um feminino tanto na criminalização quanto na vitimização de mulheres. O Direito reproduz “desigualdades estruturais e desqualifica os discursos feministas”, além de “produzir discursos e padrões identitários marcados pelo gênero e outros padrões da diferença” (Smart, 2020 apud Braga, Silva, 2023). Ao não levar em consideração situações específicas de mulheres no cárcere, a DPE acaba por invisibilizar em suas manifestações como a vivência da mulher lida como criminosa é diferenciada daquela experienciada por homens.

Tomaz e Monteiro (2020) exemplificam que, em caso de mulheres em sofrimento mental, sua experiência enquanto do gênero feminino é apagada. Estudando acerca do direito à maternidade no Hospital Geral Penitenciário, as autoras encontraram como resultado a completa invisibilização de fenômenos específicos do gênero feminino. A maternidade no Hospital é desrespeitada, não só porque mulheres loucas não são vistas como mães, mas porque sua própria condição de “ser mulher” é ignorada. Sobre a condição materna, de forma específica, “mulheres em sofrimento mental tiveram seu direito à maternidade negado ao longo da história, e mesmo após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, mulheres que estão cumprindo medida de segurança internadas nos hospitais penitenciários continuam não sendo reconhecidas como mães” (Tomaz, Monteiro, 2020, p. 285).

Podemos perceber a grande contradição que a loucura feminina traz. Enquanto questões de gênero são utilizadas como identificação do sofrimento psíquico, visto que a neutralização da louca passa também pela adequação aos estereótipos de gênero, quando o rótulo de louca recai sobre a mulher, a condição feminina passa a ser ignorada, bem como as peculiaridades que dela decorrem.

Palavras como “mulher”, “maternidade” e “feminino” não foram encontradas nas manifestações defensoriais analisadas. A necessidade de manter vínculo com os filhos, se a assistida pela DPE em questão assim tiver, também não é utilizada como argumento, mesmo que existam disposições legais que protejam mulheres que estão sob a violência do sistema penal. O Decreto nº 9,370, de 11 de maio de 2018, inclusive, teve como objetivo promover melhores condições de vida e reinserção social às mulheres presas, teve como propulsor o próprio recorte de gênero, necessário no sistema penitenciário, porém, não foi verificado em manifestações da DPE, nos casos analisados pedidos durante este período para a desinternação das mulheres em medida de segurança.

Portanto, como podemos perceber, recortes de gênero não foram feitos nas manifestações da DPE dos 8 casos escolhidos para realizar esta pesquisa, de modo que as peculiaridades femininas e proteções legais de legislações específicas para o gênero feminino, como as Regras de Bangkok⁴⁸, e disposições da Lei de Execuções Penais (LEP) sobre maternidade, e até mesmo indultos em que mulheres são o público alvo, de modo que a condição “ser mulher” não aparece como vetor para a atuação processual na desinternação pela Defensoria Pública do Estado.

Também se verifica que a desinstitucionalização se confunde com a desospitalização nas manifestações defensoriais. Conforme já analisado anteriormente, a desospitalização está na mera saída dos Hospitais Psiquiátricos, enquanto na desinstitucionalização, temos o rompimento com os estigmas da loucura. Enquanto instituição, a Defensoria Pública joga dentro das regras de como o Código Penal vê o sofrimento mental. Para Alvarez (2015, p. 114), “a desinstitucionalização também deve ser entendida como invenção contínua e incessante de novas práticas diante das necessidades apresentadas pela complexidade da existência humana em sofrimento, considerando essa no centro de todo o processo.”. Como órgão de defesa e assistência, cabe à Defensoria Pública traçar novas estratégias processuais que desafiem a lógica da institucionalização, questionando a própria periculosidade como norte para a liberação do HGP.

Sem a verdadeira quebra da noção de que o louco é doente e perigoso, não há como diminuir as amarras do sistema penal sobre a vida daqueles que estão em existência-sofrimento. Identificar que a loucura é o que o sistema punitivo volta sua violência é, realmente, o primeiro passo para uma luta efetiva pela dignidade das pessoas em sofrimento mental. Mas é necessário ir além. Questionar processualmente o poder psiquiátrico,

⁴⁸ Regras de Bangkok são normas internacionais sem caráter vinculante que orientam o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras.

apresentando argumentações doutrinárias de como o Código Penal é uma legislação de opressão, que de fato opera para a manutenção das desigualdades indica um caminho mais próspero para a proteção dos direitos daqueles em sofrimento psíquico.

Após a extensa análise e crítica das argumentações recorrentes nas manifestações processuais da Defensoria Pública do Estado do Pará, torna-se necessário verificar como é realizada a atuação extrajudicial, uma vez que o órgão se propõe a também acompanhar para além dos processos judiciais as pessoas por ele assistidas. Assim, seguimos para o próximo tópico, para discorrer de forma mais detalhada tal atuação.

4.2.1 O papel da Defensoria Pública e das famílias na desinstitucionalização de mulheres

A atuação na Defensoria Pública do Estado não se limita apenas de forma processual. O próprio órgão assume seu compromisso em estar presente na assistência dos mais vulneráveis independente se a resolução do conflito se encontra nos meios judiciais ou extrajudiciais. Entretanto, os dados coletados durante a pesquisa acerca desta segunda via de atuação são mais escassos. A base que encontramos para estudo está pautada na entrevista realizada com o defensor responsável pela medida de segurança no órgão.

Como já havíamos antecipado, a 2ª Defensoria Pública de Execução Penal é responsável integralmente pela execução de medidas de segurança, de modo em que a atuação nesses casos fica restrita ao defensor titular desta no momento. Em conversas com demais defensores, a decisão para tal foi tomada internamente pelo órgão, em reunião para a organização das competências de cada gabinete. Desde 2008, quando a execução da medida de segurança passou a ser de competência da Defensoria Pública do Estado do Pará, a 2ª Defensoria tomou para si a missão de englobar todos os casos. Os registros de manifestações dos casos apurados por este trabalho demonstram que, judicialmente, houve esforços para que houvesse a saída destas mulheres do Hospital Geral Penitenciário, mesmo com as limitações e críticas feitas no tópico anterior.

Entretanto, vemos uma certa timidez acerca da desinstitucionalização. Em entrevista, o defensor explicou que, até o momento, não houve plano de ação do órgão para que a Resolução 487/2023 do CNJ fosse colocada em prática como política interna. A própria resolução também não cita a Defensoria Pública, ainda que esta seja legalmente a representante processual das pessoas em sofrimento mental mais vulneráveis submetidas à medida de segurança.

Além da atuação judicial, a DPE pode atuar de forma extrajudicial, oferecendo outras assistências. A Defensoria Pública realiza visitas periódicas no estabelecimento penal do Complexo de Americano, de modo em que também inspeciona o Hospital Geral Penitenciário. Estas visitas, de acordo com o relatado, devem acontecer uma vez ao ano ou a cada 6 meses. O defensor público esclareceu que também há planos de visitação às Residências Terapêuticas, uma vez que há receio de que estas virem “mini manicômios”. Entendemos que essa preocupação decorre da existência da transinstitucionalização (ALVAREZ, 2015) e o reconhecimento de que pessoas em sofrimento mental estão suscetíveis a serem internadas múltiplas vezes, saindo de uma estrutura manicomial para outra, sem que realmente haja o rompimento da violência que os “mecanismos de segurança⁴⁹” sociais perpetram sob aqueles que considera indesejáveis.

A preocupação com a transinstitucionalização possui bases bem fortes. As Residências Terapêuticas, neste trabalho, são entendidas como expoentes deste fenômeno por darem continuidade à segregação da loucura e à lógica tutelar que impede a retomada da autonomia dos que experienciam da existência-sofrimento. Não há na legislação acerca das Residências Terapêuticas a expressa necessidade de reparar o dano causado pela institucionalização.

Portanto, a DPE estar atenta às dinâmicas do espaço e compreender a importância de se manter em constante diálogo com as SRTs tem o potencial de garantir certa segurança a quem foi enviado ao local, desde que, institucionalmente, o órgão compreenda que desinstitucionalizar é muito mais do que apenas sair do HGP não é suficiente para que se resguarde e resgate a dignidade das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei. É preciso traçar planos de saída destas da própria SRT, para o convívio social pleno, sem pré-concepções de impossibilidade devido à periculosidade dos indivíduos. Loucura é uma experiência de vida e não há periculosidade biológica inata, pois não há método científico capaz de medi-la (Alvarez, 2015).

O que se realiza no Exame de Cessação da Periculosidade é a verificação do controle. Se o indivíduo estiver controlado, medicado, sob o poder psiquiátrico, então este já não é capaz de expor as farsas das regras sociais. Medicado, o louco adere ao contrato burguês que mantém a sociedade capitalista, age conforme se espera deste e não causa mais

⁴⁹“Com seus mecanismos de segurança, atuam para proteger a vida dos perigos, das intempéries, buscando maximizá-la, e assim o fazem também matando, expondo a riscos, ou mortificando sujeitos, anulando subjetividades, medicalizando corpos que não devem mais reagir ao seu modo, mantendo encarcerado o anormal, o perigoso.” (ALVAREZ, 2015, p. 153)

estranheza ao corpo social. Sua existência-sofrimento é invisibilizada. A partir dessa neutralização, os corpos, agora docilizados, podem se adequar ao sistema capitalista e não serem mais considerados “anormais” (Foucault, 1975).

Diálogo com os ex-internos e seus familiares devem ser realizados para imersão em sua realidade, seus desejos e requisições. O atendimento ao público é um braço da atuação da Defensoria Pública. Relata o Defensor que, na maioria das vezes, os familiares dessas pessoas procuram a DPE após a aplicação da execução penal, passando a acompanhar os casos através de visitas ao órgão, que tem como política o recebimento do público em dias a serem definidos conforme a agenda do defensor público requerido. A procura também pode ser feita pelos próprios ex-internos, ainda que de forma menos frequente, geralmente quando há alguma demanda em relação ao tratamento ambulatorial.

As visitas podem ocorrer por agenda da própria DPE ou através de Inspeções Carcerárias. Algo frequente na fala do defensor é a sobrecarga que o órgão enfrenta em relação às demandas que são requeridas em relação ao HGP. Segundo ele, até o momento do fechamento da pesquisa, não houve visitas ao Hospital, ainda que se reconheça a necessidade de estar presente em um espaço que retira tanto da subjetividade daqueles ali presentes. O tempo escasso para realizar as inspeções se torna um problema pertinente, uma vez que como representante processual das pessoas em medida de segurança, a DPE precisa estar inserida na realidade que estas enfrentam no espaço manicomial.

Durante a entrevista, o defensor reiterou, por diversas vezes, a incapacidade da pessoa em sofrimento mental de compreender sua realidade: “É feita a visitação, embora mais espaçadas porque a assistência jurídica à pessoa em situação de medida de segurança é ineficaz, porque ela não tem o discernimento para entender o caráter processual do caso. Então a gente acompanha (...) os processos.”. Há também a constatação de que o ambiente do Hospital Geral Penitenciário contribui para esse deslocamento do “mundo real”. Goffman (2015) atestou, ao se inserir na lógica manicomial e viver em um hospital psiquiátrico para concluir seus estudos sobre o local, que essa desorientação decorre do modo pelo qual a pessoa passa a se organizar para sobreviver no espaço. Estar ali é se orientar conforme as regras manicomiais, o que agrava a sensação da distância entre o defensor e seu assistido em sofrimento mental.

Perceber o louco como incapaz de exercer sua autonomia, ainda que nos limites do quanto sua subjetividade é violada, é ignorar sua voz, que deve ser ativa dentro da própria vivência. Corroborou tal constatação, inclusive, ao ser apurado durante a pesquisa, na própria

entrevista com o defensor, que serviços de curatela⁵⁰ são disponibilizados quando há entendimento de que a pessoa não pode “morar sozinha”. A EAP realiza os relatórios psicossociais e envia à Defensoria. Os casos são remetidos do Núcleo de Execução Penal para o Núcleo de atuação cível da DPE para entrada em processos de curatela, em que um familiar se torna responsável pela pessoa em sofrimento mental.

Não há, assim, rompimento com as concepções limitantes da existência-sofrimento daqueles que estiveram internados. A desinstitucionalização não é encontrada na atuação, pois as mesmas ideias segregacionistas acabam por ser reproduzidas, recaindo, novamente, em mera desospitalização (Alvarez, 2015). Quais estratégias para reparo da violência sofrida no HGP? Quais caminhos são tomados pelo órgão para assegurar a retomada da autonomia da mulher em sofrimento mental? Essas perguntas culminam em uma única resposta: não há.

No Estado do Pará, há uma cerimônia, presidida pela Vara de Execuções Penais, nos moldes de uma audiência judicial, onde a pessoa em sofrimento mental é liberada da internação no HGP, em que a DPE participa. Nessas audiências, que podem ocorrer após a extinção da medida de segurança ou após a desinternação condicional, o defensor pontua a presença de familiares das mulheres internadas como acompanhantes destas durante a saída.

O estigma da periculosidade também está presente neste momento. O entrevistado relatou o receio das famílias em receber as pessoas em sofrimento mental devido à suposta gravidade dos casos. A periculosidade aparece de forma constante durante todas as falas, manifestações, estudos e atuações acerca de medidas de segurança e sofrimento mental. “É a periculosidade que estigmatiza a figura do louco” (Alvarez, 2015, p. 107). Esse estigma influencia, ainda, na percepção da família sobre seu próprio familiar, criando resistência ao acolhimento deste novamente ao lar. No medo de que a pessoa volte a delinquir, seus familiares a rejeitam.

Entretanto, um dado interessante trazido por ele é a presença familiar mais forte em casos de mulheres em medida de segurança. Segundo ele, as mulheres são mais facilmente desinternadas que os homens devido a esse apoio familiar mais presente, que representa uma grande disparidade entre os gêneros. Enquanto mais homens encontram dificuldades na saída do HGP por não cumprir com os requisitos para a desinternação e aguardarem vagas nas

⁵⁰ A curatela é um dispositivo legal, presente no Código Civil, em seu artigo 1.767, determinada após o procedimento de interdição. “A interdição é um mecanismo legal de natureza civil/ área do direito de família, a partir do qual se reconhece a incapacidade da pessoa de praticar determinados atos da vida civil. Pretende-se como uma medida protetiva, a fim de evitar dano ao patrimônio. Em linhas gerais, a suposta incapacidade de gerir atos negociais deve ser comprovada através de um dispositivo médico-jurídico (exame pericial) e pela arguição pessoal do interditando, realizada pelo juiz de Direito, que nomeará um curador cuja função é representá-lo nos atos circunscritos pela interdição e cuidar de seus interesses” (Cavalcante, 2018, p. 24).

Residências Terapêuticas, as mulheres acabam voltando para a casa de suas famílias, que ficam responsáveis pelo acompanhamento do tratamento ambulatorial ou do abrigo após o fim da medida de segurança.

Para comparar com a experiência de mulheres encarceradas em prisões comuns, vemos que a experiência das que estão no HGP é singular. No cárcere, mulheres são abandonadas por seus familiares e não recebem visitas, nem mesmo de seus esposos (Spessote et al, 2016). Dois motivos podem ser destacados para explicar esse fenômeno: a distância entre o local de vivência da família e as penitenciárias e a questão do próprio gênero. Esse segundo fator merece um pouco mais de nossa atenção no momento. O abandono da mulher no cárcere pode ser explicado se compreendermos que uma mulher criminosa é aquela que não cumpriu com suas obrigações de gênero, assim, merece uma dupla punição: “o delito em si e o crime de não cumprir seu papel social” (Spessote, 2016, p. 149). Portanto, essa experiência compartilhada no cárcere alimenta a solidão das que cumprem pena no cárcere comum.

O fenômeno não se repete com mulheres em medida de segurança. A desinternação dessas é facilitada pela presença de suas famílias, que se dispõem a acolhê-las novamente e acompanhá-las no tratamento. Como exercício para hipóteses, podemos talvez levantar que a ideia da pessoa em sofrimento mental como objeto de tutela de outrem seria capaz de explicar essa grande diferença de experiências femininas no cárcere. Outra hipótese pode ser a efetiva busca das famílias pelas instituições que trabalham juntamente com a Vara de Execuções Penais, incluindo a Defensoria Pública do Estado, para localizar esses familiares e lhe explicarem a importância desse vínculo. Entretanto, o dado é interessante e inovador, já que os estudos no sistema penal tendem a apontar para o contrário.

O defensor afirma que geralmente elas não são abandonadas durante a medida de segurança pelas famílias diferente dos homens, e quando o Exame de Cessação de Periculosidade lhes é favorável, estas acabam voltando para a casa de suas famílias, após localização e comunicação da decisão judicial de desinternação. Essa talvez seja a maior descoberta da presente pesquisa, dado este ainda não coletado em nenhum trabalho regional acerca da desinstitucionalização. Mulheres fazem o movimento de saída do hospital com muito mais frequência que homens, pois contam com um apoio familiar que estes dificilmente conseguem: “Se a família tiver qualquer demanda, pode contar com a Defensoria. Mas geralmente esse contato, quando há desinternação, não há essa procura.” A atuação defensorial pode se estender até após a extinção da medida de segurança, ainda que não seja

comum ocorrer. Não há acompanhamento dos casos, mas a DPE mantém seus braços abertos para as demandas futuras de cada ex-interna.

4.3 Desinstitucionalização de Mulheres e o papel da maternidade

Outra dimensão relevante ao discorrermos sobre o papel da família na luta pelas mulheres pela desinstitucionalização é o debate sobre maternidade. Ao ser perguntado acerca da maternidade dessas mulheres, o defensor respondeu que “a questão da maternidade, de quando tem filho menor, é mais utilizada quando ela é imputável”.

De fato, durante a análise dos processos, em nenhum momento a maternidade foi levantada. Os registros de filhos se findam somente nos relatórios psicossociais realizados, não sendo citados em nenhum momento pela Defensoria. “Se ela está inimputável, e se fosse um caso civil ela seria interditada, precisaria de um curador, ela não pode ser responsável por uma criança.” Tomaz e Monteiro (2020) trazem que, no HGP, mulheres loucas não são entendidas como mães, ou como mulheres em si. A ausência de políticas ou de atuações direcionadas para fenômenos da existência feminina, como a maternidade, demonstra a invisibilidade destas perante o poder público. A Lei de Execução Penal criou diversos mecanismos para assegurar o direito à maternidade das mulheres encarceradas. Dentre eles, há

especificidade para os estabelecimentos para mulheres, uma vez que há a possibilidade de que uma mulher seja presa durante a gravidez ou engravide dentro do espaço penitenciário, de modo a ter que viver parte ou toda a experiência dentro da casa penal. O berçário é necessário para que a criança tenha contato e seja amamentada por sua mãe por pelo menos seis meses (TOMAZ, MONTEIRO, 2020, p. 266)

A louca, todavia, não é mãe para o sistema, ela é apenas louca, perigosa e incapaz. Sua vivência na maternidade, os desafios e experiências de ser uma mãe em sofrimento mental completamente apagados no momento que se pisa no hospital. Essa afirmação também é constatada por Magno (2017, p.199), quando nos oferece o seguinte relato:

Somam-se relatos de bebês foram retirados dos braços das mulheres internadas, desafiando saberes postos. Existe uma dor que muda a densidade do ar que respiro na sala onde realizo os atendimentos jurídicos, e que se expressa no corpo, no uniforme de cadeia sujo de leite materno, que ainda verte do seio da mulher “que surtou no puerpério” e por isso foi afastada da filha parida durante a privação de liberdade. A menina foi entregue à família extensa e a mulher internada. Inexiste medicação para “secar o leite” no manicômio. Por mais de três meses as mamas ficaram rijas e tiveram de ser drenadas por aquela paciente psiquiátrica. Se aquela

mulher não fosse etiquetada como loucura, se fosse apenas etiquetada como criminosa, teria resguardado o direito de amamentar sua bebê ficar na Unidade Materno-Infantil. Mas, como foi capturada pela psiquiatria, passou a viver uma maternidade negada.

Infelizmente essa visão acaba por se estender à Defensoria, que também não possui esforços traçados para o reconhecimento dessa maternidade. Nas falas apuradas acerca da atuação, a maternidade reconhecida é a da mãe da mulher em sofrimento mental, que pode se tornar sua cuidadora na saída do HGP. Mas em relação às internas e ex-internas, não há esse entendimento. Contudo, é de profunda importância que haja esse reconhecimento.

A fragilidade para sua assistência, o afastamento dos filhos e obstáculos do próprio sofrimento mental permeia essa experiência. “A condição da loucura é tomada como mais importante do que a experiência de maternidade” (Rosseti, Gutierrez, 2020, p. 12). Ou seja, é como se a mulher deixasse de ser vista como mãe para ser vista unicamente como louca, e essa loucura tomasse conta de todos os aspectos de sua vida, criando uma visão universal, essencialista e que ignora todas as nuances da experiência, engolindo-a por completo.

Mas a mulher em sofrimento mental internada por medida de segurança não esquece. “Já nos hospitais de custódia, a maternidade, assim como a paternidade, foi percebida como de importância central para vida emocional do público estudado, abrangendo experiências de perda, vergonha e expectativas fracassadas, alegria, responsabilidade e esperança” (Rosseti, Gutierrez, 2020, p.14). A perda de contato com seus filhos e o atestamento de sua ausência na vida familiar leva à uma quebra das relações entre mãe e filho. Não levar em consideração esse laço, nem mesmo como estratégia para que a mulher encontre uma qualidade de vida melhor após a violência da institucionalização é invisibilizar um fenômeno que é comum e que não se pode fechar os olhos: mulheres em sofrimento mental podem ser mães.

Em outras falas, o Defensor explica como a situação no HGP se constrói em relação às visitas e à maternidade. Ao ser perguntado sobre o tema, explica que não tem conhecimento de filhos procurando a Defensoria para visitar suas mães internadas no hospital. No local, como se verifica em estudos e inspeções, não possui nem local adequado para que o seja feito (Tomaz, Monteiro, 2020), de modo que o contato se torna precário. A precariedade no HGP para a vivência em geral é reconhecida pela DPE, mas os esforços para fechamento possuem uma barreira que no momento, pela visão do Defensor, necessita de muito esforço para ser transpassada.

4.4 A luta pela desinstitucionalização das mulheres no âmbito do poder psiquiátrico

A importância da desinstitucionalização é muito clara para o defensor: “O HGP, de Hospital, ele só tem o nome”. Segundo ele, o enfoque principal da DPE é “tirar todo mundo”. O grande desafio está no fato de que os que estão no HGP ou ainda estão com laudos que atestam periculosidade alta, ou não tem para onde ir. Explica que, juntamente com a EAP, a Defensoria Pública une esforços para conseguir vagas em Residências Terapêuticas. É muito clara a posição institucional de retirar todos do Hospital Geral Penitenciário. Percebe-se como a imagem e a realidade do manicômio judiciário já está exposta como local de violência e desumanidade.

Todavia, uma das barreiras encontradas pelo órgão é justamente aquela que coincide com o que a loucura é taxada do ponto de vista do poder psiquiátrico, de modo que se limita a atuação da instituição por limites auto impostos. “O que tá no laudo é o que tem que orientar a nossa atuação”, o defensor reitera. A presença do poder psiquiátrico ainda é forte na atuação da DPE, uma vez que o laudo parece ser peça inquestionável para o defensor. Por várias vezes a periculosidade aparece nas falas coletadas, mas sem críticas ao seu uso para delimitar a saída das pessoas em sofrimento mental do espaço.

“Às vezes o retardo é tão grave que é muito difícil da pessoa sair. A gente vai acompanhando de ano a ano e não melhora, que só vai sair quando for o final da pena,” diz ele. A melhora é encarada como a neutralização da loucura, a ausência de qualquer traço que possa indicar que a pessoa internada possa vir a cometer um delito, que esta seja perigosa. Os trabalhos sobre medidas de segurança tornam-se repetitivos, mas gritam o que deve ser entendido por quem maneja os casos. A periculosidade é uma bola de cristal, um jogo de probabilidades, uma suposição de um futuro que não tem qualquer base para se acreditar ser real.

Quando a periculosidade controla quem entra e quem sai do HGP, não há quebra real dos estigmas acerca da loucura, mas a manutenção do estigma do louco perigoso. Para que a DPE abrace a luta antimanicomial e atue para que haja desinstitucionalização de fato e não desospitalização somente, é necessário questionar na sua própria atuação o poder da psiquiatria sobre a vida das pessoas em sofrimento mental. Questionar a periculosidade como ponto central da medida de segurança, e questionar a própria medida de segurança como sanção penal. Lutar para o fechamento do Hospital Geral Penitenciário é apenas um dos passos.

“A gente ainda não tem como fechar o HGP como determina a resolução do CNJ porque ainda não tem vaga (em SRTs)”. A Resolução 487 do CNJ tem como ano de nascimento 2023 e até o momento o fechamento do espaço ainda parece uma ação distante.

Entretanto, a DPE atua no sentido de garantir que a luta antimanicomial tenha espaço na Defensoria Pública, pois o ideal é evitar a segregação de pessoas em sofrimento mental. “O principal é tirar as pessoas da internação”, diz ele. Explica que, ao acompanhar os casos, não consegue ver uma melhora dos casos dentro do HGP e que a pessoa internada é medicada e fica em estado letárgico e pacífico, sem qualquer estímulo para que possa viver em plena autonomia. Sua saída, como várias vezes é citado, depende da presença familiar ou de vaga na Residência Terapêutica.

Em toda a atuação do defensor, somente um caso foi registrado em que a medida de segurança foi extinta e a pessoa pôde permanecer em residência solo, com sua autonomia preservada. A autonomia foi atestada em Laudo Psiquiátrico e sua condição como pessoa capaz de “se cuidar” reconhecida. Fazemos a nota de que não houve casos de mulheres citados pelo Defensor que estiveram nessa situação. Os dois caminhos para estas situações são: residência familiar ou Residência Terapêutica.

Há relatos de pessoas em medida de segurança que não se encontram no Hospital Geral Penitenciário, e sim em casa penal comum, mesmo com a sentença atestando a inimputabilidade. Não foi, entretanto, identificado casos deste tipo naqueles verificados por esta pesquisa, que versaram exclusivamente sobre mulheres. Agressões, isolamentos e piora na saúde mental dessas pessoas que são enviadas à penitenciárias comuns também foram identificados pelo defensor.

Outras barreiras encontradas pelo Defensor estão na organização do órgão. Os casos de medida de segurança são de exclusividade da 2ª Defensoria Pública, o que dificulta uma atuação mais criteriosa em cada situação. O defensor entende que a medida de segurança deve ser distribuída pelo Núcleo de Execução Penal, para que o volume seja bem dividido, visto que o trabalho acaba por ser maior do que uma única DP pode suportar.

Há preocupação em não deixar as pessoas desamparadas. E para que esse desamparo não aconteça, cada caso deve ser analisado com cuidado e atenção. Para o entrevistado, se houver essa melhor distribuição, cada situação pode ser tratada com maior diligência. Um dos exemplos, segundo ele, está no fato de que pessoas continuam a ser internadas no HGP mesmo com a interdição decretada pela Vara de Execução Penal, devido à sentença do juízo que esteve no processo de origem, que determinou medida de segurança de internação. Cabe à Defensoria manter esforços para transformar a internação em tratamento ambulatorial, o que acaba por demorar devido à complexidade de casos e ao volume, de modo que não há corpo institucional suficiente para acompanhar cada situação de perto. Quando perguntado acerca de um perfil de pessoas institucionalizadas, o Defensor afirma:

Não vejo um perfil específico. Como é uma questão de doença, não escolhe raça... acaba que no HGP a gente não vai ter pessoas que são abastadas, porque geralmente elas já fazem o tratamento psicológico e psiquiátrico, justamente antes da execução do crime. (...) Quando a pessoa que tem esse transtorno mental, quando ela não tem uma retaguarda de um tratamento, remédio psiquiátrico, que é constante e acaba sendo abandonada, ela tá muito mais sujeita a cometer um delito. Mas em perfil específico, não tem. É doença.

A pesquisa realizada por Diniz (2011) em todos os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico não corrobora a afirmação, uma vez que a pesquisadora encontrou 67% da população total do Hospital Geral Penitenciário declarando-se negra. Atualmente, carecem de dados atualizados do local. Porém, o hospital faz parte do sistema penitenciário, que conta hoje com uma população de sua maioria negra, (Flauzina, 2008). Homens também são a maioria no Hospital, sendo a proporção de mulheres muito menor.

A problemática em não identificar perfis dos internados limita a atuação da DPE. A assistência do órgão defensorial se volta para pessoas vulnerabilizadas, que muito além de recortes de poder aquisitivo, passam também por questões de gênero e raça. O não-silenciamento desses grupos é uma centralidade na funcionalidade da Defensoria Pública, e as tomadas de decisões necessitam levar em consideração como cada existência demanda um olhar diferenciado, a depender de sua própria existência.

Não coletar dados ou ignorar quem é o público do HGP cria ainda mais invisibilidade às exigências que permeiam os internos do espaço manicomial. Discutir a seletividade clara do sistema penal (Flauzina, 2008) deve ser política institucional, para que haja um diagnóstico mais acurado da realidade, e assim, para voltar a atuação da DPE para políticas mais efetivas de desinstitucionalização.

“A gente sempre fica com as mãos mais atadas”, explica ele. O relato coletado na entrevista demonstra que as manifestações e ações do Ministério Público acabam tendo mais visibilidade que os da DPE, e que a concordância ou não do MP acerca da desinternação das pessoas em medida de segurança influência na decisão da VEP. Nos dados analisados nos processos, a afirmação parece ter base na realidade, uma vez que em somente 1 caso dos 8 separados para embasar a pesquisa houve manifestação contrária do órgão ministerial em relação à saída das mulheres e não acatada pelo juízo de execução. A DPE, por outro lado, requereu a liberdade em todas as suas manifestações, mas podemos perceber que as tentativas continuavam a ser negadas a cada nova decisão do juízo.

Em relação ao gênero e a influência deste na desinternação, ao ser perguntado se a DPE verifica qualquer diferença entre o tratamento de homens e mulheres na medida de

segurança, o defensor nega. “O tratamento é igual. “O psiquiatra é técnico ao extremo. “O juízo se baseia em uma questão psiquiátrica.”. O dado não é tão promissor quanto parece. Mulheres em sofrimento mental possuem suas peculiaridades na condição de ser do gênero feminino. Os papéis sociais, a pressão social e o patriarcado são fatores de piora na condição do sofrimento mental, bem como balizas para definir o que é e não é loucura. A tecnicidade dos laudos não apaga o poder psiquiátrico que estes carregam de definir o “bom” e “ruim”, o “saudável” e o “doente”, o “normal” e o “anormal” (Foucault, 1975). E não acatar o que é definido de forma passiva é de essencial importância para que haja uma mudança na realidade do sofrimento psíquico feminino.

Questionar o poder psiquiátrico é de suma importância para que haja verdadeiro rompimento com o estigma da loucura. O sofrimento mental deve ser encarado como forma de existência, e não como patologia incapacitante. Treinar o corpo funcional para receber demandas de medida de segurança sem que haja um pré-julgamento da incapacidade do louco é assegurar sua dignidade perante um sistema tão violento que é o direito penal. Combater a noção de periculosidade e do poder psiquiátrico permite que a DPE atue no sentido de estimular a autonomia da pessoa em sofrimento mental em conflito com a lei, e permita que o espaço manicomial seja devidamente fechado. Não haverá extinção de manicômios se continuarmos a nos prender a estigmas sociais que taxam a loucura como perigosa. Entender a medida de segurança como punição da existência-sofrimento e não do crime praticado é o caminho para a desinstitucionalização. Não há rompimento sem luta. Não há luta sem mudança de mentalidade. E não há mudança de mentalidade sem o devido estudo sobre a loucura.

4.5 A luta permanente pela liberdade de mulheres em sofrimento mental

Como podemos perceber, a atuação defensorial extrajudicial conta com pontos positivos e negativos. O reconhecimento da importância da luta antimanicomial e os esforços para fechamento do Hospital Geral Penitenciário são de profunda importância para a garantia da dignidade de pessoas em sofrimento mental. Contudo, há limites encontrados que podem ser superados com uma mudança de postura.

Recolher dados em relação a raça e gênero no HGP é uma delas. Entender que o sofrimento mental também perpassa pelas vulnerabilidades de grupos invisibilizados oferece uma visão mais centrada nas demandas de cada indivíduo e coletivo, já que a assistência se torna mais direcionada e a DPE pode cumprir seu papel institucional com maior precisão. A

presença esmagadora de pessoas negras no HGP (Diniz, 2011) não pode ser ignorada, pois denuncia a seletividade da medida de segurança e o caráter higienista que esta carrega.

Há muito que se caminhar para um acompanhamento ideal de casos de mulheres em sofrimento mental em conflito com a lei, para que haja desinstitucionalização plena destas. O primeiro passo foi dado pela DPE, que o reconhecimento da situação insustentável: a desinstitucionalização é o destino a ser perseguido, e para isso, o Hospital Geral Penitenciário precisa ser fechado permanentemente. Unir esforços em prol dessas mudanças é lutar juntamente com o movimento antimanicomial. E a luta pela liberdade das mulheres em sofrimento mental é uma luta permanente.

Lutar por mulheres é um compromisso constante. O contexto de desigualdade das mulheres é sufocante. Mulheres em sofrimento mental carregam consigo marcas de uma existência invisibilizada e alvo de violência. Para entender o como lutar de forma permanente pela sua liberdade, demonstra-se necessário que haja quebra da loucura como patologia. Quando se encaixa a existência destas mulheres a limitação da doença, estas nunca poderão ser verdadeiramente livres.

Quando o movimento antimanicomial aponta a desinstitucionalização como caminho a ser seguido para a liberdade, ele propõe uma quebra de mentalidade em nós mesmos, de questionar onde a loucura causa tanto desconforto a ponto de querer-se ver os loucos enclausurados, e não se falar mais sobre isso. “O medo e a insegurança que faziam os profissionais de uma residência terapêutica prender um “louco” dentro de casa talvez sejam os mesmos que assombram a nós, os “sãos”, no enfrentamento das rachaduras escuras que prenunciam em movimento outras faces de nós mesmos (Cândido, lavrador, 2016, p. 186).

A reflexão nos convida a compreender que o desconforto causado pela loucura está no fato de que aquele taxado com ela nos mostra um mundo em que não somos livres. As regras da normalidade foram todas criadas por um sistema que procura, no seu cerne, nos prender e explorar. Quando Foucault (2014) expõe que as instituições que nos agarramos como espaços de ordem, como escolas e penitenciárias, são, na verdade, locais de disciplina para modular subjetividades para o sistema capitalista, para girar a produção e nos explorar, ele nos mostra que a disciplina sobre nossos corpos está em busca da docilização destes.

Docilidade significa “qualidade daquele ou daquilo que é dócil; afabilidade, brandura, mansidão” (Dicionário de Língua Portuguesa Michaelis, 2008). A qualidade que o neoliberalismo espera é mansidão, a não insurgência contra aquilo que nos violenta na nossa subjetividade. Aceitar a realidade como aquilo que ela é. A loucura é a expressão do corpo não-docilizado. A sua mente escapa aos instrumentos de controle institucionais (Foucault,

2016). É então quando o poder psiquiátrico entra em cena, na tentativa de então neutralizar essa “anormalidade” e manter a farsa da calmaria na vida social.

Assim, taxados de inimigas da comunidade, as pessoas em sofrimento mental são segregadas, dentro da estrutura do Hospital Psiquiátrico, retiradas do convívio para serem internadas, medicalizadas à força e finalmente (ou é o que o sistema capitalista espera) neutralizadas. O Hospital Geral Penitenciário é um expoente dessa violência. Abrigando os duplamente inimigos sociais - loucos e criminosos -, o manicômio judiciário do Pará os mantém presos ali até que não mais o sejam. Ou seja, até o cessamento de sua periculosidade. E ali, como extensamente exposto neste trabalho, as pessoas em sofrimento mental são esquecidas.

É contra essa crueldade que a luta antimanicomial se insurge. A desinstitucionalização vem como um panorama de liberdade. Liberdade plena, onde o louco não mais é visto como perigoso, ou doente, mas como sujeito em si, em existência-sofrimento, e digno de convivência, digno de autonomia na sua própria vida. Não mais pessoas de segunda categoria, mas com voz plena sobre sua subjetividade. Para as mulheres, é o reconhecimento da sua existência enquanto do gênero feminino, é identificar que há vínculo entre o sofrimento mental e o “ser mulher”. Que o rótulo da loucura as afeta se elas não dançarem conforme a música do neoliberalismo e do patriarcado. Então o que fazer? Como lutar por elas?

Há uma insurgência que luta antimanicomial ensina a fazer: “olhar nos olhos da loucura, comer, beber e dormir com ela; aproximar-se do estranho, não apenas do “louco”, permitindo o contágio que funde um homem ao portão de ferro, faz escorrer o pó de café em desenhos negros que nascem e somem, delicados e quentes” (Cândido, lavrador, 2016, p. 186). Isso significa abrir-se para um diálogo com a loucura, e ouvi-la.

Mulheres são cotidianamente adoecidas pelo sistema capitalista, patriarcal e racista (Farias, Pereira, Gouveia, 2017). Esses fatores desencadeiam o sofrimento mental. Ao mesmo tempo, os limites da loucura não estão bem delimitados, de modo que mulheres facilmente são taxadas dessa forma se não seguirem com os papéis de gênero. É uma faca de dois gumes, onde não se pode vencer jogando dentro dessas regras. O feminismo pode se localizar dentro da luta antimanicomial como soma contra os mecanismos de controle, seja o poder psiquiátrico, seja o sistema penal.

Seja para desqualificar um discurso ou, em última instância, para excluir uma mulher da sociedade, as lógicas proibicionistas são usadas historicamente para o controle dos corpos femininos. É nesse lugar que o movimento antimanicomial e o

feminismo antiproibicionista se encontram, já que o aparato manicomial é usado também para reprimir, normalizar e excluir as diferenças de gênero. Esse potente encontro abre possibilidade de aprofundar as experiências de cuidado produzidas pelas mulheres em seus territórios, uma experiência de cuidado que não produz tutela e tem como metodologia fortalecer o indivíduo para consolidação das liberdades individuais e coletivas (FARIAS, PASSOS, GOUVEIA, 2027, p. 107)

A luta pela liberdade de mulheres em sofrimento mental é uma luta pelo individual e pelo coletivo. Nenhuma experiência é totalmente individual, e sim coletiva (Beauvoir, 1945), de modo que só é possível se falar de liberdade de mulheres quando todas, sem exceção, forem livres. As amarras do hospital psiquiátrico, mulheres perdem sua subjetividade e tem seus direitos interditados. Seu direito a ser mulher é negado no momento em que passa a ser etiquetada como louca. É uma discriminação estrutural sustentada pelo Estado (Magno, 2017).

A Defensoria Pública do Estado do Pará pode, como é seu dever institucional, se somar à luta pela liberdade das mulheres em sofrimento mental de uma maneira mais efetiva, ainda que o próprio sistema de justiça seja desigual e promova discriminação durante todo o percurso que mulher em medida de segurança. Magno (2017), defensora pública, compartilha conosco sua experiência nas atuações durante sua função. Ela afirma que durante seus atendimentos, discussões acerca dos casos clínicos são realizadas com a pessoa em sofrimento mental, ouvindo-a, juntamente com a equipe que com ela convive.

Suas necessidades, dificuldades e barreiras, seja no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (local de onde deve sair), seja nos serviços oferecidos pela Rede de Assistência Psicossocial são verificadas pela Defensoria Pública, que tem o dever institucional de transformar esses relatos em requisições com as ferramentas jurídicas que dispõe.

É muito mais do que apenas pedir para a desinternação ocorrer. É ouvir, dialogar com todos os atores que permeiam o caso, e assumir uma postura combativa. Ver o direito como solo estratégico para novas discussões, entendendo que ele próprio é parte do que mantém a sociedade neoliberal (Magno, 2017).

Falar em desinstitucionalização é compreender seu caráter emancipatório. A luta se transforma a cada nova necessidade nascida, estando constantemente em movimento com a vida da mulher em sofrimento mental. Sua simples saída do hospital psiquiátrico não é o fim de sua jornada pela dignidade. Há danos na longa internação, que precisam ser reparados na medida do possível. Os serviços de saúde mental lidam com a realidade, e nenhum serviço

consegue abarcar integralidade da saúde mental, uma vez que essa se metamorfoseia em várias camadas a depender do caso apresentado.

Expandir para além da burocracia estatal, utilizando o direito além do simples jogo processual, é resistência. Por isso a distinção entre desinstitucionalização e desinternação é tão importante. A simples saída do hospital não rompe com poder psiquiátrico se o tratamento ainda é forçado, se o descumprimento deste acende a ameaça do retorno ao espaço manicomial. Estratégias de manejo do direito que passam por âmbito institucional interno, de mudança de paradigma e de visão sobre a loucura, argumentos processuais, ações extrajudiciais para resolução de conflitos e a rejeição dos saberes manicomiais fazem parte dessa luta constante. A DPE pode, como instituição, ampliar sua forma de lidar com os casos de mulheres em sofrimento mental em conflito com a lei abraçando para si o fim emancipatório da desinstitucionalização.

A luta antimanicomial tem muitos passos para percorrer. Tomando Walter Benjamin (1985) como aporte teórico, o filósofo consegue pensar em um conceito de barbárie positiva que pode nos auxiliares na direção que a luta manicomial pode seguir para manter a oposição ao sistema que marginaliza a loucura. Barbárie, para Benjamin (1985), assume o caráter que conhecemos como negativo, se a ótica assumida é a burguesa, que receia o caos e a quebra do sistema capitalista e do individualismo que esse tem como pilar. A barbárie positiva, por outro lado, implode o que se tem por caos e normalidade, destruindo o binarismo entre criminosos e cidadãos do bem, loucos e sãos, para a construção de uma sociedade pautada no coletivo.

As regras frias da sociedade capitalista criam uma barreira entre o privado e público, gerando um atordoamento e um desconforto, além de estilhaçar laços familiares, algo muito presente nas experiências de mulheres em sofrimento mental internadas. Ao propor a barbárie positiva, Benjamin (1985) propõe que sejam abertas possibilidades para o novo. Uma nova forma de se organizar, de pensar e de sonhar. Sonhar com um mundo sem binarismo. Esse é propulsor para a continuidade de uma luta.

“Contar as “bordas” de histórias não contadas, abafadas sob ruidoso barulho dos motores de guerras, mídias e de todo o movimento de uma grande cultura que nos leva e que levamos também até aqui” (Cândido, Lavrador, 2016, p. 189). Esse otimismo é característico de Walter Benjamin, mas também potencializa a luta do movimento antimanicomial. O destino com o rompimento da segregação do louco é uma sociedade mais justa e igualitária, sem que uma parcela da população seja desumanizada por experienciar uma existência diferente, ainda que inicialmente essa cause um desconforto.

A desinstitucionalização é política. Ouvir a voz de mulheres em sofrimento e oferecer-lhes condições de agir no mundo transborda conceitos e trabalhos acadêmicos, e sim necessita de uma ação, coletiva e mobilizadora, para novas formas de cuidado longe do poder psiquiátrico e da medicalização forçada, da docilização dos corpos e da segregação. É responsabilidade social lutar para que a dignidade mitigada da existência-sofrimento seja resgatada em uma sociedade sem manicômios.

A luta deve ser incansável, permanente e constante, para que a liberdade seja atingida. Liberdade das amarras do gênero. Liberdade de ser uma mulher. De ser louca. De ser mãe. Ou de não ser. Liberdade de escolha. Liberdade de conviver. Destruir as caixas que as mulheres são colocadas no momento do nascimento, para que a transgressão não seja encarada como patologia. E essa luta se transforma, se molda à realidade que é apresentada, e fortalece o coletivo através da identificação de que tudo é coletivo (Davis, 2015). O individual é coletivo. Somente com essa mudança de paradigma, através da luta constante desinstitucionalização dessas mulheres, podemos atingir de fato a liberdade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mulheres loucas possuem um peso maior quando etiquetadas como tal. O poder psiquiátrico limita suas existências e invisibiliza suas experiências para forçá-las a se encaixar nos papéis de gênero ou puni-las caso não consigam moldar suas subjetividades e transformá-las em corpos dóceis. O Hospital Psiquiátrico é uma ferramenta disciplinadora para que haja tal molde da subjetividade, e aliado ao sistema penal, outro espaço disciplinador que violenta indivíduos através do próprio Estado, as mulheres em medida de segurança experienciam a fusão de dois espaços de disciplina, a penitenciária e o manicômio, na figura do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Desinstitucionalização é o destino no qual a luta antimanicomial mira seus esforços, em contraponto ao manicômio. É o rompimento com os estigmas da loucura, a virada de chave para que o binômio sãos e insanos sejam derrubados e então poderemos caminhar para uma sociedade mais igualitária. Novos estudos têm sido feitos acerca da loucura com viés emancipatório, inspirados e comprometidos com a luta antimanicomial. Esse foi o fio motriz das reflexões e estudos deste trabalho, sempre no coração das perguntas realizadas e respostas encontradas ao longo da pesquisa.

É preciso deixar bem claro que a discussão provocada por esta é de quebra e negação à patologização da loucura. Não se tem por objetivo aqui reformar o manicômio judiciário, ou manter as concepções limitantes acerca do sofrimento psíquico. Aqui, abre-se espaço para a virada de chave, para o rompimento com o poder psiquiátrico e em busca da emancipação das mulheres em sofrimento mental em geral, inclusive aquelas em conflito com a lei. Também não se buscou identificar problemas no sistema penal para que haja sua reforma, e sim contribuir com as discussões de como esse sistema é um lugar de violência institucional criado para segregar, oprimir e limitar aqueles que estiverem em seu alvo.

Para que essa discussão se expanda, os atores que lidam diretamente com o sistema penal e com mulheres em sofrimento mental em conflito com a lei devem ser identificados. Um deles é a Defensoria Pública do Estado, que representa pessoas submetidas à medida de segurança e tem o dever institucional de garantir os direitos destas e lutar pela manutenção ou resgate de sua dignidade. E assim se construiu o objeto de pesquisa desta dissertação, ou seja, investigar como a Defensoria Pública do Estado do Pará atua na desinstitucionalização de mulheres.

A hipótese que impulsionou a pesquisa é de que a DPE atua no sentido de garantir a liberdade das mulheres submetidas à medida de segurança, dentro dos processos, sempre

com a visão de mantê-las fora das instituições manicomiais e mantendo estas em liberdade. De forma extraprocessual, a hipótese levantada foi de que o órgão defensorial atua no sentido de acompanhar a retomada dessas mulheres à sua vida social e familiar, assegurando que seus direitos sejam garantidos. Tais hipóteses foram testadas ao longo do estudo indutivo, e foram comprovadas parcialmente durante a pesquisa, no passo em que novas descobertas, ainda não levantadas, foram identificadas, e novos questionamentos surgiram, demonstrando que a desinstitucionalização é um campo de estudo vasto e em constante movimento, com várias vertentes ainda a serem exploradas.

A escolha de fechar a pesquisa de forma regionalizada se justificou pela presença de peculiaridades do Estado do Pará em relação ao âmbito nacional. A presença do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Pará (PRAÇAÍ), a forte presença da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) e as estratégias adotadas pela Vara de Execuções do Estado do Pará são passos estudados na primeira seção da pesquisa, e demonstram como essas peculiaridades moldam a desinstitucionalização no Pará

Percorrendo o caminho da pesquisa, estudamos a desinstitucionalização em âmbito nacional, limitando as reflexões aos dispositivos legais, porém, demonstrando como esse instituto chega ao Poder Judiciário, através da Resolução 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça. É através dela que a desinstitucionalização vira foco das discussões dentro das Vara de Execuções e dos demais atores no judiciário.

E então a Defensoria Pública do Estado do Pará entra em cena. Como um ator central nesse espaço de disputas e narrativas, na qual o movimento antimanicomial deve influenciar de maneira direta na operacionalização do direito como ferramenta de atuação para garantia da recuperação da dignidade das pessoas em sofrimento mental. Através de análises das manifestações defensoriais e da atuação extraprocessual do órgão, podemos observar de forma mais completa como a DPE age na desinstitucionalização de mulheres.

Verificando as manifestações defensoriais, nos casos escolhidos, dentro da limitação temporal de 2008 a 2023, a Defensoria Pública do Estado do Pará, e a entrevista realizada com o defensor público, percebemos que, no âmbito da execução, sempre se manifestou a favor da liberdade das mulheres em sofrimento mental em conflito com a lei, para retirá-las do espaço manicomial. Entretanto, além de identificar resistências à saída destas mulheres, as manifestações da DPE somente foram aceitas quando estavam alinhadas ao do Ministério Público do Estado, na grande maioria das vezes.

A DPE também encontra limitações em si mesma. Não há argumentos baseados em peculiaridades de gênero, seja maternidade ou qualquer outra experiência relacionada ao “ser mulher”. Pelo contrário, a repetição das manifestações, no formato modelo, para todos os casos, demonstra que não há estudo tão profundo acerca de cada caso, de cada situação das mulheres que se encontram naquele espaço. A ausência de pedidos acerca de indultos para mães, ou esforços para essa vertente seja aceita dentro do judiciário demonstraram que a Defensoria Pública do Estado segue a mesma lógica já atestada em vários estudos anteriores, que a mulher em sofrimento mental deixa de ser mulher, e se torna apenas “a louca”.

As mulheres continuam a ser preteridas nas atuações institucionais. Ainda que estas sejam mais desinternadas que os homens, há resistência em identificar os problemas e as demandas decorrentes do “ser mulher”. Deixar que estas sejam engolidas pelo rótulo de loucura e não observar que o gênero assume um papel central na opressão que estas enfrentam é negar a existência do patriarcado. Tratar igualmente mulheres e homens é entender que cada grupo possui sua própria vivência, que não é apagada com um diagnóstico. Cada indivíduo carrega consigo uma história de vida. Mulheres carregam no corpo a opressão do patriarcado, que não desaparece quando elas entram no Hospital Geral Penitenciário.

O poder psiquiátrico ainda influencia o órgão, que ainda vê a loucura como patologia e se apoia na periculosidade para nortear sua atuação. O rompimento com a lógica manicomial não foi encontrado, pois mesmo que ainda haja esforços para o Hospital Geral Penitenciário ser fechado, esses esforços esbarram na ausência de uma postura mais combativa da DPE, para que esta abrace o rompimento e se torne atriz no resgate da dignidade das mulheres em sofrimento mental.

É necessário também fortalecer as atuações extrajudiciais da instituição. Mais visitas e ações relacionadas à medida de segurança devem ser realizadas, entendendo que por mais que o HGP esteja dentro do sistema penitenciário, ele atua não só no viés de prisão, mas no viés hospitalar. Ir além e acompanhá-las fora da medida de segurança, pois pessoas em sofrimento mental são também vulnerabilizadas, e merecem atenção do órgão ainda que não estejam sob a ação do sistema penal. Para isso, a compreensão de que o “tratamento da loucura” da forma como concebemos, dentro do poder psiquiátrico, é uma violência, precisa estar latente na Defensoria. É não ter medo de assumir o caráter abolicionista, e abraçar a luta antimanicomial para si.

Assumir e reconhecer que mulheres em sofrimento mental são mulheres, de fato, primeiro e em si. Esse é o Norte para a emancipação destas. Deixar para trás a lógica tutelar

e patriarcal e ouvi-las, permitir que estas sejam donas e protagonistas de suas vidas. Essa é a luta constante, este é o caminho a ser percorrido, para que enfim, o sofrimento mental não seja visto como uma prisão, e sim como digno da liberdade.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Alyne. **Crônicas (des)medidas**. Belém: Alt. Produções, 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=W6opH0NPVgA&t=8s>. Acesso em: 10 maio 2023.

ALVAREZ, Alyne. **Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará**. 2015. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

AMARO, Sarita. **Racismo, igualdade racial e políticas de ações afirmativas no Brasil**. Rio Grande do Sul: EdiPUC-RS, 2015.

ANDRADE, A. P. M. DE .; MALUF, S. W.. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 63, p. 811–821, out. 2017.

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **Dogmática e sistema penal: em busca da segurança jurídica prometida**. 1994. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106397/97615.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 8 fev. 2023.

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **Sistema penal máximo x cidadania mínima: códigos de violência na era da globalização**. Porto Alegre, Livr. do Advogado, 2016.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DEFENSORAS E DEFENSORES PÚBLICOS. **Nota de Apoio à Política Antimanicomial do Poder Judiciário**, [S. l.], 24 abr. 2023.

BECKER, Anna; SPESSOTE, Desirée Valente; SARDINHA, Laíza da Silva; SANTOS, Lucas Gabriel de Matos; CHAVES, Natália Noronha; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho. O CÁRCERE E O ABANDONO: PRISÃO, PENALIZAÇÃO E RELAÇÕES DE GÊNERO. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, Brasil, v. 5, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1050>. Acesso em: 26 maio. 2024.

BRAGA, Ana Gabriela Mendes, FERREIRA, Letícia Cardoso. A “criminosa” está aqui? A pergunta pela mulher em artigos sobre tráfico de drogas de uma revista de Ciências Criminais brasileira, **Revista Direito GV**, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/revdireitogv/article/view/89243>. Acesso em: 25 maio. 2024.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 19 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. Brasília, 6 abr. 2001.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 31 jul. 2003.

BUENO, Rinaldo Conde. A reforma psiquiátrica italiana como negação do paradigma da loucura: Basaglia e alguns de seus interlocutores. **Em Tese**, Florianópolis, v. 20, n. 02, out./dez., 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/95258>. Acesso em: 26 maio. 2024.

CARVALHO, Salo de. **Antimanual de Criminologia**. São Paulo: Saraiva, 2015-A.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 2015-B

CÁSSIA, Maria Rosato; CERQUEIRA, Ludmila Correa. Caso Damião Ximenes Lopes: mudanças e desafios após a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Revista Internacional De Direitos Humanos**, São Paulo, dez 2011. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/46809>. Acesso em: 1 maio 2023.

CAVALCANTE, Paula Rosana. Lei Brasileira de Inclusão, curatela e tomada de decisão apoiada: buscando novos caminhos para as pessoas com deficiência. **Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**. São Paulo, v. 3, n. 18, p. 20-37, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeção aos Manicômios**. Brasília. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Relatório do Grupo de Trabalho Caso Ximenes Lopes vs. Brasil**. Brasília, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução N. 487, DE 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília, 15 fev. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução Nº 113 de 20 de abril de 2010**. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Brasília, 20 abr. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 214 de 15 de dezembro de 2015**. Dispõe sobre a organização e o funcionamento dos Grupos de Monitoramento e Fiscalização (GMF) nos Tribunais de Justiça dos Estados, do Distrito Federal dos Territórios e nos Tribunais Regionais Federais. Brasília, 15 dez. 2015.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. Enterrando o manicômio judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito. *In*: CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia (org.). **Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Limites e Possibilidades**. 1. ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. cap. 3, p. 79-108.

DAVIS, Angela. **A liberdade é uma luta constante**. São Paulo: Boitempo, 2018.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEPEN - DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – **INFOPEN**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Acesso em 26. Maio 2024

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

DO AMARAL, Augusto Jobim; ANGEL, Camila Oliveira. O poder psiquiátrico e seus desdobramentos no sistema punitivo brasileiro: novos horizontes antimanicomiais. **Argumenta Journal Law**, [S. l.], n. 28, p. 397–424, 2018. DOI: 10.35356/argumenta.v0i28.1132. Disponível em: <https://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/article/view/421>. Acesso em: 26 maio. 2024.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

FOUCAULT, Michel . **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, Michel. (2006), **O poder psiquiátrico**. Curso do Collège de France (1973-1974). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1977.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: Curso no College de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GARCIA, Juliana Silva; SOUZA, Leonardo Lemos de; SILVA, Yasmin Aparecida Cassetari da. Pandemia e a produção social de sofrimento mental em mulheres. **Revista de Psicologia da UNESP**, [s. l.], 9 mar. 2022.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GRINOVER, Ada Pellegrini. **Parecer sobre a legitimidade da defensoria pública para o ajuizamento de ação civil pública**. Revista da Defensoria Pública, v. 4, n. 2, p. 143-165, 2011. Acesso em: 01 abr. 2023.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mapa da Defensoria Pública no Brasil**. Brasília: Ipea; IBGE, 2017.

LEVY, Beatriz. **Narrativas em Disputa Sobre a Loucura: da (re)produção discursiva sobre a periculosidade aos agenciamentos dos internos no Hospital Geral Penitenciário do Pará**. 2022. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Belém, 2022.

LIMA, M. C. P.; BOTEAGA, N. J. Hospital-dia: para quem e para quê? **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 23, n. 4, p. 195–199, dez. 2001.

LIMA, Sheila Silva e BRASIL, Sandra Assis. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2014, v. 24, n. 01 pp. 67-88.

MAGNO, Patrícia Carlos. Mulheres, Medida de Segurança e cegueira do sistema de justiça: o papel das Defensorias Públicas. In: PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Raquel Gouveia, et al. **Luta Antimanicomial e Feminismos: Discussões de Gênero, Raça e Classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro; Autografia, 2017. cap. 10, p.185-202.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1985.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria De Consolidação Nº 5**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. [S. l.], 28 set. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 3.588**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. [S. l.], 21 dez. 2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Parecer. **Parecer Sobre Medidas De Segurança E Hospitais De Custódia E Tratamento Psiquiátrico Sob A Perspectiva Da Lei N. 10.216/2001**, Brasília, 2011.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Portaria SAS/MS nº 224**. [S. l.], 29 jan. 1992.

MOREIRA, E. H.; BARICHELO, E. M. M. da R. A análise da vigilância de Foucault e sua aplicação na sociedade contemporânea: estudo de aspectos da vigilância e sua relação com as novas tecnologias de comunicação. **Intexto**, Porto Alegre, n. 33, p. 64–75, 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/intexto/article/view/50075>. Acesso em: 25 maio. 2024.

NEUSA, Guareschi; ANITA, Bernardes; TAMARA, Oliver; ANDREI, Weber. Vulnerabilidade social e o programa Hospital-dia: uma discussão sobre as políticas públicas em saúde mental. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 40, p. 299-316, out 2006.

NOGUEIRA, Cristiane, COUTO, Raiane. O louco infrator: das velhas práticas aos novos modos de atenção e cuidado. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 9 (2) | jul/dez 2020. Disponível em: <https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/227>. Acesso em: 26 maio. 2024.

OLIVEIRA, Lucas Lopes. A criminalização da pobreza na América Latina como estratégia de controle político. **Sistema Penal e Violência**, Porto Alegre, v. 8 n. 2, 2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistemapenaleviolencia/article/view/25371>. Acesso em: 26 maio. 2024.

PASSOS, Raquel Gouveia. CORREIA, Ludmila Cerqueira; ALMEIDA, Maria de Almeida. Controle médico e controle penal: violações de direitos humanos de mulheres em sofrimento mental autoras de delito. In: CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia (org.). **Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Limites e Possibilidades**. 1. ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. cap. 11, p.273-284.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, junho de 2008.

PRADO FILHO, Kleber, LEMOS, Flávia Cristina Silveira Lemos. Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. **Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 2, n.1, 2012. Disponível em: <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/59>. Acesso em: 26 maio. 2024.

RAMOS, André De Carvalho. **Reflexões Sobre As Vitórias Do Caso Damião Ximenes. Consultor Jurídico**, 2006. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2006-set-08/reflexoes_vitorias_damiao_ximenes. Acesso em: 1 maio. 2024.

ROSSETI, D. M. G. S.; GUTIERREZ, D. M. D. A maternidade de mulheres em sofrimento psíquico: Uma revisão de literatura / The Motherhood of Women in Psychic Suffering: A Literature Review. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 3, n. 6, p. 15691–15712, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/19327>. Acesso em: 26 maio. 2024.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 1 abr. 2023.

SANTOS JUNIOR, H. P. DE O.; SILVEIRA, M. DE F. DE A. Práticas de cuidados produzidas no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 788–795, dez. 2009.

Santos Junior, H. P. O., & Silveira, M. F. A. (2009). Práticas de cuidados produzidas no serviço de residências terapêuticas: Percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 43(4), 788-795.

SILVA, Érika C. da; FLAUZINA, A. L. P. A Defensoria Pública no Brasil: Gênero, Raça e Poder. **Direito Público**, [S. l.], v. 18, n. 98, 2021. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/5309>. Acesso em: 25 maio. 2024.

SILVEIRA, D. T., & CORDOVA, F. P. A **Pesquisa Científica. Métodos De Pesquisa**. Porto Alegre: Editora: UFRGS 2009

SOUZA, K. DO N. et al.. “Pra nós que somos negras, tudo é mais difícil”. Cartografia de uma mulher negra em sofrimento psíquico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33070, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/4rMkL7JVsz74sb5B948K9Rr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 26 maio. 2024.

SOUZA, Luanna Tomaz de; MONTEIRO, Marcele de Jesus Duarte. Triste, louca ou Má? A maternidade no Hospital Geral Penitenciário do Pará. In: LEMOS, Flávia Cristina Silveira *et al.* **Psicologia, História Cultural e Governamentalidades: racismo, etnicidade, gênero, sexualidades e corpos**. Curitiba: Editora CRV, 2020. p. 261-276.

SOUZA, T. D. C. de. SELETIVIDADE RACIAL DO SISTEMA PENAL BRASILEIRO: ORIGEM, MECANISMOS DE MANUTENÇÃO E SUA RELAÇÃO COM A VULNERABILIDADE POR CULPABILIDADE. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, [S. l.], n. 238, p. 611–626, 2016. DOI: 10.25247/2447-861X.2016.n238.p611-626. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/253>. Acesso em: 13 ago. 2024.

TREINTA, F. T. et al. Metodologia de pesquisa bibliográfica com a utilização de método multicritério de apoio à decisão. **Production**, v. 24, n. Prod., 2014 24(3), p. 508–520, jul. 2014.

VALLE, J. A. A seletividade do sistema penal e o racismo estrutural no Brasil: a importância da perspectiva da memória no combate ao genocídio racial. **Revista de Direito**, [S. l.], v. 13, n. 02, p. 01–34, 2021. DOI: 10.32361/2021130211526. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/revistadir/article/view/11526>. Acesso em: 13 ago. 2024.

WEBER, C. A. T.; JURUENA, M. F. Day hospital and psychosocial care center: Expanding the discussion of partial hospitalization in mental health. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 62, n. 4, p. 361–367, jul. 2016.

APÊNDICE

1. ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS DEFENSORES PÚBLICOS DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA ENTREVISTADA

- Qual seu nome?
- Qual sua idade?
- Qual sua formação?
- Qual a sua raça?
- Com que gênero você se identifica?
- Desde quando você trabalha no órgão público?
- Quais funções você tem desenvolvido no órgão público?
- Como você avalia que suas funções influenciam nas ações do órgão público?
- Como é sua atuação na medida de segurança?
- Há quanto tempo trabalha na medida de segurança?

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

- Como você avalia a importância da desinternação?
- Como ocorre o processo de desinternação?
- Quais os requisitos que o interno deve cumprir para ser egresso do Hospital Geral Penitenciário?
- Qual o perfil das pessoas que são desinternadas?
- As famílias estão envolvidas no processo?
- Quais os desafios para a desinternação?
- O que determina a ida a uma Residência Terapêutica?

DPE E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

- A Defensoria Pública faz visitas ao Hospital Geral Penitenciário? Como você enxerga o local?
- Como você vê a atuação da Defensoria Pública no processo de desinstitucionalização?

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE MULHERES

- Quais os desafios para a desinternação de mulheres?
- Você percebe diferenças nesse processo para homens e mulheres?
- Qual o perfil das mulheres que passam por esse processo?
- A Defensoria Pública acompanha as mulheres em desinstitucionalização? Se sim, de que forma?
- Esse contato permanece após a desinstitucionalização? Se sim, como?

2. REQUERIMENTO À DEFENSORIA PÚBLICA O ESTADO DO PARÁ PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

DOCUMENTO			PROTOCOLO ELETRÔNICO	
Espécie	Data	Número	Data	Número do Protocolo
OFÍCIO	16/05/2023	23/02023	16/05/2023 11:24	2023/562564
Procedência:	Entidade Externa			
Interessado:	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA			
Assunto:	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS ORGANIZACIONAIS			
SubAssunto:				
Complemento:				
Origem:	DEFPUB - GABDPG - DP01			
Anexo/Sequencial:	1, 2, 5, 7, 9, 10, 11, 15			



Processo Administrativo Eletrônico do Estado do Pará
Consulta de protocolo
<https://www.sistemas.pa.gov.br/consulta-protocolo/numero/2023/562564>

Os processos serão analisados visando compreender como a Defensoria Pública do Pará atua durante a fase processual, estudando-se, portanto, as manifestações do órgão acerca da desinstitucionalização de mulheres. A entrevista será feita com o objetivo de coletar informações acerca da atuação da Defensoria Pública de forma extra processual, caso haja, para compreender por completo o desempenho dos defensores frente ao fenômeno.

O roteiro da entrevista, inicialmente, será dividido em duas partes: a primeira visando conhecer a pessoa que está sendo entrevistada, a função, gênero e dados pessoais, que serão protegidos pela pesquisadora, e a segunda com enfoque maior no processo de desinstitucionalização, com enfoque na experiência das mulheres egressas do Hospital Geral Penitenciário e como a Defensoria Pública do Estado do Pará.

As entrevistas ocorrerão no período máximo de quatro meses em dias e horários a serem acordados com os (as) defensores (as) responsáveis pelos processos colhidos das Varas de Execução Penal cujo enfoque esteja em medidas de segurança.

Pretende-se utilizar gravador nas entrevistas, sendo os (as) defensores (as) esclarecidos (as) sobre o tema e solicitada a assinatura de termo de permissão para a gravação. Em caso de recusa na captação de voz a entrevista será reduzida a termo.

Em anexo, encaminho o projeto de pesquisa com o roteiro das perguntas.

EM 16/05/2023 11:24 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 070943BB61572DF.A931E7E569BD67A.B4E3B436534628FC.D7253CEE5B559A7
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Laura Maria de Oliveira Gomes (Lei 11.419/2006)

ANEXOS

1. AUTORIZAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



PROCESSO Nº 2023/562564

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO-CIENTÍFICA NESTA DEFENSORIA PÚBLICA

INTERESSADOS (AS): MARCELE DE JESUS DUARTE MONTEIRO

DESPACHO

R.H.

1. Trata-se de solicitação realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Pará no sentido de autorização para que a mestrande MARCELE DE JESUS DUARTE MONTEIRO possa realizar pesquisa com o título: "O Processo de Desinstitucionalização de Mulheres e a atuação da Defensoria Pública do Estado do Pará" com coleta de dados (pesquisa de campo) junto a esta instituição, conforme Ofício nº 23/2023/PPGD da Universidade Federal do Pará – Pós Graduação em Direito (Seq. 01);

2. Aprovo, na íntegra, o Parecer Jurídico nº 147/2023-NUJUR/GAB/DPE (Seq. 09), ratificado integralmente pela i. Coordenadora do Núcleo Jurídico no Sequencial nº 10, a qual **concluiu pela possibilidade de concessão da autorização requerida**, adotando-o como fundamento da decisão;

3. Ante o exposto, considerando que o incentivo à pesquisa faz parte dos interesses desta gestão; considerando que a pesquisa da interessada não trará prejuízos aos assistidos tampouco ao quadro funcional da Defensoria Pública, pelo contrário, tem como objetivo a busca por mecanismos de fortalecimento desta Instituição;

4. **AUTORIZO** a mestrande MARCELE DE JESUS DUARTE MONTEIRO a realizar sua pesquisa no âmbito desta Instituição, **desde que** a pesquisadora firme um Termo de Responsabilidade de não violar a privacidade e intimidade, honra e imagem das pessoas atendidas e sem qualquer identificação de qualquer pessoa, preservando o anonimato; sugerindo-se que as pessoas que forem pesquisadas não sejam identificadas pelo nome completo, mas apenas pelas iniciais; e que seja firmado sempre que possível o Termo de Autorização da pessoa entrevistada/ou indicada na pesquisa no que concerne a utilização de dados pessoais, em tudo observadas as ponderações realizadas na peça opinativa;

5. À **Coordenação de Licitações, Contratos e Convênios (CLCC)**, para confecção do Termo de Responsabilidade e posterior assinatura pela pesquisadora interessada;

6. Dê-se ciência à interessada.

Belém, 19 de julho de 2023.

(Assinatura eletrônica)

JOÃO PAULO CARNEIRO GONÇALVES LÉDO
Defensor Público-Geral do Estado do Pará

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: João Paulo C. G. Lédo (Lei 11.419/2006)
EM 20/07/2023 10:22 (hora local) - Aut. Assinatura: 1107C0E1F40B6F2562397B1F46540.0B3B6C6A36108D.52F1D0076F5E8A3



TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO PARA USO, GUARDA E DIVULGAÇÃO DE DADOS E ARQUIVOS DE PESQUISA

Título do Projeto: “O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE MULHERES E A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ”.

Nome do pesquisador responsável: MARCELE DE JESUS DUARTE MONTEIRO.

RG: 32.343 OAB/PA

CPF: 036.214.662-40

Endereço: Avenida Cipriano Santos, nº 128, São Braz, CEP: 66090-340, Belém/PA .

Local a ser pesquisado: Núcleos de Execução penal da Defensoria Pública do Estado do Pará.

O pesquisador responsável ou participante, retro qualificado, se declara ciente e de acordo:

a) de todos os termos do presente instrumento, assumindo toda e qualquer responsabilidade por quaisquer condutas, ações ou omissões que importem na inobservação do presente e consequente violação de quaisquer das cláusulas abaixo descritas bem como por outras normas previstas em lei, aqui não especificadas, respondendo de forma ilimitada, irretratável, irrevogável e absoluta perante a fornecedora dos dados e arquivos em eventuais ações regressivas, bem como perante terceiros eventualmente prejudicados por sua não observação.

b) de que os dados e arquivos a ele fornecidos deverão ser usados, guardados e preservados em sigilo e que eventual divulgação dos dados deverá ser feita em estrita observação aos princípios éticos de pesquisa, resguardando-se ainda aos termos da Constituição Federal de 1988, especialmente no tocante ao direito a intimidade e a privacidade dos consultados, sejam eles pacientes ou não.

c) de que as informações constantes nos dados ou arquivos a ele disponibilizados deverão ser utilizados apenas e tão somente para a execução e pesquisa do projeto acima descrito, sendo vedado o uso em outro projeto, seja a que título for, salvo expressa autorização em contrário do responsável devidamente habilitado do setor.

d) de que eventuais informações a serem divulgadas, serão única e exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo vedado uso das informações para publicação em quaisquer meios

de comunicação de massa que não guardem compromisso ou relação científica, tais como televisão, jornais, periódicos e revistas, entre outros aqui não especificados.

e) de preservar o direito de intimidade, privacidade, honra e imagem das pessoas entrevistadas, conforme previsão do art. 5º, X, da Constituição Federal de 1988, e, por conseguinte, a identificar o entrevistado com o nome abreviado no material de pesquisa, sem identificação de nome completo, e, conforme os parâmetros estabelecidos na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

Belém, 26 de julho de 2023.

MARCELE DE JESUS
DUARTE
MONTEIRO:03621466240

Assinado de forma digital por
MARCELE DE JESUS DUARTE
MONTEIRO:03621466240
Dados: 2023.07.26 13:00:29 -03'00'

MARCELE DE JESUS DUARTE MONTEIRO

2. AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A EXECUÇÃO DA PESQUISA

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE MULHERES E A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ

Pesquisador: MARCELE DE JESUS DUARTE MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 75371323.9.0000.0018

Instituição Proponente: Universidade Federal do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.547.466

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem como objetivo geral investigar como a Defensoria Pública do Estado do Pará tem atuado nos casos de desinstitucionalização de mulheres. São os objetivos específicos: a) compreender em que consiste a desinstitucionalização e suas possibilidades legais; b) identificar como ocorre a desinstitucionalização no Estado do Pará; c) verificar as relações entre gênero e raça na construção da institucionalização de mulheres em sofrimento mental; e d) avaliar a importância da atuação defensorial nos processos de medida de segurança. A pesquisa adota o perfil qualitativo, tendo como método de abordagem o indutivo, uma vez que a proposta está em analisar a atuação da Defensoria Pública no processo de desinstitucionalização de mulheres no Estado do Pará, e aferir conclusões acerca desse fenômeno de modo geral. Elege-se como objeto de estudo a atuação defensorial no processo de desinstitucionalização de mulheres em sofrimento mental autoras de delito, devido a necessidade de se construir trabalhos na interseção entre gênero e loucura, visto que o sistema patriarcal possui peculiar influência na construção da "mulher louca", no esforço de categorizar e estigmatizar experiências de vidas femininas. Ainda, a Defensoria Pública, como órgão responsável pela promoção de direitos e prestação de serviços jurídicos à sociedade, também acompanha a execução de medidas de segurança no sistema penal. A desinstitucionalização, fenômeno norte do presente trabalho, é o que orienta a Reforma

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 6.547.466

Psiquiátrica, desafiando o dispositivo manicomial do Hospital Psiquiátrico, construindo saberes e desconstruindo estruturas, arquiteturas, práticas profissionais, instrumentos e preconceitos que sustentam a loucura como doença a ser curada. O trabalho se propõe a investigar o complexo fenômeno da desinstitucionalização sob a ótica de conceitos formulados por Michel Foucault, em sua extensa construção bibliográfica, com o objetivo de compreender como o órgão jurisdicional atua na desinstitucionalização de mulheres no Estado do Pará.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar como a Defensoria Pública do Estado do Pará tem atuado nos casos de desinstitucionalização de mulheres.

Objetivo Secundário:

I - Compreender em que consiste a desinstitucionalização e suas possibilidades legais;

II – Identificar como ocorre a desinstitucionalização no Estado do Pará;

III – Verificar as relações entre gênero e raça na construção da institucionalização de mulheres em sofrimento mental;

IV- Avaliar a importância da atuação defensorial nos processos de medida de segurança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Entendendo que toda a pesquisa com seres humanos envolve certo grau de risco, devido à possível exposição ou perda de confidencialidade, a pesquisadora se compromete em tomar medidas de proteção de dados pessoais e das declarações prestadas pelas pessoas entrevistadas. Tais medidas de redução de risco serão adotadas, como a limite de acesso dos dados dos participantes, de modo que somente a pesquisadora, o orientador e a co-orientadora terão o acesso, bem como estes serão utilizados somente para a execução da pesquisa. Também se busca limitar a possibilidade de identificação dos participantes, através da limitação da coleta de dados que não estejam relacionados com o objeto pesquisado. Não serão realizadas filmagens ou exposição das gravações, sendo somente a própria pesquisadora, o orientador e a co-orientadora as pessoas que a este terão acesso. Codinomes serão utilizados no texto da dissertação, para proteger a identidade dos entrevistados.

Benefícios:

Os benefícios futuros da pesquisa versam sobre a contribuição para o campo de estudo da desinstitucionalização, visto que este ainda está em processos iniciais de desenvolvimento, tendo

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 6.547.466

poucas investigações e acadêmicas e estando em grande discussão hoje no Brasil. A pesquisa também trará benefícios em relação ao estudo da situação de mulheres na região amazônica que estão ou estavam em processo de desinstitucionalização, para compreender a realidade ao qual estão inseridas e como as discussões acerca de gênero e loucura se entrelaçam na construção dessas experiências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2223613.pdf	31/10/2023 13:55:04		Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoCronograma.pdf	31/10/2023 13:54:19	MARCELE DE JESUS DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/10/2023 20:53:47	MARCELE DE JESUS DUARTE MONTEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Onus.pdf	20/10/2023 20:53:13	MARCELE DE JESUS DUARTE	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	20/10/2023 20:51:58	MARCELE DE JESUS DUARTE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PROCESSO_DPE.pdf	02/10/2023 20:51:30	MARCELE DE JESUS DUARTE MONTEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO.pdf	02/10/2023 20:51:05	MARCELE DE JESUS DUARTE	Aceito
Declaração de concordância	Carta_Orientador.pdf	02/10/2023 20:50:39	MARCELE DE JESUS DUARTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.docx	02/10/2023 20:50:22	MARCELE DE JESUS DUARTE	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 6.547.466

Investigador	Projeto.docx	02/10/2023 20:50:22	MARCELE DE JESUS DUARTE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_Encaminhamento.pdf	02/10/2023 20:49:48	MARCELE DE JESUS DUARTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

BELEM, 01 de Dezembro de 2023

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

3. RESOLUÇÃO 487, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2023, DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA



RESOLUÇÃO N. 487, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2023.

Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

A **PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ)**, no uso de suas atribuições legais e regimentais,

CONSIDERANDO os princípios da República Federativa do Brasil, fundada na dignidade da pessoa humana e, especialmente, os direitos fundamentais à saúde, ao devido processo legal e à individualização da pena (CF, arts. 1º, III; 5º, XLVI, LIV e 6º, *caput*);

CONSIDERANDO a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2006), pela qual o Estado brasileiro comprometeu-se a promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação;

CONSIDERANDO a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984) e seu Protocolo Facultativo (2002) e a necessidade de combater a sua prática nas instituições de tratamento da saúde mental, públicas ou privadas, bem como a Resolução CNJ n. 414/2021, que estabelece diretrizes e quesitos periciais para a realização dos exames de corpo de delito nos casos em que haja indícios de prática de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, conforme os parâmetros do Protocolo de Istambul;



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjocnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.soam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 1



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

CONSIDERANDO o Ponto Resolutivo 8 da sentença da Corte Interamericana de Direito Humanos proferida no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, que determinou ao Estado brasileiro continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria;

CONSIDERANDO que a Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos (UMF Corte IDH/CNJ), instituída no âmbito do Conselho Nacional de Justiça por meio da Resolução CNJ n. 364/2021, acompanha o cumprimento das determinações da Corte Interamericana de Direitos Humanos em relação ao Estado brasileiro;

CONSIDERANDO a Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO a Lei n. 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que assegura e promove, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania;

CONSIDERANDO a Resolução n. 32/18, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em julho de 2016, que reafirma as obrigações dos Estados Membros em promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais e garantir que políticas e serviços relacionados à saúde mental cumpram as normas internacionais de direitos humanos;

CONSIDERANDO o Relatório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos das Nações Unidas, apresentado na 34ª Sessão da Assembleia Geral da ONU



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjeonj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2302242103387650000004565616>
Número do documento: 2302242103387650000004565616

Num. 5029601 - Pág. 2



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

em janeiro de 2017, que expõe um conjunto de recomendações voltadas à qualificação dos serviços de saúde mental, a acabar com a prática do tratamento involuntário e da institucionalização e para criação de um ambiente político e legal que assegure a garantia dos direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais;

CONSIDERANDO a Resolução n. 8/2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), destinada à orientação das políticas de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas em todo o território nacional, e as Resoluções n. 04/2010 e 05/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), para a aplicação da Lei n. 10.216/2001 à execução das medidas de segurança;

CONSIDERANDO a Resolução CNJ n. 113/2010 e a Recomendação CNJ n. 35/2011, publicadas com o objetivo de adequar a atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei n. 10.216/2001, privilegiando-se a manutenção da pessoa em sofrimento mental em meio aberto e o diálogo permanente com a rede de atenção psicossocial;

CONSIDERANDO o art. 9º, § 3º, da Resolução CNJ n. 213/2015, que dispõe sobre a realização de audiência de custódia, disciplinando sobre a garantia de acesso aos serviços médico e psicossocial, resguardada sua natureza voluntária, para pessoas que apresentem quadro de transtorno mental ou dependência química;

CONSIDERANDO a Resolução CNJ n. 288/2019, que define a política institucional do Poder Judiciário para a promoção da aplicação de alternativas penais, com enfoque restaurativo, em substituição à privação de liberdade, bem como a Resolução n. 2002/2012 do Conselho Econômico e Social da ONU, destinada à orientação dos princípios básicos para a utilização de programas de justiça restaurativa em matéria criminal, além da Resolução CNJ n. 225/2016, que dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário;



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 3



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

CONSIDERANDO a Resolução CNJ n. 425/2021, que institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades;

CONSIDERANDO a atenção às minorias com vulnerabilidades acrescidas e suas interseccionalidades, bem como os atos normativos do CNJ sobre a temática em relação à privação de liberdade, como a Resolução CNJ n. 287/2019 (indígenas); Resolução CNJ n. 348/2020 (LGBTI); Resolução CNJ n. 405/2021 (migrantes); Resolução CNJ n. 369/2021 (gestantes, mães, pais e responsáveis por crianças e pessoas com deficiência);

CONSIDERANDO 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), instituída por meio da Portaria Interministerial n. 1/2014, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, bem como a Portaria n. 94/2014, do Ministério da Saúde, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude (Regras de Pequim);

CONSIDERANDO o art. 112, § 3º do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), instituído pela Lei n. 8.069/1990, que dispõe que adolescente com sofrimento mental ou transtorno psíquico deverão receber tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições;

CONSIDERANDO o art. 64, em especial, § 7º da Lei n. 12.594/2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), que dispõe que o tratamento a que se submeterá o adolescente com sofrimento mental ou transtorno psíquico deverá observar o previsto na Lei n. 10.216/2001;



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjeonj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 4



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

CONSIDERANDO, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pelas Portarias Consolidadas/MS n. 2/2017 (Anexo XVII) e n. 6/2017 (Seção V, Capítulo II);

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do CNJ, no Procedimento de Ato Normativo n. 0007026-10.2022.2.00.0000, 1ª Sessão Virtual, realizada em 10 de fevereiro de 2023;

RESOLVE:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réus ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população.

Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

I – pessoa com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial: aquela com algum comprometimento, impedimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou mental que, confrontada por barreiras atitudinais ou institucionais, tenha inviabilizada a plena manutenção da organização da vida ou lhe cause sofrimento psíquico e que apresente necessidade de cuidado em saúde mental em qualquer fase do ciclo penal, independentemente de exame médico-legal ou medida de segurança em curso;

II – Rede de Atenção Psicossocial (Raps): rede composta por serviços e equipamentos variados de atenção à saúde mental, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 5



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos Caps III), presentes na Atenção Básica de Saúde, na Atenção Psicossocial Estratégica, nas urgências, na Atenção Hospitalar Geral, na estratégia de desinstitucionalização, como as Residências Terapêuticas, o Programa de Volta para Casa (PVC) e estratégias de reabilitação psicossocial;

III – Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP): equipe multidisciplinar que acompanha o tratamento durante todas as fases do procedimento criminal com o objetivo de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e para viabilizar o acesso à Rede de Atenção Psicossocial (Raps);

IV – equipe conectora: equipe vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) que exerça função análoga à da EAP;

V – equipe multidisciplinar qualificada: equipe técnica multidisciplinar que tenha experiência e incursão nos serviços com interface entre o Poder Judiciário, a saúde e a proteção social; do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (Apec); do Serviço de Acompanhamento de Alternativas Penais; da EAP ou outra equipe conectora;

VI – Projetos Terapêuticos Singulares (PTS): conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou comunidade, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão e de cuidado, possibilitando a definição de objetivos comuns entre equipe e sujeito em acompanhamento em saúde; e

VII – Modelo Orientador: modelo elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça com o objetivo de instruir o Poder Judiciário acerca dos fluxos a serem adotados para o cuidado da pessoa com transtorno mental submetida a procedimento criminal, em local adequado à atenção em saúde a fim de adotar os parâmetros dispostos na presente Resolução.

Parágrafo único. Estão abrangidas por esta Resolução, nos termos do *caput* deste artigo, as pessoas em sofrimento ou com transtorno mental relacionado ao



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 6



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

uso abusivo de álcool e outras drogas, que serão encaminhadas para a rede de saúde, nos termos do art. 23-A da Lei n. 11.343/2006, garantidos os direitos previstos na Lei n. 10.216/2001.

Art. 3º São princípios e diretrizes que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal:

I – o respeito pela dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa;

II – o respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização, com especial atenção aos aspectos interseccionais de agravamento e seus impactos na população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, convalescentes, migrantes, população em situação de rua, povos indígenas e outras populações tradicionais, além das pessoas com deficiência;

III – o devido processo legal, a ampla defesa, o contraditório e o acesso à justiça em igualdade de condições;

IV – a proscrição à prática de tortura, maus tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes;

V – a adoção de política antimanicomial na execução de medida de segurança;

VI – o interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde, com vistas ao suporte e reabilitação psicossocial por meio da inclusão social, a partir da reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, da valorização e do fortalecimento das habilidades da pessoa e do acesso à proteção social, à renda, ao trabalho e ao tratamento de saúde;

VII – o direito à saúde integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, com vedação de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio e eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos;



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 7



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

VIII – a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo período estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos;

IX – a articulação interinstitucional permanente do Poder Judiciário com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em todas as fases do procedimento penal, mediante elaboração de PTS nos casos abrangidos por esta Resolução;

X – a restauratividade como meio para a promoção da harmonia social, mediante a garantia do acesso aos direitos fundamentais e a reversão das vulnerabilidades sociais;

XI – atenção à laicidade do Estado e à liberdade religiosa integradas ao direito à saúde, que resultam na impossibilidade de encaminhamento compulsório a estabelecimentos que não componham a Raps ou que condicionem ou vinculem o tratamento à conversão religiosa ou ao exercício de atividades de cunho religioso; e

XII – respeito à territorialidade dos serviços e ao tratamento no meio social em que vive a pessoa, visando sempre a manutenção dos laços familiares e comunitários.

CAPÍTULO II DAS DIRETRIZES DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL

Seção I Das audiências de custódia

Art. 4º Quando apresentada em audiência de custódia pessoa com indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial identificados por equipe multidisciplinar qualificada, ouvidos o Ministério Público e a defesa, caberá à autoridade judicial o encaminhamento para atendimento voluntário na Raps voltado à proteção social em políticas e programas adequados, a partir de fluxos pré-estabelecidos com a rede, nos termos da Resolução CNJ n. 213/2015 e do Modelo Orientador CNJ.



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjeonj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 8



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

Parágrafo único. Será assegurada à pessoa com indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial a oportunidade de manifestar a vontade de ter em sua companhia pessoa por ela indicada, integrante de seu círculo pessoal ou das redes de serviços públicos com as quais tenha vínculo, ou seja, referenciada, para o fim de assisti-la durante o ato judicial.

Art. 5º Nos casos em que a autoridade judicial, com apoio da equipe multidisciplinar e após ouvidos o Ministério Público e a defesa, entender que a pessoa apresentada à audiência de custódia está em situação de crise em saúde mental e sem condições de participar do ato, solicitará tentativas de manejo de crise pela equipe qualificada.

§ 1º Para efeitos deste artigo, entende-se por manejo da crise o imediato acionamento de equipe de saúde da Raps para a tomada de medidas emergenciais e referenciamento do paciente ao serviço de saúde, além da realização de ações de escuta, compreensão da condição pessoal, produção imediata de consensos possíveis, mediação entre a pessoa e as demais presentes no ambiente e a restauração do diálogo, bem como, o quanto antes, a identificação dos fatores que possivelmente desencadearam a crise.

§ 2º Caso exauridas sem sucesso as tentativas de manejo de crise, a autoridade judicial realizará o encaminhamento da pessoa para atendimento em saúde por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ou outros serviços da Raps, e providenciará o registro da não realização da audiência de custódia, por meio de termo no qual constará:

I – a determinação para elaboração de relatório médico acompanhado, se for o caso, de informes dos demais profissionais de saúde do estabelecimento ao qual a pessoa presa em flagrante for encaminhada, a fim de documentar eventuais indícios de tortura ou maus tratos, a ser remetido ao juízo em 24 (vinte e quatro) horas;

II – a requisição imediata de informações às secretarias municipal ou estadual de saúde sobre a atual condição da pessoa e indicação de acompanhamento em saúde mais adequado, que poderá compor o PTS, com descrição de eventual tratamento que esteja em curso, a serem prestadas em 48 (quarenta e oito) horas, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão judicial.



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 9



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

§ 3º Caso a pessoa não receba alta médica para ser apresentada em juízo no prazo legal, a autoridade judicial poderá realizar o ato no local em que a pessoa se encontrar e, nos casos em que o deslocamento se mostre inviável, deverá providenciar a condução para a realização da audiência de custódia imediatamente após restabelecida sua condição de saúde ou de apresentação.

Art. 6º A autoridade judicial, quando da análise da legalidade da prisão em flagrante, avaliará se o uso de algemas ou instrumentos de contenção física atendeu aos princípios da proporcionalidade e não discriminação, considerada a condição de saúde mental da pessoa, ou se ocorreu de maneira a causar deliberadamente dores ou lesões desnecessárias, o que poderia configurar hipótese de tortura ou maus tratos, conforme os parâmetros elencados pelo CNJ no Manual de Algemas e Outros Instrumentos de Contenção em Audiências Judiciais.

Art. 7º Nos casos dos art. 4º ou 5º, não sendo hipótese de relaxamento da prisão, a autoridade judicial avaliará a necessidade e adequação de eventual medida cautelar, consideradas as condições de saúde da pessoa apresentada e evitando a imposição de:

I – medida que dificulte o acesso ou a continuidade do melhor tratamento disponível, ou que apresente exigências incompatíveis ou de difícil cumprimento diante do quadro de saúde apresentado; e

II – medidas concomitantes que se revelem incompatíveis com a rotina de acompanhamento na rede de saúde.

§ 1º Será priorizada a adoção de medidas distintas do monitoramento eletrônico para pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial, sem que isso enseje a aplicação de medidas que obstem o tratamento em liberdade.

§ 2º A autoridade judicial levará em consideração as condições que ampliem a vulnerabilidade social, bem como os aspectos interseccionais, no caso de pessoas em situação de rua, população negra, mulheres, população LGBTQIA+, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas convalescentes, migrantes, povos indígenas e outras populações tradicionais, para que a aplicação de



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 10



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

eventual medida seja condizente com a realidade social e o referenciamento aos serviços especializados da rede de proteção social.

Art. 8º Nos casos em que a autoridade judicial substituir a prisão preventiva pela domiciliar, nos termos do art. 318 do Código de Processo Penal, serão garantidos a possibilidade de tratamento adequado na Raps e o exercício de outras atividades que reforcem a autonomia da pessoa, como trabalho e educação.

Seção II

Da necessidade de tratamento em saúde mental no curso de prisão preventiva ou outra medida cautelar

Art. 9º No caso de a pessoa necessitar de tratamento em saúde mental no curso de prisão processual ou outra medida cautelar, a autoridade judicial:

I – no caso de pessoa presa, reavaliará a necessidade e adequação da prisão processual em vigor ante a necessidade de atenção à saúde, para início ou continuidade de tratamento em serviços da Raps, ouvidos a equipe multidisciplinar, o Ministério Público e a defesa;

II – no caso de pessoa solta, reavaliará a necessidade e adequação da medida cautelar em vigor, observando-se as disposições do artigo anterior.

Parágrafo único. O encaminhamento para os serviços da Raps ou rede de proteção social será apoiado pelas equipes mencionadas no art. 2º, III, IV e V, considerando a interlocução entre esses serviços e os equipamentos responsáveis pelo tratamento em saúde, de modo que eventuais subsídios sobre a singularidade do acompanhamento da pessoa sejam aportados ao processo visando a priorização da saúde.

Art. 10. A análise sobre a imputabilidade da pessoa, quando necessária, poderá ser qualificada com requisição de informações sobre o atendimento e o tratamento dispensado nos serviços aos quais a pessoa esteja vinculada, respeitado o sigilo de informações pessoais e médicas.

Parágrafo único. Considerando que o incidente de insanidade mental que subsidiará a autoridade judicial na decisão sobre a culpabilidade ou não do réu é prova pericial constituída em favor da defesa, não é possível determiná-la compulsoriamente em caso de oposição desta.



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 11



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

Seção III Da medida de segurança

Art. 11. Na sentença criminal que imponha medida de segurança, a autoridade judicial determinará a modalidade mais indicada ao tratamento de saúde da pessoa acusada, considerados a avaliação biopsicossocial, outros exames eventualmente realizados na fase instrutória e os cuidados a serem prestados em meio aberto.

Parágrafo único. A autoridade judicial levará em conta, nas decisões que envolvam imposição ou alteração do cumprimento de medida de segurança, os pareceres das equipes multiprofissionais que atendem o paciente na Raps, da EAP ou outra equipe conectora.

Subseção I Do tratamento ambulatorial

Art. 12. A medida de tratamento ambulatorial será priorizada em detrimento da medida de internação e será acompanhada pela autoridade judicial a partir de fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a Raps, com o auxílio da equipe multidisciplinar do juízo, evitando-se a imposição do ônus de comprovação do tratamento à pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial.

§ 1º O acompanhamento da medida levará em conta o desenvolvimento do PTS e demais elementos trazidos aos autos pela equipe de atenção psicossocial, a existência e as condições de acessibilidade ao serviço, a atuação das equipes de saúde, a vinculação e adesão da pessoa ao tratamento.

§ 2º Eventuais interrupções no curso do tratamento devem ser compreendidas como parte do quadro de saúde mental, considerada a dinâmica do acompanhamento em saúde e a realidade do território no qual a pessoa e o serviço estão inseridos.

§ 3º A ausência de suporte familiar não deve ser entendida como condição para a imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial ou, ainda, para a desinternação condicional.



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 12



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

§ 4º Eventual prescrição de outros recursos terapêuticos a serem adotados por equipe de saúde por necessidade da pessoa e enquanto parte de seu PTS, incluindo a internação, não deve ter caráter punitivo, tampouco deve ensejar a conversão da medida de tratamento ambulatorial em medida de internação.

§ 5º A autoridade judicial avaliará a possibilidade de extinção da medida de segurança, no mínimo, anualmente, ou a qualquer tempo, quando requerido pela defesa ou indicada pela equipe de saúde que acompanha o paciente, não estando condicionada ao término do tratamento em saúde mental.

Subseção II Da medida de internação

Art. 13. A imposição de medida de segurança de internação ou de internação provisória ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescritas por equipe de saúde da Raps.

§ 1º A internação, nas hipóteses referidas no *caput*, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001.

§ 2º A internação cessará quando, a critério da equipe de saúde multidisciplinar, restar demonstrada a sua desnecessidade enquanto recurso terapêutico, caso em que, comunicada a alta hospitalar à autoridade judicial, o acompanhamento psicossocial poderá continuar nos demais dispositivos da Raps, em meio aberto.

§ 3º Recomenda-se à autoridade judicial a interlocução constante com a equipe do estabelecimento de saúde que acompanha a pessoa, a EAP ou outra equipe



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjocnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 13



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

II – a pessoas que permaneçam nesses estabelecimentos, apesar da extinção da medida ou da existência de ordem de desinternação condicional; e

III – a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que estejam em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres.

Parágrafo único. Para fins do disposto no *caput*, o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial previsto no art. 20, VI, e as equipes conectoras ou multidisciplinares qualificadas apoiarão as ações permanentes de desinstitucionalização.

Art. 17. Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, a autoridade judicial competente para a execução penal determinará a elaboração, no prazo de 12 (doze) meses contados da entrada em vigor desta Resolução, de PTS para todos os pacientes em medida de segurança que ainda estiverem internados em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais, com vistas à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida em meio aberto, a serem apresentadas no processo ou em audiência judicial que conte com a participação de representantes das entidades envolvidas nos PTSs.

Art. 18. No prazo de 6 (seis) meses contados da publicação desta Resolução, a autoridade judicial competente determinará a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e, em até 12 (doze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. Recomenda-se, sempre que possível, em qualquer fase processual, a derivação de processos criminais que envolvem pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial para programas comunitários ou judiciários de justiça restaurativa, a partir da utilização de vias consensuais alternativas,



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 15



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

visando à desinstitucionalização, em consonância com os princípios norteadores da justiça restaurativa presentes na Resolução CNJ n. 225/2016.

Art. 20. Os Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) dos tribunais poderão:

I – realizar inspeções judiciais, de modo conjunto com as autoridades judiciais da execução penal, nos estabelecimentos em que estejam internadas pessoas em cumprimento de medida de segurança, bem como aquelas internadas provisoriamente, podendo, para tanto, articular-se com as secretarias de saúde, conselhos profissionais com atuação na área da saúde, como os Conselhos Regional ou Federal de Serviço Social e de Psicologia, e instâncias paritárias e organizações da sociedade civil, para verificar as condições dos referidos espaços à luz da Lei n. 10.216/2001;

II – mobilizar a Raps, juntamente com a EAP, visando a integração entre as práticas inerentes à justiça criminal e à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e o direcionamento de formas de atenção segundo as premissas consignadas nesta norma e nos moldes previstos no art. 4º, § 4º da Portaria n. 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014;

III – fomentar a atuação do Poder Judiciário de modo articulado com a EAP e demais equipes conectoras para a identificação de pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em unidades de custódia potencialmente destinatárias de medidas terapêuticas;

IV – fomentar a instituição e o fortalecimento da PNAISP e da EAP junto às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde;

V – fomentar e colaborar com a construção de fluxos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, envolvendo os órgãos e instâncias responsáveis pelas políticas de administração penitenciária, saúde e assistência social, com base no paradigma antimanicomial e no Modelo Orientador CNJ; e

VI – instituir ou participar de Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, o qual contará com representantes do GMF, da Vara de Execução Penal, da Saúde Mental-Raps, da Assistência Social, do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616>
Número do documento: 23022421033876500000004565616

Num. 5029601 - Pág. 16



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

Tortura, onde houver, dos Conselhos Regionais de Serviço Social, Psicologia e Medicina, do Ministério Público, da Defensoria Pública, do Conselho da Comunidade, onde houver, da Equipe de Saúde da Secretaria responsável pela gestão prisional, podendo contar ainda com outros Conselhos de Direitos, Organizações da Sociedade Civil afetas ao tema, usuários da Política de Saúde Mental, entre outros.

Art. 21. Para o cumprimento do disposto nesta Resolução, os tribunais poderão promover, em colaboração com as Escolas de Magistratura, cursos destinados à permanente qualificação e atualização funcional de magistrados e servidores no tema da saúde mental em consonância com os parâmetros nacionais e internacionais dos Direitos Humanos.

Art. 22. Esta Resolução também será aplicada aos adolescentes com transtorno ou sofrimento mental apreendidos, processados por cometimento de ato infracional ou em cumprimento de medida socioeducativa, no que couber, enquanto não for elaborado ato normativo próprio, considerando-se a condição de pessoa em desenvolvimento, o princípio da prioridade absoluta e as devidas adaptações, conforme previsão do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Art. 23. O Conselho Nacional de Justiça, por meio do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF), dará suporte permanente às ações dos tribunais e de magistrados e magistradas no cumprimento desta Resolução.

Parágrafo único. O DMF elaborará, no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, Manual com Modelo Orientador CNJ voltado à orientação dos tribunais e magistrados quanto à implementação do disposto nesta Resolução.

Art. 24. Esta Resolução entra em vigor em 90 (noventa) dias após sua publicação.

Ministra **ROSA WEBER**



Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2302242103387650000004565616>
Número do documento: 2302242103387650000004565616

Num. 5029601 - Pág. 17