



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
TERAPIA OCUPACIONAL

MARIA JULIA LOPES OLIVEIRA

**(RE) INSERÇÃO SOCIAL:
Perspectiva do interno da ala de tratamento psiquiátrico –
Distrito Federal**

Brasília-DF
2013.

MARIA JULIA LOPES OLIVEIRA

(RE) INSERÇÃO SOCIAL:
Perspectiva do interno da ala de tratamento psiquiátrico –
Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientador: Prof. MSc. Josenaide Engracia do
Santos.

Brasília-DF

2013.

Ficha Catalográfica elaborada pela autora

Oliveira, Maria Julia Lopes.

(Re) inserção social: Perspectiva do interno da Ala de Tratamento Psiquiátrico- Distrito Federal – 2013.

52f.

Orientação: Prof^ª. Ma Josenaide Engracia do Santos.
Monografia (Bacharel em Terapia Ocupacional) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2013.

1. Loucura 2. Inimputável 3. Semi-imputável 4. Ala de Tratamento Psiquiátrico 5. (Re) inserção.

MARIA JULIA LOPES OLIVEIRA

(RE) INSERÇÃO SOCIAL:

**Perspectiva do interno da ala de tratamento psiquiátrico –
Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. MSc. Josenaide Engracia do Santos – Orientadora
FCE/UnB

Prof^ª. Dr^ª. Érica Quinaglia – Membro Interno
FCE/UnB

Fabício Gonçalves da Silva – Terapeuta da Ala de Tratamento Psiquiátrico

Brasília, 18 de Dezembro de 2013.

A todos que amo e ao meu querido avô
Dermevaldo de quem ainda permanece grande
saúde.

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho é a conclusão de um caminhar que muitas vezes se mostrou árduo. Foi preciso muito esforço, dedicação, determinação, ousadia, perseverança, muita paciência e maleabilidade. Não teria chegado até aqui sozinha. Agradeço a cada um que de alguma maneira acreditou em meus ideais e caminhou lado a lado comigo durante toda a trajetória, porque como já dizia o pensador: “Um sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade”.

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, por me abençoar em toda minha trajetória e por me dar forças e capacidade para superar cada obstáculo. Agradeço a minha avó Maria e a minha mãe Cássia, por todo apoio, incentivo e amor. Por me incentivarem a ir sempre além, por me fazerem acreditar que sou capaz e me darem todos os subsídios para concretizar meus ideais. Sem vocês eu nada seria.

A minha orientadora professora Josenaide Engracia a minha eterna gratidão por ter acreditado em minha imatura ideia de pesquisa e ter me auxiliado a dar forma e concretizar esse trabalho. Agradeço por todo o conhecimento compartilhado e por muitas vezes ter sido muito mais do que orientadora.

Ao meu companheiro, amigo e namorado Cláudio, o meu muito obrigado por todas as noites que resistiu ao sono para me deixar acordada e por todo amor e compreensão pelos inúmeros momentos de ausência.

Agradeço aos meus fieis amigos pelo apoio e carinho. À Rhaila, Mari, Vick, Rafa e aos demais companheiros de graduação o meu agradecimento por todos os conhecimentos construídos juntos, por todo carinho, compreensão e por toda a experiência proporcionada. A minha caminhada não teria sido a mesma sem vocês.

Agradeço ao Agente Mattos por todo auxílio dispensado durante a pesquisa, a sua colaboração foi essencial para a realização desta. Agradeço a cada interno pela confiança em compartilhar suas histórias, esse caminhar só foi possível devido a vocês.

A todas as pessoas que mesmo não estando citadas aqui e que de alguma maneira contribuíram e ajudaram durante toda a minha trajetória e conclusão desse trabalho, a minha mais sincera gratidão.

“Mas eu não quero me encontrar com gente louca”, observou Alice.

*“Você não pode evitar isso”, replicou o Gato.
“Todos nós aqui somos loucos. Eu sou louco.
Você é louca”.*

“Como sabe que sou louca?”, indagou Alice.

“Deve ser”, disse o gato, “ou não teria vindo aqui”.

(Lewis Carroll, 1865).

RESUMO

No final da Idade Média e início da idade moderna na mesma lógica excludente que sofreu a lepra e as doenças venéreas surgiram os primeiros dados de exclusão de pessoas com sofrimento mental. O presente estudo teve como objetivo compreender a perspectiva do sujeito coletivo quanto a sua (re) inserção social. Estudo qualitativo com abordagem teórica metodológica da representação social por meio do discurso do sujeito coletivo-DSC, que permite que se conheçam os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos. Instrumento de coleta de dados, entrevista semiestruturada. . Foram realizadas cinco entrevistas com indivíduos da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal. Análise de dados. Foi utilizado o DSC, que foi trabalhado algumas figuras metodológicas. A primeira delas são as expressões-chave (E-Ch), que se constituem de pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, sublinhadas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento. As E-Ch são a matéria-prima para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo. A próxima é a ideia central (IC), que constitui uma expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de E-Ch, que vai dar nascimento, ao DSC. Considerações finais: A (re) inserção social na perspectiva do interno da ATP é um pedido de chance, independente do diagnóstico, uma chance, independente da perícia, uma chance, independente da sentença, uma chance. Apenas o suplicio de uma chance.

Palavras-chave: Loucura; Inimputável; Semi-imputável; Ala de Tratamento Psiquiátrico; (Re) inserção.

ABSTRACT

In the late Middle Ages and early Modern Period, in the same exclusionary logic that suffered leprosy and venereal diseases were the first data exclusion of people with mental suffering. The present study aimed to understand perspective the collective subject as its social (re) integration. Qualitative study with methodological theoretical approach to social representation through collective discourse of subject-DSC, which enables you to know the thoughts, representations, beliefs and values of a community on a particular topic using scientific methods. Instrument to collect data, semi-structured interview. . Five interviews with individuals Psychiatric Care Ward of the Federal District were made. Data Analysis. DSC, which was worked some methodological approaches was used. The first of these are the key expressions (E-Ch), which constitute the pieces, excerpts or literal transcriptions of speech, underlined by the researcher and that reveal the essence of the testimony. The E-Ch are the raw material for the construction of the Collective Subject Discourse. The (re) integration in the internal perspective of ATP is an application of chance , independent of the diagnosis , a chance , regardless of skill , chance , regardless of the sentence , a chance . Just plead a chance

Keyword: Madness; Untouchable; Semi-untouchable; Side Psychiatric Care; (Re) Integration.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 LOUCURA.....	11
2.2 HABITAT MANICOMIAL	14
2.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	16
2.4 (RE) INSERÇÃO SOCIAL	18
2.5 A PSIQUIATRIA E O MANICÔMIO JUDICIÁRIO DO DISTRITO FEDERAL.....	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4 CAMINHO METODOLÓGICO	22
4.1 CENÁRIO DA PESQUISA	22
4.2 SUJEITOS DE PESQUISA.....	23
4.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	24
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	25
5 RESULTADOS: TECENDO O DISCURSO COLETIVO.....	26
6 DISCUSSÃO: AS MÚLTIPLAS FACETAS DA PERSPECTIVA DO SUJEITO COLETIVO.....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	40
APÊNDICE A – PERGUNTAS NORTEADORAS.....	41
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	42
ANEXO- PARECER DO COMITÊ.....	43

1. INTRODUÇÃO

No final da Idade Média e início da idade moderna na mesma lógica excludente que sofreu a lepra e as doenças venéreas surgiram os primeiros dados da exclusão de pessoas com sofrimento mental. Foucault (1979), em a História da Loucura cita o Nau dos Loucos “estranho barco que deslizava ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos”. Neste barco seus destinos eram incertos, ele servia como meio de “escorraçar” os loucos das grandes cidades. Posteriormente a nau dos insensatos no século XVII, foram criados espaços de internamento, que funcionavam como centros de assistência pública. Esses espaços foram chamados de *Hospitais Gerais* e tinham como função primordial isolar toda a população que, de alguma forma, pudesse interferir na organização do espaço urbano.

A transformação do hospital em instituição médica de reorganização e controle surgiu com o nascimento da clínica, na figura do médico Philippe Pinel, para Foucault (1979) o marco simbólico do nascimento da Psiquiatria. Nesta concepção o doente mental representava um excluído, sem direitos de cidadão e perigoso.

A relação entre doença mental e periculosidade foi legitimada no Brasil com a criação na década 20 do Manicômio Judiciário. Era um hospital/prisão de custódia e tratamento onde eram internados os indivíduos que deviam cumprir medida de segurança. A instituição era responsável também pela avaliação psiquiátrica pericial de todas as pessoas que cometeram delitos na vigência da suspeita de algum comprometimento mental. De acordo com Carrilho (2004), atualmente há dois tipos de instituição de assistência jurídico-psiquiátrica no Brasil: o anexo psiquiátrico e o manicômio judiciário, cujas funções não se confundem. Os anexos propõem tratar o criminoso antes do julgamento, durante a execução da pena e também depois, com vistas a prevenir a reincidência dos egressos. O manicômio judiciário, por sua vez, possui três finalidades básicas: atuar como um centro pericial de observação e tratamento dos internados, prestar tratamento de saúde aos criminosos inimputáveis e atuar como órgão de defesa social.

Ainda conforme Carrilho (2004), o tratamento curativo é um direito do internado e uma garantia à sociedade, tendo em vista o caráter preventivo da medida de segurança que protege a sociedade e cuida do usuário, todavia conforme (GOFFMAN, 1961) mutila/mortifica a

identidade do sujeito, o individuo sofre com o passar do tempo uma quebra de identidade. Quebra de identidade porque o lugar do interno é o lugar do detento. O ambiente tem como características, isolamento do exterior, vêm-se pátios currais, falta absoluta de privacidade, falta de comunicação e a sensação de um tempo a não ser vivido fora dos manicômios.

Ficamos a pensar sobre a monotonia que atravessa a instituição e perguntar se existe a perspectiva de projetos futuros. Como esses sujeitos se inserem nas propostas de inserção social? O que eles pensam sobre a (re) inserção social? O interesse pela temática a partir do olhar dos sujeitos é a oportunidade para dar escuta a usuários que vivem sobre a égide do sistema punitivo e a necessidade de percebê-los como sujeitos. Mesmo diante do panorama de interdição, não se pode deixar de pensar em autonomia.

Só estudando situações críticas como estas sobre (re) inserção social se pode comprovar até que ponto a identidade dos internos estão projetadas para reconstruir a reintegração das funções sociais amputadas e o que os mesmos falam. Neste contexto alguns questionamentos podem ser feitos acerca da loucura e das medidas de segurança: O que é reinserção social na perspectiva do interno? Como descrevem as atividades que podem favorecer a essa reinserção? Os vínculos familiares permanecem? Quais os aspectos da convivência institucional?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Loucura

Durante toda a história da humanidade a loucura teve várias definições, relacionada a bruxaria, misticismo, possessão demoníaca, transgressores e posteriormente o poder científico da medicina fica responsável por trata-los (GOFFMAN, 1961). Pelbart (1989) cita Falret que considerava a loucura como um problema físico e que podia ser curada por medicamentos, ainda segundo esse autor, autores como Reil e Leuret, defendem que a loucura tem uma ligação com problemas com a alma, sendo assim o tratamento moral é o mais indicado. “Para curar a loucura não é necessário conhecer sua natureza mais do que isso é preciso conhecer a natureza da dor para empregar com sucesso os calmantes e os sedativos” (PELBART 1989, p. 219 *apud* ESQUIROL, 1805, p. 62).

Quando se fala em loucura ou no sujeito denominado louco, muitos adjetivos são utilizados como cita Pelbart (1989, p. 138):

Foi para o espaço. Perdeu os eixos. Saiu dos trilhos. Está fora de si. Virou astronauta. Saiu de órbita. Pirou! “Essas poucas expressões de uso corrente, que designam o insensato, indicam um duplo movimento: por um lado a perda de um centro (si, órbita, eixo, trilho), por outro a ejeção centrífuga em direção a um fora indeterminado [...].

Foucault cita que a loucura em seus primórdios não era algo onde se via a necessidade de internação, tinha-se uma concepção que era “um erro ou ilusão”, só seria necessária a internação da loucura quando a mesma torna-se algo perigoso ou extremo, pois se considerava algo pertencente ao mundo. Sendo assim, lugares fechados não eram vistos como espaço para a loucura, eram prescritos pelos médicos o convívio com a natureza “pois era a forma visível da verdade; tinha nela mesma o poder de dissipar o erro, de fazer sumir as quimeras” (FOUCAULT, 1979, p. 120) daí a loucura passará por um longo período de latência, quase dois séculos, para que, suscite como elemento ligado ao campo da exclusão e se aproxime da medicina.

Nasce a necessidade de estudar esses seres considerados transgressores das regras. Afastados da sociedade para serem estudados, e com o estudo dos loucos, os são teriam como identificar quais características deveriam ser evitadas para que não fossem considerados

loucos. Surgem os asilos, locais que tinham como função primordial isolar a loucura para que esta pudesse ser estudada.

A reclusão dos loucos tinha um caráter de tratamento, e punição (BERNARDES, 1995). O caráter de reclusão ficou inicialmente conhecido no século XVII nas denominadas casa de internamento. Para Foucault (1988) a partir de Pinel, Tuke, Wagnitz, sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento, e que um dia seriam descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das "casas de força", relacionada a tratamento e punição.

O hospital geral foi fundado em 1656, como se fosse uma casa de retiro destinada aos inválidos do exército inicialmente. Conforme Foucault (1979), tinha como função recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentavam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá eram encaminhados pela autoridade real ou judiciária. Ainda segundo Foucault (1979), é antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide julgar e executar.

Na estrutura do Hospital Geral, há um médico, porque se teme a doença naqueles que já estão internados. O internamento não é um primeiro esforço na direção da hospitalização da loucura, sob seus variados aspectos mórbidos. Constitui antes uma homologação dos alienados (FOUCAULT, 1979). A loucura como doença como nos afirma Foucault tem o seu reconhecimento no direito canônico, bem como no direito romano, ligado ao diagnóstico pela medicina. A consciência médica estava implicada em todo julgamento sobre a alienação. Não podemos deixar de citar a figura de Pinel, como médico escolhido, para avaliar as dimensões médicas exatas da loucura, fundar com todo rigor, o internamento cuja necessidade foi reconhecida e materializada com a publicação, no século XVIII, o "Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou a mania", no qual descreveu uma nova especialidade médica que viria a se chamar Psiquiatria (1847).

Com o passar do tempo houve uma revisão do tratamento moral de Pinel, sem os cuidados originais do método e passaram a ser utilizados recursos de imposição da ordem e da disciplina. Estratégias estas que tinham como objetivo manter a ordem, o que influenciou na dinâmica institucional inclusive nos manicômios. Foi o momento em que foram introduzidas as concepções orgânicas decorrentes de descobertas experimentais da neurofisiologia e da

anatomia patológica. Mesmo assim, no século XIX, na medida em que a loucura foi se separando da ausência de razão, a sua percepção necessitava de uma visão clínica. Todavia a ideia de submissão do louco persistia segundo Foucault (1979), o louco ainda era visto como algo a ser corrigido.

Para Foucault (2010), a associação entre loucura e criminalidade pode ser explicada pela necessidade da sociedade de disciplinar, como detentora de poder e de punição, sendo assim surgiu então a “patologia da conduta criminoso”.

[...] só se punirá, em nome da lei, é claro, em função da evidência do crime manifestada a todos, mas se punirão indivíduos que serão julgados como criminosos, porém avaliados, apreciados, medidos, em termos de normal e de patológico. A questão do ilegal e a questão do anormal, ou ainda, a do criminoso e a do patológico, passam, portanto a ficar ligadas, e isso não se dá a partir de uma nova ideologia própria, nem de um aparelho estatal, mas em função de uma tecnologia que caracteriza as novas regras da economia do poder de punir (FOUCAULT, 2010, p. 78).

No século XIX era comum a presença dos médicos nos tribunais, na tentativa de explicar as motivações de crimes sem razão aparente, mas que não eram praticados por indivíduos delirantes o que promoveu a expansão das categorias nosológicas por parte da psiquiatria e a partir disso a psiquiatria teve uma abrangência maior no que se refere a comportamentos considerados desviantes, com isso vários delitos ganharam uma percepção “medicante” e por consequência a loucura e a criminalidade começam a ser associados.

Através de categorias como as de monomania ou degeneração, vários crimes começaram a ser compreendidos medicamente, e já se percebia inclusive uma zona fronteira, onde crime e loucura se confundiam, ou melhor, onde o crime podia ser interpretado como resultante de um psiquismo perturbado ou anômalo. Através da degeneração, o crime como desvio moral pôde também ser compreendido enquanto disfunção orgânica (CARRARA, 2010, p. 23).

A presença da medicina interferiu diretamente no momento em que o crime passou a ser associado a uma patologia, necessitando da intervenção de um perito e de procedimentos curativos. Foucault (1979) cita que a relação entre psiquiatria ocorreu no momento em que a justiça se viu impossibilitada de encontrar uma racionalidade no ato criminoso, pois até então o código penal baseava-se no “livre-arbítrio” do delinquente, sendo assim fazia-se necessário uma investigação para averiguar a existência de um quadro de insanidade mental. Quando constatado a insanidade mental a justiça era impossibilitada de aplicar as penas convencionais, existia assim a necessidade de reclusão tratamento do delinquente e alguém

especializado para diagnosticá-lo (CASTEL, 1978). Com a associação da loucura e da criminalidade surgem instituições com modelo assistencial jurídico-punitivo e psiquiátrico-terapêutico, surgem então na Inglaterra, em 1870, os primeiros Manicômios Judiciários (MJ).

2.2 Habitat manicomial

O manicômio, como os cárceres, é um lugar fechado, isolado do exterior. São espaços coletivos, sem possibilidade de privacidade. A falta de privacidade está relacionada à intervenção controladora repressora e o paciente ou detento deve ser continuamente vigiado. Tudo está organizado para uma melhor vigilância por agentes penitenciários, que cumpre funções policiais e não terapêuticas. Quando chega ao manicômio o indivíduo é obrigado a despojar de seus pertences pessoais, ele tem as suas roupas arrancadas, os cabelos são cortados, passam por um processo de desinfecção, uniformes são entregues (GOFFMAN, 1961).

Ainda segundo Goffman (1961, p. 42), o interno desse tipo de instituição tem a sua vida invadida:

A vida do internado é constantemente penetrada pela interação de sanções vindas de cima, sobretudo durante o período inicial da estada. São retirados do indivíduo a oportunidade de equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente e coloca suas ações a mercê de sanções violentando-se assim a autonomia do ato.

Os manicômios, hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico são lugares que servem como espaço residencial e de trabalho, onde pessoas que tem uma história parecida, que necessitam ser reclusos da sociedade, vivem isolados e seguem regras, tudo é administrado (GOFFMAN, 1961). Segundo Caixeta (2012), entende-se por manicômio judiciário uma “instituição totalizante” que reforça um caráter de exclusão do sujeito e o limita a conviver com a sociedade mais ampla, alimentando a associação entre o louco e a criminalidade e estimulando uma “dimensão estrutural ambígua e contraditória”.

Foucault (1999, p. 23) cita que em um manicômio judiciário a punição imposta é justificada pelo saber científico-jurídico:

[...] uma história correlativa da alma moderna e de um novo poder de julgar; uma genealogia do atual complexo científico-jurídico onde o poder de punir se apoia, recebe suas justificações e suas regras, estende seus efeitos e mascara sua exorbitante singularidade.

Carrara (1998) expõe em sua obra crime e loucura, que no manicômio judiciário não há uma diferenciação entre o tratamento dado para o sujeito doente e o preso convencional, pois são tratados como presos, não há uma diferenciação entre uma classe e outra.

Os manicômios judiciários têm por função servir de habitat para pessoas loucas e perigosas, e sendo assim perigosas, não podem viver com os indivíduos da cidade mais ampla. Nesses ambientes, o psiquiatra tem a função de emitir laudos referentes a periculosidade e também prestar atendimento, tratar os loucos criminosos. Nessas instituições confundem-se o papel da justiça e dos especialistas em saúde.

[...] o médico tem como paciente tanto o doente como a Justiça, confundindo-se seu papel: punição, correção dos desvios dos doentes para ajustar-se às normas jurídicas. O psiquiatra forense está identificado com o arcabouço do poder, no entanto, é o juiz que determina a internação, nem sempre seguindo recomendações médicas (VILLAR, 2007, p. 65).

Os hospitais psiquiátricos isolam e marginalizam a personalidade do sujeito, isso acontece por meio do recrutamento, do fechamento, da negação da subjetividade ao indivíduo e também pela solidão imposta a ele. Acontece um depósito desses indivíduos nesses locais, o paciente vê sua identidade ser arrancada, perde amigos, família, expectativa e até a sua decência. Porém, quando se fala em expectativa e amigos é necessário analisar a existência disso antes do confinamento (MANAGAT, 2010).

O manicômio, seja ele judiciário ou não, não se resume a instituições fechadas. Quando se fala de instituição, fala-se não somente em estrutura física, mas em estigmas que ultrapassam os muros e chegam à forma em que se olha a doença mental e o detentor da mesma. A problemática acerca da loucura, a exclusão, reclusão, relações pessoais e institucionais, uma falta absoluta de privacidade em que está vinculada a atitude controladora repressora da instituição, na qual o paciente deve ser continuamente vigiado, deve estar sempre sob controle, característica que permanece mesmo com a reforma psiquiátrica.

2.3 Reforma Psiquiátrica

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, na década de 70, em favor da mudança dos modelos de atenção nas práticas de saúde e produção de tecnologias de cuidado. Então a reforma psiquiátrica pode ser compreendida como um movimento com várias particularidades, como citado por Yasui (2006, p. 10):

Trata-se de um movimento de muitas faces: a das inovadoras experiências institucionais, dando seus primeiros passos; a da legitimidade como política pública, começando a ser assumida pelo Ministério da Saúde, com a I Conferência Nacional; a de movimento social, com o Movimento da Luta Antimanicomial, congregando diferentes atores, usuários, profissionais, familiares, simpatizantes.

Amarante, 1998 salienta que a reforma psiquiátrica possui três dimensões: “dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico – política e sociocultural”. Segundo Lima (2011), a reforma psiquiátrica prevê retirar o hospital psiquiátrico do centro do tratamento em saúde mental e implementar um modelo em que possibilite a atenção em saúde mental que abranja todas as áreas de assistência em saúde. Pois, “a saúde é um direito fundamental do ser humano e igualmente percebendo e entendendo este conceito de forma global, busca-se um modelo de manejo que cuide de modo integrado do paciente, em todas as esferas constitutivas” (GOULARTE, 2012, p. 4).

Em resumo, como bem exposto por Yasui (2006, p. 22):

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um amplo campo heterogêneo composto por distintas dimensões. É, sobretudo, um processo que traz as marcas de seu tempo. São ações que pressupõem verbalização e afirmação de interesses, disputas, articulações, conflitos, negociações, propostas de novos pactos sociais. Ações que acreditam na possibilidade da construção de uma nova sociedade.

Uma das ações de destaque é a promulgação da lei que ficou durante 12 anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado, ou melhor, a Lei Federal nº. 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. A lei proíbe a criação de hospitais psiquiátricos e fecha um número

relevante desses serviços (DUNKER, 2004) e enfatiza a reorganização do modelo de atenção à saúde mental. Lei nº 10.216/2001:

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de atenção psicossocial (...). (MPF/PFDC, 2011 p. 65).

A reorganização do modelo favorece a desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade. Na Reforma psiquiátrica é relativamente recente, a discussão do manicômio judiciário e no ordenamento jurídico brasileiro, as pessoas com transtornos mentais que cometem crimes são consideradas inimputáveis (BRASIL, 2005) e são submetidas à medida de segurança, espécie de tratamento compulsório, cuja principal consequência é a segregação perpétua ou por longo período, através da internação que deve acontecer por meio do Hospital de Custódia.

O HCTP é um órgão de defesa social e de clínica psiquiátrica, de atuação estadual. Atende a pessoas portadoras de distúrbios mentais que cometeram algum delito e, por isso, estão sob custódia, sendo essa a única instituição do gênero no Estado. De acordo com o Regimento Interno, seu objetivo é oferecer tratamento psiquiátrico ao paciente internado, preservar os direitos humanos e a dignidade do mesmo, bem como garantir qualidade de vida e bom atendimento durante a hospitalização. Visa tratar e recuperar seus internos, buscando reintegrá-los ao meio social e custodiar esses indivíduos que, por determinação judicial, têm uma medida de segurança a cumprir (CORDIOLI *et al.*, 2006, p. 1).

No Brasil o primeiro HCT surgiu em 1921, na cidade do Rio de Janeiro, através do Decreto nº. 1.132/1903, objetivando remodelar a assistência à saúde mental (DINIZ, 2013) e objetiva dar tratamento e custodiar pessoas com transtorno mental que cometeram algum tipo de delito e que devem cumprir medida de segurança. Nucci (2007, p. 479) cita que a medida de segurança pode ser definida como:

[...] uma forma de sanção penal, com caráter preventivo e curativo, visando a evitar que o autor de um fato havido como infração penal, inimputável ou semi-imputável, mostrando periculosidade, torne a cometer outro injusto e receba tratamento adequado.

A definição de pena e medida de segurança por não raras vezes se confundem, porém existem algumas diferenças entre as duas, a pena tem um caráter de culpabilidade, tem um prazo determinado de cumprimento, tem um caráter privativo de liberdade, de prevenção e repressão, já a medida de segurança “é imposta unicamente pela periculosidade”, não tem prazo determinado e é sanção penal de natureza preventiva (JACOBINA, 2006). O art. 97, §

1º, e 98, CP cita que o prazo mínimo de medida de segurança é de 1 a 3 anos, independente do ato praticado, no entanto no mesmo artigo de código penal diz que:

A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 a 3 anos (art. 97, § 1º CP).

Após a Reforma Psiquiátrica e da Lei nº. 10.216/2001 o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, estabeleceu diferentes diretrizes no que se refere ao cumprimento de medidas de segurança, isso para se adequar à Lei nº. 10.216/2001. Na Resolução n.º 05, de 04 de maio de 2004 que abrange as Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, de acordo com Lei nº. 10.216/2001 cita-se que “o tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº. 10.216/01) (CNPCP, 2004).

2.4 (Re) Inserção social

A Lei de Execução Penal nº. 7.210, de 1984, cita em seu artigo 1º que “a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para uma harmônica integração social do condenado e do internado”, ou seja, favorece a reinserção social, uma das formas de realização e de reconhecimento do homem como sujeito, sendo fundamental para garantir a cidadania e o sentimento de pertencimento de qualquer pessoa. A reinserção social é destinada a proporcionar ao cidadão conhecimentos que lhe permitam a qualificação, requalificação e atualização para o exercício de funções demandadas pelo mundo do trabalho ou para construção de um novo projeto de vida.

Um processo de reinserção social é segundo Rebelo (2007) composto por vários objetivos que visam proporcionar autonomia econômica e social, uma vida afetiva e familiar no mínimo “satisfatória” e uma participação real na vida social, usufruindo dos seus direitos de cidadania e cumprindo também com os seus deveres de cidadão. A reinserção deverá proporcionar a transição para uma atividade ou ocupação profissional. Ainda conforme Rebelo (2007) com a aquisição de competências que deem sentido ao seu tempo livre, projetos de vida motivantes, e harmoniosos. Trata-se de um processo muito longo, sem limite de duração, sendo que em grande parte das situações de reconstrução de uma vida exige anos, para a preparação e

arranque do projeto de reinserção social. Conforme o Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT):

[...] a Reinserção Social contribui para a eficácia do tratamento, conduzindo à realização pessoal e ao restabelecimento das redes sociais de suporte, no sentido da estabilidade clínica, emocional e social do indivíduo. É um processo através do qual o indivíduo reestrutura a sua personalidade e a sua vida, desenvolvendo competências de autonomia e responsabilidade, capazes de valorizá-lo enquanto membro útil à sociedade [...] (IDT, 2003).

A reinserção social é fruto de uma estratégia terapêutica, que se inicia no momento em que o indivíduo inicia o tratamento nas instituições e se desenvolve conjuntamente com intervenções ao nível bio-psico-social, que são parte integrante fundamental do projeto terapêutico de cada pessoa. A partir desta abordagem conceitual (2005) a reinserção social requer uma coordenação e participação ativa de todas as instituições com responsabilidade na área social e da saúde.

Bonassa (2004) cita que o tempo de confinamento em instituições totais influencia no processo de reinserção social, pois o tempo prolongado de reclusão faz com que o interno não consiga mais assemelhar uma vida fora dos muros institucionais. Perde-se vínculos, lares, trabalho e o longo período dificulta a reconstrução, a recuperação dos mesmos. Daí a necessidade de que a reinserção social considere a singularidade de cada interno de forma individualizada trabalhando em rede nos níveis microssocial e macrosocial, em que cada indivíduo deverá criar novas possibilidades, ainda que em situação de confinamento.

Neste sentido, Foucault (1979) diz que a instituição de confinamento está longe de modificar o comportamento dos internos, no sentido de transformá-los, afirma que a prisão serve tão somente para fabricar novos internos cronificados. Assim, na visão de Foucault (1979) a prisão passa a ser vista como uma instituição fracassada, pois é ineficaz na sua função ressocializadora.

É difícil materializar a reinserção social. É uma função bastante complexa, pois a tarefa de recuperar os homens para Lopes (2013) num ambiente que destrói, corrompe e descarta as últimas chances do interno em lutar contra o descaso e a miséria, arrasta os sonhos para a vala comum das “ilusões perdidas”. Contudo, isso não quer dizer que seja impossível, mas requer um investimento por parte do Estado para promoção de políticas públicas e sociais.

2.5 A Psiquiatria e o Manicômio Judiciário do Distrito Federal

A primeira Unidade de Psiquiátrica pública do Distrito Federal foi inaugurada na década de 60 no Hospital de Base, construído no mesmo ano. Segundo Machado (2006) existiam outras Clínicas Psiquiátricas, só que privadas como a Clínica Repouso Planalto. A maioria das clínicas ficava localizada em locais distantes. Em 1976 foi inaugurado o Hospital Pronto Atendimento Psiquiátrico- HPAP, conhecido atualmente como Hospital São Vicente de Paula- HSVP, considerado referência em atendimento em saúde mental.

A rede de saúde mental hoje no Distrito Federal é organizada a partir dos princípios da reforma psiquiátrica tendo como base de atenção os Centros de atenção psicossocial de transtorno, infanto-juvenil, álcool e drogas e 24 h. Instituto de saúde mental criado na década de 1990, Núcleo de Ação Integrada/ orientação a usuários de álcool e outras drogas financiado pela Secretária de Saúde. Quando se refere ao cumprimento de Medida de Segurança quando necessária internação o único serviço existente é a Ala de Tratamento Psiquiátrico- ATP e como dito anteriormente localizado na penitenciária feminina do DF. Quando não há necessidade de internação: “o encaminhamento é o tratamento, disponível na rede pública composta pelos serviços de função multidisciplinar e de acompanhamento ou em clínicas privadas que se encontram por toda a cidade” (CAIXETA, 2012, p. 77).

A Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito foi inaugurada em 1999. O Distrito Federal não possui Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e sendo assim a ATP é o único local existente para cumprimento de Medida de Segurança. Segundo DINIZ (2013) no censo realizado em 2011, mostrou que a ATP- DF é vinculada à Secretaria de Estado de Segurança Pública do Distrito Federal, a população era de 94 indivíduos. Diniz, 2013 cita que:

[...] entre os quais 62 estavam em medida de segurança, 21 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 11 estavam em situação temporária de internação (DINIZ, 2013 p. 105).

Panorama que se mantém até o presente momento, pois outras pesquisas não foram realizadas e esses são os únicos dados recentes disponíveis.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a (re) inserção social, na perspectiva do interno da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP).

3.2 Objetivos específicos

- Descrever as atividades que o interno participa na ATP que contribuam a sua (re) inserção social.
- Identificar os vínculos familiares que permanecem mesmo depois do longo período de internação.
- Revelar aspectos da convivência institucional.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

Como abordagem metodológica qualitativa foi utilizada o discurso do sujeito coletivo-DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2000) que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, a proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos.

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tem depoimentos como matéria prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso (LEFRÈVE *et al.*, 2003, p. 70-71)

Nas palavras de Lefèvre e Lefreve (2005), o DSC é um discurso síntese, fruto dos fragmentos de discursos individuais reunidos por similaridade de sentidos. O discurso individual revela a fala individual mais o que há de coletivo (vozes sociais diversas, polifonia e heterogeneidade), o discurso coletivo Lefèvre e Lefreve (2006), é a junção dos discursos individuais, respeitando os sentidos e o nível de compartilhamento. A rigor, os discursos individuais nada mais são do que discursos coletivos enunciados por apenas uma pessoa.

4.1 Cenário da pesquisa

A ala de tratamento psiquiátrico (ATP) fica localizada na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF) situada no Gama, cidade satélite do Distrito federal com área de 276,30 Km e um número populacional de 150 mil habitantes, foi regularizada com a aprovação da Lei Número 3751, de 13 de abril de 1960, a ATP fica à aproximadamente 30 km de distância do centro da cidade, localizada no setor de chácaras. Os internos que se encontram nesse local são considerados inimputável ou semi-imputável.

No Código Penal (Decreto-Lei nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940), em seu art. 26 cita que inimputável pode ser compreendido como a pessoa que devido a doença mental ou problemas no desenvolvimento mental, na hora do delito era completamente incapaz de entendimento e sendo assim é isento de pena, o mesmo artigo cita que é considerado semi-imputável o sujeito que devido a perturbações mentais ou problemas no desenvolvimento mental, “não era inteiramente capaz de entender a ilicitude do fato ou determinar-se em conformidade com

esse entendimento, e que ele poderá ter sua sanção reduzida de um a dois terços” (BRANDI, 2012). Quando comprovada a periculosidade, são encaminhadas então para ATP ou HCTP, onde cumprem a medida de segurança e recebem tratamento. A ATP-DF dispõem de terapeuta ocupacional, psiquiatras, psicólogos, além de policiais civis, agentes penitenciários.

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (BRASIL, 1940)

O censo 2011 realizado pela antropóloga Debora Diniz aponta que:

A população total da ATP-DF era de 94 indivíduos, entre os quais 62 estavam em medida de segurança, 21 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 11 estavam em situação temporária de internação. Na ATP-DF, ao menos 17% (14) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada ou por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial. (DINIZ, 2013. P. 105)

A seção psicossocial da vara de execuções penais tem função de fiscalizar a ATP para verificar se o tratamento oferecido esta sendo adequada. Essa fiscalização acontece semanalmente.

4.2 Sujeitos de pesquisa

Foram cinco os indivíduos partícipes internados na ATP.

Como critérios de inclusão e exclusão, têm-se:

- Critério de inclusão: Indivíduos em situação de enclausuramento por mais de 5 anos e que já tenham sido sentenciados.
- Critério de exclusão: Indivíduos aguardando transferência para o presídio masculino do Distrito Federal (Papuda) e indivíduos que não apresentem condições cognitivas de responder as perguntas. Os internos foram selecionados pela equipe da instituição.

4.3 Instrumentos para coleta de dados

A coleta de dados se deu através de uma Entrevista semiestruturada. Boni e Quaresma (2005) mencionam que nesta modalidade de entrevista são combinadas algumas perguntas abertas e fechadas. O pesquisador seguiu um roteiro com questões previamente definidas. A entrevista teve tempo aproximado de 50 minutos, porém, não existiu obrigatoriamente, um tempo mínimo pré-determinado, para responder a entrevista. Foi respeitado o tempo de cada um para respondê-las, e foi utilizado o registro fonográfico. A entrevista foi composta por 3 questões norteadoras, (Apêndice A) foram necessários alguns comentários para alcançar o proposto.

4.4 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi utilizada a metodologia do DSC, onde se trabalha algumas figuras metodológicas. A primeira delas são as expressões-chave (E-Ch), que se constituem de pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, sublinhadas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento. As E-Ch são a matéria-prima para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo. A próxima é a ideia central (IC), que constitui uma expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de E-Ch, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A E-Ch remetem uma IC correspondente, é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ideologia ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A partir disso será construído o DSC, um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chave (E-Ch) que têm a mesma ideia central (IC). Com o material das Expressões Chave das Ideias Centrais constroem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual.

4.5 Aspectos éticos

De acordo com a Resolução CNS N° 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012) que regulamenta a pesquisa com Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisadora em questão se responsabilizou e se comprometeu em atender todas as exigências éticas que foram estabelecidas pela resolução e respeitou o sujeito em sua autonomia e dignidade.

A participação dos sujeitos de pesquisa obedeceu a critérios éticos como a voluntariedade e a autonomia do sujeito, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice B). O Termo de Consentimento foi composto por duas vias sendo que uma ficou com o sujeito de pesquisa e a outra em posse do pesquisador. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética para avaliação e aprovação da mesma, com protocolo de número 17566113.3.0000.5553 (vide Anexo A).

A pesquisa realizada assegurou a confidencialidade das informações obtidas, a preservação da privacidade, proteção da imagem dos sujeitos de pesquisa e não estigmatização dos mesmos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos àqueles envolvidos.

5. RESULTADOS: TECENDO O DISCURSO COLETIVO

- **Expressão chave:** Mãe como figura forte, com poder de restabelecimento de vínculos familiares.
- **Ideia central:** Figura materna como único elo de possibilidade de reestruturação dos vínculos familiares, suporte para a reinserção social.
- **Discurso coletivo:** Minha mãe, minha mãe que vem toda quinta feira, minha mãe tá aqui, minha mãe. É só minha mãe, meu pai fez eu, mora ai no gama e nunca veio aqui, nunca veio aqui meu pai. Minha mãe por conta do serviço vem de mês em mês. Também dia de natal, minha mãe chora, ela liga para cá conversa comigo eu choro também, ela chora de lá e eu choro daqui, minha mãe vai conseguir me tirar daqui, minha mãe pensou que eu tinha morrido, minha mãe veio pro Céu aqui, pro céu Azul e minha mãe vem aqui só para o saidão. Minha mãe me deu de tudo, minha mãe me deu de tudo. Minha mesmo idosa é a única que vem me ver.

Mama África, tem tanto o que fazer, além de cuidar neném, além de fazer denguem, filhinho tem que entender. Mama África vai e vem, mas não se afasta de você... (Chico César). A figura materna ocupa uma posição estratégica, para Bowlby (1984) é uma figura de apego disponível para agir como protetora e provedora de conforto. Fica claro no discurso coletivo que o vínculo materno é um dos fatores importantes na socialização dos indivíduos. A mãe em nossa sociedade, ainda é a principal responsável pelos filhos, portanto ela assume um papel central na socialização dos indivíduos, na transmissão da cultura, Lacan (1996) afirma que é a função materna que irá inicialmente produzir o engajamento do sujeito na cultura. O discurso coletivo é corroborado pelo que Chodorow (1990) assinala que a atividade maternal tem significação psicológica, ideológica, e que, apesar do processo evolutivo que a família vem passando com o desenvolvimento do capitalismo e da industrialização, o papel da maternagem continua sendo evidenciado pela psicologia, sociologia materializado no cotidiano da Ala psiquiátrica da penitenciária.

- **Expressão chave:** Atividade como um meio de socialização e inter-relação, instrumento de inserção no universo das diferenças.
- **Ideia Central:** As atividades como estratégias de possibilidades futuras e se inscrevendo nas relações entre as pessoas e os contextos, na produção de possibilidades materiais, subjetivas que viabilizem a convivência com as diferenças.
- **Discurso coletivo:** Atividade é uma coisa que eu gosto de tá participando eu tenho interesse também de participar no mosaico, terapia com a N. e com a F., jogo de xadrez. Eu gosto mesmo é da dama, é da dama, da ginastica e do desenho, eu gosto do desenho e da pintura, fazendo desenho de rosas, pintando desenho de cachorro. Gostaria de ter mais atividades voltadas para o trabalho, é gostaria de poder participar de outras atividades.

As atividades desenvolvidas na ATP apresentam uma ação no sentido de fazer com que os instrumentos atuem sobre o objeto produzindo um efeito útil principalmente para lidar com a organização institucional, e para a reconstrução do cotidiano do sujeito.

- **Expressão chave:** O desenho
- **Ideia Central:** O desenho forma de expressão simbólica, como modo espontâneo de exteriorização da personalidade e das experiências inter-pessoais
- **Discurso coletivo:** Desenho, gosto de fazer flor, fazendo desenho. Fazendo desenho de cachorro. Eu desenho família casa eu faço primeiro a minha casa, minha mãe, meu pai, minha vó que já morreu parece que já tem dois anos que ela morreu e meus tios e minhas tias. Gosto de fazer flor.

O desenho é um suporte onde se misturam e se cruzam os valores do objeto e os valores da pessoa e aparece no discurso coletivo como objeto de expressão do inconsciente, das experiências já vivenciadas no que diz respeito as suas representações internas e do contexto familiar, recurso de externalização de conflitos, sentimentos, pensamentos e comunicar e simbolizar o próprio sujeito. “A representação de sentimentos que emergem de sua psique é potencial de autoconhecimento e resolução de conflitos” (ALMEIDA e RANDEMARK, 2007 p. 8).

O desenho de certa forma é a concretização de um diálogo inconsciente, buscando conciliar as exigências do sujeito e as do objeto, um diálogo que organiza o conhecimento e permite reduzir a distância entre o eu e o não-eu. (Grubits & Darrault-Harris, 2001).

- **Expressão chave:** A horta
- **Ideia central:** Atividade que permite eles transitarem ao ar livre, pela penitenciária e pudessem ser vistos pelas pessoas.
- **Discurso coletivo:** Na horta, assim que eu cheguei aqui eu trabalhei na horta, em 2002, fiquei 1 ano lá, produzia tomate, pimentão, cebola, essas coisas todas, eu gosto de trabaia na horta, tem a lembrança de casa, porque minha mãe mexia muito com isso e eu ajudava ela, lembro de casa e de onde eu trabalhava antes, la eu trabalhava com horta, tem a lembrança de casa.

A horta aparece no discurso coletivo como um meio de ligação com lembranças passadas, como liberdade. Nessa atividade se sentem mais livres, pois se veem mais próximo da natureza e o mais distante possível das paredes frias do concreto institucional e visível aos olhos do próximo. A horta aparece como materialidade do produto, com efeitos subjetivos e com capacidade de socializar os participantes. Esse recurso terapêutico permite ao paciente o reconhecimento de suas potencialidades, capacidades e é também uma maneira de conhecer e reconhecer as suas limitações. É um espaço possibilitador de crescimento emocional, intelectual, social, físico e de autonomia (ARRUDA, 1962).

- **Expressão chave:** Trabalho como perspectiva.
- **Ideia central:** trabalho é uma ação material ou intelectual que pode transforma o homem e a sociedade, possibilidade de resgate de cidadania e imagem pessoal.
- **Discurso coletivo:** Gostaria de ter mais atividades voltadas para o trabalho, para poder ajudar minha esposa com os filhos dela e minha mãe também, tô precisando trabaia e não tem emprego aqui. Trabaiava com serviço pesado, trabaiava com lixo. Eu quero arrumar um emprego, trabaia, cuidar da minha vida, quero arrumar uma emprego pra mim, cuidar da minha vida, sair. Emprego não ta faci não, emprego, eu sai quero cuidar da minha vida.

Na vida do egresso prisional o trabalho tem um papel importante para sua vida, Ramalho (1979, p. 99), cita que: “[...] o trabalho representa um forte laço de ligação do egresso com o seu possível retorno à vida em sociedade”. Além disso, o salário é o meio de sustento necessário para a família e também uma maneira de não volta a cometer delitos. Castel (1998) aponta que o trabalho estipula a classificação do homem diante da sociedade e também pode ser o ponto chave para a exclusão. O discurso retrata exatamente a perspectiva do interno na sua ressocialização e o trabalho é peça angular. *Um homem se humilha se castram seu sonho, seu sonho é sua vida e vida é trabalho. E sem o seu trabalho o homem não tem honra e sem a sua honra se morre, se mata...* (Gonzaguinha).

- **Expressão chave:** A terapêutica ocupacional como ponto chave para o tratamento e laço com o exterior.
- **Ideia central:** A terapêutica ocupacional aparece como aliada para manter as lembranças de um tempo passado, porém muito presente na perspectiva da mudança de vida. Parte fundamental para o processo de reinserção social.
- **Discurso coletivo:** Eu faço terapia, terapia ocupacional, eu faço, lá tem a doutora explicando sobre a terapia ocupacional, explicando lá sobre o que deve fazer, o que a família deve fazer, o que não pode fazer. As atividades que tô fazendo aqui, é a terapia com a N. e com a F., apesar de ser pouquinho a terapia, tá me ajudando bastante, tá me ajudando bastante. Lembro, na hora que eu to desenhando eu lembro certinho de quando eu tava dentro de casa com minha vó, aí vem minha família, ai sente aquela saudade, com o tratamento ta melhorando, o tratamento dela é bom, ajuda a gente. O grupo é esperança, mudar de vida.

A terapêutica ocupacional aparece no discurso como ponto fundamental no processo de (re) inserção social dos pacientes do sistema prisional, pois as atividades desenvolvidas em sua maioria, objetiva a reestruturação cotidiana do individuo, pois como citado por Goffman 1961:

(...) se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado “desculturamento” – isto é, “destreinamento” – que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária. (GOFFMAN, 1961 p. 23)

A quebra de rotina extramuros do individuo e a não reestruturação dessa rotina pode ser pontos chaves para o fracasso, impedimento da (re) inserção. A terapia ocupacional utiliza das

atividades, seja elas de expressão corporal, manuais, de artes para construir ou recuperar junto com o sujeito a subjetividade e um novo sentido para o seu cotidiano. “A realização de atividades procede da experiência vivida, fornece experiências e vivências, ampliando esses campos, e permite aos sujeitos agirem sobre seu próprio meio” (DE CARLO, BARTALOTTI; pg.50, 2001). A atuação da terapêutica ocupacional deve estar voltada para a construção ou reconstrução de um cotidiano, cotidiano este que lhe foi arrancado ao ser trancafiado.

- **Expressão chave:** A rotina da minha nada mole vida
- **Ideia Central:** A realidade trancafiada em celas e pátios carcerários. A fala de quem sabe em sua totalidade de uma realidade pouco mostrada. O invisível tomando forma.
- **Discurso coletivo:** A rotina daqui é pesada, já vi gente chegando e gente saindo morto daqui da ala, desespero da família, suicidando, é triste, triste, é triste, tem plantão que não da ajuda. Os momentos ruim é que as vezes é que eu to tendo em relação a escolta, porque tão me machucando, to as vezes sou agredido sou agredido, com questão da algema de pé e mão porque aqui se a gente erra agente é punido se a gente erra bate agride algum interno a gente é punido. Situação minha ta difícil aqui.

Goffman (1961) cita que nas instituições totais uma das varias formas de mortificação é a imposição da rotina, uma rotina desconhecida pelo interno. Essa imposição de hábitos tem um grande peso sobre o sujeito, o sujeito tem que respeitar as regras da instituição, “prescrições”, “proibições”, todas as “exigências” institucionais. “Tais regras especificam a austera rotina diária do internado” (GOFFMAN, 1961 p. 50).

A rotina imposta acaba com transformar todas as pessoas em protótipos humanos, em sujeitos sem individualidade, subjetividade, sem identidade própria, tudo é no âmbito coletivo.

(...) a rotina institucional estabelece uma padronização de comportamentos afetando diretamente a personalidade dos sujeitos habitantes. A longa permanência na instituição agrava ainda mais o quadro comportamental incorporando os sujeitos em uma padronização onde não se identifica diferenças corporais, psicológicas e sociais (PIRÁGINE e AULER, 2010, p. 4).

A imposição de rotina e hábitos é imposta visando a organização institucional, o relacionamento entre os internos e um controle da instituição sobre os internos.

- **Expressão chave:** Manutenção do equilíbrio nas dinâmicas das relações interpessoais entre os internos.
- **Ideia Central:** A rede da comunicação tem como parâmetro as relações empobrecidas, os estímulos verbais que alimentam a subjetividade do interno parte de ordens na qual se desliga a rede comunicacional interna do mundo lá fora, tensionando a dinâmica das relações internas. Convivência cheia de manejos para controlar uma bomba relógio, evitar a explosão.
- **Discurso coletivo:** Ficar aqui dentro? Tem paciência, não arrumar confusão com os outros, respeitar todo mundo, ser respeitado. Com os parceiros é bom com os colegas la de sela é boom tive uma briga uma vez feia com um interno ai, fora isso com os outros normal, normal, só tive esse problema com ele , é tudo amigo assim, a gente brinca eu fala piada para eles, eles fala piada pra mim. Paciência, ter muita paciência, ter paciência muito.

A convivência no sistema carcerário é ambígua, existe um contrato entre eles, cada um expõe o que aceita e não aceita, como se fosse uma parceria, isso para manter a boa convivência. Além de todas e pesadas regras institucionais existe ainda a convivência com os demais internos, relação de “camaradagem”. Contudo o que predomina nos manicômios segundo Moffat (1982) é a codificação contextual de relacionamentos, na qual a dinâmica da comunicação acontece por meio do silêncio, porque estes silêncios se produzem quando é a situação que esta falando: uma porta que abre, alguém que abaixa.

- **Expressão chave:** O retorno na perspectiva do interno.
- **Ideia central:** A problematização do próprio internamento. O reconhecimento de limitações e potenciais, o pedido de chance.
- **Discurso coletivo:** A vontade que eu tenho é de ir embora reconstruir minha vida, tenho vontade de arrumar uma família, de arrumar uma família para mim, arrumar uma mulher para mim, uma mulher que de certo comigo. Recomeço, dar valor a família, não fazer coisas erradas, ouvir mais os conselhos da mãe e sair das más amizades, ficar mais em casa, eu penso que não vou sair mais nunca daqui, eu penso, eu penso, eu acho que o juiz podia me da uma chance, uma. Sei do meu problema e não sei por que quando não estou em Brasília consigo controlar o problema por uma no, mas quando to aqui só 4 meses, sei que preciso de tratamento e quando sair daqui

vou atrás. Porque eu não posso ter uma chance de ir para casa de minha mãe e pegar liberdade, responder em liberdade?!!

“Nem desistir, nem tentar agora tanto faz, estamos indo de volta pra casa”. (Cássia Eller). O recomeço é o desafio de quem sai do sistema prisional, pois durante todo o cumprimento da sentença, este sofre mortificações, quebras de identidade, padronização além do isolamento, restrição de convívio social e familiar e ao “final do cumprimento desta pena, constitui-se num verdadeiro e sofrível paradoxo: a alegria do retorno à sociedade versus a dificuldade encontrada para ressocializar-se” (SIQUEIRA, 2001 p. 116). A prática institucional tem como princípio de atuação a padronização do sujeito, não respeitando a sua subjetividade e singularidade, “o sistema de castigo e prêmios incentiva os presos a se adequarem aos do Cárcere”. (SIQUEIRA, 2001 *apud* CAMARGO,1990).

Siqueira (2001, p. 97) cita que “[...] as leis penais e as penas de prisão são destinadas, em primeiro momento, a proteger o patrimônio e, em segundo momento, a vida”. No entanto com todos os empecilhos existentes no processo de (re) inserção social, ocasionando até a impossibilidade da mesma, o que se vê é o pedido de chance, é a vontade de retornar a sociedade, independente da falta de assistência que possibilite o retorno. Voltar para casa é mudança de vida, recomeço e auto-controle. Independente se a sentença perpetua ou não, o tempo perde valor e o desejo de sair supera todas as mutilações e imposições.

6. DISCUSSÃO: AS MÚLTIPLAS FACETAS DA PERSPECTIVA DO SUJEITO COLETIVO

“É porque hoje sai um, amanhã sai pra outro, próxima vez vai ser, vai ser eu...”
(Interno da ATP).

Foi acreditando que era possível entender a perspectiva do sujeito interno na ATP que chegamos até aqui. E pode-se perceber as múltiplas facetas do discurso do sujeito coletivo. Uma das facetas nos remete a figura materna, que no discurso aparece como o vínculo mais forte entre os presos, um elo com o mundo lá fora.

A Terapia Ocupacional é outro enfoque do sujeito coletivo, o tratamento dispensado por esses profissionais possibilita ao sujeito se compreender e compreender o contexto que o trouxe à medida de segurança. Para tanto a atividade é utilizada por esse profissional como meio de alcançar o objetivo terapêutico de resignificação do próprio sujeito no contexto institucional. Dentre as atividades destacam-se o desenho como objeto de expressão e a horta como o encontro com a natureza e a liberação de toda a loucura disfarçada pela imposição dos muros institucionais.

A dinâmica institucional nos moldes citados por Goffman é representativa na construção da realidade do sujeito coletivo no habitat manicomial, pautada na normatização, disciplinarização, vigilância, padronização e estigmatização. Aspectos que interferem nas relações interpessoais, fazendo com que seja de extrema necessidade o manejo de conflitos para que se evite a ativação do barril de pólvora produzido por todas as privações institucionais.

A última faceta retrata o desejo de todos os internos, que é retornar para um cotidiano sem privações, com direitos de escolhas e a sensação de ser sujeito e ter o respeito da sua subjetividade. É o desejo de concretizar a chance de uma nova vida [...]. Assim como é impossível que o homem se desenvolva como homem no isolamento, igualmente é impossível que o homem isolado produza um ambiente humano (BERGER; LUCKMANN, 2004, p. 75).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar em reinserção social a partir do olhar coletivo na ATP é pisar em uma terra que não é firme, devido às incertezas, a impossibilidade de quebrar a dinâmica institucional que é alicerçada na disciplina e normatização, na qual o sujeito tem traçado a sua história no sistema prisional construindo a sua carreira de doente mental. Nossa proposta foi “falar” o operar da perspectiva da reinserção social, lançando mão do que chamamos “diálogos”, os quais acreditamos ser a fonte mais vociferante a que nos propomos dar visibilidade neste trabalho e, a partir das vozes resultantes, tecer interlocuções teóricas sobre a fala dos usuários “É querer apenas uma chance, uma chance...”

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. L. R. D. A., & RANDEMARK, N. F. R. **A UTILIZAÇÃO DO DESENHO COMO RECURSO AUTO-EXPRESSIVO: A EXPERIÊNCIA DO VIVER COM HIV/AIDS**, 2007.

ALVERGA, A. R.de; DIMENSTEIN, M.. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 10, n. 20, Dec. 2006.

AMARANTE, Paulo (org.); **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**; 20º edição; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.

ARRUDA, E. 1962. Terapêutica ocupacional psiquiátrica. Rio de Janeiro: [s.n.]. 23-38p.

BERGER, P. e LUCKMANN, T.. **A Construção Social da Realidade** – 24ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BONI, V; QUARESMA, S. J.: **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC Vol. 2 nº. 1 (3), janeiro-julho/2005.

BERNARDES, J. S. de. **A Representação Social da Loucura: A face oculta do discurso médico**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

BONASSA, G. D. **A desospitalização do portador de transtorno mental do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

BOWLBY, J. **Apego**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

BOWLBY, J.; **Cuidados maternos e saúde mental**.: Martins Fontes Editora, São Paulo, 1984.

BRANDI, C. Q. A. C.S.; **A fala dos inimputáveis :Uma investigação clínica sobre verbos pathicos no contexto da medida de segurança** . Dissertação apresentada à Universidade de Brasília como parte das exigências para conclusão de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Orientador: Prof. Dr. Francisco Moacir de Melo Catunda Martins. Brasília, 2012.

BRASIL. **Código Penal. Decreto-Lei no. 2848**, de 7 de dezembro de 1940.

BRASIL. **Lei nº 7.210**, de 11 de julho de 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Coordenação geral de saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde Mental: 15 anos depois de caracas. oPas. Brasília, novembro de 2005.

CAIXETA, I. A.; **Entre a criminalização da Loucura e a psiquiatrização do Crime: As trajetórias da Medida de Segurança no Distrito Federal**. Monografia submetida ao curso de Ciências Sociais, habilitação Sociologia da Universidade de Brasília para a obtenção do grau de Bacharel em Sociologia. Orientadora: Profa. Dra. Maria Stela Grossi Porto. Brasília 2012.

CARRARA S. L.. **A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil**. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010; 20(1): 16-29.

_____. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. (coleção saúde & sociedade).

CARRILHO, Heitor. Homicídio praticado, em impulsão psicomotora, por indivíduo acometido de tuberculose pulmonar - Repercussão da tuberculose sobre o humor e o carácter - Confusão mental infectuosa terminal. Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. ANO 9, Nº 12. 2004.

CASTEL, R., 1978. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal.

CÉSAR, C.; Mama África. In: CÉSAR, C. **Novo Millennium**: São Paulo. MZA Music Produção. 2005. 1 CD. Faixa 1.

CHODOROW, N. *Psicanálise da Maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos Ltda, 1990.

CORDIOLI, M. S.; BORENSTEIN, M. S.; RIBEIRO, A. A. A. de. **Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos**. Esc. Anna Nery [online]. 2006, vol.10, n.4.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, Publicada no DOU n.º 92, seção I, pág. 34 de 14/05/2004. Site: <http://portal.mj.gov.br/cnpcp/> Acessado em 20/10/2013.

DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. C. *Terapia Ocupacional no Brasil fundamentos e perspectivas*, v.2, São Paulo, p. 155-172, 2001.

DELGADO, P. G. et al. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DINIZ, D, 2013. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**. Censo 2011, Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

DUNKER, C. I. L., **Sobre a Retórica da Exclusão: a Incidência do Discurso Ideológico em Serviços Substitutivos de Cuidado a Psicóticos**. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2004, 24 (1), 116-125.

FOUCAULT, M., 1979. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 19ª ed.

_____, 1979. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 6ª ed.

_____, 1999. **Vigiar e Punir. NASCIMENTO DA PRISÃO**. Tradução de Raquel Ramallete. 23ª Edição. EDITORA VOZES. Petrópolis.

_____. **Os anormais** : curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. (1988). **El sujeto y el poder**. Revista Mexicana de Sociologia. Ano 1, no 3, Jul/Set.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo, Perspectiva, 1974 (1961).

GRUBITS, S. & DARRAULT-HARRIS, I. Transculturalité et représentation de l'espace chez les Guarani-Kaiowá du Brésil. *The Journal of the International Association for Visual Semiotics*, 6 ,(2 -3), 45-53. 2001.

Instituto da Droga e Toxicodependência I.D.T. Reinserção Social. 2003 <http://www.drogas.pt/i.d.asp?id=p4p139>, em 03/10/2013.

JACOBINA, P. **Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica**. Artigo publicado no Boletim dos Procuradores da República nº. 70.

JUNIOR, L. G. Guerreiro Menino (Um homem também chora). In: FAGNER, R. **Palavra de Amor**: São Paulo. CBS. 1983. 1 CD. Faixa 1.

LACAN, J. O Seminário: Livro 11. Os Quatros Conceitos Fundamentais da Psicanálise. Versão Brasileira de M. D. Magno. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

LEFEVRE, A. M. C; CRESTANA, M. F; CORNETTA, V. K. **Saúde e Sociedade** v.12, n.2, p.68-75, jul-dez 2003.

LEFÈVRE, F; LEFEVRE, A. M. **Depoimentos e discursos. Uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

LEFÈVRE, F; LEFEVRE, A. M. **O sujeito coletivo que fala**. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*. v. 10, n. 20, 517-524, 2006.

LIMA, T. O. **Tecendo a rede de saúde mental: A intersectorialidade como aposta**. *Caderno Saúde Mental* 4, Minas Gerais,v.4, 35-50, 2011.

LOPES. K. C. B. **Direito e desafios: A educação no ambiente prisional**. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade da Região de Joinville. UNIVALLE, 2013.

MACHADO, D. M., **A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós- graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito Parcial para a obtenção do curso do grau de mestre. 2006 Brasília.

MANAGAT, D. R. **A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE DOENÇA MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**. Revista do Ministério Público do RS Porto Alegre n. 66 maio 2010 – ago. 2010 p. 33-64.

MOFFAT, A. Psicoterapia do oprimido: Ideologia e técnica da psiquiatria popular. CORTEZ. 1982. São Paulo.

NUCCI, G. de S.. **Código penal comentado**. 7. ed. rev. atual e. amp. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

PELBART, P.P; **Da clausura do fora ao fora da clausura**. Loucura e desrazão. Editora Brasiliense, 1989.

PIRÁGINE, M. e AULER, L. M. G.; **Os significados do cotidiano**. Revista ceto - ano 12 - nº 12 – 2010.

RAMALHO, J. R. **Mundo do crime: a ordem pelo avesso**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

REBELO, J.MV. **“A reinserção social – EXPERIÊNCIAS DE PERCURSOS DE TOXICODEPENDENTES” (ANÁLISE QUALITATIVA)**. Dissertação para obtenção do grau de mestre em: Desenvolvimento e inserção social, Porto, Novembro.

Resolução CNS Nº466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**.

RUSSO, R.; Por enquanto. In: ELLER, C. **Cássia Eller**: Rio de Janeiro: PolyGram, 1990. 1 CD .Faixa 7.

SIQUEIRA, J. R.; O trabalho e a assistência social na reintegração do preso à sociedade. **Serviço Social & Sociedade**. N. 67, ano XXII – Especial. São Paulo: Cortez, 2001.

VILLAR, M. C. P. C. O Doente Mental Infrator, o Manicômio e a Responsabilidade Penal. Artigo publicado na **Revista do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária** n. 20 - janeiro/junho 2007.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Ciências na área de Saúde. Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Perguntas Norteadoras

- O que você pensa a respeito de retornar a sociedade?
- Descreva as atividades que você faz aqui dentro que te faz pensar lá fora.
- Quais as relações familiares que você mantém?
- Você tem vontade de sair daqui?
- Como é a convivência dentro daqui?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Senhor(a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: “(Re) inserção social: Perspectiva do interno do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)”.

O objetivo desta pesquisa é: Compreender a sua perspectiva/concepção quanto a sua (re) inserção social; obter informações quanto às atividades realizadas na instituição referentes à (re) inserção social e obter informações referentes aos vínculos familiares.

O (a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de uma entrevista que o (a) senhor (a) deverá responder no HCT, na data combinada com um tempo estimado para sua realização: 50 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário (ou entrevista). Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Prof (a). Josenaide Engracia dos Santos, na Universidade de Brasília telefone:31078418, no horário: 8 às 17 hs.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

BRASÍLIA, ___ DE ___ DE _____

ANEXO: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: (Re) inserção social: Perspectiva do interno da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP)

Pesquisador: JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17566113.3.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 364.138

Data da Relatoria: 19/08/2013

Apresentação do Projeto:

Atendimento à pendências

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram avaliados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram discriminados os riscos e benefícios

Recomendações:

Apresentar relatório final ao término da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 364.138

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 19 de Agosto de 2013

Assinador por:

luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com