



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Curso de Bacharelado de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso

**ENTRE GOIÁS E MATO GROSSO DO SUL: UM PARALELO SOBRE AS
MEDIDAS DE SEGURANÇA.**

LOUISE FONTES ARAÚJO

Paranaíba – Mato Grosso do Sul

2023



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Curso de Bacharelado de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso

**ENTRE GOIÁS E MATO GROSSO DO SUL: UM PARALELO SOBRE AS
MEDIDAS DE SEGURANÇA.**

LOUISE FONTES ARAÚJO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de
Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do
Sul, para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.
Orientador: Prof. Dr. Thiago Bagatin.

Paranaíba – Mato Grosso do Sul

2023

Sumário

Resumo.....	3
1 Introdução.....	4
2 Metodologia.....	7
3 Resultados e discussão.....	12
3.1 Categorias de Análise.....	8
3.1.1 <i>Conjuntura histórica de consolidação dos programas em cada estado.....</i>	8
3.1.2 <i>Modalidades de medida de segurança no estado.....</i>	9
3.1.3 <i>Modelo orientador das práticas de tratamento.....</i>	10
3.1.4 <i>Reentrada.....</i>	11
3.1.5 <i>Equipe.....</i>	11
3.1.6 <i>Tipo de atuação no estado.....</i>	12
3.1.7 <i>Discussão geral.....</i>	12
4 Considerações Finais.....	19
Referências.....	20

RESUMO

Embora o legado da Reforma Psiquiátrica brasileira seja de rompimento com o paradigma de aprisionamento e institucionalização dos indivíduos ditos “loucos”, a lógica punitiva exercida por meio dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs), mantém-se no cenário brasileiro atual. O presente trabalho, analisa a ação do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), de Goiás, e da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) de Mato Grosso do Sul, denominada EAP Integra. A análise ocorreu de forma qualitativa exploratória, à luz dos ideais da Reforma Psiquiátrica, por meio da discussão de categorias históricas, de aspectos operacionais e de dados resultantes da atuação dos programas. Foi utilizada literatura disponível e documentos cedidos por órgãos públicos. Como resultado, foi possível observar diferentes implicações da atuação em modalidade única e modalidade híbrida de execução das medidas de segurança em cada estado.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica, medida de segurança, rede de atenção psicossocial

1 Introdução

Em cenário brasileiro, o marco para as sanções penais destinada aos indivíduos tidos como “loucos” foi o Código Penal do ano de 1940 (Brasil, 1940), no qual, passaram a vigorar as ditas medidas de segurança. Anteriormente, o Código Criminal do Império (Brasil, 1830) e o Código Penal Republicano (Brasil, 1890) determinavam que o indivíduo que ferisse as leis do estado, de forma incapaz de compreender o caráter ilícito de seus atos, deveria ser entregue à sua família ou destinado às instituições asilares (Rossi, 2015). Assim, a partir de 1940, foi estabelecido que os indivíduos que apresentassem possíveis transtornos mentais, desenvolvimento cognitivo incompleto ou retardado, que fossem incapazes de compreender o caráter ilícito de um fato executado, categorizado como crime perante a lei, deveriam ser considerados inimputáveis e sujeitos ao cumprimento de medida de segurança, as quais, são previstas em duas modalidades: Internação em hospital de custódia ou tratamento ambulatorial (Brasil, 1940).

O Código Penal de 1940 é vigente até o período atual, entretanto, posteriormente à criação deste, em cenário internacional e no Brasil, surgiram novas compreensões referentes às práticas voltadas aos indivíduos em sofrimento psíquico. Desta forma, passaram a ser discutidos e questionados os paradigmas de atenção à saúde mental focalizados nos modelos psiquiátricos tradicionais (Delgado, 1992 citado por Bagatin, 2019). A partir das décadas de 60 e 70, cada vez mais cresciam as denúncias referentes à abusos praticados em instituições de asilo e conseqüentemente fortaleciam-se os movimentos sociais críticos à lógica psiquiátrica tradicional. Franco Basaglia, principal idealizador da Reforma Psiquiátrica Italiana, visitou o Brasil em 1979 e contribuiu para a construção dos novos ideais críticos para as práticas em saúde mental. Além disso, por conta do movimento de Reforma Sanitária,

idealizado por profissionais da saúde desde o ano de 1970, um novo contexto de práticas em saúde estava sendo discutido no país (Bagatin, 2019).

Neste cenário, novos dispositivos relacionados ao âmbito da saúde foram idealizados, tal qual, o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) e seus anexos voltados à atenção em saúde mental. Um dos marcos principais deste novo cenário, foi a criação da Lei 10.216 (2001), também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, cuja qual dispõe sobre os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico, a partir de perspectiva crítica e humanizadora dos modelos de atenção à saúde mental. Um de seus ideais centrais é a desinstitucionalização, entretanto, verifica-se que, mesmo após ter sido outorgada, algumas práticas no país divergem de suas especificações, como por exemplo, a contínua criação de Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP), mantenedores da lógica manicomial, após o ano de 2001 (Bagatin, 2019).

Em relação aos ECTP's, também conhecidos como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), cabe ressaltar que sofreram alteração de sua nomenclatura a partir da Reforma Penal de 1984, anteriormente eram denominados manicômios judiciários. Bitencourt (2013) afirma que a mudança na denominação resultou apenas em um eufemismo, ou seja, uma expressão menos impactante para o "velho e deficiente manicômio judiciário" (p. 856).

Embora estes locais sejam classificados como distintos das penitenciárias comuns, por teoricamente oferecerem tratamento especializado, ainda mantêm a lógica de barrar a relação do indivíduo com o mundo exterior, limitando a saída deste por meio do conceito de periculosidade (Carmo, 2022). Dessa forma, o papel destas instituições torna-se incongruente, uma vez que, segue um modelo punitivo e não apenas de tratamento. Cabe ressaltar também que ao utilizar-se da noção de periculosidade, o "perigo" centraliza-se em ações presumidas, não condizentes com a lógica dos processos pós-delitais, nas quais fatores inexistentes no

presente contribuem para a manutenção da privação de liberdade do indivíduo (Confessor Junior & Dimenstein, 2021).

Costa-Rosa (2013) associa este tipo de intervenção manicomial, ao que denomina Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. Neste contexto, as práticas terapêuticas, disciplinares e medicalizantes, são direcionadas a corrigir os sintomas das ditas ‘psicopatologias’, com base na concepção de que saúde é a ausência de doenças e que esta é uma manifestação individual, com etiologia fisiológica. Esta perspectiva converge com as interpretações psicopatológicas propostas pelo modelo biomédico, o qual legitima o hospital psiquiátrico como um local de tratamento. Entretanto, diversas problemáticas estão associadas a estas perspectivas, tais quais, a supervalorização do saber médico, a dificuldade em denotar a etiologia orgânica das ‘psicopatologias’, a ampla administração de tratamento medicamentoso, entre outros fatores (Costa-Rosa, 2000).

A partir da contextualização geral do processo de institucionalização dos indivíduos ditos “loucos” e de outros fatores transversais à temática, o presente trabalho tem por objetivo destacar de forma comparativa, as ações de dois programas que permeiam a execução das medidas de segurança no Brasil: o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), do estado de Goiás e a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), de Mato Grosso do Sul, denominada EAP Integra. Ambos os programas são responsáveis por: acompanhar indivíduos designados ao cumprimento de medida de segurança, garantirem o acesso dos mesmos aos dispositivos associados ao SUS e executarem a medida de forma ambulatorial¹ (Ministério Público do Estado de Goiás, 2013; Ministério da Saúde, 2014), como previsto pelo Código Penal (Brasil, 1940) e em consonância com os princípios da Lei

¹ O termo ambulatorial segue o padrão utilizado pelos segmentos oficiais e jurídicos, no entanto, ressalta-se que, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para além dos tratamentos ambulatoriais, prevê articulação de diversos dispositivos (Amarante & Nunes, 2018). Por meio desta, o indivíduo e seus familiares devem deixar o papel de paciente, que apenas recebe o tratamento que lhe é ofertado, para assumir posição ativa na elaboração do plano terapêutico e na atuação sobre os dispositivos.

da Reforma Psiquiátrica. Cabe ressaltar que, o PAILI, para além deste tipo de atuação, também atua como um dispositivo conector de comunicação direta entre o juiz do processo e o paciente, afim de simplificar o processo judicial geral (Ministério Público do Estado de Goiás, 2013).

2 Metodologia

O presente trabalho, cujo objetivo é destacar de forma comparativa as ações dos programas mencionados, de forma qualitativa exploratória. Se deu por meio da leitura e discussão de artigos científicos, capítulos de livros, documentos de autoridades públicas, além de documentos não publicados cedidos para fins de estudo, tais quais: Relatório de atualização das informações dos pacientes acompanhados pela EAP Integra/MS (Gaban, 2023) e ofícios circulares da Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário de Mato Grosso do Sul (AGEPEN, 2023). O primeiro documento referido foi obtido por meio do contato direto com a coordenadora da EAP Integra, via internet. Já o segundo documento, foi solicitado à Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação do Poder Executivo Federal. Sob a luz dos ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira, os textos foram selecionados através dos conteúdos direcionados, a partir do levantamento de informações.

A escolha dos programas ocorreu com base na ação inovadora do PAILI, um dos dispositivos inaugurais facilitador dos processos de desinstitucionalização e reinserção social de indivíduos diagnosticados com transtornos psiquiátricos em conflito com a lei, que recebeu o prêmio Innovare em 2009. Em relação à EAP Integra, cabe ressaltar que esta refere-se exclusivamente à EAP de Mato Grosso do Sul, visto que, existem muitas outras EAP 's pelo Brasil. Sua escolha deu-se a partir de sua recente consolidação, visando contribuir para a cronografia e delineamento das ações alternativas em saúde mental do estado de Mato Grosso do Sul.

3 Resultados e Discussão

A seguir, serão apresentadas inicialmente as categorias de análise, dispostas em um quadro, seguidas por suas respectivas definições e uma prévia dos resultados encontrados. Posteriormente, será realizada a discussão e retomada de cada item, com a apresentação completa da problemática central em questão.

3.1 Categorias de Análise

Quadro 1

Categorias de análise

Variável	PAILI - GO	EAP - MS
Conjuntura histórica de consolidação dos programas em cada estado.	Momento de ascensão do movimento de Reforma Psiquiátrica e da criação de políticas alternativas em saúde mental no país.	Momento de descenso do movimento de Reforma Psiquiátrica e da criação de políticas alternativas em saúde mental no país.
Modalidades de medida de segurança no estado	Apenas tratamento ambulatorial.	Tratamento ambulatorial e internação de custódia.
Modelo orientador das práticas de tratamento	Psicossocial	Psicossocial e biomédico.
Taxa de reentrada	5%	10%
Equipe	Multiprofissional	Multiprofissional
Tipo de atuação no estado	Exclusiva	Complementar

3.1.1 Conjuntura histórica de consolidação dos programas em cada estado

Em relação a história de surgimento dos programas, tem-se como momento de estímulo inicial para a criação do PAILI o ano de 1996, quando o promotor de justiça Haroldo Caetano da Silva solicitou inquérito civil para investigação da execução das medidas de

segurança no estado de Goiás. Algum tempo depois, em 2006, o PAILI consolidou-se como programa propriamente dito (Ministério Público do Estado de Goiás, 2013).

Já a EAP Integra, embora a portaria MS/GM nº 94 (2014), que dispõe sobre a criação e regulamentação das EAP 's no Brasil, tenha surgido em 2014, iniciou suas atividades apenas em 2019, a partir das ações do projeto Reintegra do Ministério Público Estadual.

A diferença temporal entre a conjuntura de criação dos dois programas, foi responsável por propiciar diferentes contextos para o estabelecimento e desenvolvimento destes. Pode-se dizer que o PAILI surgiu em um momento de ascensão das discussões pelos ideais da Reforma Psiquiátrica e políticas alternativas em saúde e EAP Integra vivenciou o contexto oposto, de descenso, em que tais discussões já não eram mais protagonistas no cenário nacional.

3.1.2 Modalidades de medidas de segurança

Como dito anteriormente, as modalidades para cumprimento das medidas de segurança previstas pelo Código Penal (Brasil, 1940) são duas: internação em hospital de custódia e tratamento ambulatorial.

No estado de Goiás, o tratamento de tipo ambulatorial é unânime, pois o estado não possui hospitais de custódia ou alas prisionais psiquiátricas para internação. A partir das sentenças dos processos judiciais, o programa (PAILI) é comunicado, e o próprio indica o local de tratamento extra-hospitalar ou internação breve, apenas caso os recursos extra-hospitalares sejam incipientes (Ministério Público do Estado de Goiás, 2013).

No estado de Mato Grosso do Sul, ambas as modalidades de medida de segurança são previstas. O estado nunca possuiu hospitais de custódia, entretanto conta com 2 alas psiquiátricas instaladas em diferentes complexos prisionais, sendo a principal, inaugurada ao final de 2015, na capital do estado (Rodrigues, 2016). Atualmente, segundo dados fornecidos em relatório pela EAP Integra e reinterpretados estatisticamente por meio da proporção das

quantidades da amostra, 17,1% dos indivíduos que cumprem medida de segurança, assistidos pelo programa, encontram-se institucionalizados, em números: 31 indivíduos do total de 180. Quando a sentença de internação é determinada pelo juiz, ocorre a institucionalização dos pacientes, a qual é mantida nos estabelecimentos penais até que os indivíduos progridam para o tratamento ambulatorial auxiliado pelo programa. Em contradição à quantia de indivíduos registrada pela EAP Integra, dados fornecidos pela AGEPEN (Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário de Mato Grosso do Sul), indicam que atualmente 93 indivíduos encontram-se privados de liberdade em medida de segurança no estado.

3.1.3 Modelo orientador das práticas de tratamento

As práticas exercidas em cada modalidade de medida de segurança são orientadas por modelos científicos-políticos das ‘psicopatologias’. Neste caso, a prática asilar, vigente em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou alas prisionais destinadas ao tratamento psiquiátrico, como ocorre em Mato Grosso do Sul, está diretamente associada ao modelo biomédico de interpretação das psicopatologias, o qual é perpassado por problemáticas como, o estabelecimento de padrões de normalidade embasados em critérios estatísticos, a utilização de intervenções medicamentosas sobre etiologias fisiológicas pressupostas, generalização dos manuais de classificação, dentre outros. Este modelo considera o asilo como intervenção legítima, destinada a atenuar os sintomas apresentados pelo indivíduo por meio de intervenções medicamentosas e disciplinares, sendo a primeira agente sobre os aspectos fisiológicos da psicopatologia, e a segunda, adaptativa e normativa de comportamentos (Costa-Rosa, 2013).

Em contrapartida, o modelo ambulatorial, presente em ambos os estados, estaria mais próximo do Paradigma Psicossocial, visto que, este por si só se caracteriza como uma das diretrizes da Reforma Psiquiátrica (Costa-Rosa, 2010/2013). Este viés, parte de uma concepção de entendimento ampla do sujeito, que considera para além de aspectos orgânicos,

a dimensão social em que o indivíduo inserido. Além disso, valoriza o posicionamento ativo do sujeito e de seus familiares frente ao tratamento e prioriza um tipo de assistência humanizada com manutenção dos vínculos territoriais e comunitários.

3.1.4 Taxa de reentrada

Reentrada representa o termo alternativo à “reincidência criminal”, visto que, a condição de inimputabilidade é distinta da condição de réu comum e não deve seguir a mesma lógica de punição e reincidência. Dessa forma, a taxa de reentrada estabelecida pelo PAILI é de 5%, enquanto a da EAP Integra é de 10%. Cabe ressaltar que, no caso da EAP Integra, a taxa mencionada foi formulada a partir da interpretação de dados apresentados no relatório fornecido pela direção do programa (Gaban, 2023). Neste, foi relatado o acompanhamento de 70 pessoas no início das atividades do programa e logo em seguida a situação atual destes indivíduos, na qual, 7 encontravam-se em situação de reentrada.

O Relatório de Reincidência Criminal no Brasil (Departamento Penitenciário Nacional, 2022), postula que a taxa de reincidência criminal geral do país varia entre 20,4% e 42,5%, a depender das amostras e critérios periódicos utilizados. Quando comparadas às taxas de reincidência de conflito com a lei, evidencia-se a discrepância entre os resultados, fator indicativo das diferentes implicações ocasionadas pelos tipos de intervenções utilizadas nos dois contextos em questão, uma delas com integração social e a outra com privação da liberdade.

3.1.5 Equipe

Tanto o PAILI quanto a EAP Integra utilizam-se de equipes multiprofissionais, ou seja, constituídas por profissionais de diferentes áreas de atuação. No caso do PAILI, a equipe totaliza 30 servidores, no entanto, apenas 18 atuam como técnicos referentes e de fato lidam com as questões relativas aos pacientes e a execução das medidas de segurança. Os

profissionais que compõem a equipe técnica são: 6 psicólogos(as), 3 assistentes sociais, 3 enfermeiros(as), 1 médica psiquiatra e 5 assistentes administrativos (Carmo, 2022).

Já em relação à EAP Integra, de acordo com a portaria MS/GM nº 94 (2014), a qual instituiu os serviços de avaliação e acompanhamento ao indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei, estão previstas a atuação de 5 profissionais: 1 enfermeiro(a), 1 médico(a) psiquiatra ou médico(a) com experiência em saúde mental, 1 psicólogo(a), 1 assistente social e 1 profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, preferencialmente educação, terapia ocupacional ou sociologia.

3.1.6 Tipo de atuação no estado

A atuação dos programas pode ser caracterizada como exclusiva ou complementar em relação à presença de outros dispositivos relativos à execução das medidas de segurança no estado. O PAILI, por exemplo, caracteriza-se pelo tipo de atuação exclusiva, uma vez que, a execução das medidas de segurança compete exclusivamente ao programa, ou seja, não há outras modalidades além do modelo ambulatorial assistido pelo programa. Em contrapartida, a EAP Integra caracteriza-se a partir de uma atuação complementar, ou seja, para além do programa, responsável pela execução dos tratamentos em modalidade ambulatorial e desinstitucionalização de pacientes, existem outros dispositivos que atuam relacionados à modalidade de institucionalização, como por exemplo os estabelecimentos penais, no caso de Mato Grosso do Sul.

3.1.7 Discussão geral

A conjuntura de consolidação dos programas caracteriza-se à medida que no estado de Goiás as atividades do PAILI iniciaram-se em 2006, enquanto em Mato Grosso do Sul, a EAP Integra passou a atuar apenas em 2019. A distância temporal de pouco mais de uma década entre o início das atividades dos programas em questão, foi responsável por propiciar

diferentes contextos políticos, econômicos e sociais para o cenário de consolidação dos mesmos.

O PAILI, surgiu em um contexto de ascensão das discussões pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, ou seja, de incentivo às políticas alternativas em saúde mental. Neste período, início dos anos 2.000, houve a criação de vários dispositivos favoráveis às ações do programa, tais quais: o surgimento de residências terapêuticas por meio da portaria N° 106 (Ministério da Saúde, 2000), o estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pela portaria N° 336 (Ministério da Saúde, 2002), bem como a criação do Programa De Volta pra Casa, através da Lei Federal 10.708 (Brasil, 2003). Outro importante marco deste período foi a aprovação da Lei Antimanicomial em 2001 (Brasil, 2001), a qual corroborou para o redimensionamento dos modelos assistenciais a partir das propostas de desinstitucionalização, provenientes do movimento de Reforma Psiquiátrica. Assim, o contexto geral deste cenário era pautado em ideias centrais de fechamento dos ditos “hospícios” e “manicômios”, de reinserção territorial e social dos indivíduos institucionalizados, além da valorização e incentivo aos dispositivos alternativos recentes.

Após pouco mais de uma década, quando a EAP Integra inicia suas atividades, um contexto de declínio do cenário anterior instituiu-se, à medida que, novas ações passam a enfraquecer a manutenção do modelo de atenção psicossocial construído. Dentre os acontecimentos que caracterizam este contexto, é possível citar fatos como, a nomeação de um ex-diretor técnico do maior asilo manicomial da América Latina para coordenador geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas em 2015; a aprovação de novas diretrizes para as políticas de saúde mental no Brasil pela Comissão Intergestores Tripartite em 2017; bem como a publicação da Nota Técnica n°11 (Ministério da Saúde, 2019) em 2019, pelo Ministério da Saúde, a qual dispôs de incentivo financeiro do governo federal para reabertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, inserção de hospitais psiquiátricos na Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS), além de incentivo à realização de eletroconvulsoterapia através da possibilidade de financiamento dos equipamentos (Silva et al., 2020). Em reconhecimento ao retrocesso sofrido pelas políticas em saúde mental do país e pela Lei 10.216 (2001) por meio das novas propostas, o Conselho Federal de Psicologia (2019) emitiu nota em repúdio à Nota Técnica nº11 (Ministério da Saúde, 2019):

O teor do documento aponta um grande retrocesso nas conquistas estabelecidas com a Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, 2001), marco da luta antimanicomial, ao estabelecer a importância do respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais no Brasil. A nota apresenta, entre outras questões que desconstruem a política de saúde mental, a indicação de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), incentivando assim o retorno à lógica manicomial.

Cabe ressaltar que as diferenças entre contextos históricos não se limitam apenas à conjuntura de estabelecimento dos programas, outro importante fator, que caracteriza divergências entre contextos históricos distintos, reside no fato de que, os modelos de atenção psicossocial propostos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica surgiram posteriormente ao Código Penal utilizado ainda hoje, o qual data de 1940. De tal forma, as implicações judiciais previstas aos indivíduos com diagnóstico psiquiátrico encontram-se desatualizadas em relação às diretrizes propostas em 2001. As modalidades previstas para cumprimento de medida de segurança judicial são: internação em hospital de custódia, opção que se encontra em desacordo com as propostas da Lei 10.216 (2001) e tratamento ambulatorial.

A dualidade prevista entre as modalidades, dificulta a ação de programas como a EAP Integra, que atua de forma complementar ao serviço penal, uma vez que, no estado de Mato Grosso do Sul, diferentemente de Goiás, as duas modalidades de medida de segurança são previstas e acompanhadas pelo programa. Desta forma, a EAP Integra deve atuar sobre o

acompanhamento da execução das medidas de segurança em modalidade extra-instituição e também contribuir para a desinstitucionalização progressiva dos pacientes que se encontram confinados, embora considerados inimputáveis. Um dos indicativos da dificuldade de atuação complementar, pode ser evidenciado por meio da divergência de dados entre o programa e as instituições penais. Enquanto os dados da EAP Integra contabilizam 31 indivíduos institucionalizados, de acordo com a AGEPEN, o total seriam 93 indivíduos.

Os tipos de intervenção previstas em cada modalidade de medida de segurança relacionam-se diretamente com as propostas de modelos interpretativos das ditas psicopatologias. Assim, a internação em hospital de custódia, enquanto um tipo de intervenção em moldes asilares, relaciona-se diretamente com o modelo biomédico interpretativo das ‘psicopatologias’, como descrito por Costa-Rosa (2013). O modelo biomédico, quando comparado em aspectos teóricos e metodológicos ao modelo psicossocial, dispõe de diversas limitações. Dentre as problemáticas presentes neste modelo, inicialmente se destaca a determinação e distinção de padrões de normalidade entre os sujeitos por meio de critérios estatístico, ou seja, determinada característica quando apresentada por grande parte dos sujeitos, será considerada ‘normal’ e não fará parte da classificação de comportamentos que necessitam ser tratados. Este modo de determinar a normatividade ocasiona renúncia de parte dos sujeitos não integrantes de grupos majoritários, além da desconsideração de suas particularidades. Diante disto, torna-se questionável afirmar que o indivíduo que difere em algum aspecto da maioria dos outros sujeitos possui algum problema interno subjacente, seja um defeito no aparato psíquico, uma doença mental ou uma personalidade desviante, por exemplo (Banaco, 1999). Este questionamento, nos conduz a problemática do objeto de estudo pressuposto pelo modelo biomédico, visto que, não são demonstradas etiologias estruturais causadoras de grande parte das ditas psicopatologias

(Izaguirre, 2011), fator sugestivo de que estas podem ser melhor explicadas enquanto critérios sociais do que por aspectos neurobiológicos propriamente ditos (Berrios, 2007).

Outra problemática, está associada aos manuais de classificação nosológica das psicopatologias utilizados para embasamento das práticas biomédicas, como por exemplo, para a atribuição de diagnósticos. São estes, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2014) e CID, Classificação Internacional de Doenças (Wells et al., 2011), nos quais foram realizadas pesquisas estatísticas para suas respectivas formulações em contexto norte americano. Dessa forma, não é coerente pressupor a generalização dos resultados para outros países, visto que, as variáveis sociais, econômicas e culturais que perpassam o cotidiano dos indivíduos em cada local são distintas (Machado et al., 2015). Amarante e Feitas (2015) relacionam a atribuição de diagnósticos à ampla utilização de psicofármacos, fator que contribui para a conversão de experiências inerentes à existência humana, de ordem moral, política e social, em patologias passíveis de intervenções farmacológicas ‘milagrosas’.

Em contrapartida ao modelo biomédico, correlacionado ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, outro modelo alternativo que busca direcionar novas práticas em saúde trata-se do modelo de Atenção Psicossocial. Compatível com as propostas da Reforma Psiquiátrica, esta perspectiva não desconsidera a dimensão orgânica do sujeito, entretanto, não se dedica a explicar as psicopatologias a partir de critérios estatísticos e sociais de normatividade, neste caso, são priorizados os aspectos individuais e coletivos envolvidos no processo de sofrimento do indivíduo (Shimoguiri & Costa-Rosa, 2017). Além disso, a perspectiva psicossocial conta com assistência humanizada e busca valorizar o posicionamento ativo do sujeito e de seus familiares frente ao tratamento, o qual deve priorizar a manutenção dos vínculos territoriais e comunitários; o conceito de integralidade; a concepção ampliada de saúde; equidade; processo de singularização; etc (Costa-Rosa, 2000).

A manutenção dos vínculos comunitários, é referida e indicada pela própria Lei de Execuções Penais (1984) por meio do termo “integração social”: “A execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado”. De tal forma, evidencia-se o papel eminente dos vínculos comunitários para a reabilitação, visto que, por meio deste, o indivíduo envolve-se em um movimento dialético com a sociedade, se constitui como parte do coletivo, assume atribuições sociais e conseqüentemente desenvolve autonomia (Olivera, 2013). Além disso, com o auxílio dos dispositivos de tratamento, o indivíduo também terá a chance de reposicionar-se subjetivamente, à medida que terá possibilidade de reconhecer-se como um dos agentes envolvidos no processo de ‘sofrimento’, que não apenas sofre com sua realidade conflitiva, mas que também pode tornar-se agente da possibilidade de mudanças (Costa-Rosa, 2000).

Correlações positivas entre a integração social e o baixo índice de reentrada podem ser observadas. Enquanto as taxas gerais de reincidência criminal do Brasil, variam entre 20,4% e 42,5%, as taxas de reentrada apresentadas pelos programas são 5% (PAILI) e 10% (EAP Integra). Quando comparadas, nota-se certa disparidade entre os valores mensurados por cada programa. Uma possível explicação para a taxa duplicada apresentada pela EAP Integra, refere-se ao fato de que o programa atua em modelo híbrido. Esta forma de atuação, contempla tanto indivíduos em acompanhamento ambulatorial, quanto em regime fechado, portanto, reentradas podem ocorrer em dois contextos distintos e não apenas um, como no caso do PAILI, que atua de forma exclusivamente ambulatorial.

Amarante e Torre (2017), postulam que a efetivação plena da integração social necessita do rompimento com a concepção de “extranormalidade”, de patologias mentais ou qualquer outro conceito que caracterize limitações para a diversidade psíquica, uma vez que, estes conceitos, enquanto parte da cultura manicomial, continuarão a perpetuar tal lógica

também fora das instituições. De tal forma, depreende-se que o modelo psicossocial está mais próximo de atingir este tipo de rompimento, visto que, parte de uma compreensão ampla dos aspectos desencadeantes do sofrimento do indivíduo.

Outro fator previsto pelo modelo psicossocial de atuação trata-se da prática multiprofissional (Costa-Rosa, 2000). Dada a inconstância teórica relacionada ao conceito de psicopatologia, devido às múltiplas definições e interpretações atribuídas às mesmas, evidencia-se a importância da equipe multiprofissional para avaliação dos indivíduos durante o processo judicial e otimização das intervenções propostas a ele posteriormente.

Ambos os programas abordados no presente trabalho, PAILI e EAP Integra, utilizam-se da composição multiprofissional de suas equipes. De tal forma, constituem maior aporte teórico para interpretação dos casos, maior articulação de alternativas terapêuticas, além de, acesso à diversos dispositivos auxiliares em mais de uma área do conhecimento. O emprego da equipe multiprofissional atende de forma mais circunspecta as necessidades do indivíduo em medida de segurança à medida que, relaciona-se com as diferentes áreas profissionais, jurídica, da saúde, social e outras.

A quantidade de profissionais atuantes em cada um dos programas é bastante distinta. Enquanto o PAILI possui 18 técnicos atuantes (Carmo, 2022), para as EAP's estão previstos 5 profissionais de acordo com a portaria nº94 (2014). Embora o estado de Goiás possua maior índice populacional que Mato Grosso do Sul, além de maior número de acompanhamentos de indivíduos em medidas de segurança, questiona-se se de fato, apenas 5 profissionais seriam suficientes para desempenhar as ações da EAP Integra, à medida que, o programa mantém dupla atuação em relação às medidas de segurança, uma delas assistindo à execução destas de forma extra-instituição e a outra atuando sobre a desinstitucionalização progressiva de indivíduos. Este fator, constitui-se como possível explicação para as divergências entre os dados apresentados pela EAP Integra e os dados apresentados pela AGEPEN referentes ao

número de indivíduos que se encontram privados de liberdade em condição de medida de segurança.

4 Considerações Finais

O movimento de Reforma Psiquiátrica foi responsável por indicar diversas novas possibilidades de atuação em relação à promoção de saúde mental, além de contribuir para a identificação dos impasses contidos nos modelos tradicionais de promoção à saúde. Entretanto, apesar das evidências de efetividade e relevância das novas propostas, alternativas compatíveis à lógica manicomial continuam sendo tidas como opção de intervenção. A própria medida de segurança torna-se questionável enquanto parte de um código anterior às propostas alternativas de atenção à saúde, e reprodutora de um paradoxo, à medida estabelece em suas modalidades pena sem culpa e/ou internação com pressuposto terapêutico sem liberdade.

As modalidades previstas pela medida de segurança, conduzem a outra problemática, a dualidade interpretativa das ditas psicopatologias, visto que, são caracterizadas por dois modelos antípodas, o modelo biomédico tradicional e o modelo alternativo psicossocial. Este fator, associa-se diretamente às dificuldades impostas à atuação de programas de acompanhamento às medidas de segurança, especialmente àqueles que assistem ambas as modalidades (internação de custódia e tratamento ambulatorial) e conseqüentemente ambos os modelos interpretativos (biomédico e psicossocial), como a EAP Integra por exemplo.

Devido à possibilidade de internação de custódia prevista pelo estado de Mato Grosso do Sul, simultaneamente à possibilidade de tratamento ambulatorial, a EAP Integra deve atuar de forma complementar a outros dispositivos e em modalidade híbrida. Ou seja, para além de atuar na garantia da execução da medida de segurança de forma extra-instituição, atua concomitantemente a outros dispositivos para a desinstitucionalização progressiva de indivíduos. Em contrapartida, no estado de Goiás, apenas os tratamentos ambulatoriais estão

previstos em caso de medida de segurança, de forma que, o PAILI caracteriza-se como agente exclusivo responsável apenas pelo acompanhamento dos tratamentos de tipo extra-instituição.

Embora as conjunturas históricas de consolidação dos programas também tenham sido responsáveis por influenciar o desenvolvimento de suas ações, além de questões relativas à demografia de cada estado, tempo de atuação de cada programa, dentre outros fatores, evidencia-se a hipótese sobre as implicações negativas que a modalidade dupla de medida de segurança pode ocasionar, visto que, o PAILI por exemplo, caracteriza-se como um programa mais bem estabelecido quando comparado à EAP Integra. Se a internação de custódia e o tratamento ambulatorial estão associados à modelos interpretativos e práticas contrárias, torna-se incongruente coexistirem simultaneamente.

Dessa forma, para dar continuidade ao desenvolvimento das ações dos programas de acompanhamento aos indivíduos em medida de segurança, é necessário que o paradigma psicossocial seja protagonista no cenário da “loucura”. As práticas alternativas em saúde têm demonstrado sua efetividade e valor, porque não dá-las uma chance?

Referências

Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário de Mato Grosso do Sul. (2023).

Ofício Circular n.1121. [Documento não publicado].

Amarante, P. D. C. (1998) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*.

(2ª ed., Vol. 1). Fiocruz Editora. <https://doi.org/10.7476/9788575413357>.

Amarante, P. D.C., & Torre, E. H. G.. (2017). Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da

- Saúde Mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), 763–774. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0881>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5(1)*. Porto Alegre: Artmed.
- Bagatin, T. S. (2019). *Manicômio Judiciário: a contramão da Reforma Psiquiátrica*. [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Maringá]. Repositório Institucional da Universidade Estadual de Maringá. http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses-e-dissertacoes-defendidas/lista-de-arquivos-teses-e-dissertacoes/tese_-_manicmio_judicirio_-_a_contram_o_da_reforma_psiquitrica_-_thiago_bagatin.pdf
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em: R. R. Kerbauy e R. C. Wielenska (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição, vol.4*,(pp. 75-82). Santo André: Arbytes.
- Berrios, G. E. (2007). Como o passado pode nos ajudar a prever o futuro? *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 11–12. <https://doi.org/10.1590/s0101-81082007000100004>
- Bitencourt, C. R. (2013). *Tratado de Direito Penal: Parte geral*. Saraiva.
- Brasil. (1830). *Lei de 16 de dezembro de 1830*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm
- Brasil. (1890). *Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm.
- Brasil. (1940). *Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm

Brasil. (1984). *Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.*
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm

Brasil. (2001). *Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001.*
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Brasil. (2003). *Lei nº10.708, de 31 de julho de 2003.*
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708%2C%20DE,Art.

Carmo, M. L. (2022). *Desinstitucionalização do louco infrator: A experiência do PAILI Goiás e a atuação da psicologia.* [Monografia, Universidade Federal de Goiás].
Repositório Institucional da Universidade Federal de Goiás.
<https://repositorio.bc.ufg.br/riserver/api/core/bitstreams/81b0ca60-f43f-4cac-b304-b77b4929701a/content>

Confessor J., Gomes W. & Dimenstein, M. (2021). Do discurso do poder ao silêncio da loucura: o manicômio judiciário e o fetiche da punição. *Psicologia política*, 21(50), 285-298. Retirado de
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000100020&lng=pt&nrm=iso. ISSN 2175-1390.

Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. Em P. D. C. Amarante (Ed.), *Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade (pp. 141-168)*. Rio de Janeiro, RJ: Editora da Fundação Oswaldo Cruz.

Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. São Paulo, SP: Unesp.

- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde*.
<https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>.
- Departamento Penitenciário Nacional (Org.). (2022). *Reincidência Criminal no Brasil*. Gappe.
- Gaban, M. (2023). *Relatório de atualização das informações dos pacientes acompanhados pela EAP Reintegra/MS*. [Documento não publicado].
- Izaguirre, G. (2011). Elogio ao DSM-IV. Em: Jerusalinsky, A.; Fendrik, S. (Org.): *O livro negro da psicopatologia contemporânea*, 1(2), 13-22. São Paulo: Via Lettera.
- Machado, J., Caye, A., Frick, P., Rohde, L. (2015). Principais Mudanças nos Transtornos de Crianças e Adolescentes. (F. D. Silva, Tradutor). *Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*.
<https://iacapap.org/Resources/Persistent/97b6e9dc612fff58a3e1fe303c6970b5e0361b62/A.9-DSM-5-PORTUGUESE-2015.pdf>
- Ministério da Saúde. (2000). *Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000*.
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>
- Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Ministério da Saúde. (2014). *Portaria nº 94 de 14 de janeiro de 2014*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html
- Ministério da Saúde. (2019). *Nota Técnica nº 11/2019*.
<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

Ministério Público do Estado de Goiás. (2013). *Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*.

https://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15_33_20_501_mioloPAILI_La_yout.pdf.

Oliveira, P. de S. (2013). O processo de socialização e de solidariedade. *Psicologia USP*, 24(2), 303–326. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200007>.

Rodrigues, K. (2016). *Especialista elogia ala psiquiátrica da máxima da capital*. Secretaria de Estado de Justiça e de Segurança Pública. <https://www.sejusp.ms.gov.br/14983-2/>.

Rossi, V. R. (2015). Medida de Segurança: a violação do direito à saúde a partir do conceito de periculosidade. *Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário*, 4(3), 75–93. <https://doi.org/10.17566/ciads.v4i3.171>

Shimoguri, A. F. D. T., & Rosa, A. da C. (2017). A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção. *Psicologia USP*, 28(3), 389-395. <https://doi.org/10.1590/0103-656420160123>

Silva T. A., Silva A. S., Filho I. E., Nery A. A. & Vilela, A. B. A. (2020). (Re) Visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos. *Avances en Enfermería*, 38(3), 380-386. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.82440>

Wells, R. H., Bay-Nielsen, H., Braun, R., Israel, R. A., Laurenti, R., Maguin, P., & Taylor, E. (2011). *CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo: EDUSP.