

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS
CUMPRINDO MEDIDA DE SEGURANÇA EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO**

ANA FLÁVIA FERREIRA DE ALMEIDA SANTANA

BELO HORIZONTE
2008

ANA FLÁVIA FERREIRA DE ALMEIDA SANTANA

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS
CUMPRINDO MEDIDA DE SEGURANÇA EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Dra Tânia Couto Machado Chianca
Co-orientadora: Dra. Clareci Silva Cardoso

BELO HORIZONTE
2008

Santana, Ana Flávia Ferreira de Almeida.

M538r Qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais cumprindo
medida de segurança em hospital de custódia e tratamento [manuscrito]. /
Ana Flávia Ferreira de Almeida Santana. - - Belo Horizonte: 2008.
159 f.
Orientador: Tânia Couto Machado Chianca.
Co-orientador: Clareci Silva Cardoso.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Linha de pesquisa: Cuidar em saúde e na enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.
1. Esquizofrenia 2. Qualidade de vida 3. Hospitais psiquiátricos.
4. Internação compulsória de doente mental. 5. Dissertações acadêmicas.
I. Chianca, Tânia Couto Machado. II. Cardoso, Clareci Silva.
III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV.
Título.

NLM : WY 160

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof^o Ronaldo Tadêu Pena

Vice Reitor: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa: Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE ENFERMAGEM

Diretora: Prof^a. Marília Alves

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação: Prof^a. Adriana Cristina de Oliveira

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA

Chefe de Departamento: Prof^a Geralda Fortina dos Santos

COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prof^a. Adriana Cristina de Oliveira - Coordenadora do Programa

Prof^a. Cláudia Maria de Mattos Penna - Sub-Coordenadora do Programa

Prof^a. Sônia Maria Soares (Titular)

Prof^a. Daclé Vilma Carvalho (Titular)

Prof^a. Maria José Menezes Brito (Suplente)

Prof. Francisco Carlos Félix Lana (Titular)

Prof. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez (Titular)

Prof^a. Tânia Couto Machado Chianca (Suplente)

Prof^a. Maria Imaculada de Fátima Freitas (Titular)

Prof^a. Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira (Suplente)

Leonardo Ferreira Matoso – Representante Discente (Titular)

DEDICATÓRIA

Ao meu querido marido Léo.

Aos meus pais Nauro e Patrícia.

Aos meus irmãos Daniel, Fernanda e Rafaela.

Aos amigos que torceram por mim.

AGRADECIMENTOS

À Professora Tânia, pelo apoio, orientação e, principalmente, por ter acreditado neste trabalho.

À Professora Clareci, pela imensurável contribuição e orientação.

À Michele e Mery, pelo conhecimento compartilhado.

À coordenação e funcionários do Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz pelo acolhimento.

“O que se faz sentir numa comunidade humana como desejo de liberdade pode ser sua volta contra alguma injustiça existente, e desse modo esse desejo pode mostrar-se favorável a um maior desenvolvimento da civilização.”

Sigmund Freud

Lista de Tabelas e Figuras

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes nas variáveis sócio demográficas

TABELA 2 – Distribuição dos pacientes nas variáveis clínicas

TABELA 3 – Distribuição dos pacientes nas variáveis relacionadas à internação/medida de segurança.

TABELA 4 – Distribuição dos escores de qualidade de vida na escala QLS-BR para os pacientes.

TABELA 5 – Distribuição dos escores de qualidade de vida nos domínios da escala QLS-BR.

FIGURA 1 – Análise multivariada através de árvore de decisão para o domínio global da escala QLS-BR.

Lista de abreviaturas e siglas

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CID-10 – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento

CIUO88 – Classificação Internacional Uniforme de Ocupações

DOM - Diário Oficial do Município de Belo Horizonte

LEP – Lei de Execução Penal

MS – Medida de Segurança

PAI-PJ - Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário

QLS - Quality of Life Scale

QLS-BR - Quality of Life Scale Brazil

QV – Qualidade de vida

SEDS - Secretaria de Estado de Defesa Social do estado de Minas Gerais

SUS – Sistema Único de Saúde

TJMG – Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

RESUMO

Introdução: Os manicômios judiciais são instituições destinadas a custodiar e tratar portadores de sofrimento mental que cometeram crimes e estão sob a guarda da justiça. Nos últimos quinze anos houve um crescimento no interesse por estudos da qualidade de vida (QV) dos portadores de transtornos mentais, em função do impacto gerado pela doença. A percepção dos pacientes acerca de suas condições de vida pode contribuir para a construção de prioridades em tratamentos e servir de estímulo para que os programas de saúde se preocupem com a QV dessas pessoas. **Objetivo:** Investigar a QV de pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia que cumprem medida de segurança em regime fechado, buscando identificar indicadores que possam orientar tratamentos e intervenções necessárias diante das políticas atuais de saúde mental em vigor no Brasil. **Material e Método:** Foi conduzido um estudo transversal, com 54 pacientes de um Hospital de Custódia e Tratamento em Barbacena, Minas Gerais. As entrevistas foram conduzidas tendo o próprio paciente como informante. Foram utilizados os seguintes instrumentos: um questionário sócio-demográfico com informações acerca do diagnóstico, história clínica, história do delito, características pessoais e demográficas e a Escala Q.L.S.-BR (Quality of Life Scale), específica para a avaliação da QV de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Os dados foram analisados estatisticamente no Statistic Package for Social Sciences (SPSS-versão 11.0). Foi conduzida a análise descritiva dos dados, usando medidas de tendência central e de dispersão. A associação entre os escores de QV foi realizada através de análise multivariada, utilizando como recurso a árvore de decisão, por meio do algoritmo CHAID. **Resultados:** A maioria dos pacientes é do sexo masculino, não concluiu o primeiro grau, não possui parceiro, exercia atividades profissionais sem qualificação, são portadores do diagnóstico de esquizofrenia paranóide, com o desenvolvimento da doença há mais de 10 anos. A maioria deles cumpre medida de segurança por homicídio. Este estudo evidencia a baixa QV dos pacientes que cumprem medida de segurança em regime fechado. Todos os domínios da escala, inclusive o global, apresentaram escores compatíveis com uma QV muito comprometida. O domínio ocupacional apresentou-se como o mais comprometido. Ter apresentado uma maior duração da doença, ter cometido homicídio e estar com idade superior a 40 anos foram as variáveis associadas a uma baixa QV na análise multivariada. **Conclusão:** O estudo aponta para a necessidade de rompimento com o estigma da periculosidade do louco infrator, bem como para a viabilização de políticas compatíveis com um tratamento mais digno e humanitário para tais pacientes, face estarem cumprindo medida judicial em meio fechado e serem portadores de esquizofrenia, uma doença que afeta desfavoravelmente a QV, causando impacto na vida das pessoas e aumentando a vulnerabilidade às situações estressantes e problemáticas do dia-a-dia.

Palavras chave: Qualidade de Vida; Esquizofrenia; Medida de Segurança

ABSTRACT

Introduction: The judicial mental hospitals, institutions to care for and treat patients with mental disease who committed crimes and are in the custody of law courts. In the last 15 years, there has been a growing interest in studies on the quality of life (QL) of patients with mental disorders due to the disease's impact. The patients' own perception of their lives condition has contributed to build priorities in treatment and to serve as a stimulus so that the health programs can care for the quality of life of these people. **Objective:** Investigate the QL of patients with schizophrenia who are institutionalized under safety order, seeking to identify indicators that may guide treatment and intervention necessary under the current mental health policies in effect in Brazil. **Material and Method:** A cross-section study was carried out involving 54 patients in a Custodial and Treatment Hospital in Barbacena, State of Minas Gerais. The interviews were carried out with the patients themselves as informants. The following instruments were used: a socio-demographic questionnaire with information about the diagnostic, clinical history, crime history, personal and socio-demographic characteristics and the QLS-BR (Quality of Life Scale), specific for the evaluation of the quality of life of patients diagnosed as schizophrenic. The data were analyzed statistically according to the Statistics Package for Social Sciences (SPSS – version 11.0). A descriptive analysis of the data was conducted; using central tendency and dispersion measures. The association between the quality of life scores was used through a multivariate analysis, using a decision tree as a tool, with a CHAID algorithm. **Results:** The majority of the patients is male, with paranoid schizophrenia more than ten years; have not concluded the basic education and have not spouse and have practiced professional activities without qualification. The majority of them is under safety order due to have committed homicide. This study showed a low quality of life of patients institutionalized under a safety order. All the domains, including the global, showed scores indicating a very compromised quality of life. The occupational domain was the most compromised. Patient who present a higher time of duration of the disease, have been committed homicide and be more than 40 years old were factors associated with the low QL of the patients from the multivariate analysis. **Conclusion:** The study indicates the need for actions to break the stigma of danger of offending madmen and provide policies compatible with a more dignified and humanitarian treatment of these patients as well. They are institutionalized patients under safety order and also have the medical diagnosis of schizophrenia, a disease that affects QL, provoke impact in people lives and increase their vulnerability to stressful and problematic daily situations.

Key words: Quality of life; Schizophrenia; safety measure.

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	05
Epígrafe.....	06
Lista de Tabelas e Figuras.....	07
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	08
Resumo.....	09
Abstract.....	10
1.Introdução.....	13
2.Revisão da Literatura.....	16
2.1.Reforma Psiquiátrica.....	16
2.2.Ininputabilidade.....	20
2.3.Qualidade de vida.....	23
2.4.Esquizofrenia.....	33
2.5.Pequena história sobre as penas.....	35
2.6.Escola Clássica X Escoal Positiva.....	38
2.7.Crime X Loucura.....	45
2.8.Surgimento da medida de segurança.....	57
2.9.Pena e medida de segurança.....	61
3.Objetivos.....	68
3.1.Objetivo geral.....	68
3.2.Objetivos específicos.....	68
4.Material e método.....	69
4.1.Tipo de estudo.....	69
4.2.Local de estudo.....	69
4.3.População.....	70
4.4.Considerações éticas.....	72
4.5.Coleta de dados.....	74
4.6.Instrumentos.....	74
4.6.1.Questionário sócio-demográfico.....	74
4.6.2.Escala de qualidade de vida (QLS-BR).....	75
4.7.Tratamento e análise dos dados.....	77
5.Resultados.....	79
5.1.Características sócio-demográficas.....	79
5.2.Características clínicas.....	82
5.3.Caracterísricas da internação/medida de segurança.....	85
5.4.Qualidade de vida.....	87
5.5.Análise multivariada para o domínio global da escala QLS-BR.....	89
6.Discussão.....	93
7.Considerações finais.....	107
8.Referências.....	115
ANEXO 1 – Ficha de triagem.....	122
ANEXO 2 – Questionário sócio-demográfico.....	124
ANEXO 3 – Escala de qualidade de vida QLS-BR.....	133
ANEXO 4 – Parecer do Comitê de ética.....	154

ANEXO 5 – Consentimento livre e esclarecido do paciente.....	156
ANEXO 6 – Consentimento livre e esclarecido do curador.....	159
ANEXO 7 – Ficha de dados do curador.....	161

1 – INTRODUÇÃO

As discussões travadas acerca do movimento da reforma psiquiátrica, bem como a experiência com o tratamento de pacientes na clínica da loucura sempre suscitaram perguntas, questionamentos sobre a viabilidade de interlocução entre a teoria e a prática. A vivência do dia a dia em um serviço substitutivo de saúde mental, concomitantemente à experiência de trabalho em um hospital psiquiátrico, fomentou nosso ímpeto pelo estudo mais aprofundado do tema.

Observações realizadas durante o período de prática clínica apontavam para a necessidade de construção de conhecimento, tanto no que diz respeito à prática profissional como em relação à formulação de políticas de intervenção e atuação na saúde mental. Essa necessidade, muitas vezes, é negligenciada em função do atropelamento dos problemas diários no trabalho ou pelo receio de que novos achados possam prejudicar os ideais da luta antimanicomial.

Em meio à tentativa de resguardar as conquistas alcançadas pelo movimento da reforma psiquiátrica, por vezes, a ciência era colocada, erroneamente, como entrave à construção do novo paradigma, fazendo com que as questões geradas pela prática, assim como os resultados obtidos ficassem impossibilitados de serem repensados. Sabe-se que um projeto de tamanha importância e complexidade, como a desospitalização de pacientes e sua reinserção social, não pode negligenciar a importância de um intenso e contínuo processo de pesquisa e avaliação. Nesse contexto, estudos da qualidade de vida de pacientes psiquiátricos têm apontado importantes indicadores para avaliação da efetividade dos tratamentos, orientando as políticas de atendimento a esta população, bem como promovendo a produção de conhecimento que possa gerar

intercâmbio entre profissionais e pesquisadores da área (FLECK et al., 2008; SOUZA E COUTINHO, 2006; CARDOSO et al., 2002)

Os profissionais do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, que vêm desenvolvendo um trabalho pioneiro de atendimento a pacientes portadores de sofrimento mental sob custódia da justiça, têm apontado para a existência de uma lacuna no movimento da reforma psiquiátrica no tocante a tais pacientes. O processo de tentativa de inclusão social dos pacientes psiquiátricos, iniciado no início do século passado, parece não ter contemplado de forma abrangente o louco infrator.

Portanto, faz-se ser necessário o investimento teórico e prático por parte dos profissionais envolvidos, para que as conquistas alcançadas pelo movimento da reforma possam, mesmo que tardiamente, apontar para a construção de um caminho possível para a quebra do estigma da periculosidade do louco infrator, bem como para a viabilização de políticas compatíveis com um tratamento mais digno e humanitário para tais pacientes.

Diante disso, a proposta deste trabalho é de investigar a qualidade de vida de pacientes judiciários com diagnóstico de esquizofrenia que cumprem medida de segurança em regime fechado no Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz, em Barbacena-MG.

Faz-se necessária uma avaliação da qualidade de vida dos pacientes que estão sob sanção penal de medida de segurança, uma vez que os mesmos têm recebido tanto tratamentos ambulatoriais, como em regime fechado. Tal avaliação será de suma importância para o processo de construção e aprimoramento dos programas e instituições que pretendem dar assistência aos “loucos infratores”.

A temática é relevante, uma vez que produz conhecimento sobre avaliação de qualidade de vida, quantifica as conseqüências do processo de adoecimento e do modelo de atenção oferecido aos “loucos” infratores, tendo em vista a percepção e a expectativa dos pacientes em relação ao que consideram como possível a ser desenvolvido em suas vidas úteis.

Estudos de qualidade de vida dos pacientes judiciários poderão apontar indicadores que servirão de subsídio para melhor compreender o enfrentamento diante das questões corriqueiras da vida, entendendo as necessidades destes pacientes. Poderão, ainda, levantar informações que viabilizem a integração, avaliação e planejamento das ações envolvidas no âmbito jurídico.

2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – Reforma Psiquiátrica

A reforma psiquiátrica foi um movimento social que surgiu nas primeiras décadas do século XX, com objetivo de reverter o caráter excludente e violento oferecido aos pacientes internados em asilos psiquiátricos. O atendimento feito em hospitais psiquiátricos foi se mostrando, ao longo dos tempos, ineficaz, segregador e iatrogênico (AMARANTE,1995). Seus objetivos explícitos propagados para a sociedade, como a função terapêutica, socializadora, custodial e protetora, não são cumpridos adequadamente, dando margem a intenções implícitas, tais como obtenção de recursos financeiros, depósito de indivíduos perturbadores da ordem pública e abrigo para os sem-lar e sem-família.

A internação psiquiátrica virou sinônimo de custódia, o que significou a destituição de desejos, emoções, voz, ação e cidadania do paciente internado, ou como sugere Goffman (1974), tornou-se um veículo de “mortificação do eu”. O hospício e o manicômio judiciário, com suas cruéis propriedades iatrogênicas, ao invés de propiciar um tratamento terapêutico, reforçam a doença mental, sem dar qualquer tipo de oportunidade para que o paciente possa se responsabilizar por seus atos. Estando inseridos nos moldes de uma “instituição total”, como afirma Goffman (1974), os hospícios são um híbrido social, parte residência e parte organização formal, que mantém uma tensão entre o mundo doméstico e o institucional como estratégia no controle dos homens.

As instituições totais colocam uma barreira quase que impenetrável entre o internado e o mundo externo, assegurando uma profunda ruptura com os papéis sociais anteriores e o conseqüente início da mutilação do eu. Como conseqüência

desse processo, há a perda de propriedade, ao ser despojado de todos os seus pertences; desfiguração pessoal, por ser despido de sua aparência usual; perda de amigos, contato familiar e acontecimentos sociais, o ócio forçado; autonomia inexistente, pois são submetidos a atitudes autoritárias de médicos e pessoal de enfermagem, além de profunda deformação pessoal, decorrente da perda do conjunto de fatores determinantes da identidade. Assim, segundo Goffman (1974), os territórios do eu são constantemente violados, os indivíduos têm seu ser misturado e profanado por questões do ambiente. As internações por longos períodos acarretam, ainda, a perda de perspectiva tanto de sair da instituição como de sobreviver fora dela, levando a um processo de “desculturamento”, o que representaria a incapacidade, ao menos temporária, para lidar com atividades da vida diária e com as mudanças culturais no mundo social.

Diante da degradante situação em que se encontravam os pacientes internados, a própria comunidade científica questionou e provocou discussões em todos os setores da sociedade, para que pudesse ser formada uma visão crítica de algo que exclui, segrega, organiza-se em função da falsa idéia de periculosidade e é denominado tratamento (AMARANTE,1994). A gravidade do problema deu origem à formulação de programas de reestruturação do atendimento à saúde mental, que têm como exemplos significativos a Psiquiatria Comunitária Americana, a Psicoterapia Institucional Francesa e a Psiquiatria Democrática Italiana. No Brasil particularmente, a repercussão desses movimentos foi de grande importância e ocorreu concomitantemente com as lutas e conquistas vindas da Reforma Sanitária Brasileira (MENDES, 2001).

Em Minas Gerais, segundo Barreto (1999), no final da década de 70, a Secretaria de Saúde viabilizou a entrada da imprensa nos hospitais psiquiátricos

públicos. Inúmeras reportagens, que chocaram a opinião pública, denunciaram as instituições, dentre elas, a série “Nos Porões da Loucura”, publicada no Jornal Estado de Minas. Logo em seguida, realizou-se, em Belo Horizonte, o histórico III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que possibilitou a veiculação da denúncia pela imprensa da desumanidade dos pátios de Barbacena. Nos primeiros anos da década de 80, algumas iniciativas do movimento de reforma começaram a ser implantadas. A providência que inaugurou a evolução desse processo foi a proibição de transferência de novos pacientes crônicos de BH para o hospital de Barbacena, que, no auge de seu funcionamento, chegou a contar com mais de 5000 internados, recebendo um ônibus cheio de pacientes uma vez por semana. A participação ativa da residência psiquiátrica, juntamente com a organização de trabalhadores da área de saúde mental, foi de suma importância para a evolução do movimento.

A Reforma Sanitária Brasileira levou a saúde mental a inscrever-se no âmbito da saúde pública. Amarante (1995) afirma que o ciclo histórico da saúde pública no Brasil foi concluído com a aprovação da lei 10.216, de abril/2001, para promover a reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Tal ciclo teve início com a aprovação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado em 1989. Tal projeto de Lei regulamentou as internações psiquiátricas, com o objetivo de promover mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental, principalmente nas questões referentes ao processo de desospitalização. A lei ainda regulamentou a criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os centros de atenção psicossocial, com objetivo de evitar as internações prolongadas e reduzir

as compulsórias, bem como para que o convívio familiar do paciente pudesse ser privilegiado.

O movimento da reforma psiquiátrica vem apontando para a necessidade de reestruturação do modelo de atenção da instituição psiquiátrica. A proposta de desconstrução da idéia do manicômio, do agir institucional e da segregação, evidencia a necessidade de garantir uma assistência integral, eficaz e humanizada em saúde mental, visando à reintegração social e reabilitação psicossocial do usuário, bem como objetivando a redução de internações em hospitais psiquiátricos. Segundo o Diário Oficial do Município de Belo Horizonte (DOM, 29/12/2000), mesmo diante de tal constatação, na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), existem pacientes internados com possibilidade de alta médica, mas que por falta de recursos de moradia e sustento financeiro não podem ser desospitalizados. Grande parte das internações prolongadas atinge as camadas mais carentes da população tanto no que se refere a questões materiais, como na falta de informação e de apoio necessário ao acolhimento do portador de transtorno mental.

Dentre as instituições totais descritas por Goffman (1974), os presídios, assim como os manicômios, mantêm uma estrutura de relações sociais que conservam a prática secular de contenção, moralização e disciplinarização daqueles considerados socialmente desviantes. Os manicômios judiciários, instituições destinadas a custodiar e a tratar portadores de sofrimento mental que cometeram crimes e estão sob a guarda da justiça, possuem características tanto de presídios como de asilo. A dupla vertente dessas instituições, segundo Carrara (1998), caracteriza a sobreposição de um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar. O caráter ambíguo, tanto da instituição como dos próprios

profissionais, acontece inevitavelmente em função dos objetivos opostos aos quais cada vertente se destina. “Para a prisão enviamos culpados; o hospital ou hospício recebem inocentes” (CARRARA, 1998: 27). Ou seja, os manicômios judiciais são instituições híbridas, com objetivos contraditórios, de difícil definição, tornando-se incapazes de atingir as funções que teoricamente se propõem a realizar. Dentro do que Carrara (1998) nomeia de “ambivalência como marca distintiva e a ambigüidade como espécie” dessas instituições, o que fica como inequívoco é o conflito entre a dupla função, somada às caricaturas mais estigmatizadas socialmente: o louco e o criminoso.

2.2 – Inimputabilidade

Segundo Barros (2003), do ponto de vista jurídico, o portador de sofrimento psíquico, ao cometer um crime, não é considerado autor do ato, uma vez que é considerado inimputável, incapaz de distinguir o caráter ilícito dos próprios atos, em função do transtorno mental. Nesses casos, a regra determina a absolvição com aplicação de Medida de Segurança, com prazo indeterminado, estando sujeito à perícia médica indicatória de cessação de periculosidade (artigos 26 e 97 do Código Penal).

Não configura a autoria, inexistente o crime, e, portanto, a sentença jurídica, nesses casos, é sempre a absolvição, com o imediato estabelecimento de uma medida de segurança. A medida de segurança tem caráter preventivo e assistencial, devendo ser cumprida, segundo o grau de periculosidade, em regime ambulatorial ou internação de hospital de custódia, para proteger a sociedade e o próprio indivíduo da ameaça prenunciada por sua doença mental (BARROS, 2003: 116).

Barros (2003) argumenta que o campo jurídico é a instituição, por excelência, responsável pela avaliação da intencionalidade e capacidade de agir do cidadão, bem como de atribuir culpa, responsabilidade e garantir seus direitos.

Historicamente, as Medidas de Segurança foram aplicadas a partir de uma cultura de exclusão, de temor daquilo que a loucura anuncia e representa para a sociedade, que acaba por se proteger, se “auto-segurar” através do exílio perpétuo no manicômio judiciário.

A medida jurídica só atingirá seu fim público de zelar pelos direitos desses cidadãos, ao convocá-los a responder por seus atos diante do corpo social. Ser inimputável, não ter direito de autoria das próprias palavras e ações, ser condenado ao sepulcro do silêncio no exílio social eterno, não parece cumprir as exigências impostas pelos direitos humanos. Ao contrário, ser convocado a responder pelo crime, assumir a responsabilidade pelos próprios atos, apresenta para o sujeito a dimensão da lei, um instrumento que pode operar no sentido de uma construção de convivência com o social no espaço público (BARROS, 2003).

Em função da influência de todas as questões trazidas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, Fernanda Otoni, Psicóloga do Tribunal da Justiça do Estado de Minas Gérias, ao final do ano de 1999, concluiu uma pesquisa, que teve como objetivo mapear os processos criminais em que os autores eram portadores de sofrimento psíquico. Em função da pesquisa, hospitais de custódia e tratamento foram visitados, revelando, mais uma vez, a já conhecida violência contra os direitos humanos daqueles sujeitos.

Nesses manicômios, asilam-se tais mensageiros do caos que a racionalidade humana tenta esquecer, longe da família, exilados do contexto social, sem acesso aos mínimos direitos garantidos pela Constituição Federal, sem acesso à palavra, condenados ao sepulcro do silêncio. Ali, mescla-se o pior da penitenciária e o pior do hospital psiquiátrico: violência, abandono, exclusão. Um encontro com o pior (BARROS, 2003: 114-115).

Tal pesquisa deu origem a um projeto piloto, “Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário” – PAI-PJ, que foi apresentado à corregedoria do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. O acompanhamento, a mediação entre o tratamento e o processo jurídico com o objetivo de inserção social, foram os focos do trabalho apresentado. Originado de uma ação coletiva do Poder Judiciário, Rede de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e sociedade, o projeto PAI-PJ foi aprovado e implantado no ano de 2000 pelo TJMG, sendo transformado no ano de 2001, no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator, por meio da Portaria Conjunta nº 25/2001 (BARROS, 2003).

O programa tem como objetivo proporcionar aos Doutos Juízes, subsídios técnicos frente a pacientes que estejam sob suspeita de insanidade mental, ou em cumprimento de Medida de Segurança. Trabalhando com uma equipe multidisciplinar, o PAI-PJ pretende acompanhar integralmente o portador de sofrimento mental em todas as fases do seu processo criminal, desconstruindo o mito da periculosidade e promovendo recursos tanto para o tratamento do sofrimento mental, como para a inserção social do sujeito. De acordo com a cartilha explicativa do PAI-PJ, o programa tem como objetivos específicos os seguintes itens:

- Fornecer ao sistema judiciário subsídios, do ponto de vista psíquico, que fundamentem o incidente de insanidade mental;
- Acompanhar o tratamento dos pacientes judiciários em medida de segurança, ou sob suspeita de insanidade mental;
- Oferecer subsídios técnicos que auxiliem na execução e encaminhamento do exame de cessação de periculosidade;
- Auxiliar na fixação da medida de segurança, bem como na sua modulação e acompanhamento dos casos até a reinserção social do paciente (PAI-PJ, 2005: 8).

Para além de uma utopia, a possibilidade de tratamento e cuidado dos pacientes em cumprimento de medida de segurança, em regime ambulatorial, tem sido viabilizada pela proposta de trabalho do PAI-PJ, em concordância com o preconizado pelo movimento da reforma psiquiátrica.

2.3 –Qualidade de vida

O termo qualidade de vida não pode ser pensado distante de concepções e formulações do ser humano. Para além de uma mera definição da palavra vida, (que pode ser conceituada como estado de atividade de animais ou plantas, existência, origem, espaço de tempo decorrido entre o nascimento e a morte, expressão animada, ou até mesmo como subsistência), ou da palavra qualidade (definida como modo de ser, predicado, atributo, espécie, ou grau de excelência) (HOLANDA, 1999), a junção de ambas, com seus significados eminentemente imprecisos e abertos a várias interpretações, forma um conceito amplo e que incorpora vários aspectos da vida do homem. O termo abrange significados que englobam valores construídos por grupos sociais, tendo como base o momento histórico vivido e a influência das experiências e da construção cultural (MINAYO et al., 2000). Ou, segundo Lehman et al. (1982) e Souza e Coutinho (2006), envolve questões referentes ao bem-estar e a satisfação de cada pessoa com seu cotidiano e com suas condições de vida.

Tendo como pressuposto a relatividade do termo, Minayo et al. (2000) propõem três diferentes referências para sua determinação, embora não possa ser desconsiderada a interferência maciça do atual modelo hegemônico, ditado pelos valores do mundo ocidental. A primeira seria uma referência histórica em que determinada sociedade, em virtude de seus padrões socioeconômicos e de

desenvolvimento tecnológico, estabeleceria parâmetros de qualidade de vida divergentes entre o momento histórico atual e momentos remotos vividos. A cultura seria a segunda referência, uma vez que a hierarquização de valores e de fatores considerados como imprescindíveis, para a manutenção de um povo específico, são particulares e dizem respeito a seus hábitos. Já a terceira referência seria compatível com a estratificação social. A heterogeneidade das classes sociais aponta para padrões, costumes e concepções também estratificados.

A origem do conceito e da utilização do termo qualidade de vida, muitas vezes confundido e interposto a outros termos como “padrão de vida”, “estado de saúde”, “condição de vida”, não possui marco exato, embora existam indícios que apontem para sua valorização e utilização antes mesmo da apropriação pela comunidade científica. A literatura destaca a influência do movimento ambientalista da década de 70, que, através do trabalho direcionado à identificação dos resultados provenientes da relação entre a população, suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais, versus os recursos disponíveis, o meio ambiente e o nível de desenvolvimento social, trabalhou com a questão da “ecologia humana”, agregando as noções de conforto, bem-estar e qualidade de vida. A relação estabelecida entre os próprios seres humanos e a relação destes com a natureza, apontava para o questionamento da noção de desenvolvimento sustentável, em que o padrão de qualidade de vida, sedimentado na exploração desenfreada dos recursos naturais, ignora o prejuízo causado às condições de vida de gerações futuras (MINAYO et al., 2000, CAMPOS E CAETANO, 1998, ARAGÓN, 1992).

A literatura aponta também para o desenvolvimento do conceito de qualidade de vida no período pós-guerras, como uma consequência da modificação do padrão de vida e do aparecimento de novas tecnologias nas sociedades ocidentais. O desenvolvimento de algumas sociedades proporcionou o aumento de expectativas da população, relacionadas à possibilidade de realização e satisfação pessoal, assim como acesso a serviços e bens que proporcionassem o aumento do bem-estar individual. O interesse pelos fatores associados, bem como por questões envolvidas à idéia de qualidade de vida, parece ter sido partilhado, em um primeiro momento, por profissionais das ciências sociais, filosofia e política. Os primeiros aspectos enfatizados sobre o conceito giravam em torno de questões como bens adquiridos, salário, carreira profissional e acesso a serviços. Posteriormente, seu emprego ampliou-se como indicador social, sendo utilizado tanto no campo da saúde pública como na medicina clínica (SOUZA E COUTINHO, 2006, CAMPOS E CAETANO, 1998).

Qualidade de vida (QV) é um conceito bastante amplo e abstrato, não tem um significado único e está sujeito a muitas interpretações. Para Aragon (1992), o conceito de QV teve origem nas ciências sociais através do trabalho de ambientalistas que buscavam entender, em grupos humanos, as consequências das relações entre população, recurso, meio ambiente e nível de desenvolvimento. O crescimento da tecnologia que atinge as ciências humanas e biológicas teve como uma de suas consequências, a desumanização do trato com o sujeito humano. O conceito de QV tem, então, seu conceito estendido tanto para o campo da saúde pública como para a medicina clínica, como forma de ampliar parâmetros para além do controle de sintomas, da diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida (ARAGON, 1992).

A partir da expansão da conceituação de qualidade de vida, várias vertentes foram utilizadas, no intuito de construir parâmetros que a definissem. Diferentes campos do saber se apropriaram do termo, empregando-o na tentativa de encontrar um sentido teórico e epistemológico, dentro de seu marco referencial específico. Segundo Minayo et al. (2000), a idéia de qualidade de vida acabou por transitar em um campo semântico polissêmico. Questões relacionadas à condição e estilo de vida convivem de forma paralela a questões que envolvem a idéia de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. Fazem parte, ainda, da conceituação multifacetária do termo qualidade de vida o campo da democracia e dos direitos humanos e sociais, além de questões referentes à saúde. Todos os campos possíveis para se pensar a qualidade de vida acabam sendo estabelecidos em função dos padrões e parâmetros estabelecidos pela interface existente entre os padrões e parâmetros resultantes da construção social.

Tendo como ponto de partida, por exemplo, questões referentes a planejamento urbano, epidemiológico e de organização social, a noção de qualidade de vida deve ser analisada levando em consideração fatores como condições materiais e fundamentais para a manutenção da vida humana, força de produção e transformação material, modo político, ideológico e econômico de produção, formação e organização social, produção, circulação e consumo de bens, assim como toda a problemática envolvida no desenvolvimento da sociedade civil. Seria uma tentativa de apreensão das necessidades básicas, resultantes dos valores estipulados por um grupo social a partir de suas vivências, e percepções acerca dos diferentes espaços e conteúdos, que, de maneira integrada, constituem um espaço possível para os parâmetros de conforto e tolerância estabelecidos (ROCHA et al., 2000).

No campo da saúde, desde os séculos XVIII e XIX, com o nascimento da medicina social, fazem-se considerações acerca do tema saúde e qualidade de vida. A idéia, que girava em torno da relação existente entre “condições de vida” (termo de referência utilizado na época e considerado como pertencente ao campo semântico da QV) e saúde, fez parte de um contexto em que foram trabalhadas questões ligadas à promoção de saúde. Em um formato mais específico, o termo QV parece ter sido utilizado, pela primeira vez, na literatura médica, na década de 30, tendo se desenvolvido conceitual e metodologicamente nas duas últimas décadas. Embora a literatura aponte para o crescimento e amadurecimento da utilização do termo, ainda é nítida a falta de clareza, a multiplicidade e amplitude do termo, que, por não apresentar uma única definição conceitual, até mesmo dentro do campo da saúde, deixa em aberto a consistência de seu significado, bem como a possibilidade de sua mensuração (MINAYO et al., 2000, SEIDL E ZANNON, 2004).

A utilização do termo na área da saúde é coerente com o atual paradigma do processo saúde-doença, que trata a questão a partir da complexidade e da multideterminação do conceito de saúde. A definição da OMS, que considera a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência da afecção ou doença" (Organização Mundial da Saúde, 1994), é ampliada por uma visão que a promove a direito social, como componente e exercício da cidadania. Para além da conseqüente abrangência que engloba questões referentes à promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da doença, a saúde, com os componentes tidos como pertencentes à qualidade de vida, passa a ser vista como o resultado de uma inter-relação entre todas as variáveis determinantes para o processo saúde-doença e aspectos

econômicos, sócio culturais, práticas e hábitos adquiridos pela vivência individual. Tendo como princípio de atuação as novas referências, tanto as práticas assistenciais como as políticas públicas do setor da saúde, direcionam sua estratégia central para a chamada “promoção da saúde”, ponto-chave para a conceituação da qualidade de vida (MINAYO et al., 2000, SEIDL E ZANNON, 2004).

A preocupação com o conceito de QV, dentro do campo da saúde, pode estar relacionada a diferentes interesses práticos. A valorização de parâmetros mais amplos, que extrapolam, por exemplo, o controle de sintomas, faz com que as ciências necessitem direcionar seu olhar para o ser humano de maneira a abarcar seu “bem-estar” integralmente, levando em consideração a co-relação entre todas as variáveis envolvidas (VERONEZ, 2007).

A diminuição da mortalidade, o aumento da expectativa de vida, com o conseqüente aumento da prevalência de doenças senis, a mudança das características da morbimortalidade, bem como o desenvolvimento de tecnologias que permitem efetivamente o controle dessas doenças, têm promovido a longevidade das pessoas, mesmo daquelas pertencentes a nações em desenvolvimento. Tal fato aparece como uma vertente de preocupação e propulsão para o desenvolvimento de ações direcionadas ao desenvolvimento do conceito de QV. A necessidade de inferência na QV também aparece no campo da saúde coletiva e das políticas de saúde. Os construtos pertinentes à QV têm sido utilizados como indicadores para avaliação de eficiência e impacto de certos tratamentos, bem como têm servido de parâmetro para comparação entre técnicas e procedimentos que visam ao tratamento de agravos (SEIDL E ZANNON, 2004).

Segundo Seidl e Zannon (2004), a QV também tem sido relacionada à avaliação das práticas assistenciais dos serviços de saúde, servindo como indicador em conclusões clínicas:

Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição. Nesses casos, a compreensão sobre a QV do paciente incorpora-se ao trabalho do dia-a-dia dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde (SEIDL E ZANONN, 2004: 581).

A Organização Mundial de Saúde (1994), a fim de entrar em concordância com sua própria definição de saúde, a partir dos anos 90, descreve QV como a percepção do indivíduo acerca de seu posicionamento na vida, levando em consideração o contexto cultural, sistema de valores construídos e vivenciados em relação a objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O termo é descrito como o olhar para os sentimentos que qualquer pessoa tem acerca de sua própria situação, remetendo ao estado subjetivo de bem ou mal-estar, percebidos em cada momento ou situação, com plena independência desse sentimento. Ou seja, uma averiguação da avaliação subjetiva do paciente, que incorpora uma inter-relação entre o estado de saúde do indivíduo e o grau de satisfação em relação às várias dimensões de sua vida cotidiana. (FLACK et al, 2008; SOUZA E COUTINHO, 2006).

Schipper e cols (1996) falam da QV como uma tentativa científica de quantificar as conseqüências de uma doença e seu tratamento, sob a ótica do próprio paciente acerca de suas capacidades e expectativas. Funciona como um parâmetro do impacto das doenças e tratamentos sobre o indivíduo. A medida da QV tem sido utilizada em várias áreas da medicina, principalmente em situações

nas quais o paciente sofre de uma doença crônica ou fica incapacitado por um período de tempo considerável (ORLEY et al., 1998).

É também a partir da década de 90 que os estudiosos sobre o assunto começam a discutir dois aspectos relevantes do conceito de QV. O primeiro aspecto relaciona-se à subjetividade inerente ao conceito, uma vez que cada indivíduo percebe sua posição na vida, seu estado de saúde, assim como cada dimensão relacionada às suas expectativas referentes à qualidade de vida, não necessariamente ligados a aspectos médicos, de maneira individual e segundo padrões e interesses próprios. Sendo considerado como um construto subjetivo, surge o impasse diante da avaliação feita por um observador. Aparece, então, a preocupação relacionada ao desenvolvimento de métodos de avaliação que possam considerar a perspectiva do próprio sujeito sobre sua QV, possibilitando que a visão e os pré-conceitos de cientista e profissionais da saúde não apareçam como fator de interferência (SEIDL E ZANNON, 2004).

O segundo aspecto diz respeito a multidimensionalidade do conceito. O reconhecimento da composição multifacetada do construto emerge como necessidade de estudo das várias dimensões possíveis que o englobam, estudos que promovam maior entendimento e clareza, possibilitando a construção de consenso a respeito do conceito de QV. Dentre os estudos já realizados, 6 (seis) domínios foram levantados como pertencentes à constituição da QV: domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais (SEIDL E ZANNON, 2004, VERONEZ, 2007).

Autores como Carlsson et. al. (2002) defendem que a avaliação investigativa da QV deve levar em consideração a distinção existente entre QV

subjetiva e QV objetiva. A QV subjetiva diz de um “bem-estar” geral e não está diretamente relacionada à ausência de enfermidade. Já a QV objetiva se refere a elementos sociais e culturais aceitos como mantenedores da comodidade material, somados ao status social e à saúde mental e física.

Mesmo diante da falta de consenso e da multiplicidade de possibilidades de interpretação sobre o conceito de QV, parece existir uma harmonia no entendimento de que a QV deve ser considerada como uma experiência subjetiva, que está intimamente relacionada a sentimentos e construções subjetivas de cada sujeito. Partindo desse pressuposto, fica como consenso que a melhor definição sobre a QV deve ser declarada de acordo com a percepção individual de cada sujeito sobre seus valores, expectativas e condição de vida. (VERONEZ, 2007, SOUZA E COUTINHO, 2006, SEIDL E ZANNON, 2004, CAMPOS E CAETANO, 1998).

A viabilidade da reintegração social dos pacientes portadores de sofrimento psíquico ficou, em um primeiro momento, ligada aos avanços da psicofarmacologia e das abordagens psicossociais (CAMPOS e CAETANO, 1998). No entanto, as condições materiais e químicas, consideradas inicialmente como suficientes para suprir as necessidades dos pacientes, mostraram-se ineficientes sem um trabalho de avaliação da satisfação subjetiva dos mesmos. Segundo Lehman et al. (1982), a percepção dos pacientes acerca de suas próprias vidas, contribuiu para a construção de prioridades em tratamentos, bem como serviu de estímulo para que os programas de saúde se voltassem para a qualidade de vida dessas pessoas.

Segundo Pitta (1999), nos últimos quinze anos houve um crescimento no interesse por estudos da QV dos portadores de transtornos mentais mais graves,

como por exemplo, a esquizofrenia. Estudos epidemiológicos vêm sendo realizados com o objetivo de relacionar qualidade de vida e saúde mental (ARAGON, 1992). A saúde pública tem se beneficiado de tais estudos, uma vez que a melhora da QV desses pacientes aponta para a diminuição tanto das taxas de internação psiquiátrica, como da sobrecarga gerada para familiares e sistema de saúde. Como consequência, a economia de recursos aparece como via possível, porque as doenças mentais são consideradas as mais onerosas para a sociedade (MARCOLIN, 1991).

Para Cardoso (2003), diante de toda a tentativa de reestruturação do modelo de atenção à saúde mental, estudos sobre QV vêm sendo realizados com o objetivo de monitorar o efeito do tratamento na qualidade de vida dos pacientes. A escuta do paciente, que por tanto tempo foi ignorada, pretende compreender as reais necessidades dos mesmos. Para isso, é necessário um maior entendimento das limitações e do sofrimento do paciente portador de sofrimento mental, para que as estratégias e ações dos serviços possam alcançar uma efetividade coerente com o propósito do tratamento humanizado.

Os estudos sobre a QV abrem uma possibilidade de trato do paciente como pessoa, e não meramente como um caso, refletindo em uma maior orientação acerca do cuidado da saúde, bem como na orientação do trabalho dos profissionais envolvidos (LEHMAN et al., 1982). Esses estudos com pacientes psiquiátricos têm recebido relevância no cenário internacional, no entanto, a utilização no Brasil ainda é tímida (PIMENTA, 2006; CARDOSO et al., 2002).

Acreditando na necessidade de adaptação e validação transcultural de instrumentos para medir qualidade de vida, criados em outros países, Cardoso et al. (2002) traduziram, adaptaram e validaram para o Brasil uma escala de

qualidade de vida, QLS (Quality of Life Scale), de Heinrichs et al. (1984). O trabalho de adaptação transcultural foi realizado em uma amostra de 123 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia (CID 10), não institucionalizados, em tratamento ambulatorial no CERSAM Divinópolis, em Minas Gerais. A autora comprovou medidas adequadas de validade e confiabilidade da versão da escala em português da escala, então denominada QLS-BR, no contexto brasileiro. Sugeriu estudos de avaliação das reais necessidades de pacientes portadores de sofrimento mental diante das políticas atuais de saúde mental em vigor no Brasil.

2.4 – Esquizofrenia

A esquizofrenia é a doença paradigmática da psiquiatria. É uma síndrome clínica complexa, considerada na literatura como o mais grave dos transtornos psiquiátricos. De caráter crônico, pode gerar sérios prejuízos na vida do paciente dos familiares. O impacto da doença provoca perdas funcionais, relacionadas a habilidades de trabalho, afetivas e de relacionamento social. Perdas objetivas e subjetivas, que são percebidas pelos próprios pacientes como fatores de interferência na qualidade de vida (MENEZES, 2006; SOUZA E COUTINHO, 2006, FLECK E WAGNER, 2008).

A esquizofrenia é marcada por manifestações psicopatológicas como alterações na sensopercepção, no juízo de realidade, nas emoções, comportamentos e movimentos. Os sintomas negativos ou deficitários das psicoses esquizofrênicas caracterizam-se pela perda de funções psíquicas na esfera da vontade, do pensamento, etc. Os principais sintomas deficitários encontrados são: distanciamento afetivo (podendo chegar ao embotamento afetivo), retração social, empobrecimento da linguagem e do pensamento,

diminuição da fluência verbal e da vontade, apragmatismo, autonegligência e lentificação psicomotora (KAPLAN, ET AL., 1997; DALGALARRONDO, 2000).

Além dos sintomas negativos, as psicoses esquizofrênicas também são marcadas por sintomas positivos, correspondentes às manifestações produtivas da doença. Dentre os principais sintomas positivos destacam-se as alucinações, idéias delirantes, comportamento bizarro, atos impulsivos, agitação psicomotora, idéias bizarras, neologismo e parafasias (KAPLAN, et al., 1997; DALGALARRONDO, 2000).

A desorganização mental e comportamental pode ser encontrada nas psicoses esquizofrênicas. A desordem entre as esferas afetiva, ideativa e volitiva, assim como o afeto pueril, também pode fazer parte do quadro. As significativas alterações do comportamento pessoal, a perda de interesse e a retração social pode culminar no quadro de disfunções sociais, no trabalho e na perda de habilidades interpessoais e produtivas (KAPLAN, et al., 1997; DALGALARRONDO, 2000).

As manifestações variam de acordo com o paciente, com o tempo de evolução e tratamento da doença. O caráter crônico da esquizofrenia traz prejuízos marcantes tanto para a vida dos acometidos como para as famílias, refletindo no âmbito social. Lehman et al. (1982) apontam para a baixa qualidade de vida do paciente com esquizofrenia em várias situações do cotidiano do paciente com esquizofrenia. Segundo o autor, esses pacientes são normalmente desempregados, não se casam, possuem sintomas residuais e desabilitadores para algumas atividades; as relações sociais são limitadas, existe certa distância das famílias, e os pacientes são desprovidos de suporte financeiro. Tais

condições despertaram o interesse de pesquisadores e profissionais da área para a avaliação do impacto da doença na qualidade de vida de tais pacientes.

2.5 - Pequena história sobre as penas

Freud, em seu livro “O mal-estar na civilização”, nos diz que o que torna possível a convivência social do ser humano é a tentativa de uma regulação dos relacionamentos. A vida em comunidade só se torna possível para o homem uma vez que o poder dos indivíduos é substituído pelo poder da coletividade, possibilitando a formação da civilização. Poder esse que une os interesses do grupo como um todo, contra interesses individuais.

A primeira exigência da civilização, portanto, é a da justiça, ou seja, a garantia de que uma lei, uma vez criada, não será violada em favor de um indivíduo. Isso não acarreta nada quanto ao valor ético de tal lei. (FREUD, 1997: 49).

As condutas contrárias ao interesse coletivo, como os crimes, por exemplo, colocam em risco aspectos característicos da civilização, podendo inviabilizar a possibilidade do convívio social. Daí a necessidade de um contrato, firmado a partir da expressão da vontade da maior parte da comunidade, delimitando os sacrifícios individuais que devem ser feitos, em prol do bem-estar coletivo. As ações permitidas ou proibidas a cada indivíduo precisam, então, ser controladas de acordo com o contrato social estabelecido. Um poder de controle é formado e centralizado nos moldes do “direito”, que expressa as normas a serem seguidas e atua ativamente em prol da manutenção da harmonia social.

A reação repressiva aos comportamentos que violam as leis sempre se fez necessária. Na história das penas, traçada por Foucault (1987), a manifestação

do poder de vigiar e punir as transgressões das regras do “direito superior” sobre as vontades individuais, seguiram os momentos históricos vividos pelas sociedades, obedecendo aos sistemas econômicos, de produção e de governo vigentes.

O suplício do corpo, com sua função jurídico-política, foi utilizado na época medieval como um ritual público de dominação dos indivíduos. O corpo do condenado era objeto da publicação da verdade de um crime cometido, e o sofrimento do mesmo era a medida que reproduzia a atrocidade do crime. A quantidade do sofrimento era o parâmetro do suplício, que tinha sua produção regulada pelo tipo, quantidade, tempo e intensidade do sofrimento físico, bem como gravidade do crime, pessoa do criminoso e sua posição social. Um ritual político, de demonstração do poder de punir e de controle social através do horror e do medo (FOUCAULT, 1987).

O suplício tinha ainda como objetivo, a convocação do povo como testemunha da vingança do soberano sobre aquele que o injuriou através da prática do crime. O infeliz que ousou desafiar o poder do soberano sofre com o suplício, uma pena criminal que testemunha a vitória deste. Aquele que infringe as normas estabelecidas pelo soberano ataca-o pessoalmente, pois impede a satisfação de sua vontade, expressa na força da lei (FOUCAULT, 1987).

O suplício penal não corresponde a qualquer punição corporal: é uma produção diferenciada de sofrimentos, um ritual organizado para a marcação das vítimas e a manifestação do poder que pune: não é absolutamente a exasperação de uma justiça que, esquecendo seus princípios, perdesse todo o controle. Nos “excessos” dos suplícios, se investe toda a economia do poder (FOUCAULT, 1987: 32).

A lei de talião, segundo Almeida (2004), representava a expressão olho por olho, dente por dente. Tinha como objetivo sacrificar a parte do corpo do

criminoso, que fora utilizada para cometer o crime, como forma de impedimento da possibilidade de reincidência. Tal lei também tinha como objetivo marcar o prejuízo causado pela conduta ilícita, apontando para a necessidade de prevenção contra os mesmos.

Segundo Foucault (1987), as penas passaram do suplício do corpo à suspensão dos direitos individuais. Em meados do século XVIII, o suplício foi fortemente atacado, tornando-se um meio de punição intolerável. O século das Luzes anunciou o ponto de basta para a confrontação física e excessiva entre o soberano e o condenado. O poder de punição precisava ser desvinculado da vingança do soberano sobre os súditos, através da dissociação do arbítrio do poder monárquico. A reforma do direito criminal sofreu, então, um remanejamento das estratégias do poder de punir. O poder de julgar e condenar foi desligado dos privilégios e desmandos da soberania, sendo distribuído pelo poder público. Uma nova “economia política” do poder de punir foi instaurada, tendo o saber científico como tática política de dominação. A moderna tecnologia de punir foi caracterizada pelas relações de poder investidas na docilidade e utilidade das forças corporais. As relações de controle do sistema punitivo passaram a ser engendradas sobre o poder das classes dominantes, que fizeram da alma uma prisão do corpo dos condenados.

A nova definição do poder de punir foi caracterizada como função da sociedade, devendo ser exercida sobre todos os indivíduos na mesma medida, no entanto, ficou submetida às diferenças das sujeições disciplinares, dando origem ao nascimento das prisões, consideradas por Foucault (1987) como “pena das sociedades civilizadas”. Assim, os espetáculos dos suplícios, mantidos pela

ilegalidade dos corpos obedientes à economia de subsistência feudal, foram substituídos pela ilegalidade dos bens, produzidos pela economia capitalista. As relações de dominação do sistema punitivo foram orientadas pelo sistema produtivo, fazendo dos corpos uma força produtiva e submetida ao poder econômico do corpo.

A punição vai-se tornando, pois, a parte mais velada do processo penal, provocando várias conseqüências: deixa o campo da percepção quase diária e entra no da consciência abstrata; sua eficácia é atribuída à sua fatalidade não à sua intensidade visível; a certeza de ser punido é que deve desviar o homem do crime e não mais o abominável teatro; a mecânica exemplar da punição muda as engrenagens. Por essa razão, a justiça não mais assume publicamente a parte da violência que está ligada a seu exercício. (FOUCAULT, 1987:13).

Segundo Almeida (2004), à medida em que as penas foram sendo desvinculadas do corpo, a função preventiva das mesmas ganhou força, em detrimento da mera idéia de retribuição ou castigo. A partir disso foi possível a criação de uma nova sanção penal, a medida de segurança, que atua de maneira substituta e paralela à pena.

2.6 - Escola Clássica X Escola Positiva

Numa perspectiva defensiva em relação aos abusos cometidos pelos monarcas absolutistas, o movimento político-filosófico iluminista, desde o final do século XVIII até a primeira metade do século XIX, registrou um novo marco na definição dada pela lei para a conceituação do crime. Uma abordagem legalista para a aplicação das penas, baseada em ideais humanitários, garantiu a individualização e proporcionalidade entre a pena e o delito. A Escola Liberal Clássica do Direito Penal, assim chamada por seus sucessores Positivistas,

fundamentou filosoficamente uma concepção jurídica do delito e da responsabilidade penal à luz de concepções racionalistas, liberais e jusnaturalista (OLIVEIRA, 2005).

Segundo Oliveira (2005) e Almeida (2004), a Escola Liberal Clássica considerava o crime apenas como ente jurídico, isolado da conduta que lhe originou e tendo como única vinculação com o mundo exterior, sua ligação a um ato de livre arbítrio do sujeito. Nessa perspectiva, os dogmas seguidos para a percepção do crime foram jusnaturalistas, e o método empregado para pensar os conceitos e formas dos delitos foi a dedução ou a lógica abstrata. Resultado de uma filosofia de cunho idealista e metafísico, desvinculada de qualquer realidade empírica.

A Escola Liberal Clássica estruturou uma noção de crime estática, prevista apenas na lei penal, que teve como pilares os postulados do livre-arbítrio e responsabilidade moral. O primeiro, segundo Almeida (2004), era considerado uma faculdade inerente ao homem, derivada da capacidade de discernimento do mesmo, bem como inteligência e razão. O homem, considerado moralmente responsável por todos os seus atos, possuía a liberdade de escolha diante de qualquer prática criminosa. Concomitantemente com a responsabilidade penal do criminoso existe a responsabilidade moral, uma vez que o homem é capaz de prever, conscientemente, a moralidade ou não dos seus atos. O crime é considerado como ato de livre-arbítrio, e não como consequência natural ou social. Portanto, são responsáveis todos aqueles que possuem condições de discernimento entre o bem e o mal.

Almeida (2004) nos fala ainda que a Escola Clássica tinha como único foco o fato delituoso em si, e não o criminoso como autor responsável por seus atos. As diferenças entre os delinquentes não eram consideradas, uma vez que todos são considerados como iguais entre si e passíveis de atuar fazendo mau uso de sua liberdade. O crime é, então, reconhecido como ente meramente jurídico, resultado da mais completa abstração. Já a pena, considerada como único meio de luta da sociedade contra o crime, possui caráter retributivo e repressivo, utilizado como retribuição merecida àquele que praticou um mal. A pena tinha como objetivo a intimidação de futuros criminosos e prevenção de ocorrências delituosas.

Em meados do século XIX, a Escola Clássica dava sinais da ineficiência de sua doutrina penal, que não mais correspondia à necessidade de adequação do direito ao acelerado desenvolvimento das ciências sociais e nem à nova ordem social burguesa. Com o desenvolvimento da filosofia positivista, estudos biológicos e sociológicos, nasceu a Escola Positiva do Direito Penal, uma contraposição aos preceitos da Escola Clássica. Novos caminhos para a compreensão do crime, que vinha apresentando altas taxas e crescente reincidência, começaram a ser propostas. O conhecimento científico passou a fazer parte da nova orientação dos estudos criminológicos, mudando tanto o foco como a metodologia de compreensão do crime. A Escola Positiva do Direito Penal abandonou a compreensão abstrata e metafísica do crime, ligando-se a uma metodologia positiva, empírica, sustentada no modelo causal explicativo e indutivo, rejeitando preceitos religiosos, morais, apriorísticos ou conceitos abstratos e absolutos. O modelo experimental utilizado excluía tudo o que não fosse demonstrável materialmente por via de experimentação científica, e tomou

como foco de sua atenção a natureza e as causas etiológicas do crime (CALHAU, 2004).

Segundo Almeida (2004), ao contrário da Escola Clássica, que se dedicava à tônica dos delitos e das penas, a Escola Positiva tinha, na figura do criminoso, com seus comportamentos e personalidade, objeto privilegiado de estudo. Os positivistas atacaram a noção clássica de homem racional capaz de exercer seu livre-arbítrio, e responsabilizaram todos pelas ações passíveis de punição, ou seja, sustentaram que o criminoso se revelava em suas condutas, sendo responsável pelas mesmas pelo simples fato de viver em sociedade. O crime, na concepção positivista, é considerado como fato empírico e histórico, e só existe em função da ação do delinqüente e do desajustamento social do mesmo, que coloca em risco a harmonia e os interesses da ordem social. As avaliações da realidade biopsíquica e social dos delinqüentes fizeram-se necessárias, para que fosse possível diagnosticar o nível de perigo social apresentado pelo sujeito. A periculosidade do delinqüente, fruto de sua inaptidão para o convívio social, precisava ser prevenida e também tratada, de acordo com as características específicas do delinqüente em questão. O corpo social necessitava, então, de defesa contra a ação do delinqüente, priorizando os interesses e defesa do grupo social. A autora nos diz também que essa necessidade de defesa do grupo social era paralela à necessidade de tentar recuperar o criminoso, para que ele pudesse retornar ao convívio social, sem representar riscos. Em função dessas necessidades, as medidas de segurança puderam ser pensadas como alternativas às penas, que funcionariam como um instrumento de defesa social.

É importante ressaltar que, segundo Calhau (2004), o modelo proposto pelo movimento positivista fazia jus às necessidades burguesas no final do século XIX. O autor nos diz que a burguesia havia se apoiado, inicialmente, em um Direito Penal Liberal que ajudou a neutralizar os poderes da nobreza através de um órgão legítimo, barrando suas arbitrariedades. Com a instituição da ordem burguesa, fizeram-se necessários outros recursos penais que garantissem o estabelecimento das novas diretrizes políticas, econômicas e jurídicas. A burguesia não estava mais ameaçada pelos desmandos da nobreza, no entanto, as classes menos favorecidas, sofrendo em função das notórias desigualdades sociais, surgiram como risco eminente. As altas taxas de criminalidade e reincidência colocaram em risco a ordem social burguesa, que usou as idéias penais e criminológicas positivas como instrumento prático e teórico para diminuir o perigo das massas e garantir o controle social.

Carrara (1998) nos diz também que, diante da situação posta pela Escola Positiva, fez-se necessária a mudança de postura em relação à responsabilização do delinqüente por seus atos. Assim como fizeram os alienistas, que deram aos loucos status de inocentes passíveis de contenção e tratamento, a abordagem científica do direito criminal passou a tratar os criminosos como irresponsáveis por seus atos e, conseqüentemente, livres de qualquer punição ou castigo. Apesar de terem sido destituídos da responsabilidade moral pelos crimes, a responsabilidade pelo perigo que representam para a sociedade ficou inerente. E conseqüentemente, a proteção da sociedade deveria ser assumida pelo Poder Judiciário.

Carrara (1998) nos fala ainda que a Escola Positivista do Direito Penal produziu uma classificação dos sujeitos criminosos, que agrupava indivíduos de acordo com o mal que representavam para o corpo social. Dentro dessa classificação podemos citar os criminosos natos, os criminosos loucos com seus desdobramentos, os criminosos de ocasião, os criminosos de paixão e os criminosos por hábito. Os indivíduos que não tinham a criminalidade determinada por causas naturais, mas por influência do meio social, da falta de educação ou desvios momentâneos, foram separados dos criminosos natos, considerados irrecuperáveis. Para os primeiros, considerava-se possível um processo de regeneração através do tratamento penal. Já os natos, criminosos biodeterminados, eram tratados como incorrigíveis e eternos reincidentes no crime.

A noção da criminalidade nata foi utilizada pela Escola Positivista como uma contraposição ao livre-arbítrio defendido pela Escola Clássica. Partindo do pressuposto de que o criminoso nato, apesar de perigoso, agia somente em resposta a sua natureza bestial, a liberdade de escolha e a possibilidade de direção dos próprios atos, conforme sua vontade, não poderiam ser aplicadas aos mesmos. A responsabilidade individual, diretamente relacionada à responsabilidade penal aos olhos da Escola Clássica, bem como a punição nos moldes do direito clássico, chocou-se com a suposta falta de liberdade de escolha apresentada pelos criminosos natos, fazendo com que os preceitos jurídicos, até então em vigor, fossem repensados.

Os positivistas, defensores da inclusão do direito nas bases científicas, abriram caminho para uma concepção científicista e individualizada do homem

delinqüente, considerando a singularidade do criminoso, ou seja, questões referentes a respostas legais frente a crimes, deveriam ter como foco o criminoso.

A pena deveria converter-se em “medida de defesa social”, e sua duração e modalidade não deveriam mais ser deduzidas da gravidade legal do crime cometido, ou da intensidade do escândalo produzido na consciência pública, ou ainda do grau de consciência que o ator tivesse tido do seu crime. O critério da reação legal a ser acionada frente aos crimes deveria ser apenas o próprio criminoso (CARRARA, 1998: 110).

Na concepção dos positivistas, o direito criminal necessitava acompanhar a evolução da sociedade, ou seja, era preciso que o direito se adequasse à ciência positiva, considerando como fonte de conhecimento a experiência, os fatos sensíveis e os fatos positivos. A determinação das causas dos fenômenos, inacessíveis ao homem, deveria ser desprezada, dando preferência à determinação das leis naturais. Seriam necessários novos métodos no exame científico do crime, substituindo as interpretações metafísicas e estabelecendo um experimentalismo sistemático. Para isso, o foco da atuação do direito criminal deveria girar em torno da figura do criminoso, e não mais nos crimes em geral. A classificação científica dos sujeitos delinqüentes, feita de acordo com as causas da ação criminosa, seria a medida mais adequada para o estabelecimento de uma intervenção penal (CARRARA, 1998).

Dessa forma, os delinqüentes deveriam passar a ser examinados física e psicologicamente, para que seu índice de criminalidade pudesse ser determinado, estimando-se a expectativa individual de reincidência. Um corpo técnico, capaz de desenvolver uma medição antropométrica, atuaria na avaliação dos vários possíveis estigmas apresentados pelo criminoso. O objetivo de tal avaliação era o estabelecimento do índice de perigo e temibilidade que o sujeito apresentava para o corpo social. Diagnosticada a criminalidade nata, o grau máximo de

periculosidade e de impossibilidade de regeneração era apontado, sendo necessária, então, a proteção, também máxima, da sociedade. Em nome da proteção social, a Escola Positiva pregava a eliminação física ou o segregamento absoluto e eterno para o sujeito, independentemente do cometimento ou não do crime e da gravidade do mesmo. O poder de intervenção da justiça era absoluto e por período indeterminado, tratando-se de criminosos natos. Partindo do princípio de que as medidas legais deveriam ser individualizadas e focadas no criminoso, somente um exame que comprovasse o fim do perigo apresentado pelo mesmo, poderia interromper a intervenção judicial (CARRARA, 1998).

2.7 - Crime X Loucura

Carrara (1998) nos fala que as modernas concepções tanto da loucura, como do crime, são resultado de um processo que vem se desenvolvendo há mais de dois séculos. Em meio a esse processo, instituiu-se a existência da diferença entre transgressões sociais praticadas por sujeitos considerados incapazes de responder por seus atos, “os loucos”, e as transgressões daqueles que, por serem considerados “normais”, são responsáveis por seus atos delinquentes.

No final do século XIX e início do XX, segundo Carrara (1998), questões referentes ao crime e ao criminoso, foram alvo de reflexões sistemáticas, que estariam sendo ensejadas pelo aumento significativo do número de crimes nas grandes cidades dos países ocidentais, bem como pela crise atravessada pelo liberalismo.

O desenfreado crescimento populacional provocado pelo processo de urbanização das metrópoles, as exigências da industrialização, a liberação não planejada da mão-de-obra escrava, os moldes de organização do sistema capitalista, a falta de planejamento da estrutura das cidades, a conseqüente modificação do estilo de vida das pessoas, são alguns dos fatores apontados como agravantes dos conflitos sociais. Paralelo às inevitáveis tensões sociais provocadas pelo processo de industrialização e urbanização, a formação do fenômeno social chamado “meio delinqüencial fechado”, atingiu principalmente os infratores das classes populares e fez parte da construção do novo perfil assumido pela criminalidade. A marginalização imposta pela prática prisional, a partir do século XVIII, possibilitou a organização e especialização do “crime”, uma vez que aqueles que foram submetidos à reclusão e ao absoluto desligamento de seu meio social tiveram como destino a irreversibilidade de sua história como delinqüente. O fenômeno da reincidência apareceu, então, como conseqüência de uma trajetória social, que passou a ser sem retorno, e deu luz à concepção da delinqüência “enquanto manifestação de uma natureza individual anômala, de um psiquismo perturbado pela doença” (CARRARA, 1998: 64). Dentro do novo perfil assumido pela criminalidade no meio urbano, a reincidência atuou também como prerrogativa ao aparecimento do que Carrara chamou de “polícia científica”, conseqüência da modernização das técnicas de controle e repressão dos aparelhos policiais. E, para além do objetivo de atuação sobre a criminalidade emergente, a modernização da polícia se expandiu para o tecido social, atingindo, principalmente, as camadas menos favorecidas da população, alvo de maior necessidade de contenção e disciplinarização.

A emergente reflexão sobre o crime tinha também como pano de fundo o individualismo como questão política. Discutiam-se os limites da liberdade individual, considerada influente em situações que envolviam manifestação da população. A liberdade, ponto-chave no discurso das sociedades liberais, vinha alimentando certo excesso do individualismo, tendo como consequência transgressões criminosas e transgressões político-ideológicas extremistas. Os crimes, assim como revoluções e rebeliões, são apontados como agitações sociais, que acabam por desvelar a idéia de igualdade natural existente entre os homens. A desigualdade é colocada à mostra, tendo, como consequência, a resposta popular em forma de atos, que colocam em risco a ordem social. A ordem liberal, propagadora tanto da igualdade jurídica, como da liberdade individual, não possuía recursos suficientes para lidar com a realidade das diferenças sociais existentes, possibilitando a manifestação das consequências geradas pela desigualdade. Fazia-se necessário, então, uma reforma institucional que garantisse leis convenientes ao fortalecimento do Estado e de seus instrumentos aplicáveis ao controle social. Ou seja, era necessário o fortalecimento de bases jurídico-políticas que permitissem uma intervenção incisiva do poder do Estado nas movimentações sociais. Para que o propósito de contenção das manifestações sociais fosse atingido, o ideal de liberdade individual, como conceito e prática social, precisava ser reformulado. Os reflexos legais do liberalismo não configuravam uma opção plausível às necessidades de intervenção do Estado (CARRARA, 1998).

Assim, através da discussão em torno do crime, tratava-se não somente de atacar a ordem política e jurídica liberal, mas também de consolidar uma nova concepção do homem e de sua relação com a sociedade, amplamente ancorada em formulações positivistas e cientificistas (CARRARA, 1998: 66).

Carrara (1998) percorreu um caminho histórico em busca das intercessões existentes entre o crime e a loucura. A investigação feita pelo autor delineou um percurso de progressiva aproximação entre o crime e a loucura. Diretamente envolvido com essa aproximação está o surgimento das sociedades liberais, que passam a considerar o crime como manifestação de uma doença mental. O protótipo das sociedades burguesas, liberais e regidas pela democracia, trata a relação entre interesses individuais e interesses coletivos como dois pontos superpostos e imprescindíveis à harmonia e bem-estar social. A integração entre os interesses faz parte da base racional do contrato social, que tem como finalidade a promoção do bem comum e a preservação da norma social. O crime pensado como um ataque à sociedade, formada por um contrato regido harmoniosamente entre interesses individuais e coletivos, faz com que a ruptura do contrato social, assumida caráter de irracionalidade. Atacar a sociedade, através do crime, é considerado como um ataque a si mesmo. E um ato prejudicial a si próprio, uma auto-agressão, é considerado, por excelência, uma irracionalidade.

Ainda no início do século XIX, os alienistas foram convocados, pelo aparelho judiciário, a participar de processos que envolviam crimes aparentemente enigmáticos, que não apresentavam explicações plausíveis diante do mundo das razões. Crimes que contradiziam o que era considerado como “natureza humana”, negando princípios básicos do contrato social, até mesmo a existência da racionalidade intrínseca ao ser humano, e que, no entanto, não eram praticados por indivíduos enquadrados nos clássicos perfis da loucura. Ou seja, os alienistas passaram a atuar, em prol do bom funcionamento da máquina judiciária, na resolução de ações criminosas que tinham como atores indivíduos que aparentemente não eram loucos (CARRARA, 1998; MATTOS, 1999).

Através do trabalho dos alienistas nesses casos, foi aberto um espaço para a aproximação entre o crime e a loucura, suscitando a idéia da existência de uma relação direta entre os dois. Em meio às reflexões sobre a problemática do crime e sua relação com a loucura, o conceito nosológico de monomania, utilizado por psiquiatras franceses no início do século XIX, exerceu papel importante no desenvolvimento da discussão, que colocava o crime como manifestação de uma doença mental (CARRARA, 1998).

As monomanias eram compreendidas como um “delírio parcial”, uma espécie de delírio direcionado a apenas uma idéia. Por serem parciais, os delírios monomaniacos, possibilitavam aos sujeitos total lucidez nos aspectos da vida que não estavam relacionados ao objeto do delírio. Isso fazia dos monomaniacos ainda mais perigosos, uma vez que a doença dos mesmos poderia passar despercebida pela sociedade em geral e até mesmo para os tribunais, tornando incompreensíveis os crimes praticados por eles.

As monomanias abriram caminho para a associação das desordens mentais com “movimentos inesperados e incontroláveis das paixões e afetos” (CARRARA, 1998: 72), em detrimento das desordens da inteligência ou dos delírios clássicos. A concepção de loucura como alienação mental foi forjada, não tendo, necessariamente, que ser caracterizada pelo delírio. Por outro lado, as monomanias suscitaram a submissão da consciência aos desejos e impulsos incontroláveis dos doentes, que passaram a ter suas ações consideradas como automáticas. A loucura é, então, delineada através do nível das ações e não mais do nível das idéias do sujeito.

A supressão da consciência e os mecanismos automáticos que regem as funções mentais do homem, compuseram as novas bases da loucura. Loucura

esta que deixou de manter o enigma do mundo interior do homem e que, por outro lado, exteriorizou a natureza humana, fazendo com que os sinais mais claros da loucura não fossem mais publicamente reconhecidos. A invisibilidade do mal provocado pela loucura colocou a mesma tanto no plano do imprevisível, quanto no plano da ausência de sentimentos e valores morais. A noção de loucura moral assumiu o lugar da ausência de identidade do indivíduo, passando a considerar um processo congênito ou hereditário, que acompanha o sujeito do nascimento até a morte. Sendo assim, uma doença invisível, imprevisível e sem possibilidade de cura, não poderia assumir outro caráter que fugisse ao perigo eminente (CARRARA, 1998, PERES, 1997).

Carrara (1998) nos fala que o homem passou a ser desenhado pelos alienistas através do perfil moral do pensamento e também através do perfil do comportamento. Comportamentos, até então considerados como criminosos, assumiram o lugar de objeto de reflexão dos alienistas, que incorporaram à loucura a marca da crueldade, da indisciplina e da periculosidade.

Em meados do século XIX, a teoria da monomania, que já vinha recebendo várias críticas, passou a concorrer com a noção da chamada degeneração. Ambas as teorias pretendiam abordar, de maneira diferente, os crimes “irracionais”, que não têm como fundamento o delírio clássico, mas que têm como premissa uma loucura congênita e incurável (CARRARA, 1998).

A doutrina da degeneração teve como postulados básicos a unicidade do ser humano e a hereditariedade mórbida. O primeiro postulado tinha como premissa a relação imediata entre o físico e o moral. E o segundo, a hereditariedade mórbida, considerando a possibilidade da transmissão de características mórbidas dos ascendentes para os descendentes. Tal

hereditariedade era passível de transmitir características tanto físicas como morais. Ambos os postulados teriam relação imediata com o sistema nervoso, dentro de uma concepção organicista do ser humano. O sistema nervoso foi responsabilizado pelas perturbações físico-morais do homem, bem como assumiu o papel de unificador etiológico de todas as perturbações mentais. As doenças mentais e nervosas passaram a ser consideradas como fruto da degeneração. As afecções mentais, na sua grande maioria, assumiram uma origem degenerativa, sendo adquiridas hereditariamente (MATTOS,1999; CARRARA, 1998).

Carrara (1998) nos diz que a idéia da degeneração possibilitou a transformação do crime em objeto de estudo de uma abordagem psicopatológica. O comportamento criminoso ganhou status de manifestação degenerativa, fazendo do criminoso um doente, sem, no entanto, enquadrá-lo totalmente na figura do louco. A degeneração patologizou o crime, e fez dele uma disfunção orgânica. O fato de o indivíduo ser criminoso passou a indicar, necessariamente, algum grau de anormalidade psíquica.

Através das publicações de Cesare Lombroso, o crime, assim como a loucura, assumiu caráter de comportamento característico do ser humano. Comportamento esse, explicado pelas variações antropológicas da espécie e pelos mecanismos da hereditariedade. O fenômeno do atavismo, caracterizado pela noção de formas humanas inferiores que poderiam surgir em grupos sociais muito mais evoluídos, foi usado como possibilidade de explicação para o crime. A classificação de criminosos natos apareceu, então, como um tipo regressivo do ser humano, fazendo do crime uma manifestação da animalidade no interior da civilização. A reflexão feita sobre os criminosos natos levava em consideração a obediência destes à sua natureza bestial, bem como apostava que os mesmos

não seriam criminosos caso vivessem em épocas anteriores à civilização (MATTOS,1999; CARRARA,1998).

A figura do criminoso nato foi delineada a partir de indicadores de sua animalidade original, sendo marcada por estigmas que apareciam tanto no seu corpo como na sua alma. Esses estigmas seguiram pressupostos anatômicos, fisiológicos, psicológicos, fisionômicos e até mesmo de fenômenos naturais, como por exemplo, mudanças atmosféricas, sensibilidade aos metais e à eletricidade, etc.

A necessidade de explicação e categorização das desigualdades existentes entre os indivíduos e os grupos sociais encontrou tanto na figura do criminoso nato, quanto na do monomaníaco e do degenerado, espaço para reflexão e justificativa. Manifestações patológicas, variações ou inferioridades biológicas, distúrbios inatos e hereditariamente transmitidos e estados mórbidos, tornaram-se aval para a irresponsabilização de sujeitos desviantes das normas e preceitos morais e sociais, bem como funcionaram como justificativa para as diferenças existentes entre os homens. O criminoso nato, por exemplo, mediante sua inferioridade biológica, não seria incapaz de agir honestamente e de se adaptar às condutas sociais (CARRARA, 1998).

Diante de tais circunstâncias, a relação criada entre loucura e criminalidade funcionou como aval para o destaque do caráter perigoso e violento dos doentes criminosos. Justificativa para a necessidade de tratamento dos mesmos e, conseqüentemente, para impor a importância e especificidade do trabalho dos alienistas. A psiquiatria, até então não reconhecida como especialidade médica, no século XIX, lutava por seu reconhecimento como responsável pelo tratamento

e cura das doenças mentais e dos perigos inerentes aos homens criminosos e desorganizadores da paz social.

A medicina e os saberes “psi”, representantes do saber científico, ao assumirem a loucura como seu objeto de estudo, deixaram de atuar exclusivamente com a cura e tratamento da saúde física e mental dos indivíduos. Passaram a atuar, auxiliando o poder judiciário, como medidores da responsabilidade jurídica e da culpa de cada indivíduo por seus atos, bem como recuperando e neutralizando os sujeitos que representassem algum perigo para a harmonia da sociedade. A atuação dos alienistas fez com que a justiça penal deixasse de olhar para os indivíduos como sujeitos de direito para percebê-los como Homens-Objeto, passíveis de tratamento e correção. No momento em que os alienistas assumem um papel nos tribunais, as respectivas disciplinas referentes à atuação de médicos e juízes sofrem uma progressiva tendência à indistinção. A psiquiatria passa a exercer poder na sociedade ao se afirmar como ciência dos anormais (FOUCAULT, 2001).

É dentro desse contexto que a psiquiatria assume o domínio sobre as questões da loucura e aponta como solução, para a questão da defesa social, o estabelecimento das internações (afastamento social dos sujeitos), com caráter terapêutico. Os alienistas exploraram o conceito de periculosidade, utilizado pela legislação penal como justificativa para o estabelecimento das sanções penais aplicadas aos doentes mentais, como forte recurso no processo de construção das estratégias e interesses daquele grupo de médicos. A loucura criminosa, que concedeu aos doentes mentais o status de perigo ambulante, prestes a cometer um ato delituoso a qualquer tempo, foi utilizada pelos alienistas, num primeiro

momento, como estratégia para a delimitação de seus interesses. Até o final do século XVIII, tanto os criminosos, como qualquer indivíduo considerado inútil ou um entrave à sociedade, como vagabundos, desempregados, loucos, etc., podiam ser internados, para fins de contenção, sem qualquer direito a inserção social. (Almeida, 2004; Peres, 1997).

No início do século XIX, com o nascimento da Psiquiatria como ciência técnica, foram desenvolvidos os primeiros diagnósticos clínicos e propostas de tratamentos. Os médicos, detentores do saber e do poder sobre os sujeitos, tiveram sua palavra anunciada como verdade absoluta, colocando os indivíduos, tidos como loucos, no papel da impotência, com o significado de seus discursos sem qualquer valor. Como ciência da moral, a psiquiatria impediu qualquer movimento de autonomia dos sujeitos, rotulando-os, subtraindo seu poder de discurso e, conseqüentemente, adoecendo-os (FOUCAULT, 2001).

No entanto, os alienistas encontraram como entrave, aos propósitos médicos, justamente a aproximação feita entre crime e loucura. Isto porque o caráter perigoso dos criminosos tornava a psiquiatria inespecífica. O surgimento da proposta de uma análise científica da loucura, agora comparada às doenças somáticas, necessitava de intervenções especificamente médicas. A vinculação da doença mental ao crime não era condizente com o propósito humanitário e de tratamento científico oriundo dos novos ideais psiquiátricos. Dentro desse contexto, surgem as primeiras discussões acerca da necessidade de instituições distintas para a especificidade de cada doença e, conseqüentemente, a justificativa para construção de instituições específicas para loucos perigosos. A partir do próprio discurso médico, a necessidade de construção dos manicômios

judiciais, movimentou o início da retirada dos doentes mentais delinquentes do campo de atuação médica. No entanto, a construção de tais instituições não teve, em seus primórdios, a intencionalidade de acolhimento de qualquer alienado que tivesse cometido um crime. Os criminosos considerados degenerados, natos e anômalos morais eram o público-alvo dos manicômios judiciais. (CARRARA, 1998; PERES, 1997).

Os manicômios judiciais foram, então, projetados para os criminosos degenerados, que comprometiam o funcionamento e as intenções da defesa social. Tanto os asilos, como as prisões mostravam-se insuficientes e inadequados à segregação desses indivíduos, que foram considerados como pertencentes a uma região intermediária entre a sanidade e a loucura, entre irresponsabilidade e responsabilidade moral. Diante das circunstâncias, o manicômio judiciário assumiu características tanto de presídios como de asilo. A dupla vertente dessas instituições caracteriza a sobreposição de um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar. O caráter ambíguo, tanto da instituição como dos próprios profissionais, aconteceu inevitavelmente em função dos objetivos opostos aos quais cada vertente se destina. “Para a prisão enviamos culpados; o hospital ou hospício recebe inocentes” (CARRARA, 1998: 27). Ou seja, os manicômios judiciais são instituições híbridas, com objetivos contraditórios, de difícil definição, tornando-se incapazes de atingir as funções que teoricamente se propõem a realizar. Dentro do que Carrara (1998) nomeia de “ambivalência como marca distintiva e a ambigüidade como espécie” dessas instituições, o que fica como inequívoco é o conflito entre a dupla função, somada às caricaturas mais estigmatizadas socialmente: o louco e o criminoso.

Com Carrara (1998), podemos pensar que a categoria dos degenerados acabou por refletir, a partir do olhar positivista e biodeterminista proposto pela ciência, uma concepção da pessoa humana que foge de qualquer sistema de regras morais. Nem louco nem lúcido, nem enfermo nem são, o degenerado apresentava características do ser humano que ameaçavam as instituições liberais, bem como a possibilidade de funcionamento das engrenagens da Justiça. Esse problema encontrou paliativo na construção dos manicômios judiciais, que, além de solução para a segregação de certos tipos de alienados, serviu como limite para os conflitos existentes entre moral e ciência.

No entanto, há bem mais que isso, pois sabemos também que, de um outro ponto de vista o degenerado não se colocava apenas entre a sanidade e a loucura, mas implodia a própria oposição, situando-se além dela. Em sua acepção antropológica, enquanto sinônimo de criminoso nato, ele não estava certamente nas fronteiras da alienação; na verdade, apontava, não só para a existência de indivíduos naturalmente voltados para o mal, mas, principalmente, para a determinação não-consciente ou voluntária de toda ação humana. Apontava, portanto, para o fato de que, sob certo ponto de vista, todos somos alienados (CARRARA, 1998: 197-198).

No Brasil, em 1903, sob influência da Escola Positiva, surgem as primeiras leis que orientaram a construção de manicômios criminais ou seções especiais para os loucos criminosos nos asilos. O decreto 1132 instituiu a obrigatoriedade de tais instituições nos estados, provocando a construção da seção Lombroso no Hospital Nacional, no Rio de Janeiro. No entanto, só em 1920, após a ocorrência de uma rebelião no mesmo hospital, é que o primeiro manicômio judiciário foi construído (RAMOS E COHEN, 2002; CARRARA, 1998).

O duplo objetivo dos manicômios judiciais, custodiar e tratar, objetivos estes que, teoricamente, não é motivado por um sistema punitivo, traz como questão as longas durações, muitas vezes eternas, dos internamentos. Ilhas para contenção dos banidos pela sociedade, foram construídos sob o aval da defesa

social. As promessas de melhores condições de assistência e tratamento para os alienados submetidos às restrições jurídicas foram substituídas pela morte civil dos mesmos. Os manicômios judiciários não puderam oferecer aos seus internos nada além de sua inerente ambigüidade (ANDREUCCI, 1981).

2.8 - Surgimento da Medida de Segurança

O tema medida de segurança é tratado desde a Antigüidade. Os antecedentes históricos das chamadas medidas cautelares e preventivas diziam respeito, no antigo direito, aos menores e aos loucos. No Direito Clássico Romano, por exemplo, os menores de sete anos (chamados infantes), eram equiparados aos loucos (chamados furiosos). Ambos eram considerados penalmente incapazes de ações ilícitas. Os primeiros, menores impúberes, ficavam submetidos à medida admonitória, enquanto os segundos eram encarcerados em presídios quando as famílias não possuíam condições de contenção dos mesmos. O antigo direito canônico também tinha como preceito a noção de irresponsabilidade penal dos loucos (ANDRADE, 2001; ALMEIDA, 2004).

No princípio, pessoas que apresentavam algum transtorno mental eram tratadas como aberrações, repudiadas pela sociedade, às vezes até mesmo mortas. Segundo Almeida (2004), no século XVI já eram aplicadas medidas corretivas e disciplinares tanto para loucos e infantes, como para indivíduos categorizados como vagabundos, mendigos e anti-sociais.

No entanto, foram as influências da Escola Positiva, que promoveram a entrada do método científico no domínio do direito penal, fazendo com que o

crime deixasse de ser julgado como um episódio isolado, dando destaque à figura do autor e da vítima e estimulando a individualização das penas, possibilitando o desenvolvimento do instituto das medidas de segurança. As discussões sobre a insuficiência do sistema penal, apontadas pela Escola Positiva no século XIX, mostravam a necessidade de um sistema de prevenção e defesa social que fosse capaz de assegurar tratamento adequado à pessoa do delinqüente, objetivando meios eficazes de proteção social.

A chamada “Ideologia da Defesa Social”, segundo Almeida (2004), trouxe para o direito penal a noção de periculosidade do homem, que, com suas características físicas e psíquicas, foi colocado como figura principal da questão penal. O perigo considerado inerente a ele, devido a comportamentos desajustados à ordem jurídica, passou a representar uma ameaça à harmonia social. Sendo assim, em nome da defesa social, as penas precisavam ser aplicadas como forma de proteção da comunidade.

Para Aníbal Bruno (1977), ao impor a realidade humana ao direito penal, o positivismo fez do delito um ato humano, sujeito às leis de seu próprio comportamento. Esse delito que teria como fundamento um “estado de desajustamento social de causas antropsicológicas” (BRUNO, 1977: 85). Todos os delinqüentes passaram a ser considerados perigosos, uma vez que o crime assumiu o lugar de sintoma da periculosidade, sendo ainda promovido à manifestação de uma doença social. Diante disso, a prática isolada das penalidades Clássicas, retributivas com conteúdo aflitivo, não servia ao propósito de redução do potencial criminoso dos indivíduos.

Seria necessária a adoção de medidas que garantissem a segurança da sociedade, ameaçada por prováveis episódios de agressão dos delinquentes. O princípio da defesa social exigia, então, da justiça penal, um tratamento de cunho preventivo para aqueles com qualquer tipo de conduta considerada desviante ou marginal às regras sociais (ANDRADE, 2001; ALMEIDA, 2004).

Assim, na busca de uma melhor defesa social que procurasse excluir o delincente do convívio em sociedade para impedi-lo de delinquir ou para curá-lo, veio a delinear-se mais claramente a idéia das medidas de segurança. Em princípio, seriam medidas postas ao lado das penas, mas desprovidas do caráter retribucionista e de aflição. Consideravam o potencial de criminalidade de cada homem. Pena e medida de segurança distinguiram-se em razão da periculosidade ou estado de associabilidade dos indivíduos (ALMEIDA, 2004: 164).

A ideologia da defesa social, valorizando o princípio da prevenção, acrescentou a função de prevenção do crime às já existentes penas retributivas. Surge, então, segundo Almeida (2004), a noção de periculosidade pré-delitual do homem. A legitimidade do estado de opressão à criminalidade, possibilitou a aplicação de sanções penais não retributivas como forma de neutralização e tratamento dos perigos inerentes aos homens, mesmo antes da prática de qualquer ação delituosa.

A justiça penal, por meio da defesa social, teria função verdadeiramente clínica, buscando na prevenção a inocuidade e ou correção dos delinquentes, um tratamento de seu perigo, ao invés da aplicação do mero castigo, que não atingiria os objetivos de manutenção e preservação da harmoniosa convivência social. Portanto, ao destacar valores preventivos como legítimos para a intervenção estatal na sociedade, vemos abrir-se caminho para a construção de uma nova forma de sanção penal, chamada à época por alguns de pena de segurança e por outros, originalmente, de medida de segurança (ALMEIDA, 2004: 46).

A medida de segurança como sanção penal imposta pelo Estado, é apresentada como garantia da ordem e paz social, encobrindo o arbítrio do poder de punição. O que se deu na prática foi, segundo Foucault (1987), a utilização de

métodos que permitiram um minucioso controle e coerção disciplinar sobre os corpos dos indivíduos. Os comportamentos marginalizados, assim como os indivíduos indesejados por perturbarem a ordem social, puderam ter seus corpos e mentes domesticados através de uma mecânica do poder que exerce acentuada dominação. Em nome da defesa social, tornou-se possível a aplicação de métodos de correção, tratamento e ressocialização dos indivíduos, que poderiam ter sua periculosidade extinta através dos mecanismos de controle e vigilância, além de serem utilizados como forças produtivas e geradoras de conhecimento para a sociedade.

Em meados do século XX, as medidas de segurança passaram a ser destinadas exclusivamente aos loucos criminosos. A aplicação da medida de segurança foi destinada ao sintoma do estado perigoso da doença mental, ou seja, foi destinada ao anormal, ao imputável, àquele que, em razão de sua loucura, não pode ser considerado culpado, mas representa perigo para a sociedade. A profilaxia social, direcionada aos cuidados com a loucura, permitiu que a medida de segurança, no campo do direito penal, funcionasse como um dispositivo de atuação frente à mesma. Atuação apresentada, teoricamente, como possibilidade de tratamento e assistência, sem qualquer caráter aflitivo (PERES E FILHO, 2002; ALMEIDA, 2004).

No Brasil, o Código Penal de 1940 lança a noção de periculosidade, sustentando os fundamentos da medida de segurança, bem como utilizando, como critério de verificação da responsabilidade penal, a capacidade de entendimento do caráter ilícito dos atos cometidos. As medidas de segurança foram inauguradas como medidas de prevenção e assistência, destinadas ao

“estado perigoso” dos indivíduos, penalmente responsáveis ou não, que tivessem atuações previstas como crime. Distinguida das penas, a medida de segurança teve suas causas e fins estabelecidos, sendo aplicada *post delictum* e direcionada para a noção de periculosidade do agente (ALMEIDA, 2004; ANDRADE, 2001).

No Brasil, a partir de 1984, com a modificação da parte geral do Código Penal, a medida de segurança passou a ser aplicada somente para os semi e inimputáveis e não mais para os imputáveis. O conceito de periculosidade tornou-se aplicável somente aos indivíduos diagnosticados com comprometimento mental, que não serão considerados responsáveis por seus atos, mas serão julgados como socialmente perigosos. Ou seja, o Código Penal Brasileiro parte da premissa de que existe uma equivalência entre o doente mental e um eminente perigo. Os criminosos considerados imputáveis deixaram de ser perigosos, assumindo o papel apenas de culpados (RAMOS e COHEN, 2002; COHEN, 2006).

2.9 - Pena e Medida de Segurança.

A evolução histórica dos conceitos de imputabilidade, inimputabilidade e responsabilidade penal foi influenciada diretamente por transformações ocorridas na teia conceitual da psiquiatria.

Imputabilidade, de acordo com o dicionário da língua portuguesa (1999), pode ser considerado como sinônimo de responsabilidade, que é definida como qualidade ou condição de responsável. No entendimento jurídico, responsabilidade é considerada como a capacidade de apreensão de conceitos ético-jurídicos e de e de determinação volitiva adequada, que possibilita a ação de

punibilidade penal. A imputabilidade pode ainda ser conceituada como atribuição de autoria ou responsabilidade por fato criminoso, considerando a responsabilidade como caráter ou estado do que é responsável. Ou ainda, especificamente no entendimento jurídico, como situação daquele que cometeu uma contravenção social e que está sujeito à pena prevista em lei (RAMOS E COHEN, 2002).

A criminologia, que, segundo Segre (2006), é uma ciência jurídica que tem por objetivo embasar o direito penal, a partir da elaboração e aplicação das leis, considera a existência de três diferentes conceitos aplicáveis ao indivíduo que infringiu a lei. O primeiro deles é o conceito de Imputabilidade, considerado como sendo a base psicológica da culpa. Esse conceito envolve a capacidade de reconhecimento e valorização da imposição legal do cumprimento das normas, bem como a capacidade de controle ou prática de livre vontade da inibição dos impulsos para delinqüir.

O segundo conceito, a Culpabilidade, como uma característica do delito, diz respeito ao aspecto subjetivo do mesmo. Segundo Rosa e Cohen (2006), a culpabilidade está relacionada à avaliação do autor pela execução de um ato punível, ligada à motivação psicológica do ato, tendo como premissa o direcionamento da atitude a um fim esperado, ou seja, o alcance da realização de um ato, conhecido ou esperado pelo autor, que descumpra as leis estabelecidas. O dolo e a culpa são duas espécies da culpabilidade, sendo que o primeiro representa a intencionalidade, e o segundo, representa a realização de um ato que poderia, e deveria, ser previsto, mas não o foi por imprudência ou negligência do agente.

A responsabilidade seria o terceiro conceito, que diz respeito ao aspecto externo ou objetivo do delito. Pode ser considerado como a consequência do delito e está intimamente vinculado à aplicação da pena, fazendo com que esteja fora do delito propriamente dito (ROSA E COHEN, 2006).

Peres e Filho (2002) dizem que a imputação estabelece uma relação causal entre um sujeito e uma ação delituosa. Então, culpável seria um ato praticado por um sujeito imputável, sujeito este que tinha consciência do caráter ilícito de seu ato e, portanto, tinha também condições de agir de acordo com as normas do direito. Mas segundo Almeida (2004), a culpabilidade é um juízo de valor que se faz do autor do ato ilícito, é o mecanismo de censura utilizado por aquele que julga.

A imputabilidade, para Almeida (2004), é um conceito jurídico dependente das condições de saúde mental e normalidade psíquica do sujeito. A imputabilidade penal diz das condições de uma agente realizar um ato com discernimento, sendo capaz de atribuir valores por intermédio de seus pensamentos e capacidade volitiva, o que torna susceptível de ser juridicamente imputada a prática de um ato que deve ser punido. No entanto, Ramos e Cohen (2002) alertam para a necessidade de esclarecimento da diferença entre imputabilidade e responsabilidade penal, uma vez que a segunda diz das consequências jurídicas provenientes da prática de um ato criminoso.

Rosa e Cohen (2006) concluem que imputabilidade pode ser considerada como antecedente ao fato punível, já a culpabilidade é contemporânea ao fato punível, e a responsabilidade é consequência do fato punível. Portanto, os sujeitos considerados inimputáveis, por não serem capazes de entender ou

posicionar-se de acordo com a representação social do ato ilícito, não podem ser culpados, mas assumem a posição de socialmente perigosos. O Código Penal Brasileiro vigente, em seu artigo 26, reza que:

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, 2001).

Tratando-se de um ato delituoso cometido por um inimputável, não configura a autoria, inexistente o crime. A sentença jurídica é sempre a absolvição, com o imediato estabelecimento de uma Medida de Segurança. O sujeito penalmente culpável recebe uma pena, enquanto ao socialmente perigoso é aplicada uma medida de segurança (ANDRADE, 2001; RAMOS E COHEN, 2002).

Teoricamente, as penas e as medidas de segurança possuem finalidades, causas, condições de aplicação e modo de execução distintos. A pena é aplicada, exclusivamente, aos imputáveis e edifica-se na culpabilidade do delinqüente. Baseia-se no caráter ético e de justiça, bem como é caracterizada como sanção penal imposta a um fato concreto e passado, ou seja, é uma sanção repressiva imposta após o delito, não para impedir futuros atos criminosos, mas para retribuir o mal causado pelo crime. A pena possui cunho retributivo, com intenção aflitiva e proporcional à gravidade do ato cometido. É determinada proporcionalmente à gravidade da infração, e seu caráter retributivo-preventivo tem como um de seus objetivos a readaptação do criminoso à sociedade. No entanto, a pena não tem como foco a cura ou reabilitação daquele homem considerado livre e imputável.

Por repousar sobre a culpa, objetiva a punição (PERES E FILHO, 2002; ANDRADE, 2001; ALMEIDA, 2004; ANDEUCCI, 1981).

A medida de segurança foi a forma legal encontrada para tratar dos inimputáveis que cometeram uma contravenção penal. Tem como fundamento a periculosidade do agente e não mais a culpabilidade, ou seja, a medida de segurança não tem como objetivo a retribuição da culpa do agente, mas sim o impedimento do perigo do mesmo, ao qual presume-se a probabilidade do retorno à prática do ato delituoso. A medida de segurança é considerada eticamente neutra, desprovida de caráter aflitivo, pois é aplicada àqueles considerados incapazes de responder por seus atos. Sua aplicação, por ser de natureza preventiva, é atribuída após o cometimento do crime, mas não em função do mesmo. É também considerada como um conjunto de providências que visam à prevenção, que impedem os malefícios da periculosidade do sujeito, através da “segregação tutelar” ou da readaptação individual. Tem como foco a assistência, o tratamento do sujeito, sem qualquer intenção punitiva. Trata-se, teoricamente, de uma tentativa de garantir um tratamento para o sujeito, sem causar-lhe nenhum mal, somada à defesa da sociedade, que corre riscos com um indivíduo perigoso (BADARÓ, 1972; ANDRADE, 2001; PERES E FILHO, 2002; COHEN, 2006).

A medida de segurança, segundo o art. 96 do Código Penal Brasileiro, pode ser determinada sob a forma de internação em hospital de custódia e tratamento, nome dado aos manicômios judiciários, em instituição similar, ou tratamento em regime ambulatorial.

Peres e Filho (2002) sugerem que o crime exerce a função de sintoma do estado perigoso do indivíduo. Como esse estado perigoso está diretamente

relacionado à saúde mental, pressupõe-se não ser possível calcular ao certo o tempo necessário para sua extinção, fazendo com que a medida de segurança não tenha um tempo determinado de duração. Diante dessa situação, o que se percebe na prática é que, em muitos casos, o sujeito acaba ficando recluso a uma condenação de prisão perpétua. O estigma do perigo acompanha o sujeito, que mesmo tendo comprovada a cessação de sua periculosidade pela perícia médica, terá suspensa a medida de segurança, com a desinternação ou a liberação, nos casos de tratamento ambulatorial. A revogação da medida só acontecerá, efetivamente, caso o sujeito, após um ano de sua liberação, não tenha dado indícios da persistência de sua periculosidade. Portanto, diferentemente da pena, o prazo de duração da medida de segurança é indeterminado, como estabelece o parágrafo 1º do artigo 97 do Código Penal Brasileiro (contrariando o art. 5º, XLII, b, da Constituição Federal, que prevê a não existência de respostas penais de caráter perpétuo):

Se o agente for imputável, o juiz determinará sua internação. Se todavia o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

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

§2. A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

§3. A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, praticar fato indicativo de sua periculosidade.

§4. Em qualquer fase do tratamento, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

A medida de segurança e a pena estão relacionadas à privação ou restrição dos direitos fundamentais da pessoa. Apesar de, legalmente, possuírem

finalidades distintas, Andrade (2001) chama atenção para o ponto comum existente entre ambas: “ambas possuem caráter aflagante, sendo da essência delas a privação ou restrição de direitos fundamentais” (ANDRADE, 2001: 94). A verdadeira natureza, tanto da pena como da medida de segurança, paira sobre a necessidade de controle social, ou seja, são formas legais de exercício de poder do Estado sobre a liberdade do homem.

3 – OBJETIVOS

3-1. Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida de pacientes judiciários, com diagnóstico de esquizofrenia, que cumprem medida de segurança em regime fechado no Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz, em Barbacena – MG.

3.2. Objetivos específicos

- Conhecer o perfil dos pacientes no que se refere às informações socioeconômicas, demográficas, clínicas e do delito cometido;
- Avaliar a qualidade de vida com base na percepção subjetiva dos pacientes;
- Investigar os fatores associados com a qualidade de vida.

4 – MATERIAL E MÉTODO

4.1 - Tipo de estudo

Foi realizado um estudo transversal. Este tipo de estudo pode ser utilizado para descrever características de uma determinada população no tocante a variáveis específicas e seus padrões de distribuição. Pode ser utilizado também para descrever associações entre variáveis (BEAGLEHOLE et. al., 2003).

4.2 – Local de estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz, Barbacena – Minas Gerais, instituição que tem como objetivo fazer cumprir ordem judicial de Medida de Segurança. Segundo Art. 99 da LEP- L-007.210-1984, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no Art. 26 e seu parágrafo único do Código Penal.

O local em questão está subordinado à Secretaria de Estado de Defesa Social do estado de Minas Gerais (SEDS). É considerado como uma instituição prestadora de serviço de custódia e assistência a presos, com objetivo de fazer valer internação e tratamentos psiquiátricos, terapêuticos e reeducativos de indivíduos de ambos os sexos, a partir de 18 anos, provisórios e/ou condenados ao cumprimento de medida de segurança, com vistas à cessação de sua periculosidade.

Os habitantes da instituição, que não podem legalmente ser chamados de presos, mas também não podem eticamente ser chamados de pacientes, passam seus dias em dormitórios cercados por grades. Dentro de cada dormitório existe uma média de 12 camas de alvenaria, com uma espécie de criado mudo, também

de alvenaria. A maioria dos pacientes (92,6%) convive diariamente com uma média de 6 pessoas na cela. O sanitário coletivo fica dentro do dormitório, sem que haja qualquer tipo de possibilidade de privacidade. Até mesmo as pessoas que passam pelos corredores têm acesso visual às dependências sanitárias, sem nenhuma divisória. O privado vira material público, sem que as particularidades de cada sujeito possam ser respeitadas. Cada dormitório conta com uma pequena área aberta, que ocupa a função de espaço para banho de sol dos pacientes. Função ambígua dessa pequena área. Por um lado, os pacientes podem tomar sol durante todo o dia, ou quando melhor agradar. Mas, por outro, impede que haja um momento no dia em que os pacientes possam ir para um pátio externo, para um ambiente diferente do rotineiro. Impede também que exista contato com os outros internos, fazendo com que os companheiros de quarto sejam as únicas pessoas de convívio no dia-a-dia.

4.3 – População

Foram incluídos no estudo pacientes que se encontravam em cumprimento de Medida de Segurança em regime fechado no Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz, no período de 28 de junho de 2007 a 28 de setembro de 2007. A população foi constituída por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia (CID 10), confirmado pelo perito psiquiatra no processo.

Os pacientes foram selecionados de acordo com aos seguintes critérios de elegibilidade: idades entre 18 e 55 anos, mínimo de três meses de institucionalização, quadro estável da patologia durante as três semanas que antecederam a coleta de dados, ausência de transtorno neurológico ou retardo

mental, bem como ausência de histórico de dependência de substância química nos últimos seis meses (Heinrichs, 1984; Cardoso, 2002; Cardoso 2003).

O critério de idade até 55 anos foi usado para evitar que outras comorbidades típicas da idade mais avançada interferissem nos resultados da QV. Os três meses de institucionalização foram considerados pertinentes ao processo de adaptação e inserção do paciente no contexto hospitalar. O quadro estável garante a ausência de sintomas produtivos (delírios, alucinações) da doença, que também poderiam interferir na QV, bem como na confiabilidade da entrevista. Ausência de transtorno neurológico, ou retardo mental possibilita a realização do diagnóstico diferencial da esquizofrenia com outras patologias e facilita a compreensão da entrevista. A dependência de substância química também possibilita diagnóstico diferencial da esquizofrenia.

No início da coleta de dados, especificamente no dia 28 de junho de 2007, o quadro da instituição era formado por 154 pacientes na ala masculina e 24 pacientes na ala feminina. No decorrer do período de coleta, houve transferências e novas admissões de pacientes. Os pacientes admitidos nesse período não foram incluídos no estudo, uma vez que não se encaixavam no critério de inclusão, que prevê um tempo mínimo de 3 meses de institucionalização.

De posse de uma listagem com o nome de todos os pacientes internados na instituição, a fim de dar início ao processo de seleção dos mesmos, foi realizada uma triagem nos arquivos para levantamento dos pacientes que cumpriam medida de segurança. Após esse trabalho, ainda com o intuito de selecionar os pacientes que preenchiam os critérios de inclusão do estudo, foi

feita uma leitura dos autos de cada paciente em cumprimento de medida de segurança.

Após a leitura dos autos, foi feita a leitura do prontuário daqueles pacientes pré-selecionados para participar do estudo. A leitura do prontuário também foi realizada com o intuito de analisar o preenchimento dos critérios de elegibilidade. Uma ficha de triagem (anexo 1) foi utilizada para auxiliar o trabalho.

O recrutamento dos sujeitos ocorreu através de um convite para participação do estudo. Os convites aconteceram pessoalmente via técnicos de referência de cada paciente ou via agente penitenciário.

Seguindo os critérios de elegibilidade, foram encontrados 63 pacientes aptos a participar do estudo. Dentre esses pacientes, 6 alegaram não aceitar participar das entrevistas, sendo respeitados em sua decisão. Outros dois pacientes também não participaram, porque estavam internados em instituição hospitalar para tratamento de problemas clínicos. A equipe do hospital não foi favorável à participação de um paciente no estudo em função do quadro de agitação e agressividade em que se encontrava o mesmo. Portanto, foi possível a realização das entrevistas com 54 pacientes.

4. 4- Considerações éticas

Este projeto foi submetido à análise e parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, sendo realizado somente após aprovação. O projeto foi aprovado sob o parecer 389 de 23 de abril de 2007 (anexo 4).

Os pacientes, selecionados por amostra de conveniência, foram convidados a participar do estudo. Nos casos em que o convite foi aceito, foram

informados sobre os objetivos e importância do estudo. Somente após a assinatura do Termo de Consentimento livre e esclarecido (anexo 5), é que o paciente pôde participar da entrevista.

Respeitando o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, foi realizado um levantamento dos pacientes que possuíam curador. Foi criado um termo de consentimento livre e esclarecido para os curadores dos pacientes (anexo 6), bem como uma ficha para levantamento do perfil dos curadores (anexo 7). Dois empecilhos impossibilitaram a realização de contato com os possíveis curadores dos pacientes. A falta de informação sobre a existência de processo de curatela, aliada à falta de informação sobre a identificação dos supostos curadores, apareceu como primeiro obstáculo. Nos poucos casos em que o curador pôde ser identificado, a dificuldade de estabelecimento de contato, gerada pela distância entre os municípios de origem do paciente e a cidade de Barbacena, foi o segundo obstáculo. No entanto, a direção da instituição, responsável pelos pacientes, foi devidamente esclarecida sobre o estudo, consentindo sua realização. Aqueles pacientes, cuja participação não foi consentida pela instituição, não foram entrevistados.

Todas as informações sobre os pacientes foram tratadas de forma sigilosa e confidencial, sendo mantido o anonimato na divulgação das respostas individuais. Nos casos em que foram geradas informações clínicas individuais, estas somente puderam ser passadas para os técnicos de referência, quando o paciente autorizou por meio de consentimento livre e esclarecido.

4.5. Coleta de Dados

A coleta de dados aconteceu em um período de três meses, entre junho e setembro de 2007. Primeiramente, foram coletados todos os dados secundários. As informações foram retiradas tanto dos processos como dos prontuários dos pacientes.

As entrevistas foram conduzidas por uma psicóloga previamente treinada para a condução das mesmas. As entrevistas foram realizadas nas dependências da instituição, sempre seguindo e respeitando os horários estabelecidos para acesso aos pacientes. Durante o período de coleta de dados, a instituição passava por reforma em sua área de consultórios. Diante disso, a maioria das entrevistas foi realizada no refeitório do hospital.

4.6. Instrumentos

O estudo foi realizado com aplicação de dois instrumentos distintos, um questionário sócio-demográfico (anexo 2) e a escala Q.L.S-BR (anexo 3).

4.6.1 – Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio demográfico contou com questões referentes ao perfil de cada paciente. Foram levantadas informações acerca do diagnóstico, história clínica, características pessoais e demográficas, bem como informações a respeito da duração da doença, uso de medicação, tempo de internação em hospitais psiquiátricos, e outras informações como as referentes ao delito e situação jurídica dos pacientes.

4.6.2 - Escala de Qualidade de Vida (QLS-BR)

A Escala QLS. (Quality of Life Scale) é um instrumento de avaliação da qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Foi desenvolvida nos Estados Unidos (Heinrichs et al. 1984) e validada para uso no Brasil (Cardoso et al 2002). A elaboração da Escala original foi motivada pelo crescente interesse em estudos sobre a síndrome deficitária da esquizofrenia. A evolução da doença, incluindo tratamentos e resposta clínica, tornou necessária a elaboração de um instrumento de avaliação que fosse capaz de avaliar os aspectos mais insidiosos da doença, atrelados à qualidade de vida dos pacientes. Embora a escala tenha sido proposta para avaliar pacientes em tratamento ambulatorial, ela pode também ser usada em pacientes institucionalizados, em situação clínica ou de pesquisa (HEINRICHS, 1984).

A escala QLS- possui um total de 21 itens, distribuídos em quatro domínios que abrangem informações sobre sintomatologia e funcionamento. Cada item tem por objetivo abordar um aspecto da vida do paciente, incluindo três diferentes partes. A primeira parte é uma introdução para o entrevistador sobre o objetivo do item; a segunda, uma coluna situada à esquerda, contendo uma série de perguntas a serem feitas ao paciente, tendo como objetivo avaliar cada um dos itens propostos; terceira parte, uma coluna à direita, que contém uma grade de cotação dos escores, a ser preenchida com base nas respostas do paciente. A grade de cotação para cada item é formada por um escalonamento tipo Likert de 7 pontos. Os escores 5 e 6 dizem respeito ao funcionamento normal ou inalterado, os escores 2 a 4 refletem um prejuízo em determinado aspecto da vida do paciente, e os escores 0 e 1 revelam um grave prejuízo do item pesquisado.

No processo de validação para o Brasil, o instrumento apresentou boas características de validade e confiabilidade para avaliação da qualidade de vida de pacientes brasileiros com diagnóstico de esquizofrenia (Cardoso et al., 2002). O processo de validação transcultural da escala QLS para o Brasil contou, inicialmente, com estudo-piloto realizado com uma amostra de pacientes brasileiros com diagnóstico de esquizofrenia. A metodologia do estudo incluiu a tradução da escala, seguindo critérios internacionalmente aceitos, e revisão da tradução por um grupo de especialistas bilíngües. A adaptação/reformulação do instrumento foi realizada pelo grupo bilingüe, incluindo as sugestões do estudo piloto. Em seguida foi realizada a retrotradução e revisão por um grupo de especialistas e pelo autor da escala original. Para análise das qualidades psicométricas de validade e confiabilidade da versão brasileira da escala QLS, foi realizada validade de constructo através da análise fatorial; análise de consistência interna através do coeficiente alfa de Cronbach; correlação de Pearson entre os ítems e a escala global; validade concomitante entre as escalas QLS-BR e WHOQOL-bref; confiabilidade teste-reteste por meio da correlação Spearman; confiabilidade interavaliador através do coeficiente *kappa* ponderado; confiabilidade das respostas dos pacientes por meio do teste de McNemar (Cardoso et al. 2002, 2003).

Os fatores da escala e os itens que a compõem foram subdivididos da seguinte forma: Subjetividade (7 itens), Relações Interpessoais (8 itens), Papel Ocupacional (4 itens) e Objetos e Atividades Comuns (2 itens) (Cardoso, 2002).

A escala é aplicada em uma entrevista semi-estruturada, tendo duração média de 45 minutos. Deve ser administrada ao paciente por um profissional de saúde previamente treinado.

4.7 – Tratamento e análise dos dados:

O programa Epi-data foi utilizado para entrada e construção do banco de dados, que foi exportado para os procedimentos estatísticos SPSS (Statistic Package for Social Sciences -versão 11.0).

Inicialmente, para a descrição dos dados clínicos, sóciodemográficos e daqueles relacionados à internação e cumprimento da medida de segurança, utilizou-se a estatística descritiva, com distribuição de freqüências. Quando necessário, as variáveis ordinais foram categorizadas, tendo como referência o valor da mediana que foi encontrado.

Para avaliar os escores nos três domínios da escala, bem como o escore global da qualidade de vida, também foi utilizada a estatística descritiva, com a apresentação dos valores médios, desvio-padrão, freqüências simples, mediana, valores máximos e mínimos em cada item da escala.

Quando pertinente, os escores de qualidade de vida na QLS-BR foram codificado em três categorias: qualidade de vida muito comprometida (escore de 0 a 1,99), qualidade de vida comprometida (escore de 2,00 a 4,99) e qualidade de vida inalterada (escore 5,00 a 6,00).

Para avaliar a associação entre a qualidade de vida com as características sóciodemográficas, clínicas e do delito foi empregada análise multivariada, utilizando a árvore de decisão por meio do algoritmo CHAID ("Chi-squared Automatic Interaction Detector"). Este método consiste em sucessivas divisões no conjunto de dados, de forma a torná-lo cada vez mais homogêneo em relação à variável resposta (Marketing Department SPSS, 2001).

A árvore de decisão, método de análise multivariada, utiliza-se de um gráfico que ilustra regras de decisão que começa com um nó raiz, onde todas as observações da amostra são apresentadas. Os nós que são produzidos em seguida representam subdivisões dos dados em grupos cada vez mais homogêneos.

A variável resposta foi definida como o escore global de qualidade de vida dos pacientes na forma dimensional, sem categorizações. As variáveis explicativas consideradas foram de natureza sócio-demográficas, clínicas e relacionadas à internação e cumprimento da medida de segurança, que foram tratadas de forma dicotômica.

Para o CHAID, todas as variáveis entraram inicialmente na árvore de regressão. O valor- $p \leq 0,05$ da estatística qui-quadrado, usando a correção de Bonferroni, foi o principal critério de parada adotado. O ajuste do modelo final foi avaliado por meio da estatística de risco, que compara a diferença entre o valor esperado e o observado pelo modelo, indicando em que medida a árvore corretamente prediz os resultados (Marketing Department SPSS, 2001).

5 – Resultados

5-1 – Características sócio-demográficas

Foram encontrados 63 pacientes que preenchiam os critérios de inclusão para participar do estudo. Dentre esses pacientes, seis não aceitaram participar, e dois pacientes estavam internados em instituição hospitalar para tratamento de problemas clínicos. A equipe do hospital não foi favorável à participação de um paciente no estudo em função do quadro de agitação e agressividade em que se encontrava o mesmo. Portanto, foi possível a realização das entrevistas com 54 pacientes.

Foram entrevistados 54 sujeitos, que compõem a população total de pacientes que se encaixavam nos critérios de inclusão estabelecidos pela pesquisa. Um dos pacientes, em função de sua situação de isolamento, teve que ser entrevistado, por determinação dos responsáveis pela segurança do hospital, em seu quarto, através das grades.

As características socioeconômicas da população estudada estão representadas na tabela 1. Observa-se que 90,7% da população é do sexo masculino. Parece existir certo equilíbrio entre as idades dos pacientes, embora 57,4% tenha mais de 40 anos.

Em relação à escolaridade, 69,2% dos pacientes não concluíram o 1º grau e 20% deles podem ser considerados analfabetos.

Em relação ao estado conjugal, 83,3% dos pacientes relataram não possuir parceiro, podendo ser considerados como solteiros. A renda familiar mostrou-se desconhecida para 74,1% dos pacientes. Dentre aqueles que informam a renda familiar (26%), 64,3% disseram que a renda é de no máximo 2 salários mínimos.

A maioria dos pacientes não possui fonte de renda. Apenas 7,4% dos pacientes recebem aposentadoria, e 22,2% possuem algum benefício como a LOAS, por exemplo.

Segundo a classificação internacional das profissões (CIOU88), quase a totalidade dos pacientes, 96,3%, exerciam atividades ocupacionais compatíveis com os níveis 1 e 2 de competência, representando as atividades mais elementares e sem qualificação. Um total de 51,9% dos pacientes parou de trabalhar há mais de 12 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes nas variáveis sócio-demográficas (n=54)

Variáveis	n	%
Sócio-demográficas		
Sexo		
Masculino	49	90,7
Feminino	5	9,3
Idade		
< 40 anos	23	42,6
≥ 40 anos	31	57,4
Escolaridade		
Analfabeto	11	20,4
1º grau incompleto	36	66,7
1º grau completo ou +	5	9,3
Situação Conjugal		
Sem parceiro	45	83,3
Com parceiro	9	16,7
Renda Familiar		
≤ 2 salários	9	16,7
> 2 salários	5	9,3
Não soube informar	40	74,1
Aposentadoria		
Sim	4	7,4
Não	50	92,6
Ajuda Financeira		
Sim	12	22,2
Não	42	77,8
Atividade profissional*		
Níveis 1 e 2 competência	52	96,3
Demais Níveis competência	2	3,7
Tempo que parou de trabalhar		
< 12 anos	25	46,3
≥12 anos	28	51,9

*A atividade Profissional tem como referência a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações. Nível de competência: é função da complexidade, amplitude e responsabilidade das atividades desenvolvidas no emprego ou outro tipo de relação de trabalho. Os níveis 1 e 2 compreendem as profissões de competência mais elementares e aquelas sem qualificação

5.2- Características clínicas

As características clínicas dos pacientes estão apresentadas na tabela 2. No que diz respeito ao diagnóstico dos pacientes, 57,4% foram incluídos na categoria de esquizofrenia paranóide. Dentro da categoria “outros” (42,6%) foram encontrados os seguintes diagnósticos: Esquizofrenia Residual, Esquizofrenia Hebefrênica, Esquizofrenia Indiferenciada e Esquizofrenia não especificada. Apesar de não ter sido contemplado com o levantamento estatístico, chamou atenção a frequência do diagnóstico de Esquizofrenia Residual.

A duração da doença de 76,9% dos pacientes é superior a 10 anos. Há relatos de outra internação em hospital psiquiátrico, antes da internação no Jorge Vaz em 73,6% dos pacientes. Dentre os pacientes que já ficaram internados, 56,3% ficaram por menos de 1 ano, e 43,8%, por mais de 1 ano. Todos os pacientes fazem tratamento compulsório, bem como todos são medicados. No entanto, 11,1% dos pacientes alegam tomar a medicação de forma irregular. Parece existir um equilíbrio entre o número de medicamentos psiquiátricos ingeridos. Metade dos pacientes toma 3 ou 4 medicações diárias e a outra toma 5 ou mais medicamentos, o que representa uma média de 4,6 medicamentos ingeridos.

Um total de 46,3% de pacientes entrevistados relatou sintomas desagradáveis, relacionados à sua doença, nas 3 semanas precedentes à entrevista. Em relação à medicação psiquiátrica, 68,5% dos pacientes dizem que os remédios não trazem prejuízos para suas vidas. Dentre aqueles pacientes que relatam algum prejuízo causado pela ingestão de remédios, 82,4% afirmam que os remédios causam mal estar físico, enquanto 64,7% afirmam que a vida sexual é afetada.

Queixa sobre insatisfação com a saúde foi referida por 66,7% dos pacientes. A maioria deles (75,5%) diz estar sendo acompanhado por um profissional da psicologia. No entanto, mais de 20% diz não ter acompanhamento psicológico.

Todos os pacientes se mostraram tranquilos durante a entrevista. Pouco mais da metade dos pacientes, 53,7%, não apresentou atividade delirante durante a entrevista. As entrevistas, em 55,6% dos casos, foram realizadas em menos de 1 hora.

As entrevistas, em sua maioria, foram realizadas no refeitório dos funcionários. A área reservada aos consultórios do hospital estava passando por reforma, o que diminuiu o espaço para atendimento. Alguns pacientes, por determinação da segurança, tiveram que ser entrevistados com algemas. Outros só foram entrevistados com a presença de um agente de segurança no recinto. Nesses casos, foi solicitado que o agente ficasse no canto oposto do refeitório.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes nas variáveis clínicas (n=54)

Variáveis	n	%
Clínicas		
Diagnóstico (CID10)		
Esquizofrenia Paranóide	31	57,4
Outras*	23	42,6
Duração da doença**		
< 10 anos	12	22,2
≥ 10 anos	40	74,1
Outras internações psiquiátricas		
Sim	39	72,2
Não	14	25,9
Tempo de internação		
< 1 ano	18	56,3
≥ 1 ano	14	43,8
Uso de medicação psiquiátrica		
Sim	54	100,0
Não	0	0,0
Nº de medicamentos		
≤ 4 medicamentos	27	50,0
≥ 5 medicamentos	26	48,1
Remédios trazem algum prejuízo		
Sim	17	31,5
Não	37	68,5
Sintoma desagradável nas últimas 3 semanas		
Sim	25	46,3
Não	29	53,7
Satisfação com a saúde		
Nenhuma insatisfação	36	66,7
Alguma insatisfação	18	33,3
Acompanhamento psicológico		
Sim	40	74,1
Não	13	24,1
Não sabe	1	1,9
Atividade delirante durante a entrevista		
Sim	25	46,3
Não	29	53,7

*Estão incluídos: Esquizofrenia Residual, Esquizofrenia Hebefrênica, Esquizofrenia Indiferenciada e Esquizofrenia não especificada, de acordo com o CID10.

**Tempo médio calculado através do tempo de tratamento do paciente.

5.3 – Características da internação/medida de segurança

A tabela 3 mostra as informações sobre a internação dos pacientes, bem como sobre o delito cometido e a medida de segurança. Os pacientes que estão cumprindo a medida de segurança por homicídio somam 66,7%. Os outros crimes cometidos (33,3%), incluem ameaça e tentativa de lesão corporal, atentado violento ao pudor e ato libidinoso, pedofilia, furto, roubo, incêndio, lesão corporal e tentativa de homicídio. Não existe registro de antecedente criminal em 79,6% dos casos.

O tempo de sentença mostra uma mediana em torno de 8 anos. O tempo entre o crime e o decreto da sentença foi inferior a 13 meses em 50% dos casos. Quanto ao tempo de internação no Jorge Vaz, 50% dos pacientes estão há mais de 5 anos e meio sob o regime fechado. Não foram encontradas informações sobre a curatela de 42,6% dos pacientes. No entanto, dentre aqueles pacientes sobre os quais obtivemos informação sobre a curatela, 87,1% não possuem curador.

No que se refere à visita, 68,5% dos pacientes não a recebem. Dentre os que recebem visita, 81,3% são visitados menos de 1 vez por mês, sendo que tais visitas são feitas, em 58,8% dos casos por amigos, companheiros ou familiares, e 41,2% são visitados pelos pais.

Pacientes que ficam em uma cela com seis ou mais pessoas somam 92,6%. O restante dos pacientes, que representam 7,4% da população, fica no isolamento. Quando pesquisado sobre o município de origem da sentença, 85,2% dos pacientes foram identificados como não pertencentes à microrregião à qual Barbacena pertence.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes nas variáveis relacionadas à internação / medida de segurança. (n=54)

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Internação/Medida de Segurança		
Delito		
Homicídio	36	66,7
Outros**	18	33,3
Antecedente criminal		
Sim	11	20,4
Não	43	79,6
Tempo de sentença		
< 8 anos	26	48,1
≥ 8 anos	28	51,9
Tempo entre crime e sentença		
< 13 meses	27	50,0
≥ 13 meses	25	46,3
Tempo de internação no Jorge Vaz		
< 5,7 anos	27	50,0
≥ 5,7 anos	27	50,0
Curador		
Sim	4	7,4
Não	27	50,0
Não sabe	23	42,6
Nº de pessoas que dividem o quarto		
Isolamento	4	7,4
≥ 6 pessoas	50	92,6
Recebe visita		
Sim	17	31,5
Não	37	68,5
Município de origem da sentença◇◇		
Centro Sul (região de Barbacena)	8	14,8
Outras regiões	46	85,2

** Estão incluídos: ameaça e tentativa de lesão corporal, atentado violento ao pudor e ato libidinoso, pedofilia, furto, roubo, incêndio, lesão corporal, tentativa de homicídio

◇◇ Divisão feita pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Os municípios são divididos em 12 regiões: Centro, Centro Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Norte de Minas, Oeste, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul.

5.4. Qualidade de vida

Dados referentes aos escores de qualidade de vida da população estudada são mostrados nas tabelas 4 e 5.

A mediana do escore da qualidade de vida para os pacientes do estudo foi 1,74 para qualidade de vida global; para rede social 1,75; no domínio ocupacional 0,25 e, no domínio das funções intrapsíquicas/relações sociais 2,57. As médias e os desvios padrão encontrados foram, respectivamente, 1,78 e 0,89 para a qualidade de vida global; 1,81 e 1,13 para a rede social; 1,08 e 1,66 para o domínio ocupacional; 2,41 e 0,87 para as funções psíquicas e relações interpessoais.

Os itens específicos da escala tais como atividade social, funcionamento ocupacional e nível de realização profissional, tiveram a mediana do escore igual a zero.

A tabela 5 mostra a distribuição dos pacientes de acordo com a categorização da escala QLS-BR. Observa-se uma concentração dos escores nos itens que indicam comprometimento e excesso de comprometimento da qualidade de vida dos pacientes. No domínio referente à rede social, 55,6% dos pacientes apresentaram QV muito comprometida, e 44,4%, QV comprometida, não sendo possível destacar nenhum paciente que não apresentasse comprometimento na QV. Já no domínio ocupacional, 72,2% dos pacientes apresentaram qualidade de vida muito comprometida e apenas 5,6% não apresentou comprometimento na QV. O domínio intrapsíquico e de relações interpessoais mostrou que a maioria dos pacientes, 68,5%, apresentou QV comprometida, também não sendo possível apontar para pacientes que não apresentam comprometimento na qualidade de vida.

A escala global, que nos permite avaliar de maneira geral a qualidade de vida dos pacientes, mostrou que 61,1% dos pacientes possuem qualidade de vida muito comprometida, e 38,9% possuem qualidade de vida comprometida.

Tabela 4 - Distribuição dos escores de Qualidade de Vida na escala QLS-BR para os pacientes. (n=54).

<i>Domínios, Itens e Escala Global</i>	Media	Mediana	Desvio Padrão
Domínio rede social	1,81	1,75	1,13
1- Relações familiares	1,81	1,75	1,13
2- Relações íntimas	1,50	1,00	1,68
3- Amizades ativas	2,17	2,00	1,81
4- Atividade social	0,61	0,00	0,79
5- Rede social	1,35	1,00	1,46
6- Iniciativa social	2,24	2,00	1,74
7- Afastamento social	3,00	3,00	1,61
Domínio nível ocupacional	1,08	0,25	1,66
9- Funcionamento ocupacional	1,15	0,00	1,92
10- Nível de realização	1,37	0,00	2,00
11- Sub-emprego	1,04	1,00	1,44
12- Satisfação ocupacional	1,58	0,25	3,83
17- Utilização do tempo	0,77	0,00	1,74
Domínio funções intrapsíquicas e relações interpessoais	2,41	2,57	0,87
8- Relações afetivo-sexuais	1,15	1,00	0,83
13- Sentido de objetivos de vida	3,09	4,00	2,25
15- Curiosidade	1,63	1,00	1,54
18- Objetos comuns	2,12	2,00	0,88
19- Atividades comuns	1,54	1,00	0,85
20- Empatia	3,27	4,00	1,55
21- Interação na entrevista	4,07	4,00	1,45
Qualidade de vida global (21 itens)	1,78	1,74	0,89
14- Motivação	3,13	4,00	1,89
16- Anedonia	3,06	3,00	1,59

Escores 0 – 1,99 = QV muito comprometida

Escores 2 – 4,99 = QV comprometida

Escores 5 e 6 = QV inalterada

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes de acordo com o escore de qualidade de vida nos domínios da escala QLS-BR em sua forma categorizada. (n=54)

Domínios e Escala Global	QV muito Comprometida (0-1,99)		QV Comprometida (2-4,99)		QV Inalterada (5 e 6)	
	N	%	n	%	n	%
Domínio 1 *	30	55,6	24	44,4	0	0,0
Rede Social						
Domínio 2 ** Nível Ocupacional	39	72,2	11	20,4	3	5,6
Domínio 3 ◇ Intrapsíquico e Relações Interpessoais	15	27,8	37	68,5	0	0,0
Escala Global ◇◇	33	61,1	21	38,9	0	0,0

*Compreende os itens 1 a 7 da Escala QLS-BR.

**Compreende os itens 9 a 12 e 17 da Escala QLS-BR.

◇Compreende os itens 8, 13, 15 e 18 a 21 da Escala QLS-BR.

◇◇Compreende os itens 1 a 21 da Escala QLS-BR.

5.5. Análise multivariada para o domínio global da escala QLS-BR

Como visto anteriormente, a árvore de decisão é um método de classificação, que busca agregar os dados em conjuntos cada vez mais semelhantes em relação a variável resposta, que neste caso é a QV.

A figura 1 apresenta os resultados da análise multivariada, por meio da árvore de decisão. Foi definido como variável resposta o escore de qualidade de vida global na escala QLS-BR. O primeiro galho da árvore mostra o nó raiz com a amostra total de pacientes (n = 54). Esta primeira divisão oferece uma estatística descritiva. Observa-se que a média da QV dos pacientes foi de 1,78, valor que corresponde a uma QV muito comprometida.

A variável que melhor discriminou esse grupo foi a duração da doença ($p = 0,01$), mostrando a clara separação de dois grupos na árvore de decisão. Para os pacientes com mais de 10 anos de evolução da doença, a média da QV foi de 1,6, enquanto a

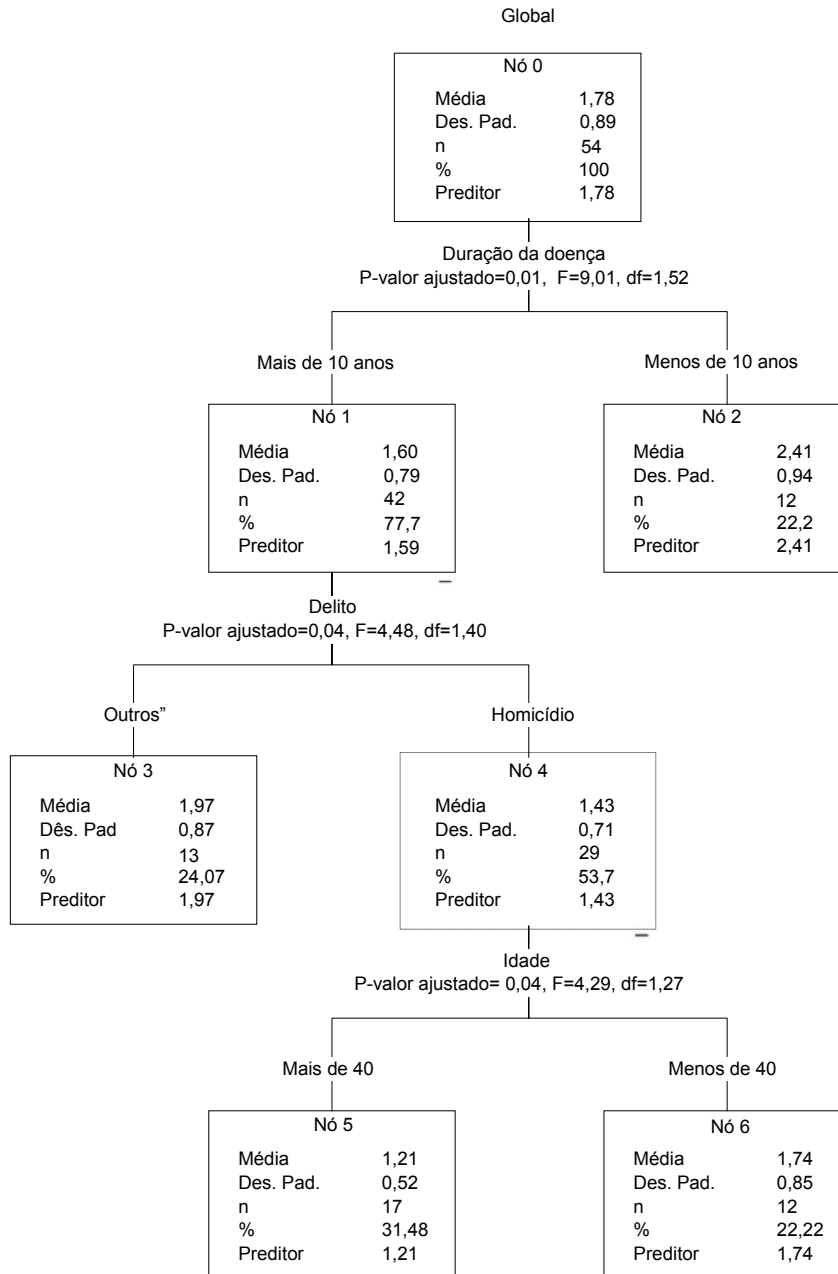
daqueles com menos de 10 anos de evolução foi de 2,41. Para o grupo de pacientes com mais de 10 anos de evolução da doença, o delito cometido mostrou-se muito importante na árvore, apontando que a média da QV daqueles que cometeram homicídio foi de 1,43 e dos que cometeram outros crimes foi de 1,97, ambos com muito comprometimento na QV.

Os pacientes que cometeram homicídio, e que possuem idade inferior a 40 anos, obtiveram a média de 1,74 do escore de QV, que, apesar de ser superior à média daqueles com mais de 40 anos, que foi igual a 1,21, também apresentou QV muito comprometida.

O ajuste do modelo mostrou que a árvore classificou corretamente 66% dos entrevistados (Risco: 0,34). Resultado que mostra uma boa adequação da análise multivariada para a amostra investigada.

Figura 1

Análise multivariada através da árvore de decisão (CHAID) para o domínio global da escala QLS-BR. (n=54)



"Estão incluídos: ameaça e tentativa de lesão corporal, atentado violento ao pudor e ato libidinoso, pedofilia, furto, roubo, incêndio, lesão corporal, tentativa de homicídio.

6 – Discussão

Este estudo evidencia uma baixa QV dos pacientes que cumprem medida de segurança em regime fechado no Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz. Todos os domínios, inclusive o global, apresentaram escores compatíveis com uma QV muito comprometida. O domínio ocupacional apresentou-se como o mais comprometido. A duração da doença, tipo de delito cometido pelo paciente e a idade estiveram associados com a QV na análise multivariada. Os resultados deste estudo mostram que existe associação entre o cumprimento da medida de segurança em regime fechado e a QV dos pacientes.

Na literatura, podem ser encontrados estudos que indicam que a esquizofrenia afeta desfavoravelmente a QV dos pacientes. A esquizofrenia é apontada como causadora de impacto tanto na vida dos pacientes como na de seus familiares. Estudos comparativos têm demonstrado que a QV de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia é, persistentemente, mais baixa se comparada com a QV da população em geral. A literatura indica ainda que é baixa a qualidade de vida desses pacientes em diversas áreas como, por exemplo, no trabalho, suporte financeiro, relacionamentos afetivos, relações familiares e inserção social. A vulnerabilidade às situações estressantes e a ausência de comportamento assertivo para o enfrentamento de situações problemáticas no dia-a-dia, também contribuem para uma baixa QV desses pacientes (CARDOSO et al., 2006; BANDEIRA E IRENO, 2002; LEHMAN et al., 1982).

A baixa QV de vida é apontada, dentre outros fatores, como uma consequência da limitação de alguns recursos pessoais dos pacientes, que dificultam o usufruto de uma QV adequada. A submissão desses a diversas formas de preconceito, bem como a

necessidade de enfrentar o estigma associado à esquizofrenia, também são fatores apontados como extremamente prejudiciais à QV (SOUZA E COUTINHO, 2006).

O atendimento realizado por instituições totais, que ainda mantêm características segregadoras, custodiais e hiatrogênicas, segundo Goffman, promovem a “mortificação do eu”, como é o caso dos manicômios judiciais, também interferem diretamente na baixa QV dos pacientes. O resultado de estudos sobre QV de pacientes portadores de sofrimento mental, incluindo pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, aponta para uma melhor QV, na maior parte dos domínios, daqueles pacientes que residem em pensões protegidas, se comparados com pacientes hospitalizados. A possibilidade de expressividade emocional, definido na literatura como a extensão com que os sentimentos são expressos na convivência com familiares, também aparece como fator de interferência positiva para a QV. Esses estudos revelam que pacientes submetidos a programas de reabilitação hospitalar relatam significativas melhoras na QV após a saída do hospital (CAMPOS E CAETANO, 1998).

Este estudo evidenciou que a duração da doença interfere significativamente na QV de pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia. Cardoso et al. (2005, 2006) e Coelho e Pantaleão (1999) já haviam apontado para a maior duração da doença como um fator associado à baixa QV dos pacientes. Por se tratar de uma doença crônica, existe uma dificuldade em precisar o início da esquizofrenia. Dessa forma, a duração da doença, assim como em outras investigações, é calculada de forma indireta por meio do tempo de tratamento psiquiátrico (CARDOSO et al., 2005).

A maior duração da doença refletindo em pior QV pode estar indicando, de forma indireta, uma idade mais avançada para estes pacientes. Contudo, esta pesquisa

corroborar com resultados de estudos que indicam uma pior QV entre os pacientes esquizofrênicos mais idosos (CHAN E YU IU, 2004, SOUZA E COUTINHO, 2006).

Esta informação de pior QV em pacientes mais velhos pode ser reforçada pelo fato de a idade ser uma variável que ficaria na árvore de decisão, no primeiro galho, no lugar da duração da doença, indicando grupos heterogêneos de qualidade de vida em relação à idade.

Embora sem significância estatística, alguns resultados encontrados nesta investigação merecem consideração. Primeiro em relação aos diagnósticos. Assim como nas investigações realizadas por Cardoso et al. (2005 e 2006), o principal diagnóstico encontrado foi esquizofrenia tipo paranóide (57,4%).

Chama atenção o grande número de outros tipos de esquizofrenia (40,7%). Entre os diagnósticos encontrados, e dicotomizados dentro da categoria “OUTROS”, temos: Esquizofrenia Residual, Esquizofrenia Hebefrênica, Esquizofrenia Indiferenciada e Esquizofrenia não especificada. Apesar de não ter sido contemplado com o levantamento estatístico, chamou atenção a alta frequência do diagnóstico de Esquizofrenia Residual.

A alta frequência do diagnóstico de esquizofrenia residual nos laudos psiquiátricos pode estar relacionada a longa duração da doença na amostra investigada, onde 74% tinham acima de 10 anos. A esquizofrenia residual é caracterizada pelo estágio crônico, com progressão clara de um estágio inicial do transtorno. Após o período mínimo de um ano de evolução da esquizofrenia, em que os sintomas positivos foram substancialmente reduzidos, e os sintomas negativos são proeminentes, as diretrizes diagnósticas apontam para a esquizofrenia residual (CID 10, 1993).

No caso desta população, a legislação brasileira prevê a realização de exames de cessação de periculosidade periódicos. Durante a coleta de dados, foi possível perceber esta periodicidade nos exames. No entanto, chamou atenção a semelhança dos laudos para um mesmo paciente no decorrer do período avaliado, inclusive na reprodução dos erros sobre dados pessoais. Os diagnósticos pareciam nunca terem sido reavaliados. O diagnóstico dado no exame de sanidade mental parecia ser repetido em todos os exames de cessação de periculosidade. Um dos funcionários chegou a confirmar que, algumas vezes, o psiquiatra emitia o exame, mas o paciente não havia sido atendido.

A carência de avaliação constante dos pacientes pode estar interferindo de forma negativa na QV dos mesmos. Uma vez que a medida de segurança está diretamente relacionada à idéia de cessação de periculosidade, os pacientes necessitam ser avaliados criteriosamente. Até mesmo para orientar o plano de tratamento do paciente, a avaliação e a revisão do diagnóstico precisam ser realizadas.

Apesar de a maioria dos pacientes (53,7%) afirmar não ter sentido sintomas desagradáveis relacionados à doença nas três semanas precedentes à entrevista, existe um relevante número de pacientes (46,3%) que alega ter vivenciado os sintomas desagradáveis. No entanto, pouco mais da metade dos pacientes (53,7%) não estava delirante durante a entrevista. No estudo realizado por Wagner e King (2005) o relato dos pacientes, freqüentemente, aponta para os prejuízos na vida social, no trabalho, nos estudos e até mesmo nos relacionamentos amorosos, causados pelo desconforto e inconveniência tanto dos sintomas negativos como dos positivos da esquizofrenia.

O excesso de medicação utilizada também é apontado pela literatura como fator de interferência na QV dos pacientes. É importante lembrar que os pacientes deste

estudo usavam uma média de quatro tipos diferentes de medicamentos. Os efeitos colaterais da medicação aparecem como produtores de prejuízo para a QV em vários estudos (CAMPOS E CAETANO, 1998; WAGNER E KING, 2005, CARDOSO et al., 2005).

Todos os pacientes do estudo fazem tratamento compulsório, bem como todos são medicados. No entanto, 11,1% dos pacientes alegam tomar a medicação de forma irregular. É provável que estes pacientes manipulem a ingestão da medicação, uma vez que o hospital fornece rigidamente a medicação. Diante disso, talvez seja prudente uma escuta cuidadosa desta população, buscando entender os motivos do uso irregular da medicação, mesmo estando sob cuidado hospitalar. Talvez a reação adversa dos medicamentos seja um dos principais fatores associados com este achado, que corrobora com o estudo de Cardoso et al. (2005).

A grande maioria dos pacientes deste estudo tinham primeiro grau incompleto ou foram considerados analfabetos (87,1%). O dado relativo à escolaridade foi colhido tendo como referência de analfabetismo o desconhecimento do alfabeto, ou seja, a incapacidade de ler e escrever. A maioria dos pacientes apresentou analfabetismo funcional, denominação dada à pessoa que, mesmo tendo aprendido a decodificar minimamente a escrita, geralmente frases curtas, não desenvolve a habilidade de interpretação de textos.

Analfabeto funcional pode ser definido também como o indivíduo maior de quinze anos e que possui escolaridade inferior a quatro anos. A UNESCO considera analfabeto funcional aquela pessoa que sabe escrever seu próprio nome, assim como lê e escreve frases simples, efetua cálculos básicos, mas é incapaz de interpretar o que lê e de usar a leitura e a escrita em atividades cotidianas, impossibilitando seu desenvolvimento

pessoal e profissional. Segundo dados recentes, no Brasil o analfabetismo funcional atinge cerca de 75% da população, ou seja, somente 25% da população é alfabetizada plenamente (PRIETO, 2007). Um estudo realizado no Brasil em um hospital psiquiátrico, em que 50% dos pacientes tinham diagnóstico de esquizofrenia, mostrou que 81% da população estudada eram de analfabetos funcionais (FLECK et al., 2007). Os resultados encontrados por Fleck et al. (2007) são semelhantes aos encontrados por este estudo.

Na literatura existem divergências acerca da existência de relação entre a escolaridade e a qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos, mas alguns trabalhos apontam a baixa escolaridade como fator associado a um maior comprometimento da qualidade de vida dos pacientes (CARDOSO et al., 2005; COELHO E PAMTALEÃO, 1999).

Os resultados desta investigação mostraram que a maioria dos pacientes, antes do início do cumprimento da medida de segurança, exercia atividades profissionais de baixa complexidade, o que mostra uma coerência com a baixa escolaridade. Segundo a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIOU88), quase a totalidade dos pacientes (96,3%) exerciam atividades ocupacionais compatíveis com os níveis 1 e 2 de competência. A atividade profissional, segundo essa classificação, tem como referência o nível de competência, que é considerado como a função da complexidade, amplitude e responsabilidade das atividades desenvolvidas no emprego ou outro tipo de relação de trabalho. Os níveis 1 e 2 compreendem as profissões de competência mais elementares e aquelas sem qualificação. O número de pacientes trabalhadores da zona rural e da construção civil evidenciou-se significativo nesta investigação.

O fato de muitos terem vínculo com a zona rural, bem como a falta de instrução evidente, pode ter propiciado certa dificuldade de acesso a tratamento e assistência adequada nos municípios de origem dos pacientes. O que levanta a necessidade de avaliação apurada dos serviços de saúde mental prestados à população da zona rural, bem como o desenvolvimento de políticas que garantam a assistência e a promoção de saúde desses pacientes.

Este estudo evidenciou a alta freqüência da prática de homicídios entre os pacientes. Pode ser vislumbrado, como uma das probabilidades para a grande ocorrência de homicídios (66,7%), tentativas de homicídio e crimes que envolvem lesões corporais, fatores envolvidos na passagem ao ato. No momento da passagem ao ato, o sujeito encontra-se perdido em uma encruzilhada, afetado por intensa angústia e emoção, que não podem ser traduzidas em palavras, que não podem ser temperadas por significantes, provocando uma reação de profunda radicalidade. Tal reação repousa sobre a única saída possível: a aniquilação daquilo que o invade. Nesse momento, a fim de se defender da angústia suscitada pelo sentimento de invasão, aquele colocado no lugar de Outro gozador, que persegue e atormenta o sujeito psicótico, acaba por ser vítima da passagem ao ato.

A desestabilização do sujeito psicótico, caracterizada pelo empobrecimento da linguagem, por fenômenos de bizarria, errância, afastamento social, delírios etc, assim como todos os fenômenos próprios ao registro do imaginário, que podem ser associados à marca da rivalidade, sentimento de perseguição e agressividade, também pode ser vislumbrada como um anúncio de uma passagem ao ato. A passagem ao ato acontece devido à ineficácia da operacionalização da mobilização delirante do significante do sujeito. Representa uma tentativa de cura, realizada pelo sujeito, que,

diante do sentimento insuportável causado pela angústia que o assalta, lança mão do ato como uma saída possível, um ato que acaba por atingir o sacrifício de um objeto real. O ato conjuga-se como o crime cometido, e o objeto sacrificado como a vítima (DUTRA, 2000).

A alta freqüência da prática de homicídio pode ser pensada como fator associado à baixa qualidade de vida dos pacientes sob duas perspectivas. A primeira está relacionada ao próprio quadro de desestabilização do sujeito, que ao atingir o extremo da passagem ao ato, pode estar apontando para a falta de acompanhamento, suporte e tratamento profissional adequado.

A segunda perspectiva está relacionada à implicação e responsabilização do sujeito pelo ato cometido. A sentença de inimputabilidade decretada aos pacientes age como uma violação. Ser inimputável significa não ter direito à palavra e à ação. Inviabiliza a possibilidade que o sujeito teria de refazer seu ato, de produzir um sentido por meio da palavra e, conseqüentemente, localizar o excesso de sua angústia.

O Código Civil Brasileiro, em seu art. 1.767, estabelece que estão sujeitas a curatela aquelas pessoas que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil ou não puderem exprimir a sua vontade. O art. 3º reza ainda que os destituídos do necessário discernimento para a prática de atos da vida civil, assim como os que não podem exprimir sua vontade, são absolutamente incapazes, ou seja, inimputáveis.

No entanto, ao ser convocado pela justiça a responder por seus atos, responsabilizando-se pelos mesmos, o sujeito terá a oportunidade de construir um projeto de convivência no âmbito social como qualquer cidadão o faz. O ato jurídico, o chamado pela responsabilização, atua como operador clínico, extremamente

necessário à condução do tratamento do paciente. Portanto, a mediação entre a clínica, o social e o ato jurídico, é necessária à organização subjetiva dos pacientes (BARROS, 2003).

Neste sentido, a literatura apresenta questionamentos a respeito da forma como o Direito lida com os portadores de sofrimento mental. A inimputabilidade e, conseqüentemente, a curatela são tratadas como produtoras de conseqüências desfavoráveis à clínica da psicose. A necessidade de um ordenamento jurídico, que convoque o sujeito a responder por seu crime, tem como objetivo a produção de sentido para a passagem ao ato. Quando o sujeito é convocado a responder pelo crime, a dimensão da lei é apresentada a ele, criando maiores condições de construir um sentido para os limites da convivência social em espaço público. O ato jurídico de responsabilização do sujeito por seus atos é considerado como operador clínico, instrumento necessário na condução do tratamento (BARROS, 2003; DUTRA, 2000).

Embora considerados inimputáveis pela lei, os achados deste estudo revelam que a metade dos pacientes não possui curador, não tendo sido possível averiguar a existência de curatela, por falta de informação adequada, em 42,6% dos casos. Tais dados podem estar dizendo de uma inobservância da lei, uma vez que os pacientes em questão só estão cumprindo medida de segurança por terem sido considerados legalmente como inimputáveis.

A maioria dos pacientes (79,6%), não possui antecedente criminal, dado que levanta a necessidade de maior investigação e trabalhos consistentes sobre a presunção de periculosidade de pacientes portadores de sofrimento mental.

O tempo de internação dos pacientes no Jorge Vaz foi em média de 5 anos e meio. No entanto, este período corresponde ao tempo de internação no referido

hospital, sem levar em consideração períodos anteriores de reclusão em delegacias, penitenciárias ou outros hospitais psiquiátricos. Fato que reflete, de forma direta, na baixa QV do paciente.

Os dados encontrados sugerem que o tempo de internação dos pacientes no Jorge Vaz não seja condizente com o tempo de reclusão. Talvez o tempo de sentença possa representar melhor o tempo de reclusão dos pacientes, uma vez que determinada a sentença, o paciente certamente foi privado de sua liberdade, seja em penitenciária ou em outro hospital psiquiátrico. No entanto, esse dado também não caracteriza fielmente o tempo de reclusão do paciente, porque, durante o período entre o crime e a sentença - os dados apontam para uma mediana de 13 meses, principalmente nos casos em que os pacientes que foram pegos em flagrante -, os mesmos já estavam reclusos.

A maioria dos pacientes (74,1%) declarou desconhecer o rendimento médio de suas famílias. A maioria dos pacientes também declarou (68,5%) não receber visita, e, dentre aqueles que recebem visita, a maior parte (81,3%) é visitado menos de 1 vez por mês. Esse dado corrobora com a pesquisa realizada por Fleck et al (2007), em que 81,2% dos pacientes não haviam recebido nenhuma visita nos seis meses anteriores à realização do estudo. Esses dados apontam para o processo de isolamento social provocado pelo tempo de internação dos pacientes. E também indicam a realidade do estigma social, inclusive intrafamiliar, que segrega e condena os portadores de sofrimento mental à exclusão social. Segundo a pesquisa do mesmo autor, a probabilidade de comprometimento da autonomia dos pacientes é 23 vezes maior entre os indivíduos com prejuízo grave no funcionamento social.

Outro fator que pode estar interferindo na possibilidade de os pacientes se beneficiarem do contato e convívio familiar é a distância física entre as residências das famílias e a instituição. A maioria dos pacientes (85,2%) não é da microrregião à qual Barbacena pertence. A Lei N° 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, prevê, em seu Art. 2º que é direito dos portadores de sofrimento mental ser tratado com humanidade e respeito, visando ao interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. A mesma lei ainda contempla, em seu Art. 3º, a responsabilidade do Estado sobre o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, prestadas em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

A perda de amigos, do contato familiar e de acontecimentos sociais também é nítida. Além da barreira intransponível dos muros da instituição, que impede de forma maciça o contato adequado e saudável com amigos e familiares, a distância da terra natal dos pacientes aparece como mais um impeditivo. A maioria dos pacientes demonstra ter perdido os vínculos de amizade, que, na maioria dos casos, não são estabelecidos com outros pacientes do hospital. A total falta de privacidade e de espaço para que as individualidades possam ser exercidas, aliadas ao cuidado extremo que cada paciente precisa ter para se resguardar, dentro do possível, de conflitos, parece fazer com que as relações existentes não possam passar da superficialidade. Na realidade, os pacientes parecem utilizar, como mecanismo de defesa contra o constante bombardeamento de invasão de privacidade, a estratégia de preservação do que resta

de suas intimidades. Por isso laços sociais parecem não ser estabelecidos para além do necessário à convivência pacífica.

A falta de contato com familiares, em muitos casos, chega a ponto da perda de sentimento de pertencimento à dinâmica familiar. Os pacientes perdem a noção do que é o contato familiar, não conseguem dizer sobre suas famílias, ficam impossibilitados de compartilhar os acontecimentos familiares. São pais que não viram seus filhos crescendo e não sabem da existência de seus netos; são filhos que não sabem sobre o estado de saúde de seus pais; são membros esquecidos de uma família.

A maioria dos pacientes (83,3%) não possui parceiro, podendo ser considerados como solteiros. Alguns estudos não conseguiram evidenciar a existência de associação entre a qualidade de vida e o estado civil de pacientes com esquizofrenia (SOUZA E COUTINHO, 2006). No entanto, dois estudos brasileiros mostram a significativa associação entre o estado civil e a qualidade de vida dos pacientes. Em um dos estudos, a expressão da necessidade do parceiro e de constituição de uma família é apresentada como fator primordial para uma melhor QV sob a ótica dos próprios pacientes (WAGNER E KING, 2005). Já nos estudos de Cardoso et al. (2005, 2006), o fato de o paciente ser solteiro esteve sempre associado à baixa qualidade de vida.

A atividade ocupacional é apontada na literatura como fator de forte interferência na QV dos pacientes, assim como a renda aparece como fator associado positivamente à qualidade de vida. Os dados deste estudo mostraram que apenas 22,2% dos pacientes recebem aposentadoria ou algum tipo de ajuda financeira, como a LOAS, por exemplo. A dificuldade encontrada para se inserir no mercado de trabalho formal, as limitações físicas e psicológicas geradas pela doença, e até mesmo a questão social relacionada à distribuição de tarefas por gênero, aparecem como fatores de influência

para a baixa qualidade de vida. A realização de atividades ocupacionais, tais como trabalhos domésticos, trabalhos manuais, trabalhos temporários remunerados, é considerada pela literatura como importante preditor para o desenvolvimento de habilidades físicas, da independência e da autonomia, do convívio social e de atividades de lazer, com importante repercussão na QV e bem estar (CARDOSO et al., 2006; WAGNER E KING, 2005).

Os dados desta pesquisa mostram que o ócio forçado na instituição é alarmante. O domínio ocupacional da escala mostrou-se o mais comprometido, tendo como mediana da qualidade de vida dos pacientes o escore de 0,25. A necessidade de se sentir produtivo, o desejo de ser útil, bem como de retornar ao trabalho, foram falas constantes dos pacientes, que tiveram a mediana do tempo que pararam de trabalhar atingindo 12 anos. Salvo alguns pacientes que trabalham na limpeza do hospital ou cuidam da horta, não existe nenhuma atividade a ser realizada. Os pacientes ficam dia e noite deitados ou assentados fumando cigarro. A rotina dos pacientes gira em torno das refeições, medicação, banho e sono. Nada além da completa falta de atividade.

A rotina de horários da instituição é rígida, e os pacientes são submetidos e restringidos a ela. O café da manhã é servido das 8 às 8:30. O horário de almoço começa às 11 horas e termina às 12:30. Esse horário é dividido entre o almoço dos pacientes e o dos funcionários. O café da tarde é servido das 14 às 15 horas, e o jantar, às 17. Após as 17 horas, os pacientes tomam banho e não podem mais ser atendidos, nem mesmo pelos profissionais da casa.

O hospital não conta com um trabalho regular de terapia ocupacional ou de outras técnicas que promovam atividades terapêuticas com os pacientes. Atividades esporádicas são realizadas, mas sem acompanhamento de profissional especializado.

Durante o período de coleta de dados, algumas atividades coletivas foram realizadas. No entanto, somente os pacientes mais estabilizados puderam fazer parte das atividades.

Os acontecimentos sociais são assistidos como pertencentes a um mundo diferente, a outra realidade. As notícias sobre o mundo são recebidas passivamente, muitas vezes ignoradas, pois também parecem não fazer parte ou não fazer qualquer sentido diante da realidade vivida. Chamou muita atenção como os pacientes são cerceados, não só do convívio, mas também do pertencimento ao mundo extramuros. Fomos impedidas de levar um jornal do dia para um paciente que tinha habito de leitura antes de sua internação. O paciente havia se queixado de não poder ler uma notícia por inteiro, pois só chagava até a cela pedaço de jornal cortado para fazer cigarro. Quando foi pedida a permissão para entregar o jornal ao paciente, fomos impedidas com a alegação de que os “pacientes não podem receber notícia fresca” (SIC), pois notícias sobre os acontecimentos atuais podem prejudicar a tranqüilidade dos mesmos. Eles só podem tomar conhecimento dos acontecimentos após algum tempo, para que não haja alvoroço entre eles.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, podemos concluir que os pacientes que cumprem de medida de segurança em regime fechado no Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz apresentam QV muito comprometida.

A duração da doença, bem como o impacto causado por ela e pelo cumprimento da medida de segurança em regime fechado, está associada à baixa QV dos pacientes.

O comprometimento da QV, em todas as áreas da vida dos pacientes, associa-se também ao delito cometido e à idade.

A QV no domínio ocupacional é a mais comprometida. O ócio forçado interfere significativamente na baixa QV dos pacientes.

A baixa QV no domínio social associa-se, principalmente, à escassez das atividades sociais e à precariedade das relações familiares e relações íntimas.

O prejuízo na QV relacionado às funções intrapsíquicas e relações interpessoais destaca-se pela falta de possibilidade generalizada de interação com o mundo social.

Avaliar a qualidade de vida de pacientes judiciários em cumprimento de medida de segurança em regime fechado mostrou-se uma maneira de retratar a desigualdade criada pelo órgão maior de organização social: a Lei. Maneira de mostrar, em números, para a sociedade e para a ciência, a urgência da necessidade de mudança de paradigmas sobre os portadores de sofrimento mental.

O período da coleta de dados foi extremamente importante para que a dinâmica da instituição, com todas as suas particularidades, pudesse ser vivida como uma experiência real. Os fatos, os acontecimentos, as ações, a forma como funcionários e pacientes lidam no dia-a-dia da instituição são próprios a uma realidade completamente diferente do convívio em sociedade. Diferenças que não podem ser entendidas por quem fica do lado de fora dos muros da instituição. Assim como não podem ser

subjugadas ou esquecidas por alguém que, algum dia, realmente participou do convívio e do contexto daquele híbrido social. Por mais que o pesquisador esteja preparado teoricamente para compreender o significado e o lugar ocupado por uma instituição total, as conjecturas, interpretações, e até mesmo as fantasias criadas sobre o local e sobre seu funcionamento, não passam perto do que pode ser experimentado dentro da instituição, que pode ser considerada como produto da efetiva loucura humana.

Uma das questões mais marcantes durante a coleta de dados foi a percepção sob o lugar que o hospital ocupa. Não só o hospital, mas os pacientes e os próprios funcionários. Antes de chegar à cidade, pudemos comprovar a fala de um colega de trabalho, que alertara sobre o “não-saber” generalizado da população da cidade sobre a instituição de tratamento Jorge Vaz. Um “não saber” que parece tentar excluir do cenário da cidade, em pleno coração de Barbacena, um manicômio judiciário que sustenta todo um valor simbólico. Todos os cidadãos de Barbacena interpelados sobre a localização do hospital, num primeiro momento, disseram não conhecer ou não saber da existência do Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz. Durante o período da coleta de dados, conversando com moradores da cidade, foi percebida a completa falta de informação e de interesse sobre aquela instituição, seu propósito e, principalmente, sobre as pessoas que ali estavam internadas. Nada que fuja da lógica social da instituição, reservada àqueles indivíduos duplamente causadores da desordem social: loucos e criminosos. Mas, por ironia do destino, essa instituição, que fica localizada no centro da cidade, bem ao lado do complexo universitário, é indigna de ser reconhecida pela “Cidade das Flores”, codinome suave que fora dado para amenizar o estigma e o passado trágico de uma cidade conhecida pelas barbáries cometidas em nome do controle social. Os universitários, inclusive da faculdade de medicina, convivem com a

grandiosa e imponente construção arquitetônica do manicômio judiciário dentro de um padrão de anonimato.

O nome dado à instituição não condiz com sua realidade, que em nada lembra um hospital. A imponente construção arquitetônica, com suas pilastras e esculturas muito bem trabalhadas, escondem as grades que encarceram os sujeitos banidos e esquecidos pela sociedade. Trata-se de um hospital de tratamento que não possui pacientes. Como não existem pacientes, auxiliares, técnicos e enfermeiros tornam-se dispensáveis. Médicos, por poucas horas ou por alguns instantes, podem ser encontrados dentro da instituição. Já os peritos, psiquiatras, que não são responsáveis pelo acompanhamento dos supostos pacientes, pouco interferem na instituição. As duas únicas assistentes sociais se dividem durante o dia de trabalho. São as únicas que podem ser encontradas com mais facilidade durante o expediente. A equipe formada por cinco psicólogos parece não conseguir atender às necessidades dos internos, que se queixam da falta de atendimento. Esse dado aparece com a informação de 24,1% dos pacientes que relatam não serem atendidos por profissionais da psicologia.

Mas, em contrapartida, agentes penitenciários podem ser encontrados em toda parte, vestidos de preto e com um cassetete na mão. Os pacientes também são submetidos a atitudes autoritárias de médicos, pessoal de enfermagem, funcionários em geral, mas principalmente dos agentes penitenciários. Os pacientes demonstram extremo receio dos agentes, que são tratados com o máximo de respeito em função do medo existente. Os pacientes andam de cabeça baixa perto dos agentes, respondem “sim senhor” para todas as interpelações dos mesmos.

As entrevistas, em sua maioria, foram realizadas no refeitório dos funcionários. A área reservada aos consultórios do hospital estava passando por reforma, o que

diminuiu o espaço para atendimento. Alguns pacientes, por determinação da segurança, tiveram que ser entrevistados com algemas. Outros só foram entrevistados com a presença de um agente de segurança no recinto. Nesses casos, foi solicitado que o agente ficasse no canto oposto do refeitório. Foi interessante notar que o critério para determinação das algemas, ou da necessidade de acompanhamento da entrevista, não tinha nenhum fundamento pré-estabelecido, era determinado pelo julgamento do agente penitenciário que acompanhava o paciente. Os agentes antigos eram mais propícios a não abrir mão de ficar dentro do refeitório. Os agentes mais novos respeitavam a solicitação para que eles se retirassem do recinto, mas ficavam sempre por perto, de preferência na porta.

Curioso notar que aqueles pacientes cujo quadro psiquiátrico estava mais estabilizado eram considerados mais perigosos, necessitavam de maior cuidado e acompanhamento. Já aqueles pacientes mais debilitados, com quadro residual, eram considerados menos perigosos. Um dos agentes chegou a dizer que os pacientes muito lúcidos são os mais perigosos, porque eles pensam e podem planejar fugir, eles têm condição de maquiinar situações que lhe sejam favoráveis.

Os habitantes da instituição, que não podem legalmente ser chamados de presos, mas também não podem eticamente ser chamados de pacientes, passam seus dias em dormitórios cercados por grades. Dentro de cada dormitório existe uma média de 12 camas de alvenaria, com uma espécie de criado mudo, também de alvenaria. A maioria dos pacientes convive diariamente com uma média de 6 pessoas na cela. O sanitário coletivo fica dentro do dormitório, sem que haja qualquer tipo de possibilidade de privacidade. Até mesmo as pessoas que passam pelos corredores têm acesso visual às dependências sanitárias, sem nenhuma divisória. O privado vira material público sem

que as particularidades de cada sujeito possam ser respeitadas. Cada dormitório conta com uma pequena área aberta, que ocupa a função de espaço para banho de sol dos pacientes. Função ambígua dessa pequena área. Por um lado, os pacientes podem tomar sol durante todo o dia, ou quando melhor agradar. Mas, por outro lado, impede que haja um momento no dia em que os pacientes possam ir para um pátio externo, para um ambiente diferente do rotineiro. Impede também que exista contato com os outros internos, fazendo com que os companheiros de quarto sejam as únicas pessoas de convívio no dia-a-dia.

Dentro das dependências do hospital, as grades dos dormitórios representavam literalmente a barreira impenetrável, descrita por Goffman (1974), entre o paciente interno e o mundo externo. É nítida a ruptura, não só com os papéis sociais, mas com os costumes e com princípios básicos de regras de inserção social. Vigoram regras e organizações próprias para manutenção de uma ordem mínima, que garanta a sobrevivência de cada um. Dentro dos dormitórios, que podem, sem pudor, ser chamados de celas, sobrevivem pessoas estranhas que são obrigadas a dividir suas maiores intimidades. O mais curioso é que mesmo tendo que se despir de suas questões mais íntimas, as pessoas continuam sendo completamente estranhas umas para as outras.

A fala de Goffman (1974), que aponta para a perda de propriedade, ao ser despojado de todos os seus pertences, parecia ter sido escrita especificamente para os pacientes do Jorge Vaz. Os mesmos, ao entrarem na instituição, são despidos até mesmo de suas vestimentas próprias, uniformes da instituição simbolizam a massificação dos sujeitos, impedidos de exercer sua individualidade. Todos os documentos pessoais dos pacientes também são retirados de seu poder, ficando sob a

guarda da administração do hospital. Todo o dinheiro do paciente, quando existe, também é confiscado. A moeda de troca dentro da instituição acaba sendo o cigarro, a comida ou algum aparelho eletrônico de pequeno porte, como radinhos de pilha, por exemplo. Os pacientes que desejam fazer uso do próprio dinheiro precisam contar com a ajuda de funcionários da instituição para fazer compras. Não resta a essas pessoas nada além da lembrança de seus pertences e o sonho de exercer sua cidadania para além das grades que os cercam. A caracterização da completa desfiguração pessoal ainda é arrematada pela falta de acesso a instrumentos básicos para realização da higiene pessoal. Um paciente queixa-se da impossibilidade de “ter um cheirinho” (SIC), uma vez que o sabão de coco é utilizado nos banhos. Segundo esse mesmo paciente, quando alguém deseja sentir em seu corpo um odor agradável, precisa ter dinheiro para solicitar sabonete na compra. Desodorantes e perfumes também não são permitidos nas celas. Caso contrário, o cheiro pessoal também acaba sendo massificado pelo cheiro coletivo, nada agradável, que é ainda mais prejudicado pelo odor da fumaça dos cigarros.

O impedimento da entrada de material cortante faz com que os homens fiquem, constantemente, com a barba por fazer. Barba e cabelo só são feitos por funcionários ou companheiros de internação, com autorização, como favor prestado. Chama atenção o número de pacientes com pouco ou nenhum dente, bem como o mau hálito generalizado. A situação não poderia ser diferente, uma vez que grande parte dos pacientes alega sequer ter uma escova de dente. E quando têm a escova, certamente falta o creme dental. Os pacientes são realmente despidos de sua aparência usual. Um dos pacientes, que havia perdido sua dentadura, ficou dias utilizando uma dentadura que não era sua. As queixas de incômodo e a aparência estranha causada pela falta de encaixe do aparelho dentário parecem ter passado despercebidas pelos profissionais

da instituição. Enquanto isso, o verdadeiro dono da dentadura ficou sem dentes na boca. Há uma profunda deformação pessoal decorrente da perda do conjunto de fatores determinantes da identidade.

Um dos pacientes relatou seu desconforto em relação à forma como os companheiros comem. O curto espaço de tempo para as refeições, aliado à completa falta de instrumentos e aparatos sociais para a realização das mesmas, levam os pacientes a deglutir os alimentos em questão de minutos. Algumas vezes com o talher de plástico, outras com as mãos ou com a boca direto no marmitex, mas sempre sem qualquer cuidado com a mastigação.

Por fim, é importante considerar as limitações deste estudo. A primeira delas se deve ao desenho do estudo transversal, que envolve a questão da temporalidade. A outra limitação está relacionada à coleta de dados, que não pode ser realizada em local apropriado, sem que houvesse interferências de barulhos externos e presença de terceiros, embora a qualidade de vida fosse percepção subjetiva do paciente. As condições encontradas no Hospital podem ter sido um viés no estudo.

Considerando as análises realizadas, a árvore de decisão é uma técnica de análise multivariada alternativa. A regressão logística não pôde ser utilizada porque a amostra era pequena e mostrou imprecisão nos resultados. O método utilizado na árvore de decisão (CHAID), não possui o benefício de estimar as probabilidades ou riscos, bem como ainda não é utilizado com frequência em estudos na área de saúde, embora seja um método mais descritivo e de fácil compreensão.

A inexistência de outros estudos da QV de pacientes em cumprimento de medida de segurança no Brasil impede a comparação dos resultados aqui encontrados.

Diante dos dados apresentados a necessidade de investimento, tanto do meio jurídico como dos serviços de saúde mental nessa população fica evidente. Estratégias para assistência e promoção da qualidade de vida, de uma maneira geral, precisam não só ser incentivadas, mas colocadas em prática nas instituições de saúde mental.

Novas pesquisas podem ser conduzidas para que seja possível a mudança de paradigma em relação à periculosidade e à inimputabilidade dos portadores de sofrimento mental. Experiências viáveis e bem sucedidas, como o trabalho realizado pelo Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), em Minas Gerais, podem ser avaliadas, incentivadas e disseminadas como uma possibilidade de avaliação da qualidade de vida dos pacientes judiciários em regime ambulatorial em comparação com regime hospitalar. Profissionais precisam ser capacitados para o trabalho clínico, social e jurídico com essa população, que carece ser tratada como igualdade dentro de suas diferenças.

8 - Referências

- ALMEIDA, Cristina Capanema Pereira. *Inimputabilidade, Periculosidade e Medidas de Segurança*: o enfoque jurídico da atual intervenção penal frente aos problemas de saúde mental. 2004. 257f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- ALVIM, Rui Carlos Machado. *Uma pequena história das medidas de segurança*. São Paulo: IBCCRIM, 1997. 125 p.
- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida*: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1995. 143p.
- AMARANTE, Paulo. *Novos sujeitos, novos direitos*: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública*, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.
- AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 204p.
- ANDRADE, Haroldo da Costa. *Das medidas de segurança*. 2001. 213f. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.
- ABREU, Mery Natali Silva. *Árvore de decisão*: apresentação GPW. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2004. *Slide*. 45 p.
- ANDREUCCI, Ricardo Antunes. *Manicômio judiciário e medidas de segurança alternativas*. *Revista do Conselho Penitenciário do Distrito Federal, Brasília*. Ano XVIII, n. 43, p. 53-61, jul-dez, 1981.
- ARAGÓN, P.O. *Calidade de vida y esquizofrenia*. *Revista de Psiquiatria*. Ano IX, vol. 3-4, p. 1227-1233, jul-dec 1992.
- BANDEIRA. M.; Pitta A.M.F.; MERCIER. C. *Escalas da OMS de avaliação da satisfação e sobrecarga em serviços de saúde mental*: qualidades psicométricas da versão brasileira. *J. Brasil Psiq*, v. 48, p. 233-244, 1999.
- BANDEIRA, Marina; IRENO, Éster Matos. *Reinserção social de psicóticos*: avaliação global do grau de assertividade, em situação de fazer e receber crítica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, n. 15, v.3, p. 665-675, 2002.
- BARRETO, Francisco Paes. *Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano*. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1999. 241p.
- BARROS, Fernanda Otoni. *Democracia, liberdade e responsabilidade*: o que a loucura ensina sobre as ficções jurídicas. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Loucura ética e política*: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 112-136.

BASAGLIA, F. *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326p.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTRÖM, T. *Epidemiologia básica*. 2. ed. atualizada. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2003. 175p.

BELO HORIZONTE. Portaria SMSA/SUS-BH n. 054/2000 de 29 de dezembro de 2000. Minas Gerais, Belo Horizonte, 29 dez. 2000.

BRASIL. Código Penal Brasileiro (1941). Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941.

BRASIL. Código Penal do Brasil. 39. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BRASIL. Exposição de motivos do Código Penal. Brasília: Diário Oficial da União, 31 de dezembro de 1940.

BRASIL. 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. Diário oficial, Brasília, 09 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de junho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal (LEP). Diário Oficial, Brasília, 13 jul. 1984.

BRUNO, Aníbal. *Perigosidade Criminal e Medidas de Segurança*. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1977. 259p.

CALHAU, Lélío Braga. *Cesare Lombroso: Criminologia e a Escola Positiva de Direito Penal*. Revista Síntese de Direito Penal e Processual Penal, Porto Alegre, janeiro de 2004.

CAMPOS, E.M.; CAETANO D. *Qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos*. Jor. Brasil Psiq., São Paulo, v. 47, p.19-22, 1998.

CARDOSO, C.S. *et al. Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): adaptação transcultural para o Brasil*. Jor. Brasil Psiq., São Paulo, v.51, n.1 p. 31-38, 2002.

CARDOSO, C.S. *et al. Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: escala QLS-BR*. Jor. Brasil Psiq., São Paulo, V.52, n. 3, p. 211-222, 2003.

CARDOSO, S.C. *et al. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n. 6, p. 1303-1314, jun. 2006.

CARDOSO, S.C. *et al. Factors associated with low quality of life in schizophrenia*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1338-1348, set-out 2005

CARLSSON, I.S.; FREDERIKSEN, O.C.; GOTTFRIES, G. *Calidad de vida y nivel de vida en un grupo seleccionado aleatoriamente de personas con discapacidad psiquiátrica en Suecia 2 años después de una reforma psiquiátrica*. Eur. Psychiatry Ed. Esp. v. 9, p. 489-498, 2002.

CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. 228p.

Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organiz. Mund. da Saúde. Trad Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

COELHO, V.L.D.; PANTALEÃO, C.C. *A experiência subjetiva na esquizofrenia: contribuições para uma avaliação sintomatológica*. J. Bras. Psiq. v. 48, n. 9, p. 393-397, 1999.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000. 271 p.

DUTRA, Maria Cristina. *As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato*. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund, n. III, v.4, p. 59-79, 2000.

FLECK, M.P. *et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100)*. Rev Bras Psiquiatr, São Paulo, v.21, p.19-28, 1999.

FLECK, M.P. *et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100)*. Rev Bras Psiquiatr, São Paulo, v.33, p.198-205, 1999.

FLECK, M.P. *et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref"*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, vol.34, n 2, p.178-183, abr. 2000.

FLECK, M.P. *et al. Long-stay patients in a psychiatric hospital in Southern Brazil*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, vol.41, n 1, p.124-130, 2007.

FLECK, M.P.; WAGNER, L.C. *Avaliação da qualidade de vida na esquizofrenia*. In: FLECK, M.P. *et al. Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228 p.

FLEMING, M. *Ideologias e Práticas Psiquiátricas*. Afrontamento, Porto, 1976.

FOUCALT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 479p.

FOUCALT, Michel. *Vigiar e punir*. nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987. 288p.

FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA, 1997. 112 p.

GOFFMAN, E. *Manicômios Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974. 312 p.

HEINRICHS, D.W; HANLON, T.E.; CARPENTER, W.T. *The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome*. Schizophr Bull, v.10, p.388-98, 1984.

HOLANDA, Aurélio Buarque. *Novo Aurélio Século XXI: O dicionário da língua portuguesa*. 3. ed., totalmente revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A.: *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. 1169 p.

LEHMAN, A.F.; WARD, N.C.; LINN, L. S. *Chronic mental patients: the quality of life issue*. Am J Psychiatry, v.139, n. 10, p. 1271-6, 1982.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1999. 96 p.

Marketing Department SPSS Inc. *AnswersTree 3.0. User's Guide*. Chicago; 2001

MARCOLIN, M.A *The prognosis of schizophrenia across cultures*. Ethnicity & Disease, v. 1, p. 99-104, 1999.

MATTOS, Virgílio. *Trem de doido: o direito penal e a psiquiatria de mãos dadas*. Belo Horizonte: UNA Editora, 1999. 180p.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS: tomo I*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 144p. (Saúde Coletiva; 4).

MENEZES, Rubem de Souza. *Psicoses esquizofrênicas*. In: SOUZA, C.A.C.; CARDOSO, R.G. (orgs). *Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional*. Porto Alegre: Sulina, 2006. 350 p.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. Ciência & Saúde Coletiva. v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional Básica do SUS – NOB SUS 96*. Brasília. Janeiro/1997.

OLIVEIRA, André Luiz Corrêa. *Pressupostos para uma análise crítica do sistema punitivo*. Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 872, 22 nov. 2005. Disponível em <jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7612&p=5>. Acesso em 20/06/2007.

Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la salud: glosario*. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 1994.

ORLEY, J.; SAXENA, S.; HERRMAN, H. *Quality of life and mental illness*. British J. of Psychiatry, v.172, p. 291-293, 1998.

Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário (PAI-PJ). Cartilha de apresentação. Belo horizonte, 2005. 38 p.

PERES, Maria Fernando Tourinho. *A estratégia da periculosidade: psiquiatria e justiça em um hospital de custódia e tratamento*. 1997. 165f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 1997.

PERES, M.F.T.; FILHO, A.N. *A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança*. Rer. História, Ciência, Saúde, Manguinhos -RJ. V.9, n.2, p. 335-55, maio-ago. 2002.

PIMENTA, Fausto Aloísio Pedrosa. *Autopercepção do estado de saúde, qualidade de vida e consumo de recursos de saúde em uma população de aposentados de Belo Horizonte*. 2006. 142f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) –Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PITTA, A.M.F. *Qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental*. Rev Psiq. Clín., São Paulo, Edição especial, p. 68:77, 1999.

RAMOS, M.R.R.; COHEN, C. *Considerações acerca da semi-imputabilidade e inimputabilidade penais resultantes de transtornos mentais e de comportamento*. Revista Brasileira de Ciências Criminais, São Paulo, V. 10, n. 39, p. 215-230, jul-set. 2002.

ROCHA, A.D. *et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final?* Rer. Ciência & Saúde Coletiva. V. 5, n. 1, p. 40-48, 2003.

SCHIPPER, H.; CLINCH, J.J.; OLWENG, C.L.M. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Lippincott, Raven – Philadelphia, p. 11-23,1996.

SEGRE, Marco. *Introdução à criminologia*. In COHEN, Cláudio; FERRAZ, Flavio Carvalho; SEGRE, Marco (org.). *Saúde mental, crime e justiça*. 2ª ed. revisada e atualizada. São Paulo: EDUSP, 2006.

SEIDL, E.M. F.; ZANNON, C.M.L.C. *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. V. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SOUZA, L.A; COUTINHO, E.S.F. *Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia*. Rev Bras. Psiquiatr. [online], vol.28, n.1, [citado 15 de abril 2006], p.50-58, Mar.2006. Disponível da World Web: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 20/06/2007.

VERONEZ, Fulvia de Souza. *Avaliação da Qualidade de vida em pacientes adultos com fissura labiopalatina*. 2007. 130f. Dissertação (Mestrado em Reabilitação) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2007.

WAGNER, L.C.; KING, M. *Existential needs of people with psychotic disorders in Porto Alegre, Brazil*. *The British Journal of Psychiatry*, v. 186, p. 141-145, 2005.

II – PARTE

Entrevistador: esta parte você deve ler as perguntas para o paciente.

18- Até que série você estudou ou ainda estuda?

Analfabeto	(1)	II grau completo	(5)	[]
I grau Incompleto	(2)	III grau incompleto	(6)	
I grau completo	(3)	III grau completo	(7)	
II grau incompleto	(4)	Não sabe	(9)	

19- Qual é seu estado civil?

		Separado(a)	(4)	[]
Solteiro(a)	(1)	Divorciado(a)	(5)	
Casado(a)	(2)	Viúvo(a)	(6)	
Vivendo como casado(a)	(3)	Não sabe	(9)	

Entrevistador marque sim ou não

20.-Recebe aposentadoria **Sim (1) Não (2)** **[]**

21 -Recebe ajuda financeira de alguém **Sim (1) Não (2)** **[]**

22.-Há quanto tempo parou de trabalhar? _____ **[-----]**

Não se aplica **(0)** **[]**

23- Outras atividades ocupacionais que você participa atualmente: **[-----]**

Entrevistador marque sim ou não

23.a.1-Atividades no lar **Sim (1) Não (2)** **[]**

23.a.2-Oficinas no CERSAM **Sim (1) Não (2)** **[]**

23.a.3 – Oficinas diversas **Sim (1) Não (2)** **[]**

23.a.3-Outros / Quais **Sim (1) Não (2)** **[]**

1) _____ 2) _____ **[-----]**

Não se aplica **(0)** **[]**

Nunca foi internado	(1)	De 6 a 8 anos	(6)	[]
Menos de 6 meses	(2)	De 9 a 12 anos	(7)	
De 7 meses a 1 ano	(3)	Acima de 13 anos	(8)	
De 1 a 2 anos	(4)	Não sabe	(9)	
De 3 a cinco anos	(5)	Não se aplica	(0)	

32- Quando foi sua última internação psiquiátrica?

Menos de 6 meses	(1)	Acima de 5 anos	(4)	[]
7 meses a 1 ano	(2)	Não sabe	(9)	
2 anos a 4 anos	(3)	Não se aplica	(0)	

33- Você atualmente está fazendo tratamento médico-psiquiátrico?

Sim	(1)	Não	(2)	Não sabe	(9)	[]
------------	-----	------------	-----	-----------------	-----	-----

34- Se você está fazendo tratamento, como ele é? (P

Sem visitar o médico, mas com uso de medicamento	(1)	[]
Tratamento ambulatorial: medic.+ consultas periódicas	(2)	
Consultas periódicas, mas sem medicamento	(3)	
Tratamento compulsório, com medicação	(4)	
Tratamento compulsório sem medicação	(5)	
Não sabe	(9)	
Não se aplica	(0)	

Outros: _____ [-----]

35- Você está fazendo uso de algum medicamento para tratamento psiquiátrico?

Não	(1)	[]
Sim, regularmente	(2)	
Sim, irregularmente	(3)	
Não sabe	(9)	

36- Quantos remédios você toma por dia?

Nenhum	(1)	3 medic.	(4)	[____]
Apenas 1	(2)	Acima de 4	(5)	
2 medicamento	(3)	Não sabe	(9)	

37- Quais são eles?

Não sabe (9) **Não se aplica** (0) [____]

Nome	Quantidade diária		
1) _____	_____	[-----]	[-----]
2) _____	_____	[-----]	[-----]
3) _____	_____	[-----]	[-----]
4) _____	_____	[-----]	[-----]

38- Nas últimas 3 semanas tem tido algum sintoma desagradável relacionado à sua doença?

Sim (1) **Não** (2) **Não sabe** (9) [____]

Se sim, explique o que você tem sentido:

1- _____ [-----]

2- _____ [-----]

39- Você acha que os remédios que você toma lhe prejudicam? (de alguma forma, provocando alguma sensação desagradável)

Não prejudica em nada	(1)	[____]
Prejudica, mas convivo bem com eles	(2)	
Prejudica e atrapalha muito	(3)	
Outros	(4)	
Não sabe	(9)	

40.a- Se sim, diga em que os remédios lhe prejudicam.

40.a.1. Vida sexual	Sim (1)	Não (2)	<input type="checkbox"/>
40.a.2. Sono	Sim (1)	Não (2)	<input type="checkbox"/>
40.a.3. Atividades cotidianas	Sim (1)	Não (2)	<input type="checkbox"/>
40.a.4. Mal estar físico	Sim (1)	Não (2)	<input type="checkbox"/>
40.a.5. Relações c/ pessoas	Sim (1)	Não (2)	<input type="checkbox"/>
40.a.6. Apetite	Sim (1)	Não (2)	<input type="checkbox"/>
40.a.7. Atividade profissional	Sim (1)	Não (2)	<input type="checkbox"/>
40.a.8. Lazer	Sim (1)	Não (2)	<input type="checkbox"/>
Não se aplica		(0)	
Outros _____			[.....]

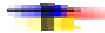
41- O que você diria da sua satisfação atual com a saúde? Você se considera:

Uma pessoa Insatisfeita (apresenta várias queixas)	(1)	<input type="checkbox"/>
Uma pessoa mais ou menos satisfeita (apresenta algumas queixas)	(2)	<input type="checkbox"/>
Uma pessoa completamente satisfeita com a saúde (nenhuma queixa)	(3)	<input type="checkbox"/>
Não sabe	(9)	<input type="checkbox"/>

42 – Você faz acompanhamento com um profissional da Psicologia?

Sim (1)	<input type="checkbox"/>
Não (2)	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA:
QLS-BR.



Referências da escala brasileira:

Cardoso, C.S. **Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: Escala QLS.** 2001. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Área de concentração em Epidemiologia) Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Cardoso C.S, Bandeira M. Caiaffa W.T e Fonseca J.O.P. Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia QLS-BR: Adaptação transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.51, n.1, p. 31-38, 2002.

Disponibilizada:

www.funrei.br/saudemental/instrumentos/vida/principal.htm

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA: QLS-BR.¹

Instruções de aplicação

Para a aplicação da escala QLS-BR, uma situação de privacidade deve ser buscada. O paciente não deve responder o instrumento acompanhado de familiar, cônjuge ou amigo.

O paciente deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento e o destino dos dados obtidos. Deve também se sentir à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação. Em uma situação de pesquisa, uma vez que o paciente concorde em responder, é fundamental a obtenção do consentimento livre e esclarecido.

Deve ser enfatizado que o questionário se refere às três últimas semanas da vida do paciente, independente do local onde o indivíduo se encontre. O instrumento deve ser respondido em apenas um encontro.

Cada item da escala inclui três partes. Primeiro há uma breve exposição sobre o item, para ajudar o entrevistador a compreender o parâmetro a ser avaliado. Em seguida, algumas perguntas são fornecidas, para que o entrevistador as utilize na entrevista, buscando avaliar o item. Por último, há uma grade de cotação com 7 pontos, que o entrevistador deve utilizar para fazer o seu julgamento sobre o item avaliado. Alguns destes pontos contém descrições, outros não. O entrevistador deve assinalar o número escolhido nesta grade de 7 pontos, para cada um dos 21 itens da escala.

Todos os itens da escala devem ser avaliados. Cada item deve ser explorado tanto quanto necessário, para permitir ao entrevistador a oportunidade de fazer um bom julgamento clínico. Para isto, ele poderá complementar a pergunta sugerida, ou mesmo fazer perguntas adicionais, além daquelas incluídas na escala. Adaptações devem ser feitas pelo avaliador, quando fatores extrínsecos estiverem claramente envolvidos (por exemplo, contato social diminuído devido à doença física grave).

A escala QLS-BR deve ser aplicada em uma entrevista semi-estruturada por um profissional de saúde previamente treinado. O tempo de aplicação dura aproximadamente 45 minutos.

Os usuários devem ser lembrados de que, usando a escala QLS-BR não devem modificar as orientações, questões e layout de nenhuma forma.

¹ **Referência da escala original:** Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, v.10, p. 388-398, 1984.

1- AVALIAR RELAÇÕES FAMILIARES

NOTA: Este item deve receber a **nota técnica (9)** se o sujeito vive sozinho e sem a família imediata perto.

Para avaliação do fator e da escala global, este item deverá receber um escore equivalente à média dos itens 2 a 7, que compõem o Fator Rede Social.

Este item visa avaliar relacionamentos íntimos, que envolvem participação e cuidados mútuos, com a família imediata ou com membros da residência onde o paciente vive atualmente.

Perguntas sugeridas:

Você se dá bem com todas as pessoas com quem você atualmente mora ou com sua família imediata?

0- Praticamente nenhuma intimidade.

1-

Com que frequência você tem conversado com eles?

2- Apenas interações íntimas escassas e intermitentes.

Você pode conversar assuntos íntimos com eles?

3-

Eles podem conversar assuntos íntimos com você?

4- Algumas interações íntimas consistentes, mas reduzidas em extensão ou intensidade; ou intimidade apenas presente imprevisivelmente.

Como é o relacionamento com essas pessoas?

5-

Dê exemplos de coisas que vocês têm feito juntos.

6- Envolvimento apropriado em relações íntimas com membros da casa ou família próxima.

Quando você está em casa, você fica junto com sua família ou prefere ficar sozinho?

9 - *Fazer a contagem aqui se o sujeito vive sozinho e sem a família imediata perto.*

2- AVALIAR RELACIONAMENTOS COM AMIGOS ÍNTIMOS

Este item visa avaliar relacionamentos com amigos íntimos, envolvendo participação e cuidados mútuos, com pessoas que não sejam da família imediata do paciente. Excluir relacionamentos com trabalhadores da saúde mental.

Perguntas sugeridas:

Além da sua família, você tem amigos a quem você é especialmente chegado?

0- Praticamente ausente.

1-

Quantos amigos você tem?

2- Apenas relações esparsas ou intermitentes.

Você pode conversar assuntos pessoais com eles?

3-

Eles podem conversar assuntos pessoais com você?

4- Algumas relações íntimas consistentes, mas reduzidas em número ou intensidade; ou intimidade apenas presente imprevisivelmente.

Com que frequência você tem falado com eles?

5-

Como está o seu relacionamento com esses amigos?

6- Envolvimento apropriado com relacionamento íntimo com mais de uma pessoa.

3- AVALIAR RELACIONAMENTOS ATIVOS COM COLEGAS.

Este item visa avaliar relacionamentos com outras pessoas, onde há uma apreciação mútua e compartilhamento de interesses ou atividades em comum, mas sem o investimento emocional íntimo do item anterior. Excluir relacionamento com trabalhadores de saúde mental e outros membros da casa.

Perguntas sugeridas:

Além de amigos pessoais mais próximos, existem colegas ou conhecidos com os quais você tem tido o prazer de fazer coisas?	0- Praticamente ausente.
Quantos?	1-
Você tem se encontrado com eles?	2- Poucas relações ativas com colegas e apenas contato infrequente.
Com que frequência?	3-
Que tipo de coisas vocês têm feito juntos?	4- Algumas relações ativas com colegas em desenvolvimento, mas com contato reduzido e limitada atividade compartilhada.
Você tem encontrado com pessoas em lugares como clubes, igrejas, bares, danceterias?	5-
Você tem tido encontros com colegas, tais como irem lanchar ou saírem juntos?	6- Envolvimento apropriado em relações ativas com colegas.

4- AVALIAR NÍVEL DE ATIVIDADE SOCIAL

Este item visa avaliar o envolvimento do paciente em atividades realizadas com outras pessoas, com o objetivo de diversão. Excluir atividades sociais que tenham outros objetivos, por exemplo, trabalho e escola. Excluir a psicoterapia.

Perguntas sugeridas:

Você costuma sair com outras pessoas para se divertir?	0- Praticamente ausente.
Quem são essas pessoas?	1-
Que tipo de coisas vocês costumam fazer?	2- Atividade social ocasional, mas prescinde de um padrão regular de tal atividade, ou limita-se apenas a atividade com a família imediata ou membros da casa.
Você participa de clubes ou outros grupos sociais (associação de bairro, coral, grupo de jovens e outros)?	3-
	4- Alguma atividade social regular, mas reduzida em frequência ou diversidade.
	5-
	6- Nível apropriado de atividade social regular.

5- AVALIAR A REDE SOCIAL ENVOLVIDA

Este item visa avaliar até que ponto as outras pessoas se preocupam com o paciente, se interessam por sua vida ou conhecem as suas atividades. Excluir os funcionários de Serviços de Saúde Mental.

Perguntas sugeridas:

Existem pessoas que têm estado preocupadas com sua felicidade e seu bem estar?	0- Praticamente ausente.
Quantas?	1-
Quem são essas pessoas?	2- Mínima em número ou grau de envolvimento, e/ou limitada à família imediata.
De que forma elas demonstram isto?	3-
Se alguma coisa importante lhe acontecesse, a quem você contaria?	4- Presença de alguma rede social envolvida, mas reduzida em grau de envolvimento.
Existem pessoas que lhe oferecem apoio emocional?	5-
Existem pessoas que lhe ajudam nos assuntos do dia-a-dia e a tomar decisões na vida prática?	6 - Adequada rede social envolvida, em extensão e grau de envolvimento.
Se fosse preciso pedir ajuda, a quem você pediria?	

6- AVALIAR INICIATIVA SOCIAL

Este item visa avaliar em que grau a pessoa toma a iniciativa de direcionar suas interações sociais. Avaliar: o quê? Quanto? E com quem?

Perguntas sugeridas:

Você tem sempre realizado coisas sozinho ou com outras pessoas?	0- Atividade social quase sempre dependente da iniciativa de outros.
Com quem?	1-
O que vocês fazem?	2- Iniciativa social esporádica, porém vida social significativamente empobrecida, devido à forma de passividade social ou iniciativa limitada à família imediata.
De que maneira você procura as pessoas?	3-
Você costuma falar com pessoas pelo telefone ou pessoalmente?	4- Evidência de alguma redução da iniciativa social, mas com apenas mínimas conseqüências adversas sobre a atividade social.
É você quem convida as pessoas ou são elas que convidam você para fazer as coisas?	5-
Você já desistiu de sair para se divertir por achar difícil convidar outras pessoas?	6- Iniciativa social adequada.

7- AVALIAR AFASTAMENTO SOCIAL

Este item visa avaliar em que grau a pessoa evita as interações sociais, devido ao seu desconforto ou desinteresse.

Perguntas sugeridas:

Você tem se sentido incomodado com pessoas?	0- Evitação ativa de praticamente todo contato social.
Você tem recusado convites para fazer coisas junto com outras pessoas?	1-
Você tem recusado esses convites mesmo quando você não tem nada para fazer?	2- Tolera aquele contato social exigido para atender a outras necessidades, mas tem muito pouco contato social pelo próprio contato; ou falta de afastamento apenas com a família imediata.
Você tem evitado atender ao telefone ou evitado atender pessoas?	3-
Você tem lidado com pessoas somente quando você precisa delas?	4- Algum engajamento social agradável e satisfatório, porém reduzido devido a evitação.
Você tem evitado companhia em casa?	5-
Você tem preferido estar sozinho?	6- Nenhuma evidência de afastamento social significativo.
O fato de você querer ficar sozinho tem interferido em sua vida?	

8- AVALIAR RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS

Este item visa avaliar a capacidade para relações íntimas maduras e atividade sexual satisfatória. A formulação das questões presume uma orientação heterossexual da pessoa. Em caso evidente de preferência homossexual constante, reformular adequadamente as questões e avaliar estas mesmas capacidades.

Perguntas sugeridas se solteiro:

Suas atividades sociais têm envolvido mulheres/homens?

0- Nenhum interesse sexual, ou evitação ativa.

Tem tido encontros íntimos?

1-

Te incomoda ou aborrece ter relacionamentos mais íntimos?

2- Algum contato sexual limitado, mas superficial com evitação de intimidade; ou atividade sexual apenas como liberação física sem envolvimento emocional; ou relacionamentos marcados por rompimento grave e crônico, insatisfação ou caos afetivo.

Teve um (a) ou mais namorados (as)? E atualmente?

Os relacionamentos têm sido agradáveis?

3-

Você já gostou ou esteve apaixonado por alguém?

4- Relacionamento com alguma intimidade e envolvimento emocional, predominantemente satisfatório, e, talvez alguma expressão sexual ou sinais físicos de afeição.

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

Está mantendo relações sexuais?

5-

São satisfatórias?

6-Normalmente tem relacionamentos satisfatórios, emocionalmente ricos, expressão sexual íntima e adequada e sinais físicos de expressão.

Sugestões se casado ou morando com alguém:

Você está feliz no seu relacionamento com seu parceiro?

Vocês fazem muitas coisas juntos?

Que tipo de coisas vocês fazem juntos?

Vocês conversam muito juntos?

Vocês podem conversar assuntos íntimos?

Vocês brigam muito?

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

Sua vida sexual tem sido satisfatória?

9- AVALIAR FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

Este item visa avaliar em que grau a pessoa está tentando desempenhar um papel ocupacional e não se ela o faz de forma completa ou bem sucedida. Para os que dirigem um lar, considerar se para uma pessoa com eficiência normal as responsabilidades assumidas representariam trabalho em tempo integral ou parcial. Se desempregado, considerar o tempo gasto em atividades apropriadas de procura de emprego.

<u>Perguntas sugeridas para quem trabalha:</u>	0- Praticamente nenhuma atividade ocupacional.
Você atualmente está empregado?	1-
Quantas horas por dia você trabalha?	2- Atividade ocupacional esporádica.
Quais atividades você realiza?	3-
Você também é responsável por alguma atividade no lar, além de seu trabalho?	4- Atividade ocupacional regular, porém menos do que tempo integral.
<u>Perguntas sugeridas para quem estuda:</u>	5-
Você estuda?	6- Atividade ocupacional adequada, em tempo integral ou mais.
O que você estuda?	

Quanto tempo à escola toma por dia?

Você também é responsável por alguma atividade no lar, além de seu estudo?

Perguntas sugeridas para responsáveis pelo lar.

Quais são suas tarefas em casa?

Você precisa da ajuda de alguém?

Você recebe ajuda de alguém?

Quanto tempo você gasta para realizar essas atividades?

10- AVALIAR O NÍVEL DE REALIZAÇÃO

Este item visa avaliar o nível de sucesso e realização que a pessoa tem alcançado no papel que ela está tentando desempenhar.

Para trabalhadores

Você é bem sucedido no seu trabalho?

Seu trabalho exige muita responsabilidade?

Você acha que você realiza bem suas atividades?

Você recebe elogios pelo seu trabalho?

As pessoas fazem críticas ou reclamam de seu trabalho?

Você já recebeu promoção no seu trabalho? E rebaixamento?

Você está satisfeito com seu desempenho no trabalho ou você acha que poderia fazer melhor?

Para estudantes.

Você vai frequentemente às aulas?

Quais as disciplinas em que você tem mais dificuldade?

Você recebe crítica por parte dos professores? E por parte dos colegas?

Você se dá bem com seus colegas de classe?

Você faz trabalhos em grupos?

Você está satisfeito com seu desempenho no estudo ou você acha que poderia fazer melhor?

Para outras atividades.

Você está satisfeito com as tarefas que você realiza?

Você realiza essas tarefas porque você gosta ou por outro motivo?

As pessoas o criticam ou elogiam pelo seu trabalho?

Você está satisfeito com o seu desempenho nas tarefas ou você acha que poderia fazer melhor?

Você tem interesse em fazer as atividades da melhor maneira ou você prefere fazer de qualquer forma para ficar livre logo?

0- Não está desenvolvendo nenhuma função, ou está desempenhando em nível tão precário a ponto de ameaçar a habilidade de continuar naquele papel.

1-

2- Funcionando apenas no nível suficiente para manter a posição em um nível de realização muito baixo.

3-

4- Desempenho geralmente adequado.

5-

6- Muito bom desempenho com evidência de realização nova ou progressiva e/ou muito bom desempenho em algumas áreas.

11- AVALIAR O GRAU DE SUB-EMPREGO

Este item visa avaliar até que ponto o grau de realização da pessoa no desempenho do papel ocupacional reflete uma completa utilização de suas potencialidades e das oportunidades disponíveis para a pessoa. Considerar habilidades inatas, deficiência física, educação, fatores culturais, econômicos e sociais. Obviamente, limitações refletindo diretamente qualquer doença mental ou desordem de personalidade não devem ser consideradas na estimativa do potencial da pessoa.

Perguntas sugeridas:

Este item exige um julgamento complexo. Fazer perguntas adicionais necessárias para esclarecer habilidade e oportunidades.

Relacionado ao trabalho, o que você sabe fazer?

Você gostaria de saber fazer outras coisas?

Te incomoda não estar trabalhando?

Se incomoda, o que você tem feito para conseguir trabalho?

O que você está fazendo no trabalho corresponde à sua capacidade ou expectativa?

0- Não consegue concretizar potenciais.

1-

2- Significativo sub-aproveitamento de habilidades, ou desempregado, mas está ativamente procurando por trabalho.

3-

4- Um pouco abaixo da capacidade da pessoa.

5-

6- Desempenho do papel proporcional às habilidades e oportunidades da pessoa.

12- AVALIAR A SATISFAÇÃO COM O FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

NOTA: Este item deve ser avaliado com a **nota técnica (9)** se o item 9 (Avaliação do funcionamento ocupacional) tiver sido avaliado com o escore 3 ou abaixo de 3. Para a avaliação deste fator e para a avaliação do escore global, tirar a média dos itens 9, 10, 11 e 17.

Este item visa avaliar até que ponto a pessoa se sente confortável com a sua escolha ocupacional, com o seu desempenho nesta ocupação e com a situação na qual ela é desempenhada. Destina-se também a avaliar até que ponto esta escolha lhe propicia satisfação, prazer e realização.

Perguntas sugeridas:

Você gosta do seu trabalho e/ou escola ou atividades?	0- Infelicidade e insatisfação generalizadas com o papel ocupacional.
Você preferia estar fazendo algo diferente?	1-
Você se sente feliz ou realizado com o seu trabalho?	2- Alguma evidência definida de infelicidade ou insatisfação, o papel ocupacional não propicia nenhum prazer positivo ou preenchimento. Talvez o tédio seja evidente.
O seu trabalho e/ou escola ou atividades o faz se sentir bem?	3-
Você está entusiasmado com o seu emprego ou atividades?	4- Pouco ou nenhum descontentamento e algum prazer limitado com trabalho.
Você espera com prazer o momento de ir para o trabalho ou o momento de realizar as suas atividades?	5-
Você planeja uma mudança? Por quê?	6- Senso de realização e satisfação acentuadamente consistente, talvez com algumas queixas limitadas.

9 - Não aplicável se o paciente não está envolvido em nenhum desempenho de papel ocupacional.

13- AVALIAR SENTIDO DE OBJETIVOS DE VIDA

Este item visa avaliar em que grau a pessoa coloca metas realistas e integradas para sua vida. Se a vida atual reflete tais objetivos, não é necessário que ela (ele) esteja planejando uma mudança de vida, para se avaliar que possui um bom sentido de objetivos de vida.

Perguntas sugeridas:

Você pensa muito sobre o futuro?	0- Nenhum plano, ou planos são bizarros, ilusórios ou irrealistas.
O que você planeja para a sua vida futura?	1-
Tem alguma coisa em sua vida que você ainda não realizou, mas que gostaria de realizar?	2- Tem planos, mas eles são vagos, um tanto irrealistas, precariamente integrados uns com os outros, ou de pouca consequência para a vida da pessoa.
Existe alguma coisa que faz a vida valer a pena para você?	3-
	4- Planos realistas e concisos, mas com pouca integração.
	5-
	6 - Planos realistas, concisos e integrados.

14- AVALIAR O GRAU DE MOTIVAÇÃO

Este item visa avaliar em que grau a pessoa é incapaz de iniciar ou manter atividades dirigidas para um objetivo, devido à sua falta de motivação.

Perguntas sugeridas:

Você tem se esforçado para atingir seus objetivos ou planos?

0- A falta de motivação interfere significativamente na rotina básica.

Você já conseguiu realizar algum plano ou objetivo que você tinha para sua vida?

1-

Você tem encontrado muita dificuldade para realizar seus planos ou tarefas?

2- Capaz de atender às demandas básicas de manutenção da vida, mas a falta de motivação prejudica significantemente qualquer progresso ou realização.

Você tem conseguido resolver essas dificuldades?

3-

Esta experiência de não resolver a dificuldade tem interferido muito na sua vida?

4- Capaz de atender às exigências rotineiras da vida, mas a falta de motivação resulta em realização deficiente em algumas áreas.

Você tem tido muito entusiasmo, animação, energia e ânimo para fazer as coisas?

5-

Em quais atividades lhe falta ânimo ou motivação para realizar?

6- Nenhuma evidência de falta de motivação significante.

Você costuma deixar sempre as coisas para fazer depois?

Você tem interrompido suas atividades por falta de persistência, animação ou falta de incentivo?

15- AVALIAR A CURIOSIDADE

Este item visa avaliar até que ponto a pessoa está interessada no que ocorre ao seu redor e faz perguntas sobre as coisas que ela não entende. Excluir interesse em alucinações e ilusões ou outros produtos psicóticos. Entretanto, preocupações patológicas com produtos psicóticos ou outros temas podem limitar a curiosidade ou interesse em outras coisas.

Perguntas sugeridas:

Você se considera uma pessoa curiosa?

0- Nenhuma curiosidade ou interesse em novos tópicos ou acontecimentos.

Que tipos de coisas te deixam curioso?

1-

Você tem feito alguma coisa para aprender mais sobre elas? Por favor, especifique.

2- Alguma curiosidade esporádica, mas não perseguida em pensamento ou ação.

Você tem lido jornais, ou ouvido as notícias na TV ou no rádio?

3-

4- Alguma curiosidade e tempo gasto pensando sobre tópicos ou interesses e algum real esforço para aprender mais sobre eles.

5-

6- Curiosidade sobre vários tópicos e algum esforço para aprender mais sobre alguns deles, tais como leitura, fazer perguntas, e observação planejada.

16- AVALIAR ANEDONIA (INCAPACIDADE DE SENTIR PRAZER NA VIDA)

Este item visa avaliar a capacidade da pessoa em experimentar prazer e humor. Não avaliar anedonia resultante de síndrome depressiva observável e clara, por exemplo, agitação, choro, acentuados sentimentos de desamparo e inutilidade, etc. Entretanto, deve-se avaliar anedonia, quando acompanhada de apatia e afastamento, dos quais pode-se inferir a depressão. Fazer quaisquer perguntas necessárias para determinar a presença de depressão e seus efeitos sobre a capacidade de sentir prazer. Deve-se distinguir este aspecto de anedonia da capacidade de demonstrar afeto, o que não é avaliado aqui.

Perguntas sugeridas:

Você tem conseguido se divertir?	0- Inabilidade quase completa de experimentar prazer ou humor.
Você costuma obter satisfação ou prazer em coisas que você faz?	1-
Que tipo de coisa faz você rir ou se divertir?	2- Algumas experiências esporádicas e limitadas de prazer e humor, mas uma predominante falta dessas capacidades.
Já aconteceu de você não conseguir se divertir em coisas que pareciam ser divertidas?	3-
Outras pessoas parecem ser mais alegres ou divertidas do que você?	4- Algumas experiências regulares de prazer e humor, mas reduzidas em extensão e intensidade.
Você freqüentemente passa a maior parte do dia entediado ou desinteressado pelas coisas?	5-
	6- Nenhuma evidência de incapacidade de sentir prazer ou esta incapacidade pode ser explicada completamente pela depressão ou ansiedade concomitantes.

17- AVALIAR UTILIZAÇÃO DO TEMPO

Este item visa avaliar a quantidade de tempo gasto pela pessoa em inatividade sem objetivo: dormir durante o dia, ficar deitado na cama, sentar-se aqui e ali, sem fazer nada ou em frente da TV ou rádio, quando a pessoa não está particularmente interessada por tais atividades.

Perguntas sugeridas:

O que você faz no seu dia-a-dia?

0- Gasta grande parte de seus dias em inatividade infrutífera.

Você costuma desperdiçar o seu tempo?

1-

Você gasta muito tempo não fazendo nada, sentado aqui e ali ou na cama?

2- Gasta cerca de metade de seus dias em inatividade infrutífera.

Você passa muito tempo assistindo TV ou ouvindo música?

3-

Você realmente se interessa pôr isto ou apenas não tem nada melhor para fazer?

4- Alguma inatividade infrutífera excessiva, mas menos do que a metade do dia.

Você dorme muito durante o dia? Quanto?

5-

De um modo geral, todos os seus dias são passados dessa forma?

6- Nenhuma inatividade infrutífera excessiva além do normal exigido para relaxamento.

18- AVALIAR OBJETOS COMUNS

Este item presume que a participação nesta cultura quase sempre requer que uma pessoa possua certos objetos.

Perguntas sugeridas:

Para esta questão, perguntar sobre cada um dos 12 itens abaixo relacionados.

Você está usando ou portando o seguinte:

- 1- Uma carteira ou bolsa
- 2- Chaves
- 3- Algum dinheiro
- 4- Um relógio
- 5- Algum documento pessoal
- 6- O número do telefone ou o endereço de alguém

Você tem na sua casa o seguinte:

- 1- Um lugar para guardar seus objetos pessoais
- 2- Seu próprio despertador
- 3- Um pente ou escova de cabelo
- 4- Escova de dente
- 5- Algum aparelho eletrônico para entretenimento
- 6- Espelho ou aparelho de barbear.

0- Ausência de todos os objetos comuns. (item 0)

1-

2- Grande déficit de objetos comuns (3-4 itens)

3-

4- Um déficit moderado (7-8 itens)

5-

6- Pequeno ou nenhum déficit (11-12 itens)

19- AVALIAR ATIVIDADES COMUNS

Este item presume que a participação básica nesta cultura quase sempre requer que a pessoa se engaje em alguma atividade.

Perguntas sugeridas:

Para este item, perguntar sobre cada um dos 12 itens mencionados abaixo. Dos seguintes, o que você fez nas três semanas passadas.

- 1- Leu ou assistiu jornal
- 2- Pagou uma conta
- 3- Deu algum recado
- 4- Foi ao cinema ou a um show de música, danceteria
- 5- Dirigiu um carro ou viajou em transporte público sozinho
- 6- Fez compras de alimentos
- 7- Fez compras de outros itens
- 8- Comeu em um restaurante ou lanchonete
- 9- Recebeu seu próprio dinheiro
- 10- Participou de um encontro público
- 11- Compareceu a um evento esportivo
- 12- Visitou um parque público ou outro estabelecimento recreativo.

0- Ausência de todas atividades (0 item)

1-

2- Grande déficit (3-4 itens)

3-

4- Déficit moderado (7-8 itens)

5-

6- Pouco ou nenhum déficit (11-12 itens)

20- AVALIAR A CAPACIDADE DE EMPATIA

Este item visa avaliar a capacidade da pessoa em considerar e apreciar a situação de uma outra pessoa como sendo diferente da sua própria situação: apreciar diferentes perspectivas, estados afetivos e pontos de vista. Isto se reflete na descrição que a pessoa faz das suas interações com outras pessoas e de como ela vê tais interações.

Perguntas sugeridas:

Considerando alguém com quem você tenha relacionamento estreito ou com quem passa muito tempo.

Existe alguma coisa neles que o irrita ou o incomoda?

O que em você irrita ou incomoda os outros?

Você sabe o que eles gostam?

O que você faz para agradá-los?

Quando você os vê tristes ou chateados, o que você faz?

Se você tem algum desentendimento com eles, como é que você reage?

Você é normalmente sensível aos sentimentos dos outros?

Você se importa com o que as pessoas pensam ou falam de você?

0- Não apresenta nenhuma capacidade de considerar os pontos de vista e sentimentos dos outros.

1-

2- Demonstra pouca capacidade de considerar os pontos de vista e sentimentos de outros.

3-

4- Pode considerar os pontos de vista e sentimentos dos outros, mas tende a ser envolvido no seu próprio mundo.

5-

6- Considera espontaneamente a situação de outra pessoa na maioria das situações, é capaz de intuir as respostas afetivas de outra pessoa e de usar este conhecimento para ajustar suas próprias respostas.

21- AVALIAR A CAPACIDADE DE ENVOLVIMENTO E INTERAÇÃO EMOCIONAL COM O ENTREVISTADOR

Este item visa avaliar a habilidade da pessoa em envolver o entrevistador na conversação, fazer com que o entrevistador se sinta afetivamente em contato e reconhecê-lo como um participante individual na interação, assim como a habilidade de reagir de maneira recíproca com o entrevistador.

Este item é um julgamento global, baseado na entrevista total.

0- O entrevistador se sente praticamente ignorado, sem nenhum senso de envolvimento do paciente e muito pouca reatividade.

1-

2- Envolvimento, interação e afetividade bastante limitados.

3-

4- Algum envolvimento, interação e afetividade na entrevista.

5-

6- Envolvimento, reatividade, interação e afetividade consistentemente bons.

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA QLS-BR

Sujeito: _____ Avaliador: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Início da aplicação: ____h__min.

21 ITENS

1 - Relações familiares	0	1	2	3	4	5	6	9	[-----]
2 - Amigos íntimos	0	1	2	3	4	5	6		[]
3 - Relações com colegas	0	1	2	3	4	5	6		[]
4 - Atividade Social	0	1	2	3	4	5	6		[]
5 - Rede Social	0	1	2	3	4	5	6		[]
6 - Iniciativa Social	0	1	2	3	4	5	6		[]
7 - Afastamento Social	0	1	2	3	4	5	6		[]
8 - Relações afetivo-sexuais	0	1	2	3	4	5	6		[]
9 - Funcionamento ocupacional	0	1	2	3	4	5	6		[]
10 - Nível de realização	0	1	2	3	4	5	6		[]
11 - Sub-emprego	0	1	2	3	4	5	6		[]
12 - Satisfação ocupacional	0	1	2	3	4	5	6	9	[-----]
13 - Objetivos de vida	0	1	2	3	4	5	6		[]
14 - Motivação	0	1	2	3	4	5	6		[]
15 - Curiosidade	0	1	2	3	4	5	6		[]
16 - Anedonia	0	1	2	3	4	5	6		[]
17 - Utilização do Tempo	0	1	2	3	4	5	6		[]
18 - Objetos Comuns	0	1	2	3	4	5	6		[]
19 - Atividades Comuns	0	1	2	3	4	5	6		[]
20 - Empatia	0	1	2	3	4	5	6		[]
21 - Interação na entrevista	0	1	2	3	4	5	6		[]

Sub-escalas:**Fator 1:** Rede social (itens 1-7)**Escala Global:** (itens 1-21)**Fator 2:** Nível Ocupacional (itens 9 -12 e 17)

Término aplicação: ____h__min

Fator 3: Funções intrapsíquicas e Relações interpessoais
(itens 8,13,15,18-21)

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia: QLS-BR.

UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP
------	--

Parecer nº. ETIC 389/06

**Interessado(a): Profa. Tânia Couto Machado Chianca
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem-UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de abril de 2007, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **“Qualidade de vida de pacientes judiciários em cumprimento de medida de segurança: uma comparação entre regime ambulatorial e fechado”** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



**Prof. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG**

2ª via

ANEXO 5 – Consentimento livre e esclarecido do paciente

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

PROJETO: Qualidade de vida de pacientes judiciários em cumprimento de medida de segurança: uma comparação entre regime ambulatorial e fechado

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Esta pesquisa tem como objetivo medir a qualidade de vida em pessoas que cumprem medida de segurança. Precisamos saber como é que as pessoas acham que está a sua vida nos últimos dias. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida familiar e emocional, sua relação com os amigos, trabalho e lazer.

PROCEDIMENTOS:

Ao concordar em participar deverei:

- 1- Responder a uma entrevista CONFIDENCIAL com perguntas sobre minha vida pessoal;

CONFIDENCIALIDADE:

Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a minha identificação será mantida como informação sigilosa. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS.

A entrevista durará em média 60 minutos e será interrompida se em algum momento eu sentir necessidade. Como benefício, esta pesquisa poderá compreender melhor como está minha vida, podendo auxiliar melhor o meu tratamento e de outras pessoas.

DÚVIDAS:

Em caso de dúvida, poderei me comunicar com Ana Flávia F. de Almeida Santana, pesquisadora deste projeto de pesquisa ou Tânia Couto Machado Chienca, coordenadora deste projeto na Escola de Enfermagem da UFMG, na av. Alfredo Balena, 190. Belo Horizonte MG. Telef. (31) 3248-9827 / (31) 4441-3090, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo telefone (31) 3499-4592 (Av. Antônio Carlos nº 6627, CEP 31270-901, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Belo Horizonte – MG). Endereço Eletrônico www.ufmg.br/bioetica/coep, ou também com o Coordenador da instituição onde cumpre a medida de segurança. Também poderei recorrer a meu médico ou agente de saúde para maiores informações se assim entender.

CONSENTIMENTO

Sei que minha participação é totalmente voluntária e que poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Contarei com o apoio das instituições vinculadas independente de minha participação, no sentido de obter atendimento médico, orientação ou encaminhamento para qualquer atenção médica ou laboratorial.

Todas informações prestadas por mim serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Caso eu concorde, estas informações obtidas a partir desta pesquisa poderão ser passadas para o meu médico e isto poderá auxiliá-lo no meu tratamento.

Eu li este formulário e recebi as instruções que após assiná-lo, eu dobrarei e colocarei em um envelope que será lacrado na presença do pesquisador, que assinará atrás para garantir a confidencialidade.

Local: _____ Data: ___ / ___ / _____

Assinatura: _____

Você permite que o resultado da sua entrevista seja encaminhado para seu Médico?

Sim _____ Não _____

Assinatura do participante

Assinatura do entrevistador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Qualidade de vida de pacientes judiciários em cumprimento de medida de segurança: uma comparação entre regime ambulatorial e fechado

Esta pesquisa tem como objetivo medir e comparar a qualidade de vida de pacientes que cumprem Medida de Segurança em regime ambulatorial e em regime fechado. Queremos conhecer como as pessoas acham que está a sua vida nos últimos dias. Dado a declaração de incapacidade jurídica do sujeito para quem serão feitas várias perguntas sobre a sua percepção acerca de diferentes pontos de sua vida, tais como sua saúde física, vida familiar e emocional, sua relação com os amigos, trabalho, lazer, solicitamos autorização do curador que o representa.

Ao autorizar que o curatelado participe, o seu curador estará permitindo que o mesmo possa responder a uma entrevista de caráter CONFIDENCIAL e que inclui perguntas sobre sua vida pessoal.

Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a identificação do curatelado será mantida como informação sigilosa. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

A participação do curatelado é totalmente voluntária e o mesmo poderá se recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. O curatelado contará com a instituição na qual cumpre medida de segurança independente de sua participação, no sentido de obter atendimento, orientação ou encaminhamento para qualquer tipo de atenção necessária.

Todas as informações prestadas pelo curatelado serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Belo Horizonte, de de 200

Assinatura do Curador do Sujeito da Pesquisa

Responsável pela Pesquisa – Tânia Couto Machado Chianca
Escola de Enfermagem da UFMG - Av. Alfredo Balena 190. Belo Horizonte – MG
Telefones: 32489886 / 32974905

Pesquisadora: Ana Flávia F. de Almeida Santana
Rua Barão de Camargos 63, apto 101 – Jardim Atlântico. Belo Horizonte – MG
Telefones: 34413090

Observação: Em caso de dúvidas ou esclarecimentos, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa-COEP/UFMG pelo telefone (xx31) 3499-4592, ou no endereço Av. Antônio Carlos nº 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, CEP 31270-901, Belo Horizonte – MG, ou ainda pelo endereço eletrônico www.ufmg.br/bioetica/coep.

