



**Universidade de Brasília - UnB**  
**Instituto de Ciências Humanas - IH**  
**Departamento de Serviço Social - SER**  
**Trabalho de Conclusão de Curso - TCC**  
**Orientadora: Prof. Dra. Debora Diniz**

Luana Karina Dallposso

**Prisão e Loucura:**  
**uma narrativa de mulheres em medida de segurança no Distrito Federal**

Brasília (DF)

Março de 2013

**Prisão e Loucura: uma narrativa de mulheres em medida de segurança no Distrito Federal.**

por

Luana Karina Dallposso

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de graduação em serviço social, sob orientação da Profa. Dra. Debora Diniz .

Brasília, 7 de março de 2013

**BANCA EXAMINADORA**

0-3/

---

Orientadora Profa. Dra. Debora Diniz - Universidade de Brasília

---

*Juliana Medeiros Paiva*

Juliana Medeiros Paiva - Universidade de Brasília  
Doutoranda em Política Social UnB

---

*Julia de A. Pacheco*

Julia de Albuquerque Pacheco - Universidade de Brasília  
Mêstranda em Política Social UnB

*Dedico esta monografia à minha mãe Márcia, meu amor, minha guerreira.*

## AGRADECIMENTOS

*Esse é um momento feliz e de gratidão. É também um (re) começo profissional em que vários foram os percalços.*

*Agradeço à vida por esta oportunidade.*

*À mestra Debora Diniz pela dedicação paciente, humildade e leveza do encontro.*

*A todos e todas que de alguma forma contribuíram para a construção desta pesquisa.*

*A equipe da Anis – Instituto de Direitos Humanos e Bioética.*

*Às colegas de pesquisa Rayane Noronha, Helena Lancellotti, Sinara Gumieri e Júlia Freire pela cumplicidade, troca e aprendizado.*

*À supervisora no campo de pesquisa Juliana Paiva, por acompanhar e estimular o crescimento do coletivo e pela disponibilidade de compor esta banca.*

*À Júlia Albuquerque pela gentileza e disponibilidade de compor esta banca.*

*Às supervisoras no campo de estágio, o Instituto de Saúde Mental, Raimunda Viana, e Juliana Queiroga, muito obrigada pelo acolhimento afetivo e intelectual.*

*Às professoras (res) que nos estimulam e acompanham nosso crescimento, em especial à Daniela Neves, Andréia de Oliveira, Newton Bignoto e Camila Potyara que tornaram os dias na UnB plenos de sentido.*

*À minha família que sempre me apoiou. Ao meu filho Pablo por embelezar minha caminhada, com carinho e amizade. À minha irmã Scarllet por ter dividido e muitas vezes assumido tarefas domésticas quando eu não pude. À minha tia Paola que foi mais uma irmã, presente em ocasiões especiais e delicadas da vida.*

*Ao amor de Felipe Rodrigues, que trouxe graça e paz pro meu coração.*

*Às colegas de curso Bárbara Parente, Paloma Morato, Lucas Brito, Luana Gaudad, Davi Carvalho, Ana Luíza Dutra pelas conversas, almoços, trabalhos e guapuruvus.*

RESUMO: Essa pesquisa é um subprojeto da Pesquisa Radiografia do Crime Feminino no Distrito Federal (DF), da qual participei durante o ano de 2012. É um estudo em ciências humanas de natureza qualitativa e exploratória do qual o instrumento principal de análise é a entrevista narrativa feita com as quatro mulheres que, consideradas loucas infratoras, cumprem a medida de segurança (MS). Embora haja um movimento de desmanicomialização da loucura em que é vedada a internação em locais com características asilares, no DF mulheres cumprem MS em celas compartilhadas com as presas enquanto a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) da Penitenciária Feminina (PFDF) atende apenas homens, além de estar interdita desde junho de 2012 por ser considerada inadequada para o tratamento. O DF é a unidade da federação mais atrasada na ampliação da rede de atendimento à saúde mental, de forma que os centros psiquiátricos existentes encontram-se sobrecarregados. O objetivo foi relacionar as dificuldades retratadas pelas mulheres em MS com o acesso a direitos sociais: de saúde e humanos. Os dados de campo foram analisados a luz das categorias: histórias de rua, drogas, violência e prostituição, o espaço prisional e a redescritção de si como presas e não como pacientes, o definir-se perigosa, a ausência da família e incapacidade do Estado em oferecer vínculos para a liberdade. Espera-se dar visibilidade à questão e garantir acesso a direitos para o cumprimento de MS por mulheres.

Palavras chave: Mulheres, Loucura, Medida de Segurança, Prisão, Acesso a direitos.

Eu vi a luz da luz do preto dos seus olhos  
Quando o sertão num mar de flor esfloresceu  
Sol parabelo, parabelo sobre a terra  
Gente só morre para provar que viveu  
Eu vi o não eu vi a bala matadeira  
Eu vi o cão, fui nos óio e era eu.

Cego com cego, Tom Zé e José Miguel Wisnik.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ASBRAD - Associação Brasileira de Defesa da Mulher da Infância e da Juventude

ATP - Ala de Tratamento Psiquiátrico

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEP/IH/UnB - Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília

CNPCP - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CPB - Código Penal Brasileiro

CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DEPEN/MJ – Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça

ECTP - Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HG - Hospital Geral

HPAP - Hospital de Pronto Atendimento psiquiátrico

HSVP - Hospital São Vicente de Paulo

ISM - Instituto de Saúde Mental

MPDFT - Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

MS - Medida de Segurança

PFDF - Penitenciária Feminina do Distrito Federal

PNPP - Plano Nacional de Política Penitenciária

PDSM/DF - Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal

PRCF/DF - Pesquisa Radiografia do Crime Feminino no Distrito Federal

RDD - Regime Disciplinar Diferenciado

SRT- Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 REVISÃO DE ESTUDOS BRASILEIROS .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 INIMPUTABILIDADE E PERICULOSIDADE SOCIAL .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 CUSTÓDIA E EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA .....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 DESINTERNAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 DESAFIOS ÉTICOS .....</b>	<b>21</b>
<b>4 ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1 MULHERES EM MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO - DF .....</b>	<b>24</b>
<b>4.1.1 <i>Histórias de rua, drogas, violência e prostituição</i> .....</b>	<b>27</b>
<b>4.2 ESPAÇO PRISIONAL .....</b>	<b>28</b>
<b>4.2.1. <i>Redescrição de si como presas e não como pacientes</i> .....</b>	<b>30</b>
<b>4.3. DEFINIR-SE PERIGOSA .....</b>	<b>32</b>
<b>4.4. AUSÊNCIA DA FAMÍLIA E INCAPACIDADE DO ESTADO EM OFERECER VÍNCULOS PARA A LIBERDADE.....</b>	<b>36</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer a singularidade da medida de segurança (MS) de internação cumprida em cárcere por mulheres no Distrito Federal (DF), tendo por base as narrativas das quatro mulheres nessa condição na Penitenciária Feminina do DF (PFDF) com a perspectiva de levantar suas dificuldades no acesso a direitos. A medida de segurança (MS) é um tratamento compulsório ambulatorial ou de internação para pessoas em sofrimento mental que cometem infrações. A MS é um dispositivo jurídico atestado por uma perícia psiquiátrica e determinada pelo juiz. A internação em instituição com características asilares é vedada pela Lei 10.216 (BRASIL, 2001) a principal referência em proteção para as pessoas em sofrimento mental, apesar disso no Brasil as MS de internação e ambulatoriais são executadas nos chamados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico HCTPs (BRASIL, 1984). Nos estados que não dispuserem de HCTPs é recomendado que os pacientes sejam tratados na Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004). Em três estados as pessoas cumprem MS em Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), o Distrito Federal é um deles (DINIZ, 2013).

Na única Penitenciária Feminina local (PFDF), quatro mulheres cumprem MS de internação em celas junto com as internas. A ATP que fica na própria penitenciária dispõe de 50 vagas, mas abriga 106 homens e está interditada pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) para o recebimento de novos internos desde junho de 2012 por ser considerada inadequada para a realização de atividades terapêuticas e para as demais necessidades dos usuários. Não há um programa específico de atendimento “que contemple as diretrizes das áreas de saúde, segurança, assistência social, educação, formação profissional, cultura e lazer”.<sup>1</sup>

Há poucos estudos que relacionam prisão e saúde mental e esse número diminui consideravelmente se contarmos a interface com questões específicas de gênero, foi encontrado apenas um estudo que abrange a questão da MS para mulheres na Scielo.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> DISTRITO FEDERAL. **MPDFT pede interdição da Ala de Tratamento Psiquiátrico da Colmeia.** 04/06/2012. Disponível em <http://www.mpdft.gov.br/portal/index.php/imprensa-menu/noticias/4891-mpdft-pede-interdicao-da-ala-de-tratamento-psiquiatrico>. Acesso em 24/08/2012.

<sup>2</sup> Scientific Electronic Library Online é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. Disponível em <http://www.scielo.org/> Acesso em 15/08/2012.

Também são poucos os estudos a partir de entrevistas com pessoas internadas em HCTPs. O objetivo desse estudo, além de contribuir para a produção científica do tema, é chamar a atenção do Estado e da sociedade para este assunto e questionar as estruturas que punem ao invés de tratar as mulheres inimputáveis como definido em lei. Por levar em conta a invisibilidade das pessoas com sofrimento mental e, sobretudo das questões de gênero é que se escolheu trabalhar com a perspectiva da mulher e não a partir da instituição ou dos profissionais.

O trabalho foi dividido em três partes. A primeira é a revisão da literatura nacional feita a partir de uma seleção de arquivos da base sobre MS construída para a pesquisa coordenada pela Profa Dra Debora Diniz: A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil – Censo 2011 (2013), encomendada a Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero pelo Ministério da Justiça. A distinção entre pena restritiva de liberdade e MS é uma discussão recorrente, em que a periculosidade social surge como fundamento da própria MS, causando a estigmatização e, penalizando duplamente a pessoa em sofrimento mental pela condição de louca e infratora. É feito um apanhado histórico sobre o aprisionamento da loucura, tendo o HCTP como instituição oficial para o recebimento de pessoas em MS de internação no Brasil. São abordadas as contradições e indefinições dessa instituição que se apresenta de uma forma híbrida entre a prisão e o hospício e tem na sua base a exclusão e o abandono como maneira de tratar a loucura. A questão da efetivação dos direitos e a desinternação são abordadas ao final da revisão.

Essa pesquisa fez parte de uma pesquisa maior intitulada Radiografia do Crime Feminino no Distrito Federal (PRCF/DF), também coordenada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Debora Diniz em parceria com a Anis e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). O objetivo da PRCF/DF foi traçar um perfil das mulheres sentenciadas na PFDF para demonstrar variações neste perfil, apontar tendências atuais que permitam o delineamento de políticas públicas voltadas essa população e por fim definir estudos de caso. O segundo capítulo, referente à metodologia, pondera a escolha dos instrumentos para a coleta de dados e as dificuldades éticas da pesquisa em campo no caso da penitenciária. O instrumento principal de análise foi a pergunta narrativa feita às 4 mulheres em MS na PFDF, de uma a uma, também foi aplicado um questionário geral preparado pela Anis.

O terceiro capítulo é a análise dos dados das entrevistas narrativas em que são levantadas questões relativas às violações de direitos, feita a luz das categorias de análise: histórias de rua, drogas, violência e prostituição, o espaço prisional e a redescritção de si como

presas e não como pacientes, o definir-se perigosa, a ausência da família e incapacidade do Estado em oferecer vínculos para a liberdade.

## **2 REVISÃO DE ESTUDOS BRASILEIROS**

Este trabalho fez parte da Pesquisa Radiografia do Crime Feminino no DF (PRCF/DF), grupo em que fui pesquisadora no ano de 2012, coordenada pela Profa Dra Debora Diniz que também foi responsável pelo maior estudo nacional sobre pessoas que cumprem MS em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs): A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil - Censo 2011(DINIZ, 2013), encomendada à Anis – Instituto de Bioética e Direitos Humanos pelo Ministério da Justiça. A delimitação da loucura como tema coincidiu com a fase final dessa pesquisa e foi determinante para a revisão de estudos.

Para o estudo do Censo, durante 11 meses a equipe visitou 23 HCTPs em 19 estados e 3 ATPS em dois estados e no Distrito Federal (DF) e analisou os dossiês de 3.989 indivíduos internados.<sup>3</sup> Os ECTPs (que são os HCTPs e as ATPs) não estão presentes em sete estados: Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo são os únicos que possuem mais de um ECTPs, com três unidades cada. (DINIZ, 2013). O objetivo do Censo foi traçar um perfil socioeconômico, de diagnósticos e de itinerários penais e jurídicos das pessoas que viviam nos ECTPs em 2011, para dar visibilidade e orientar políticas públicas voltadas a essa população considerada histórica e socialmente apartada.

Hospital penitenciário ou de toxicômanos, instituto psiquiátrico forense, penitenciária de psiquiatria ou ainda complexo médico-penal são denominações diversas da mesma instituição que ficou conhecida como manicômio judiciário, cujo papel de tutela, entre o hospital e a prisão ocorre no Brasil desde o começo do século XIX (DINIZ, 2013). A descrição de presos-pacientes também é variada e forma subgrupos que se distinguem pelas categorias processual-penal como indivíduos internados em situação temporária, indivíduos internados para laudo pericial, ou pela classificação psiquiátrica que embasa a inimputabilidade para os atos infracionais como indivíduos com epilepsia, esquizofrenia, retardo mental (DINIZ, 2013).<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Pastas da instituição com informações sobre as pessoas em MS.

<sup>4</sup> O uso do masculino neste caso se deu pela hegemonia da população: 92,2% (3.684) homens e 7,8% (291) mulheres, sem informação de sexo: 14.

Para a revisão do Censo foi feito um levantamento e encontrados 170 artigos utilizando 35 palavras chave em torno das MS, categorias tais como inimizabilidade, hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, manicômio judiciário, periculosidade, louco infrator, internação compulsória, incidente de insanidade, reforma psiquiátrica, psiquiatria, instituição asilar, custódia, tutela, reabilitação, ressocialização, alienados, direito penal, perturbação mental.

Para revisão desta monografia foi feito um levantamento de pesquisa na base bibliográfica do Censo e selecionados 20 artigos de periódicos nacionais de Ciências Humanas, Sociais e da Saúde da biblioteca eletrônica Scielo e ainda 10 entrevistas, pareceres ou relatórios. Os textos foram escolhidos com base nas categorias: mulher/mulheres (1), responsabilidade penal, inimizabilidade (4), periculosidade social (2), legislação e direitos (9), manicômios judiciários, surgimento, perspectivas e desafios (7), discurso de poder (2), desinternação, desinstitucionalização, programas de atenção integral (5). Há a problematização de mais de uma categoria no mesmo texto. Nenhum dos estudos encontrados foi feito a partir de entrevistas com pessoas em MS.

Vale ressaltar que entre os artigos analisados, apenas um era sobre mulheres, “Aspectos psicopatológicos e forenses de mulheres homicidas com diagnóstico de transtornos psicóticos primários – estudo de série de casos”, no qual Alexandre Valença aponta que os membros da família, por vezes os filhos são a maior parte das vítimas do comportamento violento “por causa da organização da convivência” (2008, p. 258). Contudo o autor destaca o risco maior de mulheres com transtornos também sofrerem violência, quando vão para a prisão ou HCTP e ainda na própria sociedade (VALENÇA, 2008).

A possibilidade de cometer um ato infracional se estabelece como processo sócio-cultural, sendo que “os fatores educacionais e de equilíbrio social poderiam contribuir para a diminuição de comportamentos de violência na população em geral, assim como entre aqueles com transtornos mentais” (VALENÇA, 2008, p. 259). Neste sentido, faz-se necessário que os direitos expressos na Constituição Federal (BRASIL, 1988) como educação, saúde e trabalho, sejam garantidos e as instâncias de proteção social estejam preparadas para atender mulheres que apresentem depressão e psicose. É preciso, sobretudo, que os sistemas de saúde mental estejam atentos e aptos a dar resposta breve às suas solicitações (VALENÇA, 2008).

## **2.1 Inimizabilidade e periculosidade social**

É considerada inimputável a pessoa que, ao momento da infração, tenha apresentado “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado [...] (conforme o Código Penal Brasileiro – CPB, BRASIL, 1940, art. 26), embriaguez completa decorrente de caso fortuito ou força maior” (CPB, 1940, art. 28, § 1º; c); ou ainda “dependência de substância entorpecente” (BRASIL, 2006, art. 45).

A diferença entre pena restritiva de liberdade e medida de segurança, conforme Paulo Queiroz (2008), é que o pressuposto da primeira é a culpabilidade e o da segunda é a periculosidade. No que tange a responsabilidade do agente, há uma mudança perigosa de perspectiva: a inobservância do “fato desencadeador”, para um possível fato “pressuposto” de internamento fazendo com que se justifique uma medida em caráter pré-delitual (ANTUNES, 2003, p. 94), e fundamentando a medida de segurança baseada na probabilidade de que a pessoa volte a delinquir (QUEIROZ, 2008).

Segundo Queiroz, o conceito de inimputabilidade vinculado à suposição de periculosidade é decorrente de uma não-distinção ontológica entre pena restritiva de liberdade e MS, de maneira que ambas “pressupõem o concurso de idênticos pressupostos de punibilidade: fato típico, ilícito, culpável e punível” (QUEIROZ, 2008, p. 2). A distinção residiria, portanto excepcionalmente nas consequências.

Em consonância com o modelo da perigosidade, a partir do Código Penal de 1940 e funda-se um modelo de qualificação preconceituosa que relaciona essa característica às pessoas em MS, com a Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984) sedimenta-se a associação desse imaginário a elas, de acordo com Claudio Cohen (1999), Maria Fernanda Peres e Antônio Nery Filho (2002) e Maria João Antunes (2003). Contudo. Além disso, segundo Debora Diniz:

Não há evidências científicas na literatura internacional que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental. Periculosidade é um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, um conceito em permanente disputa entre os saberes penais e psiquiátricos (DINIZ, 2013, p. 16).

Ser socialmente perigoso não é um atributo das pessoas em sofrimento mental, essa associação entre transtornos psíquicos e crime está relacionada ao fato de que para a psiquiatria foi uma afirmação que corroborou a noção basilar de estudos e procedimentos em relação ao tratamento histórico dado à loucura. Crime e loucura surgem representando “figuras do mal e da desrazão” conforme José Carlos Bruni (1989). Nesse sentido a prisão e o

manicômio encerram a esfera da exclusão e tornam-se estratégicas para se compreender seus fundamentos

a partir de mecanismos sociais complexos que incidem sobre os corpos muito antes de atingir as consciências, foram-se dando historicamente mil formas de sujeição: os homens são, antes de mais nada, objetos de poderes, ciências, instituições” (BRUNI, 1989, p. 1).

Os mecanismos de manejo da loucura, especialmente a loucura infracional, para Omar Bravo (2007, p. 34) longe de serem resíduos acidentais de “cada modo de produção e forma histórica [...] servem ao propósito de reproduzir modelos sociais que quanto mais injustos em termos de distribuição de poder e riqueza mais precisam de seu funcionamento”. O autor analisou laudos de homens na ATP do DF e constatou uma série de diagnósticos distintos dados para a mesma pessoa em alguns anos, muitos deles baseados em fatos como agredir o carcereiro ou recusa em tomar medicação. Quatro sujeitos foram considerados perigosos sob a justificativa de que não havia família disposta a recebê-los, ou porque eram tidos como rebeldes. A cronificação do sofrimento mental para pessoas em MS aparece no discurso jurídico como oriunda da própria condição patológica do sujeito sem levar em conta a precariedade de seu tratamento bem como dos arranjos institucionais (BRAVO, 2007).

A produção da dupla identidade de preso e louco contribui para o agravamento do sofrimento mental da pessoa em MS em que ela própria introjeta esse discurso e percebe muitas vezes seu mal-estar psicológico como manifestação mesma de um caráter perigoso. É aí que surge a potencialidade nociva desse raciocínio, os sujeitos presos à lógica da periculosidade “não têm condições de elaborar o fato criminoso cometido, elaboração esta que contribuiria para um processo clínico” (BRAVO, 2007, p. 40). Outro ponto importante colocado por Bravo é a adequação das categorias nosográficas ao tipo de delito cometido, como uma produção ideológica na tentativa de categorizar e justificar o ato pela doença.

Quando da perícia psiquiátrica para instauração de MS, além do exame psicopatológico, são analisados os autos do processo, antecedentes psicossociais, pessoais e familiares (CHALUB et al, 2005a). Dessa forma o entendimento do fato pela pessoa requer o componente cognitivo

havendo implicação de importantes funções psíquicas como a consciência, a inteligência e o juízo de realidade. Por sua vez, a vontade, enquanto atividade consciente e deliberada, tem íntimas conexões com outra função psíquica, a afetividade” (CHALUB et al, 2005b, P. 250).

Os recursos psíquicos são construídos a partir do afeto, do acolhimento da pessoa no mundo e da construção de vínculos que possibilitem seu desenvolvimento e que lhe tragam segurança. Embora em alguns casos se diga que o psíquico pode ter uma base orgânica, ele é estruturado na experiência social de cada um. Sendo assim, a possibilidade de que um indivíduo possa ser acometido por um transtorno, vai depender em alguma instância, não apenas de suas características biológicas, mas do contexto familiar e social em que vive.

Para José Bertolote (1995) uma questão fundamental em relação a direitos dos “portadores de diagnósticos de doença mental” se refere à divergência de enfoque da Saúde Pública e o dos Direitos Humanos, pois enquanto a primeira “opera em nível coletivo e privilegia a equidade”, o segundo se preocupa fundamentalmente com a “exceção, opera em nível individual e insiste em igualdade” (BERTOLOTE, 1995, p.154). Embora as pessoas em sofrimento mental tenham necessidades diferentes segundo Menelick Netto e Virgílio de Mattos, elas devem ser reconhecidas em sua diferença, mas ter um tratamento igualitário ao dos outros cidadãos (NETTO; MATTOS, 2005).

As perspectivas da saúde pública e de direitos humanos não devem ser excludentes, a igualdade não pode entendida como princípio formal, deve conter em seu paradigma a noção de que há diferenças substanciais consoantes às condições de existência e que para ser consolidada precisa buscar proteger o lado mais fraco das relações.

## **2.2 Custódia e execução de medida de segurança**

O HCTP, principal local de custódia de loucos infratores é uma instituição que se apresenta de forma híbrida, como carcerária e de saúde, disso decorre uma indefinição e algumas contradições. Segundo Sérgio Carrara (2010), o manicômio judiciário nasce e cresce com a característica da exclusão e reforço de estereótipos de degeneração e criminalidade nata, concepção que decorre do fato de ser um estabelecimento criado para conter e moralizar pessoas socialmente desviantes.

Os manicômios judiciários são a parte mais difícil da implementação da reforma psiquiátrica, um lugar inóspito e estigmatizado (REIS, 2010). Já a ATP que é o caso do DF para recebimento de loucos e loucas infratoras, tem um grande desafio: encarar e reverter a prevalência dos transtornos, pois é um local insalubre onde se fica muito tempo ocioso e o tratamento tanto material quanto humano é precarizado (SOUZA, 2005).

Segundo Ludmila Correia, Isabel Lima e Vânia Alves (2007) e Maria Cordioli (2006), garantir que a MS seja cumprida efetivamente em serviços comunitários de acordo com a Lei

10.216/2001, é um problema, pois há uma disparidade engendrada na base funcional dos serviços oferecidos às pessoas em MS que não fazem parte do Sistema SUS, mas do Sistema Penitenciário, dificultando a elaboração de um programa específico de atendimento.

Para Debora Diniz o direito humano de estar no mundo, “é o mais diretamente violado pelo regime de asilamento compulsório e pelo tempo indeterminado imposto pela medida de segurança no Brasil” (DINIZ, 2013, p. 14). A não efetivação dos direitos no cumprimento das MS apontada por Simone Messias (2005, p. 42), configura-se como o não acesso à “educação, saúde, assistência social e psicológica, assistência material e religiosa”, além das resistências institucionais impostas aos homossexuais estabelecidas por um padrão moral pré-instituído, conformando um impedimento ao direito à vivência sexual.

A partir da análise de Messias (2005) sobre os dados do Manicômio Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul, o número de atendimentos por parte da Defensoria Pública é mais baixo que o da rede penitenciária, dificultando a celeridade do andamento dos processos e fazendo com que frequentemente sejam violados direitos fundamentais de pacientes custodiados em um regime de punição “limítrofe” entre o hospital e a prisão.<sup>5</sup>

Rafael de Tilio considera que transferir a responsabilidade da pessoa em sofrimento para a família reafirma um padrão de conduta altamente segregador, pois “contribuiria mais à percepção e assimilação da subjetividade do acometido como ser ativo na sociedade se fosse responsabilizado, e não ao contrário” (DE TILIO, 2007, p. 204). O autor defende que ao invés de proteger juridicamente, a desresponsabilização da loucura infracional é impedimento para o processo de ressocialização.

No entanto, apesar do discurso da não responsabilização, a aplicação de uma penalidade é o que tem sido feito na execução das MS de internação mais especificamente. Se contribuir para que as pessoas em MS possam se tornar seres ativos não depende necessariamente de sua responsabilização penal, exercer a cidadania tem a ver com a capacidade do Estado em garantir o acesso a direitos para as pessoas em sofrimento mental custodiadas em HCTPs e ATPs.

Para Antunes (2003), direitos fundamentais para pessoas em MS podem ser suprimidos pelo fato de que muitas vezes a MS torna-se mais pesada e duradoura que a pena aplicável ao fato ilícito caso o agente fosse imputável. No Brasil, de acordo com o Censo pessoas com transtornos mentais em MS nos HCTPs ficaram mais tempo em restrição de

---

<sup>5</sup> Instituto Psiquiátrico Forense "Dr. Maurício Cardoso" (IPFMC). Criado em 1925, é uma das instituições da rede penitenciária vinculada à Superintendência dos Serviços Penitenciários e à Secretaria de Segurança e Justiça.

liberdade que se tivessem recebido a pena em abstrato para a infração que cometeram (DINIZ, 2013). Além disso:

pelo menos 25% (741) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada, por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva (DINIZ, 2013, p. 35).

Conforme Carlos Souza (2005), a demora na realização das perícias psiquiátricas e na decisão judicial para o cessamento de periculosidade é um grande problema, pois quando saírem dali as pessoas

terão passado por uma experiência de vida nada estimuladora ou positiva. Ao contrário, o que ali aprendem perverte qualquer intenção recuperadora ou que sirva de estímulo a uma melhor qualidade de vida associativa posterior (SOUZA, 2005, p. 7).

A demora e as irregularidades na execução das MS são centrais para assinalar a condição de seu cumprimento no país e configurar a violação de direitos humanos, principalmente do direito à liberdade. As pessoas são jogadas em ECTPs e por vezes acabam passando o resto de suas vidas confinadas. É o caso de 18 sujeitos que de acordo com Diniz (2013) estavam em ECTPs há mais de 30 anos em 2011, quando este é o tempo máximo previsto no CPB (Brasil 1940) para apenados comuns.

Ficar internado mais tempo que o prescrito é um exemplo da distância entre previsão e a efetivação de direitos imposta pela indeterminação das MS, que podem ser renovadas indefinidamente. Essa situação frequentemente acarreta a perda de laços familiares: quando finalmente chega a hora de a pessoa sair da instituição, ela não tem mais pra onde ir. Além disso, algumas vezes as pessoas entram com um leve sofrimento mental e saem muito cronificadas.

### **2.3 Desinternação**

A ciência médica e psiquiátrica colocaram-se para o saber social como hegemônicas em sua história, orgulhosas e dissidentes da crítica, Ernesto Venturini questiona esse poder e coloca a cura como paradigma do crescimento da pessoa. Para isso desafia e condiciona a

proposta de superação dos manicômios à “disponibilidade dos Centros de Saúde Mental” (VENTURINI, 2010, p. 71). Esses centros que podem ser considerados como os catalizadores de serviços substitutivos, são representados pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT’s), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os lares sociais e ainda outros aparelhos de Estado somados aos recursos disponíveis na comunidade. Para o autor, lidar com pessoas que tem necessidades graves significa perceber que o

sofrimento que acompanha muitas formas de doença e de emarginalização não se encontra apenas a dor física, a limitação funcional ou a dependência, mas o que se encontra é principalmente a percepção de não ser mais considerados como pessoas dignas de respeito e de amor”(VENTURINI, 2010, p. 73).

A reforma da assistência psiquiátrica italiana é referência para a crítica do modelo asilar no Brasil, os autores Fernando Freitas e Guilherme Ribeiro (2006, p. 307) falam da experiência de Reggio Emilia e Perúgia em que o primeiro passo foi “o deslocamento da assistência do asilo para o território”, trazendo as questões da hospital psiquiátrico para as comunidades e as redes de atendimento. A segunda questão foi construir um tratamento pós-asilar que questionasse as determinações da psiquiatria tradicional, mas encontrando uma forma de expor essa diferença pela via da afirmação.

Contudo foi relevante problematizar e negar o estatuto de doença mental como o significativo chave do saber psiquiátrico que estigmatiza e legitima a exclusão: a doença tal como se construiu no imaginário social, dos loucos de todo gênero, aos quais a deficiência fisiológica latejava o implacável destino da delinquência (FREITAS; RIBEIRO, 2006). Neste sentido a assistência *desinstitucionalizante* deve

*desindividualizar* o distúrbio, reenviando-o às contradições sociais das quais ele é portador. *Desconstruir* os parâmetros da psiquiatria institucional e passar a operar no território, quer dizer, lá aonde as pessoas vivem, trabalham, estudam, se divertem (FREITAS; RIBEIRO, 2006, p. 310)

A experiência italiana mostrou que socializar a questão da assistência em saúde mental é proporcionar a oportunidade de a população em sofrimento mental se enxergar como sujeito de direitos, compreender o sentido da violência ao qual é exposta e assim poder organizar ações no âmbito coletivo para superar tais contradições, o que se trata em última instância de superar o próprio capitalismo (FREITAS; RIBEIRO, 2006). Essa é uma visão sócio-histórica que vai na contramão de parte dos estudos identificados para a revisão dessa pesquisa, muito embora a sociabilidade surja como propulsora de saúde ou doença e haja a crítica para a

humanização do tratamento, quase metade dos estudos apresentaram-se como predominantemente organicistas.<sup>6</sup>

Um trabalho inovador multidisciplinar em Minas Gerais é destaque nesse tópico, o Programa de Atendimento Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ/TJMG). Fernanda Barros-Brisset conta que a experiência que surgiu da necessidade de “inventar um dispositivo conector entre a justiça e a saúde, capaz de integrar, na condução de cada caso, as lógicas heterogêneas, discursivas e práticas, atuantes na interface do tratamento do louco infrator”. Esse dispositivo deve ser capaz de ser construído juntamente com o sujeito, para que a medida que surgirem questões, estas possam ser conversadas e resolvidas (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 105).

O isolamento é uma situação problematizada Barros-Brisset, ela reafirma que a longa permanência nas instituições psiquiátricas favorece a perda de laços familiares e sociais, por isso é importante garantir direitos e ter um projeto singularizado para cada pessoa. O PAI-PJ tem apresentado bons resultados, em 2010 contava com mais de 1000 processos entre acompanhamentos e acolhimentos, sendo que metade desses já foram desligados. São casos de tratamento ambulatorial, casos que sequer foram julgados e outros em que pessoas entraram em crise durante a prisão e o juiz fez o pedido de inserção no programa. Em 10 anos de execução do programa, registrou-se retorno de 2% de pacientes (BARROS-BRISSET, 2010b).

Construir alternativas ao internamento/prisão é não se alinhar ao pensamento humanizador do manicômio, pois isto não é possível, mas pensar saídas em que a solução do sujeito é que vai dizer o rumo para onde apontar o projeto de sua ressocialização, investir no convívio e trocar a presunção de periculosidade pela presunção de sociabilidade (BARROS-BRISSET, 2010a).

Para Adriana Mello (2009, p. 121) manter a MS “com a finalidade de compensar as fragilidades do atendimento, implica em riscos e violações de direitos”. O Projeto Qorpo Santo, em Porto Alegre-RS, promove a autonomia do paciente e o reconhecimento da cidadania como pilares da intervenção. Contudo há uma dificuldade em vincular esses pacientes aos serviços de saúde, por isso uma das preocupações é promover sua circulação pelos serviços “e por outros espaços da rede social, diminuindo a dependência do manicômio judiciário e procurando construir novas referências” (MELLO, 2009, p 120).

---

<sup>6</sup> Corrente que trata a loucura como doença e que afirma a disposição biológica como condição determinante da prevalência de transtornos psiquiátricos.

As novas referências ou uma nova forma de encarar o sofrimento mental podem ser traduzidas por novas formas de trabalho, superação do modelo asilar-manicomial que se encontra ultrapassado, referências para o sujeito que tem ou passa por transtornos, pois esta pode ser uma situação transitória. Ninguém está condenado a permanecer na loucura, a menos que a sociedade teime em acreditar nisso, motivo pelo qual é necessária uma mudança cultural na forma como se encara o processo de enlouquecimento e na reformulação da imagem dos sujeitos, estigmatizados e excluídos da convivência e dos direitos sociais.

### **3 METODOLOGIA**

Esta monografia faz parte da Pesquisa Radiografia do Crime Feminino no Distrito Federal (PRCF/DF), coordenada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Debora Diniz em parceria entre a Universidade de Brasília e a Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. A Pesquisa Radiografia teve por objetivo 1. traçar um perfil das mulheres sentenciadas na PFDF; 2. demonstrar variações neste perfil e apontar tendências atuais que permitam o delineamento de políticas públicas voltadas a essa população; 3. definir estudos de caso. Os dados da PRCF/DF foram coletados entre os meses de março e outubro de 2012 e foram concluídas três etapas: a análise das pastas de documentos dos arquivos ativos, onde as mulheres foram identificadas e os dados gerais (como idade, cor, escolaridade, região em que mora, tipo de infração, foram organizados). A segunda etapa foi a aplicação de um questionário geral preparado pela Anis a 277 mulheres. A terceira foi de tabulação, seguida de uma análise preliminar dos dados.

Esse é um estudo qualitativo exploratório em ciências humanas sobre mulheres em cumprimento de MS na Penitenciária Feminina do Distrito Federal – PFDF. Os objetivos foram 1. Identificar as dificuldades de acesso à direitos pelas narrativas das mulheres 2. Categorizar as falas e comparando-as umas com as outras 3. Relacionar as dificuldades relatadas pelas mulheres com a perspectiva da garantia de direitos, baseando-se para isso na legislação de saúde mental referida na lei nacional 10.216/01, no Plano Nacional de Política Penitenciária (PNPP) nas Resoluções nº 04 de 30 de julho de 2010 e N.º 05, de 04 de maio de 2004 e no Plano Diretor de Saúde Mental do DF Federal – PDSM.

O instrumento principal de análise foi a entrevista narrativa feita com cada uma das quatro mulheres, foi escolhida a pergunta narrativa como método aberto de entrevista: Qual é, ou quais são as maiores dificuldades que você enfrenta no seu dia-a-dia aqui na PFDF? O

questionário geral foi respondido na fase anterior por apenas uma mulher. Foi aplicado o questionário geral com as três mulheres restantes e em seguida feita a pergunta. O diário de campo serviu para memória durante a pesquisa e não foi usado durante as entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e após transcritas deletadas não permitindo sua recuperação. Apenas um pequeno grupo teve acesso a transcrição que ao final também foi apagada para que não haja qualquer registro que permita a identificação das mulheres. Após as entrevistas foi feita a conferência e sistematização dos dados para então revisar-se questões pertinentes à codificação. A codificação foi feita em 2 etapas: a microanálise, uma combinação das codificações aberta e axial examinando a transcrição de cada entrevista linha por linha ou ainda parágrafo por parágrafo, quando o analista categoriza conceitos importantes em um “processo de fluxo livre e criativo [...] usando técnicas e procedimentos analíticos livremente e em resposta à tarefa analítica” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 65). A segunda etapa foi a “codificação seletiva” que implica o refinamento e a inter-relação dos conceitos encontrados/criados para a elaboração da teoria (GIBBS, 2009, p. 72).

A PRCF/DF foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH/UnB) e possui autorização do juiz para levantar dados na PFDF. O plano desse trabalho foi agregado ao projeto autorizado e, portanto anexado ao processo de revisão ética já existente. A pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

### **3.1 Desafios Éticos**

A revisão ética em pesquisa foi inicialmente uma prática nas ciências médicas e biológicas, reivindicada principalmente a partir da negação de procedimentos que envolviam prisioneiros de guerra e dos campos de concentração na Alemanha nazista. Na sequência surgiram declarações, códigos e relatórios em várias partes do mundo que visavam ressaltar a importância da ética nos estudos científicos com seres humanos e que reafirmavam “a importância de princípios éticos, como o consentimento, a dignidade e a integridade dos participantes” (GUILHEM; DINIZ, 2008, p. 22).

As ciências humanas consolidam a questão ética na pesquisa afinada a valores de direitos humanos no final do século XX. Segundo Dirce Guilem e Debora Diniz (2008), o reconhecimento da categoria vulnerabilidade como condição de sujeitos ou grupos inseridos

em experimentos conferiu relevância para se pensar aspectos individuais, sociais, culturais e legais na proteção de participantes de pesquisa.

O grupo de mulheres em MS é um dos mais vulneráveis no presídio e assim como as mulheres doentes e idosas, necessitam de atenção especial. Entre as mulheres em MS existia uma mulher com deficiência, mas pelo dossiê não havia sido identificada essa questão. A fase da coleta de dados demonstrou certa dificuldade com relação à falta ou incompletude de informações nos dossiês. Outro exemplo foi a dificuldade em identificar se as mulheres cumprem MS ambulatorial ou de internação, não foi constatado o tipo de tratamento oficial que elas estariam cumprindo.

A pesquisa em campo é desafiadora. Para além da inserção no desconhecido, a entrada no presídio foi sempre tensa, permeada pelo tempo para a comunicação entre os setores, a dinâmica do deslocamento de internas, pelas regras implícitas de conduta (a fila como forma de andar fora das celas, mão pra trás, cabeça baixa), pela permanente negociação do espaço das entrevistas. A penitenciária é uma pequena cidade que tem um modo próprio de funcionamento. As presas também fazem seus regulamentos, tem uma maneira de se comunicar e de se referir ao mundo: o banheiro é o boi, pedalar que quer dizer passar coisas pelas celas (como comida e recados) não pode.

Durante a PRCF/DF tive a oportunidade de conhecer a realidade das mulheres infratoras e pensar o universo prisional feminino à luz da teoria com as contradições da prática. Foi importante para na preparação para o encontro com as entrevistadas e para me familiarizar com as perguntas do questionário geral. Em cada dia foram vários aprendizados. A realidade precária das condições do encarceramento em que mulheres novas, velhas, mães, doentes, dependentes químicas, dopadas se aglomeram; a falta de notícias dos filhos, de visitas da família, falta de roupas e produtos de higiene pessoal.

Lidar com os problemas daquelas mulheres fazia com que eu me repensasse como pesquisadora e tivesse que aprender a lidar comigo mesma, com minhas emoções e reações. Não me sensibilizar tanto ou sofrer com as histórias mais pesadas foi o primeiro desafio ético. Uma coisa é a descrição dos dossiês, outra são aquelas mulheres concretas na nossa frente. Na entrevista era preciso certo tempo e delicadeza pra lidar com algumas questões. O choro, as histórias de violência e os filhos perdidos ou sozinhos em casa foram as mais difíceis. Em alguns momentos, fiz silêncio, respirei e segui, troquei abraços e apertos de mão.

Houve ocasiões marcantes como a mulher que diz “Quem beija a lata não esquece” em referência ao crack, outra mulher conta “saí de casa aos 10 anos e morei 12 na rua, só saí porque vim pra cá”. Frases como “a gente dorme é na praia do chão”, “aqui é o caos”, “nós

não somos nada” eram suas referências para compartilhar a experiência do cárcere. Uma reclamação recorrente foi “não se esqueçam de dizer lá fora que passamos fome quando não comemos comida estragada”. Todas essas coisas são duras de ouvir, mas elas também querem saber sobre nós, onde moramos ou se não tivemos “receio de vir aqui?”. A aceitabilidade das entrevistas representava a nossa capacidade de lidar com todo o stresse do ambiente e as intervenções das mulheres.

A despersonalização da mulher em relação ao crime foi uma postura metodológica adotada na PRCF/DF. Adotar essa medida com as quatro mulheres em MS foi uma escolha ética pessoal, mas o como fazer isso foi uma dificuldade. Eu sabia quais eram os crimes, mas escolhi não saber os detalhes. A distância entre a coleta de dados e as entrevistas facilitou a desvinculação dos crimes.

A segunda questão que surgiu, foi que na primeira fase da PRCF/DF encontramos mulheres em sofrimento mental e que não estavam em MS. Uma delas estava em situação de rua antes de ser presa. Debilitada, não conseguia responder, ou respondia e a fala era desconexa. Diante da possibilidade de a mulher estar emocional e fisicamente muito fragilizada surgiu a necessidade de preparar uma entrevista que fosse breve e de simples entendimento

Foi escolhido utilizar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) oral (anexo). O TCLE é um documento que informa as participantes sobre os objetivos da pesquisa, a confidencialidade dos dados de maneira que ela possa decidir participar da pesquisa. É um mecanismo que respeita a vontade da participante enquanto protege legalmente a pesquisadora através do consentimento. O TCLE foi elaborado de maneira explicativa sintética, em que pese necessidade de enfatizar a relevância do trabalho, da participação das mulheres em MS na pesquisa e expor os benefícios que devem ser maiores que algum incômodo que pudesse surgir.

A autonomia é um valor da ética em pesquisa e precisava ser colocada mesmo para um grupo de mulheres que não eram autônomas. Havia o risco de que elas não aceitassem participar, mas que se precisava correr. Todas as mulheres em MS aceitaram. O risco pra elas era mínimo, a pesquisa não implicava uma piora em suas vidas, exceto pela pergunta sobre uso de drogas do questionário. Houve um pouco de dificuldade em manter o sigilo durante a entrevista, pois sempre havia outras internas que por vezes participavam ou que queriam responder juntas, o embaraço de encarar as agentes por vezes próximas e que poderiam escutar.

Esse contexto delicado implicou na formulação da entrevista. Avaliar como as mulheres em MS percebiam as possíveis violações de seus direitos pareceu ser uma pergunta um tanto complicada. Perguntar sobre as dificuldades do dia-a-dia foi uma maneira de simplificar, pois havia a chance de que a pergunta original não funcionasse. Escolhi fazer apenas uma pergunta, pra ser rápida e também não cansar a mulher. Apenas se necessário, para aprofundar um tema ou confirmar a visão da participante, seria feita outra pergunta. Mas o mais importante foi priorizar o bem-estar da mulher, se ela não comentasse algo, se entendia que aquilo não era uma de suas dificuldades.

As entrevistas gerais e com as mulheres em MS foram realizadas sob a supervisão de uma coordenadora de pesquisa. A pergunta sobre dificuldades se mostrou um desafio porque as mulheres respondiam brevemente coisas pontuais como dificuldade para comer porque é ruim. Precisamos incluir outras perguntas para explorar mais a realidade delas (como o que você sabe sobre MS?). Outra dificuldade, identificada já na primeira fase era a imprevisibilidade do local em que as entrevistas seriam feitas. Havíamos entrevistado na primeira fase mulheres em oficinas, salas de aula, sentamos no chão fora das grades das celas quando não havia como movimentar o grupo, fomos ao pátio com bancos (chamado de capela), onde o grupo veio até nós. Então era uma indefinição que preocupava, pedimos que as entrevistas pudessem ser feitas em uma sala, a sós e sem que a mulher estivesse algemada.

Conseguimos isso parcialmente nas duas primeiras entrevistas, havia pessoas conversando na sala ao lado, a porta estava aberta e passavam também outras pessoas o que constrangeu um pouco a nós e às mulheres e atrapalhou a captura do áudio. No segundo momento, fomos levadas a uma sala de aula vazia. Ficamos cerca de meia hora nós quatro, duas pesquisadoras e duas mulheres, elas ficaram mais a vontade que a primeira parte das entrevistas.

## **4 ANÁLISE DE DADOS**

### **4.1 Mulheres em medida de segurança de internação - DF**

Uma grande porta bege separa o corredor da cela em que estão duas mulheres em MS, em outro bloco mais distante estão outras duas. Junto com presas comuns, elas cumprem a

MS na PFDF e não veem o que se passa do lado de fora.<sup>7</sup> As quatro mulheres consideradas loucas infratoras no Distrito Federal. Mulheres jovens, entre 23 e 34 anos, descritas nas pastas como negras e pardas, duas se declararam negras, uma indígena e uma disse “eu gosto de ser branca”. Segundo a PRCF/DF (2012), 66,8% (185 mulheres) declararam-se negras e pardas.

O questionário geral preparado pela Anis para a PRCF/DF possibilitou delinear o perfil sociodemográfico da população feminina sentenciada e na segunda fase pôde traçar um perfil das mulheres em MS.

Quadro 1 - Perfil das 4 mulheres cumprindo MS de internação no DF

Dados gerais	Mulheres
Natural do DF	2
Religião	
Católicas	2
Evangélicas	2
Escolaridade	
Analfabeta	1
Ensino Fundamental	2
Ensino superior	1
Documentos <sup>8</sup>	3
Trabalhou	
Com carteira assinada	1
Sem carteira	1
Não tinha emprego	2
Participou de oficinas de capacitação	1
Benefícios <sup>9</sup>	0
Estado civil	
Solteira	3
União estável	1
Recebe visita íntima	1
Visitantes <sup>10</sup>	4
Se relacionou com mulheres	

<sup>7</sup> Os nomes são fictícios para proteger a identidade das mulheres.

<sup>8</sup> Os documentos declarados foram RG, certidão de nascimento, título de eleitor.

<sup>9</sup> Auxílio reclusão, aposentadoria, BPC, pensão do INSS, outros.

<sup>10</sup> Cada mulher declarou receber apenas um visitante: uma recebia a mãe, duas a irmã e outra o pai.

Antes de ser presas	2
Depois de ser presas	2
Familiares/amigos presos <sup>11</sup>	1
Doença	0
Acompanhamento psiquiátrico <sup>12</sup>	4
Medicação	3
Deficiência <sup>13</sup>	1
Isolamento <sup>14</sup>	2
Teve filho na prisão <sup>15</sup>	2
Morou na rua <sup>16</sup>	4
Sofreu violência doméstica	4
Presa quando adolescente <sup>17</sup>	3
Já se prostituiu	4
Abuso de drogas	3

Entre idas e vindas estão presas há doze, seis, cinco e dois anos. No total são vinte e três passagens pela PFDF, onze, nove, duas e uma vez. Nos dossiês constam as infrações cometidas Art. 157, Art. 155, 121 c/c 14 (BRASIL, 1940) e 12 da Lei 6368/76 substituída pelo artigo 33 da nova lei de drogas 11343/06.<sup>18</sup> Há descrição de marcas da violência no

<sup>11</sup> Uma das mulheres afirmou ter irmão, irmã e cunhado presos.

<sup>12</sup> O sofrimento foi traduzido por elas como abstinência, esquizofrenia, ansiedade e depressão.

<sup>13</sup> Uma das mulheres teve um derrame e tem deficiência motora.

<sup>14</sup> O Regime Disciplinar Diferenciado (RDD) é a imposição de isolamento por infringir normas em relação a outras presas e agentes. Deve ter um prazo máximo de 30 dias, mas pode ser renovado. Uma mulher ficou duas vezes de trinta dias, a outra por seis vezes somando cento e sessenta e cinco dias (mais de cinco meses em um período de dois anos).

<sup>15</sup> Duas mulheres tiveram filhos na prisão: uma teve dois de seus 5 filhos, a outra teve seu único filho na prisão. As crianças menores de 7 anos estão sob os cuidados da avó materna em uma caso e com família materna sem ser a avó no segundo.

<sup>16</sup> Declararam ter morado na rua durante oito anos, cinco, a terceira entre um e dois anos e a última um mês.

<sup>17</sup> As mulheres declararam ter sido internadas no Centro de Atendimento Juvenil Especializado do DF (CAJE).

<sup>18</sup> Art. 155 (c/c 14) - subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel (tentativa); Art. 157 - subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência contra a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência; Art. 121 c/c 14 – tentar matar alguém; Lei nº 11.343 de 23 de Agosto de 2006 - Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

corpo de uma mulher: tiro, facada, queimaduras. A demora entre o requerimento para exame de insanidade mental e a instauração da medida, materializou-se no (des)caso de uma mulher: foi instaurada a MS após oito anos em que foram requeridos os exames por incidente de insanidade.

A pergunta que norteou a pesquisa sobre as dificuldades que a mulher enfrenta no seu dia-a-dia na penitenciária teve o intuito de compreender esse universo e levantar questões relativas às violações de direitos. As seções das entrevistas foram organizadas e agrupadas de acordo com as interpretações de dificuldade para acesso a direitos, presente de forma variada em todos os relatos. A base legal consultada para contrastar as respostas foi a Lei Paulo Delgado (10.216/01), marco importante da luta anti-manicomial; as Resoluções Nº 04 de 30 de julho de 2010 e Nº 05, de 04 de maio de 2004 do Plano Nacional de Política Penitenciária (PNPP), e o Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal (PDSM/DF).

#### ***4.1.1 Histórias de rua, drogas, violência e prostituição***

As histórias de vidas aproximam as mulheres em MS e revelam a compreensão de uma frágil inserção no mundo. Todas tiveram em algum momento a rua como moradia, sofreram violência doméstica e já se prostituíram. Uma delas contou que via todos cheirarem cola, menos sua irmã, mesmo assim decidiu experimentar. Primeiro a cola

depois o tinner, depois cheirei spray, depois fumei maconha, depois merla, [...] depois o crack, depois veio o pó que a cocaína, [...] e aí foi o que aconteceu, comecei a fazer programa pra conseguir a droga .

Com medo de adoecer fazendo programa ou ser morta, diz que partiu para o roubo para sustentar a si e ao vício. Hoje reconhece que sua maior dificuldade é enfrentar o crack (feita a partir da pasta base da cocaína).

Eu tenho alucinação, acordo gritando assim assustada [...] eu sou dependente, desde os 8 anos de idade que eu uso drogas, então isso já tá no meu organismo, eu não consigo resistir nem ao cheiro que eu me transformo, eu fico ignorante, fico arrogante, fico querendo voar no anos outros, fico querendo matar, então isso me deixa muito mal.

Dados do Governo Federal indicam que o consumo de crack atinja todas as classes sociais, apesar disso, as campanhas na mídia, pesquisas e o forma de lidar com usuários têm

deixado evidente que há uma correlação complexa entre população em situação de rua e a droga (BRASIL, 2013). De qualquer forma, é uma questão de saúde pública que tem sido tratada como questão criminal na atualidade.

Outra entrevistada afirma ter começado a usar drogas também quando criança: “saí de casa muito cedo, porque o meu pai me batia muito sabe? Comecei a me envolver com drogas, tinha oito anos de idade, comecei a cheirar cola e fui morar na rua, sofri muito sabe?”. Uma terceira mulher tem agravado seu sofrimento mental pelo uso de drogas, como as duas anteriores, marcou no questionário todas as respostas: fumo, álcool, maconha, cocaína e crack.

Em que pese a diferença no tempo em que passaram pela situação de rua, entre um mês e oito anos, esse é um processo de exclusão social por vários sistemas de relações e de proteção, seja familiar, do Estado, de trabalho e da própria visão da sociedade que as estigmatiza e maltrata ainda mais. A memória da violência toma forma no relato de uma mulher estuprada três vezes aos cinco, aos oito e aos vinte e um anos, uma delas pelo padrasto. A mulher está preocupada em arrumar um abrigo, pois não quer voltar pra casa da mãe, “nem com o pai do meu filho por que ele me bateu”. Segundo ela essa compreensão veio quando ela assistiu a um filme que mostrava as agressões que as mulheres sofriam “que elas perdoavam os companheiros, depois eles agrediam elas novamente”.

Para essa mulher possibilidade de moradia pós-MS está sendo pensada pela via de

voltar a fazer programa [...] a escolha que minha mãe me deixou é essa, que a minha tia é garota de programa, dentro de casa eu tenho esse exemplo, a minha mãe já chegou a me vender pra um coroa que mora aqui no Gama, casado.

A insegurança física e material é uma questão que aparece no discurso das mulheres e que as preocupa, especificamente a questão da moradia. Frequentemente apontam essa fragilidade, ligada a incerteza em relação aos rumos quando da desinternação, situação que acaba se tornando um fator de aumento do sofrimento vivenciado.

## **4.2 Espaço prisional**

O sistema carcerário brasileiro é majoritariamente ocupado por homens – 93,4%, enquanto 6,6% são mulheres (BRASIL, 2011), desta forma ele se estrutura a partir da ótica masculina: vários presídios femininos são alocados em antigas cadeias para homens. No

Distrito Federal o número de mulheres encarceradas representa 0,8% do total de homens (BRASIL, 2011). Essa disparidade engendra mecanismos de invisibilização das questões de gênero que se configuram no sistema prisional como omissão histórica do poder público.

As prisões no Brasil são marcadamente conhecidas pela precariedade sanitária, recursos humanos insuficientes, superlotação e maus-tratos, de acordo com o relatório da ASBRAD (2007)<sup>19</sup>. Há, sobretudo o problema do surgimento e cronificação de danos psicológicos e físicos das detentas. Assim, a restrição que deveria ser apenas do direito de ir e vir transmuta-se na não garantia de outros direitos fundamentais, como a privação

de seu direito à intimidade, à privacidade, à saúde, inclusive sexual e reprodutiva; à segurança pessoal. Entre os inúmeros direitos que as mulheres presas cotidianamente têm violados, se destacam especialmente, os direitos de viver livre de discriminação e de violência, que deveriam ser respeitados sem restrição uma vez que estão sob a total tutela do estado (ASBRAD, 2007, p. 57).

A prisão é o local onde se configura o cumprimento de MS de internação por mulheres no DF. Essa é a primeira violação de seu direito de estar em um local adequado a dar suporte para seu tratamento. O fato de a ATP ser um arranjo institucional e constituir-se no mesmo local da PFDF é um problema, além disso, apenas homens se encontram na Ala e as mulheres estão em celas comuns. Nos relatos das mulheres em MS sobre o cotidiano aparecem como reminiscências interpretações a respeito da rotina nesse espaço à medida que elas expõem particularidades da utilização de seu tempo, sua educação, seus hábitos. Revelações sobre uma instituição austera em que a política de controle sobre os corpos é fator preponderante de sua docilização, de acordo com Michel Foucault (2004) embora o poder disciplinar preexistisse à instituição prisão, funciona como uma operação de adestramento e coincide com a elaboração

por todo o corpo social, (d)os processos para repartir os indivíduos, fixá-los e distribuí-los espacialmente, classificá-los, tirar deles o máximo de tempo, e o máximo de forças, treinar seus corpos, codificar seu comportamento contínuo, mantê-los numa visibilidade sem lacuna, formar em torno deles um aparelho completo de observação, registro e notações, constituir sobre eles um saber que se acumula e se centraliza (FOUCAULT, 2004, P. 195).

---

<sup>19</sup> Associação Brasileira de Defesa da Mulher da Infância e da Juventude. Relatório sobre as mulheres encarceradas no Brasil, 2007. Disponível em [http://www.asbrad.com.br/conte%3%BAado/relat%3%B3rio\\_oea.pdf](http://www.asbrad.com.br/conte%3%BAado/relat%3%B3rio_oea.pdf) Acesso em 02/08/2012.

É através do disciplinamento, portanto, juntamente com o isolamento que o poder de punir age sobre o corpo dos indivíduos e controla todo o seu tempo de maneira a transformá-los tecnicamente, moldando seus movimentos e mais além até sua alma (FOUCAULT, 2004). Para uma das entrevistadas seu tratamento “é igual ao das outras internas com a diferença que eu tenho acompanhamento psiquiátrico, mas a disciplina, o convívio, a rotina é igual das outras internas”. As internas citadas pela mulher em MS são as mulheres que cumprem pena restritiva de liberdade na PFDF. Na voz dela essa é uma rotina de sofrimento “por que a gente tem o espaço limitado, tem que conviver com muitas pessoas de personalidades diferentes, cada um com a criação diferente e a gente sofre muito aqui dentro”.

Outra mulher reclama do tratamento punitivo: “tenho dificuldade de me relacionar com as pessoas, por que elas são muito agressivas”. Outra mulher, que já foi várias vezes para o isolamento, reforça a percepção de maus tratos:

a ignorância delas que são demais com a gente, as vezes tem umas que apronta e a gente não tem nada a ver, acaba pagando por elas que aprontaram, é...assim a desumanidade deles, que eles não são muito humanos assim sabe? E [...] a cadeia tá superlotada, superlotada mesmo, sabe? Tem muita, muita mulher.

Nessa fala fica clara a apreensão pela mulher de que esta se assemelha às outras presas, especialmente no que consiste dividir o mesmo espaço e expiar uma pena, com todas as implicações que isto constitui.

#### ***4.2.1. Redescrição de si como presas e não como pacientes***

De acordo os relatos do cotidiano, as mulheres em MS fazem uma interpretação de que “puxam cadeia” assim como as outras, elas se veem e se redescrivem como presas e não como pacientes, categoria em que deveriam estar inseridas. Com exceção de uma, já estiveram na prisão sem estar em MS e tem a memória simbólica do que isto significa: estar com as internas comuns é enfrentar as mesmas condições de encarceramento, é questionar conflito e tensão como práticas recorrentes das relações de sujeição. Estar na cadeia, é também receber o cabal, o pacote que geralmente a família traz com comida, roupas e alguns produtos de higiene, é “não dar trabalho pra sair logo”, é achar ruim o gosto da água e que “dá dor de barriga”, é reclamar que “a comida daqui é horrível, a gente não consegue comer”, é criticar também as condições da estrutura física do prédio, o

problema nas instalações do banheiro que tá entupido, literalmente tem bosta no banheiro inteiro, nós estamos pisando no meio da merda, no meio do cocô, entendeu?[...] a gente tá com condições de higiene precária [...] tá um caso de insalubridade.

Ao passo que as mulheres em MS se identificam como presas, em um contexto tão peculiar quanto contraditório, aparecem também as singularidades da aceção de tratamento pra elas: que além de serem acompanhadas por um psiquiatra e tomar remédios, experimentam a noção de que acabam ficando mais tempo.

O único lugar que a gente tá vindo assim é pra escola, outro trabalho a gente não pode trabalhar por que a cadeia da gente não é igual à das outras né? Que as outras, elas cumprem o tempo que elas tem cumprir e vão embora e a gente não, gente fica mofando aqui.

Uma delas conta que recebeu “medida de segurança de 1 ano, já tô com 1 ano e 3 meses aqui, não tô dando trabalho, tô esperando né? Pra mim ir embora...”. Foi relevante o fato de que as mulheres se viram como cumprindo uma pena com a diferença de não poder trabalhar assim como as outras internas para obter remição de pena. Este problema é sobreposto à falta de atividades para a ressocialização das mulheres, porque o espaço prisional não é o local que se considere apropriado para tal.

A Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado que trata da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais e reorienta o modelo assistencial para pessoas em sofrimento mental, fundamenta-se nos princípios do SUS. Note-se que a lei não excepciona do seu texto as pessoas em sofrimento mental que tenham cometido crime, de forma que essas devem ser atingidos por ela igualmente,

aliás, não subsiste qualquer motivo para excluí-los da aplicação desse diploma, sem promover uma discriminação que não tem o menor suporte na Constituição Federal. Ao contrário, o seu art. 1º determina que os direitos ali assegurados às pessoas com transtornos mentais devem ser garantidos “sem qualquer forma de discriminação [...] (BRASIL, 2011, p. 64).

A internação deve ser o último recurso terapêutico, assim a MS deve ocorrer em local dotado de característica hospitalar além de ser proibida no caso de instituições asilares. O melhor tratamento para estas usuárias ocorrerá em serviços comunitários e é do Estado a responsabilidade de desenvolver políticas públicas que atendam às necessidades desta população (BRASIL, 2001). A resolução Nº 05, de 04 de maio de 2004 do CNPCP expressa que a atenção à pacientes em MS

deverá ser pensada por programas de tratamento individualizado concebido por equipe multidisciplinar que contemple ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e seja voltado para a reintegração sócio familiar” (BRASIL, 2004).

Na verdade, independente de ter recebido uma medida ambulatorial ou de internamento, nenhuma das quatro mulheres poderia estar se tratando em um presídio que não tem condição de dar o suporte de atenção integral para sua recuperação e que não tem nenhuma das características que comporiam um programa de atenção integral. Nesse sentido os atendimentos médicos, sociais e de orientação jurídica conformam um ponto relevante abordado pelas mulheres sobre a rotina carcerária. A demora do atendimento revela-se na revolta pelo descaso no acesso aos serviços, as mulheres em MS afirmam ser muito difícil “ter qualquer acesso a qualquer tipo de atendimento aqui dentro, a gente tem que trazer requerimento e tem que esperar as vezes 4, 5 meses pra esse requerimento ser atendido”. Uma das mulheres teve um derrame que paralisou metade da sua face e está com a mandíbula deslocada, foi ao clínico que não a encaminhou pra um médico especializado: “eu preciso de um buco-maxilo, pra ver meu problema”.

O acesso, portanto à médicos, informações processuais e benefícios sociais é truncado e não funciona para as mulheres em MS o que caracteriza mais uma violação, esta do direito de serem atendidas integralmente em suas necessidades conforme o arcabouço legal que considera de suma importância dar atenção integral a pessoa em sofrimento mental independente de esta estar ou não em MS.

#### **4.3. Definir-se perigosa**

As mulheres reelaboram a noção de sua condição a partir do significado que tem para elas a própria MS, elas introjetam a fala que lhes foi associada: é “que eu sou periculosa, tá até no meu processo... que eu não tenho condições de ir pra sociedade, até o tempo que eu fizer o exame e ver que eu to boa aí eles me mandam, enquanto isso só renovando, renovando”. Os exames são parte do procedimento de entrada para a instauração do incidente de insanidade, atestado pela psiquiatria, mas que tem por fim o aval de um juiz. Também são condicionantes para saída da internação, quando da cessação da periculosidade. Uma mulher comenta “eu quase não entendo nada [...] eu acho assim né? que se ele (juiz) deu porque (tem) algum problema né? Fiz vários exames”.

Outra fala revela a alienação sobre a própria construção do estigma da perigosidade: uma das mulheres tinha uma carreira promissora e se ressentia de não ter sido estimulada pela mãe, conta que num momento de fúria a agrediu, a mãe que é a única visita que recebe envolta de contradições. A mulher teme voltar pra casa e agredi-la novamente. Essa memória de representação do perigo social reaparece na fala de outra mulher, cuja família mora fora do DF, ela conta que depois que chegou em Brasília se envolveu com pessoas que não prestavam

má influência sabe? E aí eu entrei no mundo do crime [...] já peguei várias passagem [...] fora quando eu tirei no CAJE, e aí o juiz me deu essa medida de segurança né? Falando que eu tinha minha mente voltada pro crime.

Mais uma vez a mulher incorpora a anamnese jurídica e psiquiátrica à sua noção de pertencimento em uma esfera moral que ser criminoso é tida como característica da sua personalidade, algo inato que a condena à prisão e faz com que exerça a figura do perigo. De acordo com o entendimento da MS, não se considera que a pessoa em sofrimento mental cometeu um crime, pois não tinha capacidade de entendimento e/ou determinação no momento do ato, considera-se que ela cometeu um ato infracional, mas no discurso penal psiquiátrico a preponderância desse sinal pode funcionar como reforçador de um estereótipo que inferioriza mais do que contribui para reverter uma suposta condição. Um programa que atenda as especificidades da mulher em MS deverá estar apto a reinterpretar junto com ela essa definição de periculosidade, não como uma carga negativa de probabilidade de reincidir em uma infração, mas como busca de formas de realização, de

fortalecimento das habilidades e capacidades do sujeito em responder pelo que faz ou deixa de fazer por meio do laço social, através da oferta de recursos simbólicos que viabilizem a resignificação de sua história, produção de sentido e novas respostas na sua relação com o outro” (BRASIL, 2010b, § 2º, 5º).

Ao invés disso o que ocorre é uma medicalização da loucura como maneira de substituir espaços de construção de identidades, de interação para novas formas de reconhecimento e de pertencimento. Nesse sentido os remédios servem para conter, ou ao menos para acalmar as mulheres. Elas expõem suas percepções a respeito do uso dos remédios. Uma mulher diz que com eles está se alimentando melhor, porque antes não comia direito “sou gorda assim por causa dos remédios que incha muito”, ela descreve sua rotina “aqui eu tomo meus remédios certinho, então isso droga muito... tomo banho de sol e vivo dormindo”. Outra mulher relata que não se sente bem com os remédios, diz que “não

precisava tomar esses remédios antes [...] eu fico tomando essa medicação, me sinto dopada”. Uma terceira mulher conta que não está tomando os medicamentos das quais afirma precisar, pois tomava “na rua”, antes de vir presa, “agora que incluiu né? [...] que eu tenho problema [...] muito forte... pra me controlar mais”, visão que contrasta com as outras falas pela forma como a mulher descreve precisar do remédio, o qual aguardava há dois anos pela inclusão no tratamento.

O percurso institucional das mulheres passa por hospitais da rede de saúde mental, como o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), antigo Hospital Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP). A descrição de internações em clínica de recuperação vem acompanhada do pavor de pensar em voltar. Uma delas apresenta este medo:

era pra mim ir pra clínica antes de eu vir presa, era pra mim internar na terça-feira [...]eu levei umas facadas [...]aí na segunda eu vim presa. Minha irmã, eu drogada, ela botou muito psicológico em mim, porque eu já fui pro HPAP também, aí (ela) falou [...] você vai viver amarrada, dopada, então eu tenho trauma de injeção, assim na bunda né? No braço e na perna eu tomo.

As passagens por instituições psiquiátricas anteriores à prisão denota a falta de competência do Estado em garantir apoio psicossocial para essas mulheres. O DF é a unidade da federação mais atrasada na ampliação da rede de atendimento à saúde mental, os poucos serviços substitutivos já apresentam demanda reprimida, pois ainda não consideram a abrangência populacional preconizada por lei (BRASIL, 2012). Desde 1995, com a Lei 975 de 12 de dezembro, foi apontada a urgência da descentralização do atendimento hospitalar, mas somente em 2010 o Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal (PDSM) foi elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES), colocando a necessidade de

“sair de uma assistência hospitalocêntrica para um cuidado em rede, de base territorial e comunitária, articulando os vários serviços de saúde, que inclui a Atenção Básica, a rede de serviços substitutivos, os hospitais gerais (HG) e o SAMU, e uma nova maneira de cuidar, que significa sair da cultura da internação para a cultura do acolhimento da crise e da construção de projetos de vida (2010, p.6)”.

O Governo do DF lançou os recursos empregados no último ano em algumas áreas chave para a ampliação e consolidação de uma rede em saúde mental:

Quadro 2 – Orçamento em áreas correlatas à saúde mental, DF/2012.

ACÇÃO	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO AUTORIZADA	TOTAL EMPENHADO
IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO (3165)	300.000,00	3.767.830,00	2.392.960,73
AMPLIAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO (3166)	200.000,00	200.000,00	0
REFORMA DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE (3223)	31.897.500,00	31.357.423,00	1.804.424,39
ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA O SISTEMA PRISIONAL (6055)	350.000,00	350.000,00	87.276,80
ASSISTÊNCIA AOS DEPENDENTES QUÍMICOS (2179)	1.356.004,00	1.307.004,00	469.502,70
IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE ENFRENTAMENTO AO CRACK (2256)	300.000,00	300.000,00	0

Fonte: Diário Oficial do DF. ANO XLIII Nº 256 BRASÍLIA – DF, 19 de dezembro de 2012.

Vê-se de acordo com o quadro que o total empenhado foi bem abaixo, quando não inexistente em algumas ações em relação às dotações autorizadas. O PDSM indica que para o DF chegar ao número ideal de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), devem ser construídos mais dezenove além de quinze Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) ou residências terapêuticas, pois não há nenhuma. O DF possui apenas uma Casa de Passagem que desempenha o papel de SRT no Instituto de Saúde Mental (ISM). Deveria ter capacidade para oito pessoas, mas acolhe cerca de trinta das quais 2/3 são homens, alguns egressos da ATP. Entretanto esse trabalho ainda não é feito com mulheres. No DF o caminho da descentralização do atendimento hospitalar está apenas começando e conseqüentemente as unidades psiquiátricas existentes encontram-se sobrecarregadas.

A Política Nacional de Saúde Mental apoiada na lei 10.216/01 busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, de acordo com os princípios constitucionais de integralidade, equidade e progressiva universalidade do SUS, considerados direitos do cidadão e deveres do Estado. Mas a realidade é que inseridas na perspectiva neoliberal, com a configuração do *Estado-Mínimo*, a orientação das políticas sociais se fragmentam, pois

as peculiares e históricas relações entre Estado, mercado e sociedade civil que consolidaram as diferentes formas de realização do Estado de Bem-Estar Social em várias partes do mundo, resultaram em conquistas sociais e democráticas que

buscaram compatibilizar as desigualdades criadas pelo capitalismo com equidade e redistribuição da riqueza social (RAICHELIS, 2006, p.2).

Apesar da redução do número de leitos e do surgimento de novos equipamentos de atenção às pessoas com transtornos mentais, a assistência psiquiátrica no Brasil ainda está muito centrada na hospitalização trazendo consequências como a cronificação, custos elevados e exclusão social (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). A demanda pelo serviço não é acompanhada pela construção suficiente de centros alternativos para o tratamento de indivíduos com problemas mentais. Soma-se a essa realidade a profunda falta de vontade política que reflete nas ações suplementares de acompanhamento extra-hospitalar e garantia de condições de trabalho que possam responder qualitativamente às solicitações de pacientes na rede hospitalar especializada em saúde mental do Distrito Federal.

#### **4.4. Ausência da família e incapacidade do Estado em oferecer vínculos para a liberdade**

A dificuldade em manter laços com a família aparece em todos os relatos, duas mulheres não têm familiares residentes no DF o que torna difícil a aproximação. Elas contam que é duro “estar longe da minha família, por que eu não sou daqui e minha família vem me visitar uma vez a cada dois meses, uma vez por mês e como muita dificuldade, muito difícil né? O acesso ao presídio...”

O desvinculamento familiar é apontado pelas mulheres em MS como causa de aflição:

minha maior dificuldade primeiro é estar aqui, longe da minha família, do meus filhos, e a segunda é que aqui é muito difícil, eles maltratam a gente demais, sabe? Assim no convívio, a agente é tratado como um cachorro, assim como...como um bicho sabe?

Uma mulher diz que sente falta da família, perdeu a mãe recentemente e lamenta que os filhos precisam dela, ao mesmo tempo lembra que já tinha saído do mundo crime, quando recebeu o mandato de prisão aí “ele (juiz) mandou me recolher pra fazer esse tratamento né?” Outra vez a percepção da MS engendrada na punição como forma de tratamento e a ausência da família como complicador do processo terapêutico. As quatro mulheres tem filhos. Uma delas conta oito, “cinco morreu e três o juiz tomou, tenho nenhum praticamente... eu sou menina de rua”; constata e lamenta sobretudo ao que a droga fez, “eu preferi dar, que o juiz dá

meu filho, do que recuperar das drogas”. As crianças (cuja idade não soube dizer) estão em um abrigo. A segunda mulher tem um filho menor de sete anos que está sob os cuidados do pai. As outras duas tem cinco e um filho.

De acordo com o PDSM, as ações em relação aos serviços de atendimento a pessoas em sofrimento mental no DF devem ser construídas com base na “intersectorialidade como forma de abordagem, buscando o diálogo e a parceria entre as diversas políticas públicas e a sociedade civil e criando espaços e processos integradores de saberes e poderes” (BRASÍLIA, 2010). Esses pontos são cruciais para se avaliar o cumprimento das MS por mulheres no DF e verificar que não estão sendo cumpridas as indicações para tratamento de pacientes judiciárias. O local é inadequado, não há um programa específico que trate das questões das mulheres em sofrimento mental, não há acesso a um espaço educativo, um espaço lúdico ou de lazer para potencializar sua melhora e sociabilidade.

Com alguma consciência das implicações de sua condição, todas as mulheres abordaram várias questões relativas à suas vivências e expectativas. Levando em conta suas histórias de vida, vê-se que as violações não são do tempo presente, de uma sobreposição da política prisional a necessidade de atenção em saúde mental. São vidas violadas desde o abuso de drogas ainda na infância à situação de rua e isso não é uma questão familiar apenas, é de responsabilidade do Estado proteger e dar condições para uma vida digna a todas as pessoas e especialmente pessoas em situação de vulnerabilidade como o caso das MS cumpridas em cárcere.

Individualizar e moralizar as questões sociais, bem como responsabilizar a família significa desresponsabilizar a parte que cabe ao Estado, na (des) construção de possibilidades de vida para essas mulheres, que antes de se tornarem “criminosas” estiveram em risco social, onde o processo de empobrecimento é tido como resultado de um fracasso pessoal e resulta numa exclusão que cria mulheres que se já estão presas quando adolescentes, quando adultas tem grande chance de voltar a essa condição, por vezes acrescidas da loucura.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da condição histórica do tratamento precário dado à saúde como um todo e em especial à saúde mental, e considerando as particularidades de mulheres em cumprimento de MS, observa-se a que o Estado ao não implementar Políticas de Saúde e Assistência se desresponsabiliza e não considera a subjetividade e a complexidade na questão do cuidado

com as doenças mentais severas ou persistentes. As mulheres que cumprem MS na PFDF assim como as loucas e loucos de todo o Brasil são pessoas alienadas de seus direitos, as quais tem negado o reconhecimento inclusive a um lugar no mundo.<sup>20</sup>

A agenda para a eliminação dessa desigualdade passa obrigatoriamente pela implementação das políticas públicas voltadas esse segmento da população. A implementação da Reforma Psiquiátrica exige substituir a lógica repressiva do asilamento em HCTPs ou ATPS, concepção que prevalece no Brasil. E para superar esses problemas, é de grande importância que se responda às demandas das loucas infratoras, fazendo as mediações necessárias, disputando a hegemonia com o projeto conservador e defendendo um projeto de saúde mental público, descentralizado, desinstitucionalizante e não prisional. Sendo assim reorganizar os serviços existentes na rede de saúde mental do DF e construir espaços que atendam à demanda local são de suma importância para o processo. O DF possui apenas um protótipo de SRT no ISM que recebe homens em MS, mas poderia com o esforço da rede de saúde mental atender também as mulheres que tem sido excluídas desse processo. A constituição desses espaços é relevante para a desinstitucionalização das usuárias.

O sofrimento não é exclusivo do campo psi<sup>21</sup>, mas é composto por demandas da existência, nesse sentido e de acordo com os dados encontrados na pesquisa, faz-se urgente criar um programa que trabalhe em várias frentes para o atendimento das necessidades das mulheres em MS. Seguem algumas propostas que podem ser colocadas em prática pela ATP em parceria com outras instituições:

- Garantia de que mulheres em sofrimento mental que cometam infrações sejam acolhidas e tratadas na rede SUS do DF.
- Operacionalização de direitos através de ações nas áreas moradia, educação, saúde e trabalho bem como o resgate da cidadania.
- Gestão e empenho de todo o recurso e para a saúde mental e para as políticas sociais de áreas pertinentes de forma a consolidar acesso a direitos sociais.

---

<sup>20</sup> Entrevista com Debora Diniz sobre o filme “A Casa dos Mortos” em: *Vibrant - Virtual Brasileira de Antropologia*, v 9, n. 2. julho-dezembro de 2012. Brasília, ABA. OLIVEIRA, Rosana de Medeiros; SILVA, Érica Quinaglia. Disponível em <http://www.vibrant.org.br/issues/v9n2/rosana-m-de-oliveira-erica-q-silva-interview-with-debora-diniz-about-the-film-the-house-of-the-dead/> Acesso em 12/12/12.

<sup>21</sup> Diz-se dos saberes da psicologia, psiquiatria e psicanálise.

- Capacitação de profissionais para lidar com as demandas específicas das mulheres em MS.
- Promoção de eventos que informem e problematizem as ações a ser implementadas para impulsionar a desinstitucionalização, assim como debate com profissionais e instituições aptos a participar desse processo.
- Estabelecimento de novas formas de lidar com as mulheres que possibilite a reelaboração da presunção de periculosidade.
- Formação de espaços de construção da subjetividade para a reinserção social e cultural.
- Trabalho para o fortalecimento dos laços familiares e criação de vínculos para a liberdade.
- Acompanhar e dar suporte para a alta progressiva nos centros de tratamento.

Tais propostas devem ser analisadas para que todas as mulheres em MS no DF possam ter direito à saúde e, sobretudo direitos humanos, assegurados. Para que possam ser atendidas de forma consentânea às suas necessidades, ter um tratamento digno em um local adequado e não cumprir a MS em cárcere como vem ocorrendo. Dessa forma, faz-se importante salientar mais uma vez a necessidade de se trabalhar para reverter a desmistificação da loucura infracional, para que se possa romper com a cultura do estigma, do tratamento desigual e do abandono.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Maria João. **Discussão em torno do internamento de inimputável em razão de anomalia psíquica**. 8º Seminário Internacional, 1º Fórum Latino Americano de Política Criminal. Revista Brasileira de Ciências Criminais – 42. Ed. Revista dos Tribunais. Instituto Brasileiro de Ciências Criminais – IBCCRIM, Ano 11, janeiro-março de 2003.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante**. Ver. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum; 19(3): 2010a.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte**. Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum. v.20 n.1 São Paulo abr. 2010b.

BERTOLETE, José M. **Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais**. Divisão de Saúde Mental - Organização Mundial da Saúde – Suíça. Revista de Saúde Pública 29 (2), 152-6, 1995.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto Lei 2848/40, 1940.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) Acesso em 11/09/12.

\_\_\_\_\_. **Crack: é possível vencer**. 2013. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home> Acesso em 15/01/13.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em 17/12/12.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Sistema integrado de informações penitenciárias (INFOPEN)**. Departamento Penitenciário Nacional 2010. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/depen/data/Pages/MJE9614C8CITEMIDD1903654F8454D5982E839C80838708FPTBRNN.htm> Acesso em 15/05/12.

\_\_\_\_\_. **Parecer sobre as medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/2001**. Ministério Público Federal – MPF, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – PFDC. Brasília DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei 11.343, art. 45**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências, 2006.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 7.210 de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal – LEP. 1984.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança.** Série pensando o Direito. Nº 35/2010. Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, Brasília, 2010a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução. nº 4, de 30 de julho de 2010,** que dispõe sobre as diretrizes nacionais de atenção aos pacientes judiciários e execução de medidas de segurança. Brasília, 2010b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução nº 05, de 4 de maio de 2004,** dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-se à previsão contida na Lei n. 10.216 de 2010. Disponível em [http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/cao\\_civel/cadeias/pe\\_legislacao/2004resolu05.pdf](http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/pe_legislacao/2004resolu05.pdf) Acesso em 10/06/12.

BRAVO, Omar Alejandro. **As prisões da loucura, a loucura das prisões.** Psicol. Soc., vol.19, n.2, pp. 34-41, 2007.

BRUNI, José Carlos. **Foucault: o silêncio dos sujeitos.** Tempo Social; Rev. Social. USP, S. Paulo, VOLUME 1(1), 1989.

CARRARA, Sérgio Luís. **Os manicômios judiciários no Brasil.** Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano. 20(1): 000-000, 2010.

CAVALCANTE, Ubaldo Ataíde. **Pena e medida de segurança e o reflexo da dualidade no índice de criminalidade.** ESMAFE - ESCOLA DE MAGISTRATURA FEDERAL DA 5ª REGIÃO, 2002.

CHALUB, Miguel; VALENÇA, Alexandre; MENDLOWICZ, Mauro; MECLER, Kátia; NARDI, Antônio Egidio. **Conceito de responsabilidade penal em psiquiatria forense.** Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal Fluminense (MSM/UFF). Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. J. Bras. Psiq. 54(3): 248-252, 2005a.

CHALUB, Miguel; VALENÇA, Alexandre; MENDLOWICZ, Mauro; MECLER, Kátia; NARDI, Antônio Egidio. **Responsabilidade penal nos transtornos mentais.** Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal Fluminense (MSM/UFF). Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 54(4): 328-333, 2005b.

COHEN, Claudio. **A periculosidade social e a saúde Mental.** *Comentário.* Revista Brasileira de Psiquiatria. Rev. Bras. Psiquiatr. Vol. 21 n.4 São Paulo, dez/1999.

CORDIOLI, Maria Sirene; BOREINSTEIN, Miriam Borenstein; RIBEIRO, Anesilda Alves de A. R. **Hospital de Custódia os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos.** Esc Anna Nery R Enferm; 10 (4): 671 – 7. Dez/2006.

CORREIA, Ludmila C; LIMA, Isabel M.S.O; ALVES, Vânia S. **Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos.** As autoras respondem. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):1995-2012. Set/2007.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis.** Revista de psicologia da Unesp 6(1) 2007.

DINIZ, Debora. A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil - Censo 2011. Brasília, 2013.

DISTRITO FEDERAL. **Plano Diretor de Saúde Mental do DF – 2011 a 2015**. SES/DF, Brasília, 2010.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir: Nascimento da prisão. 21ª ed. Petrópolis, RJ, 291 p, Vozes, 2009.

FREITAS, Fernando F. P. de; RIBEIRO, Guilherme A. **Reforma psiquiátrica e exclusão: as experiências de Reggio Emilia a Perúgia**. Estudos de Psicologia 2006, 11(3), 307-314. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2006.

GUILEM, Dirce; DINIZ, Debora. **O que é ética em pesquisa**. Coleção primeiros passos, 332. Editora Brasiliense, 105 p, 2008.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica**. Boletim dos Procuradores da República nº 70, abril/2006.

MELLO, Adriana P. **Entre a cruz e a espada**. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.; 20(1): 000-000, 2009.

MESSIAS, Simone Fagundes. **Manicômio Judiciário e a Lei de execução penal: garantias e violações**. Revista Transdisciplinar de Ciências Penitenciárias, 4(1):39-49, Jan.-Dez./2005.

NETTO, Menelick de Carvalho; MATTOS, Virgílio de Mattos. **O novo direito dos portadores de transtorno mental: o alcance da lei 10.216/2001**. CFP - Conselho Federal de Psicologia, 2005.

PERES, M. F. T. e NERY FILHO, A. **A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança**. História, Ciências, Saúde . Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2):335-55, maio-ago/2002.

QUEIROZ, Paulo de Souza. **Penas e medidas de segurança se distinguem realmente?** Portal Conteúdo Jurídico, 2008. Disponível em <http://conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.21308> Acesso em 17/10/12.

RAICHELIS, Raquel. **Democratizar a Gestão das Políticas Sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil**, in Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Pgs 1-17. Cortez, São Paulo, 2006.

REIS, Alberto O. A. **Saúde mental, democracia e responsabilidade**. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum; 20(1): 000-000, 2010.

SOUZA, Carlos Alberto Crespo de. **Doentes mentais em prisões e em casas de Custódia e Tratamento: um Grande e Permanente Desafio à Psiquiatria e à Lei**. Hospital de psiquiatria, 2005. Disponível em [http://www.hospitaldepsiquiatria.com.br/menu\\_03/artigos/art\\_007.htm](http://www.hospitaldepsiquiatria.com.br/menu_03/artigos/art_007.htm) Acesso 10/10/12.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o**

*desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; Bookman, 2008.

TILIO, Rafael de. **A querela dos direitos: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais**. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2007.

VALENÇA, Alexandre. **Aspectos psicopatológicos e forenses de mulheres homicidas com diagnóstico de transtornos psicóticos primários – estudo de série de casos**. J. Bras. Psiquiatr. 2008;57(4):253-260.2008.

VENTURINI, Ernesto. **A desinstitucionalização: limites e possibilidades**. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum; 20(1): 000-000, 2010.

# ANEXO 1 - Questionário Geral



## Questionário de Pesquisa - Censo Presídio Feminino de Brasília



<b>A. Identificação</b>		
1. nº do Prontuário (não preencher) <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>		
2. Pesquisadora responsável:		3. Data da aplicação:
<b>B. Dados Pessoais</b>		
4. Nome completo da interna:		
5. Data de nascimento:		6. Nome da Mãe:
7. Nacionalidade:	8. Naturalidade:	UF: Cidade:
9. Endereço:		
UF:		Cidade:
10. Telefone de Contato:		
11. Cor de Pele		12. Estado civil
1 - ( ) Branca	2 - ( ) Negra	3 - ( ) Amarela
4 - ( ) Parda	5 - ( ) Indígena	6 - ( ) Outra
1 - ( ) Casada	2 - ( ) Solteira	3 - ( ) União estável
4 - ( ) Divorciada	5 - ( ) Viúva	6 - ( ) Outra
13. Religião		
14. Documentos (que possui)		15. Possui deficiência
1 - ( ) RG	3 - ( ) Certidão de nascimento	6 - ( ) Título de eleitor
2 - ( ) CPF	4 - ( ) Carteira de trabalho	7 - ( ) Passaporte
	5 - ( ) Carteira de motorista	8 - ( ) Nenhum
1 - ( ) Nenhuma	4 - ( ) Visual	
2 - ( ) Motora	5 - ( ) Cognitiva	
3 - ( ) Auditiva	6 - ( ) Múltipla	
16. Doenças		
1 - ( ) Nenhuma	2 - ( ) Diabetes	7 - ( ) Outra:
3 - ( ) Câncer	4 - ( ) Depressão	
5 - ( ) Hipertensão	6 - ( ) HIV	
17. Medicamento de uso contínuo?		
1 - ( ) Nenhuma	2 - ( ) Diabetes	
3 - ( ) Câncer	4 - ( ) Depressão	
5 - ( ) Hipertensão	6 - ( ) HIV	
<b>C. Dados Sociais</b>		
18. Já Sofreu algum tipo de violência doméstica?	19. Faz acompanhamento psiquiátrico no presídio?	20. Já morou na rua alguma vez?
1 - ( ) Sim	2 - ( ) Não	1 - ( ) Sim
		2 - ( ) Não
21. Você se relaciona com?	22. Você recebe visita íntima?	
1 - ( ) Homem	2 - ( ) Mulher	3 - ( ) Ambos
4 - ( ) Nenhum	1 - ( ) Sim, de homem	2 - ( ) Sim, de mulher
	3 - ( ) Não	
23. Seu companheiro(a) está preso?	24. Você já cumpriu medida socioeducativa?	
1 - ( ) Sim	2 - ( ) Não	1 - ( ) Sim
		2 - ( ) Não
25. Existe mais algum membro da família preso?	26. Recebe visita?	
1 - ( ) Mãe	5 - ( ) o Avô	1 - ( ) Mãe
2 - ( ) Pai	6 - ( ) a Avó	5 - ( ) Avós
3 - ( ) Irmão	7 - ( ) Outros	2 - ( ) Pai
4 - ( ) Irmã	8 - ( ) Não	6 - ( ) Companheiro
		3 - ( ) Irmão
		7 - ( ) Filhos
		4 - ( ) Irmã
		8 - ( ) Amigos (as)
		9 - ( ) Primos
		10 - ( ) Tios
		11 - ( ) Não
26. Grau de Instrução de Entrada		
1 - ( ) Não alfabetizada	5 - ( ) Médio ou 2º Grau INCOMPLETO	9 - ( ) Pós Graduação
2 - ( ) Alfabetizada	6 - ( ) Médio ou 2º Grau COMPLETO	
3 - ( ) Fundamental ou 1º Grau INCOMPLETO	7 - ( ) Superior INCOMPLETO	
4 - ( ) Fundamental ou 1º Grau COMPLETO	8 - ( ) Superior COMPLETO	
27. Grau de Instrução Atual (utilizar a numeração do item acima)		28. Estuda no presídio?
		1. Sim
		2. Não
29. Em que ano/série?		
30. Trabalhou com carteira assinada, era servidor público ou contribuiu para o INSS nos últimos 12 meses antes da reclusão?		
1 - ( ) Sim		
2 - ( ) Não		
31. Ganhava Quanto nessa atividade?		R\$

