

DESAFIOS DA LOUCURA JUDICIALIZADA: Desinstitucionalização de pacientes que cumpriram medida de segurança de internação.

Resumo: Este trabalho objetivou analisar alguns desafios enfrentados no processo de desinstitucionalização de pessoas que cumpriram tratamento compulsório (medida de segurança) no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica e observação participante durante a inserção no campo como estagiária, de março de 2012 a julho de 2013. Dentre os objetivos específicos, pretendeu-se: contextualizar as medidas de segurança; evidenciar seu distanciamento do Movimento de Luta Antimanicomial; apresentar algumas necessidades da rede de saúde mental; discutir sobre os obstáculos advindos da estigmatização e criminalização do paciente, e os prejuízos da dependência institucional para o exercício de sua autonomia. Concluiu-se que cabe aos que atuam nos serviços de saúde questionar continuamente o atendimento que oferecem para que não endossem a estigmatização e dependência dos que tiveram algum conflito com a lei. É imprescindível fortalecer os nós da rede de saúde mental de forma a não deixar os pacientes desassistidos por um lado, nem por outro, reproduzir a relação de tutela que ocorria nos manicômios. Isto requer políticas públicas, mas também transformações culturais e o incentivo do protagonismo do paciente em seu tratamento e desinstitucionalização.

Palavras-chave: saúde mental; medida de segurança; desinstitucionalização.

CAMILA ROQUE SOARES

**DESAFIOS DA LOUCURA JUDICIALIZADA: Desinstitucionalização de
pacientes que cumpriram medida de segurança de internação.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto de Psicologia da Universidade
Federal do Rio de Janeiro para conclusão do
Curso de Formação de Psicólogo.

Orientador: Pedro Paulo Gastalho de Bicalho.

RIO DE JANEIRO

2013

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CPF – Cadastro de Pessoas Físicas

ECTP – Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

MJ – Manicômio Judiciário

MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

SEAP – Secretaria de Administração Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	5
2	PROBLEMA E OBJETIVO	6
3	PROCEDIMENTOS	7
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	7
4.1	PRENDER PARA TRATAR?	7
4.2	DEPOIS DO GRANDE CONFINAMENTO DA LOUCURA...	11
4.3	DISCUSSÃO DOS DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	14
4.3.1	FRAGILIDADES DA REDE DE SAÚDE MENTAL	15
4.3.2	ESTIGMATIZAÇÃO E CRIMINALIZAÇÃO DO “LOUCO INFRATOR	18
4.3.3	DEPENDÊNCIA DA ROTINA INSTITUCIONAL	22
5	CONCLUSÃO	26
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
	ANEXO (TABELA)	31

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Medida de segurança é um tratamento psiquiátrico compulsório determinado pelo juiz ao réu que, devido a transtorno mental ou desenvolvimento mental incompleto, à época do cometimento de um ato tipificável não teria como entender o caráter ilícito ou se determinar conforme esse entendimento¹. O tratamento geralmente é realizado em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou em alas psiquiátricas de presídios.

O aumento de meu interesse pelo tema veio da experiência como estagiária de Psicologia da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro (SEAP) no HCTP Heitor Carrilho, o primeiro estabelecimento do gênero na América Latina. Esta instituição ainda é paradoxalmente atravessada pela cultura prisional e manicomial, o que dificulta a emergência de mudanças calcadas nas políticas de saúde mental derivadas do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

A procura de outro modo para lidar com a loucura se materializou na Lei nº 10.216/01 que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e preconiza a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, na qual o sujeito seja tratado sem ser isolado de sua própria comunidade, a partir de uma lógica de território². A prioridade é o tratamento ambulatorial e a internação é cabível tão somente durante crises que ofereçam risco ao pacientes ou às pessoas a sua volta. Assim, pretende-se que a internação deixe de ser regra para ser exceção (BRASIL, 2005).

O MNLA começou a se organizar nos anos 80. Contudo, são bem mais recentes as tentativas de aproximação do âmbito das medidas de segurança. No HCTP Heitor Carrilho, pudemos observar que os impasses e desafios da desinstitucionalização se agravam quando se trata de pessoas que cumpriram medida de segurança, pois este processo pressupõe não apenas políticas públicas, mas também complexas transformações culturais e subjetivas. Sobre estes pacientes, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 18) admitiu que:

A construção de novas práticas para um segmento historicamente situado à margem, inclusive do Sistema de Saúde, encontra resistências na rede de atenção extra-hospitalar de saúde mental, na rede SUS [Sistema Único de Saúde] em geral, nas comunidades de origem dos pacientes e nos órgãos de justiça [...].

¹Código Penal, Art. 26.

²“A internação, em qualquer uma de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” (Lei 10.216/01, Art. 4º).

Em 2011, foi realizado o único censo nacional sobre medidas de segurança (DINIZ, 2013). Ele revelou que havia 3.989 pacientes internados distribuídos em 26 instituições³. Sendo que o Rio de Janeiro é um dos estados com maior número de Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) - conta com HCTP Heitor Carrilho, HCTP Henrique Roxo e Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto Medeiros. Nesses hospitais estavam internados 341 homens e mulheres à época do censo.

Apesar do número expressivo de pessoas realizando tratamento psiquiátrico compulsório, pouco se fala sobre essa “população invisível” (DINIZ, 2013, p. 13). As questões suscitadas não têm sido totalmente ignoradas, mas a literatura sobre elas parece pequena diante de sua importância. Faz-se necessário contribuir para ampliar o número de investigações sobre tema tão polêmico que se encontra na confluência das áreas da saúde mental, justiça e assistência social. O esforço para dar maior visibilidade a alguns desafios da desinstitucionalização de quem cumpriu medida de segurança pode fomentar a reflexão e o diálogo acerca das necessidades contemporâneas.

2 PROBLEMA E OBJETIVO

O quão difícil é sair de um hospital que é prisão ou de uma prisão que é hospital onde se permaneceu por vários anos? Quais são os percalços enfrentados na adaptação à vida fora do HCTP por pessoas que são duplamente estigmatizadas, como loucas e infratoras, e estão dependentes da rotina institucional?

Este trabalho tem como objetivo geral analisar alguns desafios enfrentados durante o processo de desinstitucionalização de pessoas que cumpriram medida de segurança no HCTP Heitor Carrilho. Dentre os objetivos específicos, pretende-se:

- Contextualizar as condições de emergência da medida de segurança de internação em HCTP no Brasil, apontando para alguns impasses que ela produz;
- Evidenciar aspectos desse tratamento psiquiátrico compulsório que destoam dos preceitos dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica e de Luta Antimanicomial;
- Apresentar algumas fragilidades da rede de saúde mental;

³ Cf. ANEXO, p. 31.

- Analisar obstáculos advindos da estigmatização e criminalização do “louco infrator”;
- Analisar os prejuízos da dependência da rotina institucional para o exercício da autonomia do paciente na vida extramuros.

3 PROCEDIMENTOS

Serão trazidos à análise casos de pacientes que podem ser disparadores da discussão acerca dos desafios do processo de desintitucionalização. A coleta de dados foi feita através de pesquisa bibliográfica e da observação participante junto a estes pacientes e seus familiares e à equipe técnica que os acompanhava. O contato com os mesmos se deu devido à inserção no campo como estagiária do HCTP Heitor Carrilho, de março de 2012 a julho de 2013.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PRENDER PARA TRATAR?

Estamos inseridos num estabelecimento que, além de tratar, se ocupa também em prender. O que fazemos é prender para tratar, seguindo estritamente o que determina o processo penal. Será isso possível? (CARDOSO, 2010, p. 109).

Esta seção trata do enlace entre o poder médico e jurídico no Brasil, desde seu primeiro Código Penal até a inauguração do Manicômio Judiciário⁴ (MJ) Heitor Carrilho, de modo a oferecer uma breve contextualização da disseminação da prática de prender pessoas que cometeram crimes para tratamento psiquiátrico. Intenta-se também explicar em linhas gerais como a medida de segurança funciona e apontar alguns impasses que ela desencadeia.

O Código Penal de 1830 previu que os “loucos de todo gênero” não seriam responsabilizados por crimes, a não ser que ocorressem em intervalos lúcidos (RAUTER, 2003). Naquele século, os psiquiatras ampliavam suas categorias nosológicas de forma a abarcar uma gama maior de comportamentos desviantes que eram encarados apenas pelo

⁴Os HCTPs foram chamados de MJ até a Lei 7.210/84. Viegas (2012) criticou esta mudança de nomenclatura por entender que ela mascara a realidade dando a entender que a instituição não é mais um manicômio.

prisma da moral, da ética e da lei (CARRARA, 1998). Nas palavras de Foucault (2002, p. 200): "A psiquiatria vai poder sintomatologizar [...] todo um conjunto de fenômenos que até então não tinham estatuto na ordem de doença mental."

Assim, vários crimes puderam ser explicados através da ciência. Como foram definidos vários graus e tipos de loucura, tornou-se fundamental os réus passarem pelo crivo de um especialista capaz de avaliar sua saúde mental. Neste cenário, a psiquiatria, em busca da supremacia na definição da responsabilidade penal, "autorizava-se cada vez mais como aquela que sabe algo que ninguém consegue perceber." (ESTEVES, 2010, p. 13).

Até então, os loucos vagavam pelas ruas ou eram confinados misturados a outros segmentos marginalizados. Faziam parte da massa de sobrantes do regime capitalista que tem como central o trabalho voltado para o lucro. Os que cometiam delitos eram encaminhados as suas casas ou a galerias dos hospitais-gerais pelo juiz. Essa indefinição de destino incomodava os que criticavam a psiquiatria de desculpar criminosos ao transformá-los em doentes (RAUTER, 2003). Acontece que a proposta deste saber não era a diminuição do raio de ação da Justiça, mas o refinamento do controle sob a promessa de proteger a sociedade dos indivíduos que se supunha perigosos.

Em 1852, foi fundado o primeiro hospício brasileiro, o Hospício Pedro II, mais tarde renomeado como Hospício Nacional de Alienados (SERRANO, 1992). Entretanto, em 1890, psiquiatras ainda não tinham muito espaço nos meios judiciais, pois o Código Penal que entrou em vigor naquele ano ainda permitia encaminhar os loucos infratores para a casa de suas famílias, além dos hospitais. A lei definia como inimputáveis⁵ os que cometiam crimes em "estado de completa privação dos sentidos e da inteligência". A limitação deste critério estabelecido pelos juristas, assim como o conceito de "loucos de todo gênero" presente no código anterior, foi duramente criticada pelos psiquiatras (RAUTER, 2003, p. 46).

No ano de 1896, os crimes de um homem chamado Custódio Serrão potencializaram as discussões entre psiquiatras e juristas. Enquanto os profissionais divergiam sobre qual destino deveria ser dado a Custódio, ele tentava relutantemente provar sua sanidade com intuito de que apenas seus atos fossem julgados e não a sua pessoa. Porém, todos os seus esforços acabaram por endossar a crença de que seria mesmo louco e deveria ser internado em uma cela forte, destinada a "loucos perigosos", do Hospício Nacional.

Apesar da segurança do local, Custódio conseguiu fugir. Dirigiu-se à imprensa e à Polícia com intuito de denunciar as más condições do hospital e lutar pelo desejo de ir para

⁵ Penalmente irresponsáveis por seus atos.

detenção, o qual foi novamente frustrado. Em ofícios endereçados ao Ministro da Justiça e em artigos publicados, o doutor Teixeira Brandão, responsável pela gestão do Hospício Nacional, defendia-se das críticas frisando a impropriedade de manter naquela instituição pessoas como Custódio (CARRARA, 1998). Nota-se como estavam acirrados os ânimos em torno deste assunto no final do século XIX.

Em 1903, a Lei dos Alienados finalmente oficializou o poder de confinamento dos loucos baseado na pretensa ciência psiquiátrica. Afinada com a tendência de laicização da assistência, subordinou as internações ao parecer médico e criou a Seção Lombroso destinada a “alienados delinquentes” no Hospício Nacional. Determinou que eles *somente* poderiam ser encaminhados a pavilhões específicos dos asilos psiquiátricos *enquanto* não fossem construídos “manicômios criminais” (RAUTER, 2003, p. 49).

Segundo Dantas e Pereira (2009), a lei supracitada oficializou esse projeto de construção idealizado por médicos e juristas brasileiros que se inspiraram na experiência de outros países, tais como Heitor Carrilho (chefe da Seção Lombroso) e Teixeira Brandão. Contudo, apenas em 30 de maio de 1921, dezessete anos depois, foi inaugurado o MJ Heitor Carrilho, batizado em homenagem ao seu primeiro diretor.

Parece não ter sido por acaso que os muros foram erguidos ao lado do Complexo Penitenciário Frei Caneca (CARRARA, 1998), já que a instituição será palco de dissensões entre psiquiatras e juízes: “os Manicômios criminais serão o resultado de um armistício entre as duas partes em disputa: nem manicômio, nem prisão, um híbrido, [onde ficam] as internações e altas a critério do juiz.” (RAUTER, 2003, p. 49). Os psiquiatras produzem laudos, mas os juízes dão a palavra final ao decidirem o que fazer com estes documentos.

A superposição dos modelos de intervenção jurídico-punitivo e psiquiátrico-terapêutico se reflete em várias dimensões do MJ. Na relação entre terapeutas e guardas, nem sempre harmoniosa; e até mesmo sobre seus próprios internos que se vêem ao mesmo tempo como “doentes” e “presos”, e são “habitantes de uma região estranha onde ‘culpa’ e ‘inocência’ parecem se defrontar com igualdade de forças.” (CARRARA, 1998, p. 31).

Apesar de o tratamento psiquiátrico compulsório já ser realidade há bastante tempo, as medidas de segurança só foram promulgadas pelo Código Penal de 1940 que, desde então, sofreu alterações e continua vigente. Suas disposições foram fundadas sobre as bases do direito positivo e não se afinam com a bandeira levantada décadas depois com a Reforma Psiquiátrica, conforme será visto na seção seguinte.

A medida de segurança pode ser restritiva (tratamento ambulatorial) ou detentiva (internação em HCTPs ou alas psiquiátricas), mas, na maioria das vezes, juízes optam pela

segunda opção e é sobre ela que irei me debruçar neste trabalho monográfico. O preenchimento do critério de inimputabilidade é avaliado através do Exame de Sanidade Mental solicitado pelo Ministério Público a um perito psiquiatra da SEAP.

Em evento realizado em 2012⁶, uma Defensora Pública da Vara de Execuções Penais criticou a superficialidade destes laudos, o fato de não serem elaborados por uma equipe multidisciplinar, de o paciente não ser ouvido pelo juiz, e não ter direito à ampla defesa e ao contraditório. O processo costuma ficar suspenso enquanto o Exame fica pronto, o que demora cerca de 10 meses⁷. Por esses motivos, ela acredita que muitas vezes as atuais práticas são mais severas para com o sujeito inimputável do que com o imputável.

Oportunamente, abro parênteses para trazer o que um dos pacientes de Lima (2010, p. 29) ponderou brilhantemente:

Doutor Antonio, se eu estivesse em Bangu teria um certo tempo lá. E depois, recebendo meu alvará, cumprindo o tempo da minha pena, eu sairia numa boa. Agora eu sou obrigado a ficar aqui [no HCTP] até não sei quando. [...] Já tenho 7 anos de “cadeia”. E agora? Não tem como ir pra lá não?

A angústia deste homem se refere ao fato de a medida de segurança ser aplicada por tempo indeterminado. Só há definição do tempo mínimo que é de 01 a 03 anos⁸. Depois disso, o paciente é submetido ao Exame de Cessação de Periculosidade realizado por um perito psiquiatra da SEAP que pode levar em conta, entre outros fatores, os pareceres psicossociais produzidos pelo psicólogo e demais profissionais da equipe técnica. Sobretudo se o laudo for favorável⁹, é marcada a audiência admonitória de desinternação onde o juiz decidirá se a pessoa apresenta condições de não oferecer riscos à sociedade ao ser solta.

Dado o modo de funcionamento dos HCTPs, os psicólogos que lá atuam devem questionar continuamente os efeitos de suas práticas para que não endossem a disciplinarização e o controle que fazem o tratamento se igualar à punição. Pois, como disse Viegas (2012, p. 18): “A reedição de práticas manicomialis sob a batuta da cultura prisional transforma o tratamento em algo distante.” Afinal, o fazer clínico, a política e a produção de subjetividades são indissociáveis!

⁶ Seminário “Saúde Mental e Lei”, realizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em 04/09/12.

⁷ Apesar de o art. 150 do Código de Processo Penal estipular 45 dias (prorrogáveis, em caso de necessidade).

⁸ Segundo Diniz (2013, p. 55): “Desde a Lei 10.216, de 2001, ficou proibida a indeterminação do período mínimo de internação para tratamento psiquiátrico obrigatório.” Entretanto, no censo que realizou em 2011, dentre as 2.956 medidas de segurança, a autora encontrou 326 (11%) sem definição de tempo mínimo que foram sentenciadas depois da lei 10.216/01.

⁹ Caso a perícia médica seja desfavorável, “deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução” (Código Penal, Art. 97, §2º).

Também é importante que se lembrem do que Batista (2008 apud MOSE, 2013) apontou acerca das ilusões “re” presentes no pensamento criminológico. A ênfase na “reabilitação”, “reeducação” e “reinserção”, tanto na prisão, quanto no hospital psiquiátrico, individualiza questões sociais, advindas muitas vezes da desassistência, ao se debruçar apenas sobre o indivíduo que vive em desvio à norma, sem refletir sobre o seu meio, nem sobre as normas que estão sendo produzidas.

Por fim, a respeito da suposta “terapeuticidade” das medidas de segurança, aproveitamos para citar as reflexões de Mose (2013, p. 02) sobre o tratamento oferecido em um HCTP:

Haveria clínica neste espaço dual de punição e tratamento? Como tratar pessoas que não optaram por um tratamento? Que estão ali por uma imposição da justiça e que muitas vezes sequer entendem as razões? E, ainda mais, que tratamento é este que estaríamos oferecendo a estas pessoas?

A autora buscou pistas para estes questionamentos em Deleuze (1976), Guattari e Rolnik (1986). Com isso, propôs um trabalho clínico instituinte que não pretendia curar os loucos criminosos tal como prescreve a justiça, mas cartografar seus modos de viver e facilitar novos agenciamentos. Um trabalho que busque entender a função dos sintomas, mas potencialize formas de viver que estão para além deles.

Deste modo, avalia-se que a proposta de Mose para o exercício de uma psicoterapia institucional é interessante, mas parece não dar conta dos dilemas advindos da prática contraditória de "prender para tratar", pois, em conformidade com Cardoso e Barcelos (2010, p. 17): "A internação em Hospital de Custódia não favorece o tratamento, ao contrário, estigmatiza e desvitaliza sua existência [a do paciente] por melhor que seja o trabalho desenvolvido."

4.2 DEPOIS DO GRANDE CONFINAMENTO DA LOUCURA

A presente seção não irá aprofundar as questões suscitadas pela Reforma Psiquiátrica e pelo MNLA por se tratar de assunto merecedor de análises mais cuidadosas. Pretende-se apenas situá-las no Brasil, sobretudo na confluência com os HCTPs que são espaços asilares que resistem em tal cenário.

A palavra “manicômio” significa curar a loucura. “A loucura [...] atravessou um longo período histórico através do qual foi compreendida como necessidade de cura (a todo custo),

visando uma correção do que era, no referido momento, considerado erro e desvio.” (ESTEVEZ, 2010, p. 36). Tal cura pretendia se dar por meio de intervenções físicas e químicas em hospícios, semelhantes a prisões, regidos pelo modelo da psiquiatria positivista.

Mudanças no modo de lidar com a loucura foram sentidas, sobretudo, a partir da Reforma Psiquiátrica Italiana dos anos 60 que foi exemplo para o mundo. Teve como um de seus expoentes o psiquiatra Franco Basaglia que atentou para os efeitos deletérios da institucionalização de pacientes e mostrou que os hospitais psiquiátricos eram meros depósitos de rejeitados, pois não curavam ninguém. Ele defendeu que o tratamento depende de muita conversa e de uma aliança terapêutica sólida que não pode ser construída em consultas de poucos minutos (SERRANO, 1992).

No Brasil, durante a ditadura civil-militar [1964-1985], a assistência psiquiátrica foi privatizada dando a luz à chamada “indústria da loucura” que lucrava com a “psiquiatrização” dos problemas sociais (CFP, 2013, p. 53). A inspiração da Reforma europeia só começou a ser sentida no país na década de 70 durante a luta pela redemocratização. Segundo Serrano (1992), foi uma época de denúncias da violência nos manicômios, mas que tiveram pouca repercussão entre as grandes massas e acarretaram o desenvolvimento de poucas experiências alternativas por falta de apoio político e apelo aos setores populares.

No final da década de 80, surgiu no país o MNLA que é muito mais amplo do que a Reforma Psiquiátrica: propõe substituir o enclausuramento físico e moral dos manicômios por serviços de cuidado que não apartem o paciente de sua comunidade. Exemplos desse esforço são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que fazem parte do SUS. Trata-se de dispositivos foram instituídos para *substituir* os hospitais psiquiátricos no país, oferecendo acompanhamento clínico e inserção em atividades de trabalho e lazer, acesso a direitos civis e fortalecimento de laços comunitários (BRASIL, 2012).

São então procuradas formas de coabitar com a diversidade através de uma rede que envolva não apenas profissionais e pacientes, mas a sociedade como um todo. A intenção é que pessoa com transtornos mentais deixe de ser objeto para ser atora em seu tratamento. A internação deve se limitar aos períodos de crise aguda e ser de preferência em hospitais gerais de forma a evitar o isolamento baseado na dicotomia louco/não louco.

Os movimentos acima citados se materializaram na Lei 10.216/01, cujo projeto tramitou durante doze anos até ser aprovado. Ela dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e pretende redirecionar a assistência ao injetar os recursos financeiros, que seriam destinados à manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos de longa internação,

em serviços substitutivos. Em 2010, já haviam sido extintos 32.735 leitos no país (BRASIL, 2011 apud CFP, 2013).

Só que quando o assunto é medida de segurança, a história é outra... Os juízes continuam a dar preferência à medida de segurança detentiva, mesmo nos casos de delitos de baixo potencial ofensivo. O princípio de redirecionamento de recursos não é aplicável, visto que quando um paciente é desospitalizado, o leito que ocupava não é extinto, pois fica à disposição dos interesses da Justiça Criminal (PEREIRA, 2010). Inclusive, seis ECTPs foram inaugurados depois da Lei 10.216/01. O Censo de 2011 encontrou 18 pacientes com mais de 30 anos de internação (prazo máximo estabelecido para prisão de pessoas imputáveis) e 606 pacientes internados há mais tempo que pena máxima em abstrato para a infração cometida. Um em cada quatro indivíduos não deveria estar nos estabelecimentos de custódia porque não têm processo judicial ou a medida de segurança está extinta. 1.194 estavam com seus laudos psiquiátricos ou Exames de Cessação de Periculosidade em atraso (DINIZ, 2013). Estes exames continuam a ser imprescindíveis para a desinternação de pacientes, como se fossem capazes de evitar a reincidência. Ademais, ao cumprir a medida, a pessoa é isolada de sua comunidade de origem; tem poucas (ou nenhuma) opções de atividades que ocupem seu tempo¹⁰; é isolada em celas ("tranca") em caso de indisciplina; e tem suas 04 horas diárias de "banhos de sol" reguladas (DANTAS; PEREIRA, 2009).

Por estes e outros motivos, diversos autores, como Diniz (2013) e Esteves (2010), observaram que a Reforma Psiquiátrica pouco se aproximou das medidas de segurança. Para Barros-Brisset (2010), começou-se a problematizar o tratamento oferecido só em 1999, no IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, através da campanha do Conselho Federal de Psicologia (CFP) denominada "Manicômio Judiciário... o pior do pior...".¹¹

Trata-se de pessoas geralmente tão esquecidas, que os documentos oficiais pouco fazem menção. Apenas em 2004, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária propôs a Resolução nº 5 e, em 2011, o CNJ publicou a Recomendação nº 35. O teor dos dois instrumentos orienta os tribunais para a efetiva aplicação da política antimanicomial à medida

¹⁰ O HCTP Heitor Carrilho conta apenas com um auditório onde às vezes acontecem sessões de cinema e com a realização semanal de oficinas de expressão artística (desenhos e pinturas) de iniciativa de uma das terapeutas ocupacionais.

¹¹ Na ocasião foram denunciadas violações de direitos de pessoas que cumpriam medida de segurança, o que inspirou a criação em 2001 do PAI-PJ em Minas Gerais, e, em 2006, do PAIL em Goiás. Ambos pioneiros no contexto das medidas de segurança no que tange à transformação da assistência e à garantia dos direitos da Lei 10.216/01. Cf. Barros-Brisset (2010); Tribunal de Justiça de Minas Gerais (2013); Silva (2013); Diniz (2013).

de segurança, visto que, nesse âmbito, a cultura hospitalocêntrica ainda resiste. Esses acontecimentos refletem mudanças em prol da garantia de direitos fundamentais.

Entretanto, a luta é maior do que as leis e as políticas públicas. A "desinstitucionalização" das relações sociais requer complexas transformações culturais e subjetivas. Para a efetiva aplicação dos princípios da Reforma Psiquiátrica ao tratamento psiquiátrico determinado judicialmente é preciso libertar não somente os corpos, como também os medos e as formas de proteção que os mantiveram alienados em hospícios normalizadores, assistencialistas e individualistas.

4.3. DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Antes de falar dos desafios, cabem alguns adendos. Desinstitucionalização é a espinha dorsal dos serviços de saúde mental desde a Reforma Psiquiátrica, mas é notória a banalização do termo. Assim, cabe esclarecer que “desinstitucionalizar não é apenas sair de uma internação e ser encaminhado a um serviço substitutivo de saúde mental” (ESTEVES, 2010, p. 32). Este processo requer um conjunto de ações coordenadas no campo do cuidado em saúde que estão para além da desinternação.

Entretanto, é importante perguntar de que cuidado e de que saúde se está falando. Ainda de acordo com a autora, deve-se apostar nas práticas que promovam autonomia e gerem mais vida ao deslocar o sujeito do lugar de doente a ser normalizado (polo técnico-científico) para outras formas de estar no mundo (polo ético-estético) que fujam das subjetividades produzidas em série pelo modelo manicomial. Isto por si só é um desafio.

Lima (2010) elenca três preceitos que devem pautar a desinstitucionalização. A autonomia que é o processo de gerir a própria vida. O acolhimento da demanda em seu viés ético (aceitação da diferença), estético (invenção de modos de viver) e político (compromisso com o coletivo e o que se produz) – quando se oferece, por exemplo, um espaço de escuta e de fortalecimento do vínculo profissional-usuário. E a tomada de responsabilidade que é a co-responsabilização de todos os atores envolvidos na produção de saúde. Este deve ser o pano de fundo para se construir coletivamente estratégias para enfrentar os percalços que surgirem.

Dentre as atividades dos profissionais e estagiários do HCTP Heitor Carrilho em prol da desinstitucionalização estavam: Atendimento interdisciplinar e apoio na elaboração de projetos terapêuticos que respeitem as necessidades singulares de cada paciente. Localização de familiares para avaliar possibilidade de retorno do paciente à família (caso não houvesse, a inserção era feita em outras formas de moradia e convívio social). Acompanhamento em

saídas terapêuticas¹². Realização de visitas domiciliares e institucionais para conhecer a realidade na qual o sujeito foi ou será inserido. Acompanhamento da expedição de documentos civis. Elaboração de laudos, pareceres e relatórios. Reuniões semanais para discussão de suas práticas. Reuniões com profissionais dos dispositivos territoriais de saúde mental para encaminhamento de casos, entre outras medidas.

O HCTP contava com apenas uma psiquiatra e uma fisioterapeuta. Os demais profissionais estavam divididos em duas equipes técnicas, cada uma composta por pelo menos um psicólogo; um assistente social; um enfermeiro; um médico clínico; um terapeuta ocupacional; e estagiários. Apesar de muita carga de trabalho, eles se deparavam com salários defasados, ausência de plano de carreira e de novos concursos, condições de trabalho precárias¹³ e obstáculos advindos das políticas de saúde pública, o que acabava por afetar a motivação e o comprometimento de alguns. A desvitalização (ou adoecimento) de profissionais da saúde poderia ser citada como um dos desafios da desinstitucionalização, entretanto este ângulo não será aprofundado no presente trabalho.

Os casos de pacientes que traremos a seguir condensam alguns desafios enfrentados coletivamente no processo de desinstitucionalização que podem ser resumidos em: fragilidades da rede de saúde mental; estigmatização e criminalização do “louco infrator”; e dependência da rotina institucional. Priorizamos estes pontos de engessamento em detrimento de outros que percebemos no campo para que a análise não ficasse extensa em demasia.

4.3.1 FRAGILIDADES DA REDE DE SAÚDE MENTAL

Em outubro de 2013 residiam no HCTP Heitor Carrilho 70 pacientes desinternados que ainda não haviam conseguido um lugar para se inserir após a saída do hospital.¹⁴ Enquanto não ocorria a desospitalização destes pacientes, a equipe técnica tomava providências como a expedição de documentos civis, obtenção de moradia e auxílios sociais para o paciente se manter fora da instituição, e inserção na rede pública de saúde mental.

¹² Longe de serem passeios meramente burocráticos, permitem observar “A loucura enclausurada no encontro aberto com a cidade.” (ESTEVEZ, 2010, p. 24). Para maiores informações, cf. p. 24.

¹³ Tânia Dahmer Pereira, ex-diretora do HCTP Heitor Carrilho, costumava afirmar que o que vigora nos HCTPs era a “política pública da correria”, pois os gestores se viravam como podiam com os poucos recursos que lhes eram oferecidos. Muitas vezes faltava verba para os projetos terapêuticos, motoristas e até mesmo coleta de lixo.

¹⁴ Na esfera das medidas de segurança, “desinternado” é o paciente que recebeu o Alvará de Desinternação, logo, o termo se refere à sua condição jurídica. Ele pode continuar no HCTP, enquanto não consegue outro lugar para morar. Portanto, neste caso, desinternação não é sinônimo de desospitalização.

Contudo, percebe-se que esta ainda se mostra muito aquém à demanda, o que tornava o trabalho no HCTP ainda mais desafiador.

Não era raro saber de pacientes egressos que não recebiam suporte, adequado às suas especificidades, dos dispositivos extra-hospitalares. Nesse sentido, recorremos a Santos (2012, p. 12):

[...] os processos de desinstitucionalização que estão ocorrendo na atual conjuntura, de forma a responder em caráter imediato às demandas de uma população que necessita sair compulsoriamente das instituições psiquiátricas judicializadas, configuram-se, na verdade, como processos de *desospitalização*, produtores de desassistência.

Isso pode ser percebido ao se analisar os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)¹⁵ dos quais dependem os pacientes egressos do HCTP que não têm onde morar. Segundo Scarcelli (2011), houve desaceleração de investimento nestes dispositivos a partir de 2006. Em 2011, havia 625 SRTs com 3.470 moradores (BRASIL, 2012 apud CFP, 2013). Pode parecer que são muitos, mas é pouco diante do contingente de pessoas que espera por uma vaga neles ou em abrigos públicos, estes geralmente lotados e precários. Sem desmerecer a relevância dos SRTs, cabe notar que são espaços que promovem adaptação sem conscientização da população, pois agem pouco sobre o imaginário social de modo a problematizar a exclusão de certas pessoas por serem diferentes da norma.

Ademais, quando o paciente judiciário é desinternado e desospitalizado, sua liberdade é condicional, pois durante um ano deverá cumprir tratamento em ambulatórios do SUS, como os existentes nos CAPS. Segundo a Superintendência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (2012), o município do Rio de Janeiro contava com 12 CAPS do tipo II (médio porte) e apenas 03 CAPS do tipo III (grande porte). Santos (2012) ponderou que na atual gestão da saúde, a prioridade de investimentos é dada aos projetos para o tratamento da dependência química e não à transformação dos CAPS II em CAPS III.

São muitas as fragilidades da rede de saúde mental: Ainda existem municípios que não contam com CAPS. Segundo dados de uma pesquisa realizada pelo CFP (2013), nos CAPS há falta de recursos que vão desde material de escritório e transporte até alimentação e medicação para os usuários. Foram citados também problemas relativos ao espaço físico; às condições de trabalho; à capacitação e atualização profissional; à implementação de políticas públicas; e a outros equipamentos da rede. Para piorar este panorama, atualmente, há pressão

¹⁵Criados em 2000, os SRTs são casas destinadas à moradia gratuita de até 08 pessoas com transtorno mental. Contam com suporte profissional e variam de acordo com a complexidade do quadro clínico de seus moradores (Portaria GM nº106).

para a privatização do SUS, o que coloca em risco a conquista da saúde como um direito inalienável de todos os cidadãos e dever do Estado.

Um ponto a ser analisado é que as políticas de saúde mental defendem que o usuário deve ter acesso ao tratamento em seu território. Para Guattari e Rolnik (1996 apud LIMA, 2010), território não é mero espaço geográfico, mas, sobretudo pertencimento subjetivo – território afetivo, onde se sente “em casa”. Muitas vezes, é difícil descobrir o território dos pacientes, como também há aqueles que não se fixam em um específico. Além disso, Lima (2010, p. 43) se questiona se é possível restituir este lugar simbólico ao encaminhá-los de volta ao território, dado que: “Confinados, os pacientes estão sempre num processo de desterritorialização, perdem suas referências e seus graus de pertencimento.”. Todos estes impasses abrem brecha para que alguns ambulatorios do SUS se recusem a acolher um paciente egresso do HCTP por alegarem que ele não pertence ao território em que atuam.

Outra questão a ser apreciada é a adesão ao tratamento medicamentoso ou psicoterapêutico que deveria ser mais bem trabalhada pelas equipes de saúde. Acompanhamos a história de pacientes que descontinuaram o tratamento e ficaram em situação de rua. Livres da tutela manicomial, eles experimentaram uma “liberdade” às avessas que muitas vezes transbordava em vulnerabilidade e solidão. A situação é grave, ainda mais porque o paciente que não cumprir 01 ano de tratamento ambulatorial compulsório pode voltar a ser internado.

Dentre os recursos da rede de saúde mental, há também os Centros de Convivência que são espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade através do convívio com as diferenças (BRASIL, 2005). O problema é que, segundo o CFP (2013), eles ainda não recebem financiamento do Ministério da Saúde. No município do Rio de Janeiro existia apenas o Centro de Convivência Comunitário Pedra Branca, inaugurado em 2011; e o Centro de Convivência e Cultura Trilhos do Engenho de Dentro desde 2012.

Depois de tudo o que foi dito, fica a pergunta no ar: como fazer para que a desativação de hospitais não leve à desassistência generalizada? É preciso que o fechamento seja concomitante ao oferecimento de alternativas de fácil acesso e com capacidade suficiente para atender a demanda existente. Além disso, é necessário problematizar o atendimento que se está oferecendo no lugar do HCTP, pois, em alguns casos, percebe-se que há dispositivos que reproduzem a velha lógica manicomial, sem desestabilizar o lugar instituído para a loucura. Como veremos na seção seguinte, a rede se mostra ainda mais frágil quando convocada a acolher o “louco infrator”, devido aos estigmas relacionados a ele.

Deve-se lembrar que, em muitos casos, antes de o paciente cometer um delito, falhas assistenciais podem ter ocorrido. É quando o jargão diz que o camburão chegou antes do

SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), ou seja, virou caso de polícia antes de ser caso de saúde pública (LIMA, 2010). Portanto, parece que “O perigo não está no indivíduo louco, mas na precariedade de assistência em rede e na ausência de políticas públicas eficazes.” (ESTEVEVES, 2010, p. 39).

4.3.2 ESTIGMATIZAÇÃO E CRIMINALIZAÇÃO DO “LOUCO INFRATOR”

Diversos autores (como PEREIRA, 2010 e SABROZA et al., 2010) notaram que a população que se encontra nos HCTPs carrega um duplo estigma devido ao transtorno mental e ao cometimento de atos delituosos. Algumas vezes, somam-se a isso, outros estigmas como os relacionados à cor da pele, à orientação sexual, à baixa escolaridade, à pobreza, à AIDS e ao abuso de substâncias. Não serão abordados neste trabalho todos os estigmas que podem ser enfrentados por estas pessoas, mas apenas o do denominado “louco infrator”.

O marco teórico sobre o estudo do estigma foi uma obra escrita por Goffman em 1988. Apesar da popularidade, sua abordagem sociológica recebeu críticas devido à operacionalização do conceito e à falta de suporte empírico para algumas de suas hipóteses. Aliás, esses problemas parecem ser comuns a outras teorias sobre o tema, visto que não há uma definição consensual, é difícil mensurar as atitudes implícitas dos informantes e comparar o resultado das pesquisas (SILVEIRA et al., 2011).

Segundo Goffman (1988), estigma é o descrédito e o desprezo por indivíduos que possuam atributos em sua identidade que destoem daquilo que a sociedade espera delas. Essas pessoas são então reduzidas ao seu atributo estigmatizado, sendo suas outras características desconsideradas. Dentre os efeitos do estigma elencados pelo autor, incluem-se a desumanização, a vergonha, o isolamento social, a desconfiança, a ansiedade, e a hostilidade. Tanto a pessoa estigmatizada, quanto a dita normal, experimenta uma tensão angustiante quando entram em contato. Ambos parecem se sentir pouco à vontade. O estigmatizado se sente inseguro quanto à maneira como será identificado e recebido; teme que qualquer erro seja entendido como resultado indubitável de sua característica estigmatizada.

O autor ainda observou que o desacreditado tende a internalizar as crenças que o estigmatizam, o que pode levá-lo à autodepreciação. Corrigan e Watson (2002 apud SOARES et al., 2011) notaram esse fenômeno em pacientes psiquiátricos e então diferenciaram o

estigma público do autoestigma. Este se estabelece à medida que o indivíduo se torna consciente, concorda e aplica a si próprio¹⁶ os estereótipos sobre seu transtorno.

Para Link e Phelan (1998 apud SOARES et al., 2011), os pacientes internalizam a imagem cultural estereotipada dos transtornos mentais, e antecipam o preconceito e a discriminação que poderão vir a sofrer. Essa dinâmica intensifica os efeitos do estigma e diminui a disposição em procurar tratamento, pois evitam que sua condição se torne pública.

Dentre outras pesquisas que tratam da estigmatização, a de Guarniero et al. (2012) identificou uma alta frequência de reportagens que davam visibilidade à esquizofrenia apenas em episódios de violência, sem levar em conta o peso da falta de tratamento. Outras vezes, empregavam o nome do transtorno como metáfora para insano, incompreensível e absurdo.¹⁷ Além disso, o vocabulário popular também se apropria de expressões como “idiota”, “imbecil”, “débil mental” e “retardado” em rotulações e xingamentos.

Segundo Carrara (1998), o conceito médico de monomania erigido no século XIX abriu espaço para a concepção de uma loucura sem delírios, invisível e imprevisível, portanto, ainda mais perigosa. Com isso, ampliou-se a regulação moral dos comportamentos socialmente incômodos: “havia tantas monomanias quantos eram os tipos de comportamento ou impulsos considerados insólitos ou transgressores.”¹⁸

Multiplicaram-se também as internações psiquiátricas, em prol da higiene pública, motivadas por estado mental que parecesse oferecer desordem e *perigo* à população. O louco passou a ser visto como alguém que carrega um índice de criminalidade ou um potencial para ações danosas no futuro (LIMA, 2010). “Todos os que estão no manicômio são virtuais portadores desse perigo de morte.” (FOUCAULT, 2002, p. 180).

Com a associação da loucura à periculosidade, surgiram práticas de criminalização que endossaram a estratégia alienista de isolamento social do louco como forma de prevenção. Esse discurso induziu a produção desenfreada de medo, da vigilância e do controle. Presume-se que uma pessoa com transtorno mental por si só seja perigosa, o que dirá então da que cometeu delitos, sobretudo os sem qualquer motivação aparente? Para Janaina Penalva da Silva¹⁹, diretora do Departamento de Pesquisa Judiciária do CNJ, o próprio nome “medida de segurança” já traz a conotação negativa de indivíduo perigoso. O Exame de Cessação de

¹⁶ Durante minha presença no HCTP, percebi que alguns pacientes não só se autoestigmatizavam, como também estigmatizavam outros pacientes.

¹⁷ Sobre os HCTPs, Diniz (2013, p. 15) disse que: “Há uma concentração de pessoas com esquizofrenia nos estabelecimentos, o que pode representar antes uma seletividade no sistema custodial psiquiátrico que uma evidência da periculosidade desse subgrupo.”

¹⁸ Mais tarde, essa regulação se deu através de novos conceitos como o de degeneração; criminoso nato; e psicopatia (CARRARA, 1998).

¹⁹ Participante do Seminário “Saúde Mental e Lei” realizado pelo CNJ em 04/09/12.

Periculosidade também transparece essa idéia. Entretanto, Biondi et al. (2004) trouxeram dados que comprovaram a baixa reincidência entre essa população duplamente estigmatizada.

Nota-se como ainda vigoram práticas jurídico-penais de não julgar apenas os atos criminosos, mas, sobretudo, a “alma” do criminoso (FOUCAULT, 1977). Podemos encontrar suas raízes na Escola de Direito Positivista que opera sobre uma concepção cientificista do ser humano e tem como inspiração os criminólogos Cesare Lombroso, Enrico Ferri e Raffaele Garofalo. Seus princípios podem ser sintetizados em:

A temibilidade do delinquente e não a gravidade do delito, é que deve servir de base e critério para a medida da pena, considerada como um remédio, um meio de defesa social. Quanto maior for a temibilidade do criminoso, tanto mais intensa e viva deve ser a reação social [...] (CARVALHO, 2002, p. 32).

Diversos autores percorrem a contramão da criminalização da loucura e criticam esse pretensão exercício de vidência a respeito do ser humano que é por si mesmo imprevisível. Diniz (2013, p. 15-6) delineou bem este posicionamento:

[...] não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos. O diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco. O que há são indivíduos em sofrimento mental que, em algum momento da vida [...] cometem infrações penais. É possível supor que a ausência de tratamento de saúde, o abandono de redes sociais de cuidado e proteção, a carência de políticas sociais eficazes para essa população possam ser fatores desencadeantes do ato infracional.

Em suma, o imaginário social geralmente relaciona a loucura à falta, à desqualificação e ao perigo. Apesar das mudanças representadas pelo MNLA, as transformações culturais não se dão no mesmo ritmo que as políticas públicas, pois remetem a questões advindas do campo da produção de subjetividade. Agora, as correntes e os muros que aprisionam a loucura já não são predominantemente feitos de ferro e tijolos, mas, sobretudo, de medos e preconceitos:

Desinstitucionalizar a loucura não é o mesmo que desospitalizar o paciente, e sim, agir no imaginário social que a toma como algo ruim, negativo, perigoso ou improdutivo. A desqualificação e negativização do louco redundam em criminalização, preconceito, desassistência e abandono, entre outros efeitos vulnerabilizantes. (CARDOSO, 2010, p. 110).

Observa-se que o duplo estigma do “louco infrator” repercute na forma como o paciente se vê, é visto e se relaciona. Sua estigmatização, como imprevisível e perigoso, conduz a sua criminalização. Estes atravessamentos aumentam os desafios da desinstitucionalização dos que se encontram em um HCTP – esse processo se torna mais difícil do que se desse com alguém classificado só como louco ou só como criminoso.

Durante o tempo em que acompanhamos o HCTP Heitor Carrilho, observamos estes obstáculos em vários âmbitos: Na dificuldade de construir vínculos afetivos, pois qualquer sinal (um olhar, um gesto ou uma fala) pode ser interpretado como indício de periculosidade. Nas histórias de famílias que receberam o paciente de volta a suas casas, mas trancavam a porta do quarto ao dormir, escondiam objetos cortantes, não deixavam as crianças ficarem muito perto, e tinham vergonha do que a vizinhança iria falar a respeito de seu novo morador. Havia também entraves para conseguir vagas em CAPS, SRTs, abrigos públicos ou pensões particulares, por causa do receio em conviver com alguém que supostamente oferece risco aos demais. Era comum ouvir frases como: “Este paciente não preenche o perfil de nossos usuários.” ou “Aqui não é lugar adequado para este tipo de pessoa.”. Outras vezes, o CAPS recebia o paciente, mas temia fazer-lhe visitas domiciliares. Pelo mesmo motivo, os que tinham capacidade laborativa tinham dificuldade em conseguir emprego. Quando pleiteavam algum benefício social pecuniário, o perito costumava indagar acerca do delito que cometeram, ao invés de se ater ao transtorno mental em questão. Além disso, eram prejudicados pelo estigma que os define como sendo incapazes para realizarem muitas atividades e de entender várias coisas.

Esteves (2010) fez uma interessante atualização do caso de Custódio Serrão (abordado na página 12 deste trabalho) para os dias de hoje em que se nota um jogo de empurra-empurra na decisão sobre quem deve acolher o “louco infrator”. É a lógica do “Muito inocentes para ficarem nas prisões, mas muito perversos para ficarem no hospício” (CARRARA, 1998, p. 29) junto aos demais pacientes. A Justiça diz que devem ser acolhidos pela rede pública de saúde mental, mas esta entende, muitas vezes, que o lugar deles não é ali.

A monografia de Esteves (2010) contou o caso de um paciente que, por ter cometido matricídio, não foi aceito pela rede de saúde mental. Foi necessária uma determinação judicial para obrigar um Hospital-Dia a “acolhê-lo”. Era clara a falta de comprometimento da equipe que vigiava constantemente o paciente: “Um entrelaçamento fadado ao fracasso. A presença de Roberto foi imposta e não se soube trabalhar essa ‘imposição’.” (p. 22). A unidade chegou a alegar que o acompanhamento no processo de desinstitucionalização seria interrompido, porque o paciente estava aguardando seu CPF ficar pronto.

O problema real não era a falta de CPF, mas a presença de Roberto naquele serviço de saúde mental. Durante a reunião, Roberto foi, literalmente, chamado de homicida. Qualquer fato transformava-se em argumentação para impedi-lo de frequentar a unidade de saúde, inclusive, o ‘modo como ele se portava diante de algumas atividades e a falta de comprometimento e seriedade em relação a outras atividades’.

[...] Roberto entrou de penetra, não numa festa, mas no local que deveria ser sua principal referência de cuidado. (p. 23-4).

A partir deste caso, o Hospital-Dia em questão criou um protocolo de atendimento para pacientes *provenientes do HCTP Heitor Carrilho*. Dentre as pré-condições para *avaliação da possibilidade* de inserção no dispositivo estavam: um local de moradia, documentação completa, fonte de renda, *indicação do delito cometido* e posicionamento da família quanto à desinstitucionalização. “O que está em jogo é a preocupação de um cuidado ou dificultar a permanência do paciente no serviço público de saúde mental? [...] Essa declarada recusa por Roberto denuncia esse modo de constituição histórica e política do indivíduo ‘louco e infrator’.” (ESTEVEES, 2010, p. 27).

Segundo Cardoso e Barcelos (2010, p. 110-1), ainda que haja casos que possam exigir uma maior cautela, muitos pacientes cometeram delitos de menor importância, mas são tratados como se fossem perigosos. É compreensível que se zele pela vida e integridade própria e de outrem. Contudo, não se pode perder de vista que o cometimento de ato delituoso não conduz a um prognóstico e que esses pacientes precisam ser alvo de políticas públicas eficientes que garantam seus direitos fundamentais, sem os estigmatizar nem criminalizar.

Carece-se de trabalhos junto às comunidades que visem uma maior tolerância e entendimento do sofrimento psíquico²⁰. Desconstruir o estigma da loucura é conviver com ela sem precisar a encarcerar ou diminuir sua potência. “Caberia situar a loucura em um campo de positividade própria, e não em uma relação de referência normativa à racionalidade hegemônica, que a instala permanentemente na falta.” (SANTOS, 2003 apud LIMA, 2009).

4.3.3 DEPENDÊNCIA DA ROTINA INSTITUCIONAL

A medida de segurança foi muitas vezes chamada de “prisão perpétua” em função das internações de longa duração (BIONDI et al., 2004). Observa-se que estas impactam sobremaneira na subjetividade do paciente, visto que, estando dependente da rotina institucional, poderá apresentar muita dificuldade em se adaptar à vida extramuros e reconstruir laços sociais (SCARCELLI, 2011). Sobre isso, Biondi et al. (2004, p. 13-4) disseram que: “Uma vez internados nos manicômios judiciários, os pacientes só obtinham laudo favorável à desinternação [...] quando sua potência vital e capacidade de autonomia já estavam destruídas pela longa institucionalização.”

²⁰ Serrano (1992) descreveu interessantes práticas com este intuito realizadas na Itália.

Nos últimos anos, a duração das internações parece estar diminuindo, porém, continuam a ser inúmeros os desafios da desinstitucionalização de pacientes que permaneceram isolados em um HCTP por tempo superior à duração de crises. Novamente, seguem-se as pegadas de Goffman (1999) que, além de realizar estudos sobre o estigma, foi notável por versar sobre o que chamou de “instituições totais”. São locais onde indivíduos vivem apartados da sociedade mais ampla e sob o controle de uma mesma autoridade. Goffman (1999) observou nelas o processo de mortificação do eu que é quando a disciplina (regras fixas e rígidas, modificação da aparência e perda da intimidade) dociliza o sujeito à dinâmica institucional, alterando a forma como ele percebe a si e ao mundo.

É claro que o hospital-prisão objeto dessa monografia é uma instituição total. As barreiras entre o público e o privado são dissolvidas, pois os espaços e recursos são aproveitados coletivamente. Os pacientes possuem poucos pertences e compartilham roupas; os homens dividem celas nas quais o único espaço pessoal é a sua própria “comarca”. Estão submetidos a uma rotina controlada: hora da alimentação, da medicação, da higiene pessoal, do sono, da visita e do “banho de sol”. Não lhes falta comida, não escolhem o cardápio, e, muitas vezes, nem o que vão vestir ou como vão gastar o próprio dinheiro.

Nos HCTPs, a pessoa perde sua própria cultura e desaprende a enfrentar aspectos práticos da vida diária, tais como os cuidados pessoais. O que era realizado automaticamente se torna altamente complexo. Em meio a essa perda de autonomia para pensar e fazer, eis instalada a dependência institucional. Parece paradoxal, mas a passagem do hospício à cidade, momento ansiosamente esperado pela maioria dos pacientes, pode ser um momento de crise, por simbolizar rupturas de um modo dependente de estar no mundo. Goffman (1999, p. 66) fez uma análise brilhante sobre esta passagem:

Embora os internados possam ter planos para a saída e tenham um cálculo até de horas para a data de sua liberação, os que se aproximam desta tendem frequentemente a sentir-se angustiados [...]. A angústia do internado quanto à liberação parece apresentar-se, muitas vezes, sob a forma de uma pergunta que apresenta a si mesmo e aos outros: ‘Será que posso me sair bem lá fora?’.

Tendo isso em vista, foram criadas nas dependências do HCTP Heitor Carrilho “Casas de Transição” para abrigar pacientes desinternados que ainda não encontraram alternativas para sua saída da instituição. Eles usufruem do benefício de uma maior liberdade de ir e vir lá dentro e passam a morar em um espaço um pouco mais parecido com uma casa tal como conhecemos. Trocam as “comarcas” por camas, os “bois” por banheiros, as grades por portas

e janelas, têm geladeira, armário, mesa e chuveiro quente. Passam a ter responsabilidades com o asseio e manutenção do local, de modo a se prepararem para a vida fora do HCTP.

Diante da requisição do psicólogo ou demais membros da equipe técnica, o juiz da Vara de Execuções Penais pode operar rachaduras no espaço eminentemente manicômio-prisional ao conceder Saídas Terapêuticas ao paciente. Trata-se de uma invenção do HCTP Heitor Carrilho que foi materializada no item 12 da Resolução nº 5 (BRASIL, 2004). Elas possibilitam ao paciente visitar a família e amigos, comparecer a algum dispositivo extra-hospitalar de tratamento e fazer passeios, com intuito de permitir a construção de vínculos e de colocá-lo em gradual aproximação ao meio no qual irá viver após a desinstitucionalização.

Para Scarcelli (2011), os SRTs também cumprem esta importante função de adaptação à transição hospício-cidade e de recuperação de habilidades para as tarefas da vida diária. Outras opções de moradia são vagas em pensões particulares que exigem certo grau de autonomia, nem sempre presente depois da internação. Nestes casos, é necessário também que a pessoa disponha de alguma fonte de renda que pode ser obtida através da conquista de benefícios sociais disputados. No Brasil são escassas as inserções laborativas de pacientes psiquiátricos (SERRANO, 1992) e, para piorar a situação, muitos são analfabetos e não sabem fazer contas básicas, o que acrescenta mais obstáculos para gerirem suas próprias vidas.

Outro fator que estimulava a dependência institucional era a solidão e o tédio que enfrentavam ao irem embora, sobretudo quando passavam a morar sozinhos. Presenciamos casos de pacientes angustiados por não terem mais com quem conversar, por não conhecerem lugares por onde circular pela cidade, e por não saberem o que fazer no tempo livre do controle de uma autoridade. Não era raro deparar-nos com pacientes que preferiam continuar no HCTP ou que se desorganizavam ao perderem a rotina a qual se adaptaram compulsoriamente.

Um deles dizia não aguentar mais viver no HCTP, porém, uma vez fora daqueles muros, afirmou que não suportaria passar mais um feriado sozinho. Ele então entrou em crise e foi internado em um hospital não-penal. Uma das pacientes mais antigas do HCTP cometia delitos toda vez que sua desinstitucionalização se aproximava. Dizia que nunca iria embora: “Só vou sair daqui no caixão!”. Ameaçava que, se fosse, iria se drogar, fugir da casa da família e morar na rua. Outra paciente frequentemente se exaltava, gritando que queria ir embora. Quando foi morar num pensionato, foi combinado que ela poderia comparecer diariamente no HCTP para se alimentar até conseguir renda para fazer isso em outro lugar. Nesses dias, ela ficava no portão a reclamar da solidão de morar sozinha e do tédio. Uma vez disse: “Lá [no pensionato] não tem ninguém para me dar café!”.

Esta mesma mulher já trabalhara algumas vezes como faxineira, dentro e fora do HCTP. Contudo, ao ser estimulada a procurar emprego, pediu para seu acompanhante terapêutico perguntar para os estabelecimentos se havia vaga para ela, pois tinha muita vergonha de fazer isso. Presenciei também o caso de uma paciente desinternada que trabalhava eficientemente na cantina do HCTP, preparava lanches, administrava o caixa e fazia compras. Quando conseguiu uma vaga de emprego fora do ambiente protegido do hospital, arrumou diversas desculpas para não preenchê-la. Ela parecia desacreditar em seu potencial e temer se arriscar para fora das fronteiras impostas pelo seu estigma.

Há também a história de um paciente que seria cômica, se não fosse lamentável. O mesmo foi transferido para o HCTP em cadeira de rodas. Meses depois, ao ser atendido pela fisioterapeuta, respondeu a suas solicitações e andou dentro da sala de atendimento. Ao ser indagado por que não fizera isso antes, respondeu que foi porque ninguém tinha pedido para que ele andasse. Era árdua a tarefa de estimulá-lo a “andar com as próprias pernas”, literalmente. Cabe ressaltar que seu transtorno não era grave, ele era relativamente organizado, gostava de ler e queria estudar.

Um paciente idoso e desinternado tinha bastante dinheiro guardado, mas nenhum vínculo familiar. Não queria ir morar em uma instituição pública. Tentamos inseri-lo em clínicas particulares de cuidados prolongados (“asilos”), porém não conseguimos, porque as instituições alegavam que era necessário que algum parente ou amigo se responsabilizasse por sua estadia. Neste caso, a dependência foi imposta por uma força externa.

Perguntaram a um paciente se ele tinha alguma aflição em relação à desinstitucionalização. Ele respondeu que se preocupava em como seria sua rotina, como a hora de acordar, as refeições, as compras de supermercado e os cuidados com a casa, já que como ele mesmo disse: “Aqui eu não faço nada disso!”. Outro interno dizia que não queria ir embora, porque: “Doutora, lá [fora do HCTP] eu vou ter que lavar roupas?”. Contrariado argumentou: “Aqui tem lavanderia e eu já conheço todo mundo!”.

Como se pode perceber, muitas vezes, os pacientes não sabem o porquê das coisas que acontecem em seu dia-a-dia, porque há alguém (equipe multiprofissional) que protege contra imprevistos, pensa e decide *por* eles (ao invés de *com* eles). É comum a equipe técnica realizar reuniões e decidir sobre a vida do paciente. A estigmatização do louco como incapaz parece levar à maior dependência institucional e à perda de autonomia²¹.

²¹ Segundo Lima (2010), autonomia é o processo de gerir a própria vida, ampliando os modos de existência. Isto não é sinônimo de independência, mas pelo contrário, de abertura aos agenciamentos da vida.

Dado que a institucionalização tende a infantilizar os sujeitos, é importante destituir o profissional do “lugar que tudo sabe” e trabalhar a autonomia do paciente cotidianamente para minimizar a mortificação do eu. Isso pode ser possível ao envolver o usuário na construção de seu projeto terapêutico e na tomada de decisões; ao sinalizar a capacidade de ele responder às perguntas que lhe dizem respeito, mas que são frequentemente dirigidas ao profissional que o acompanha (ESTEVES, 2010). Nas palavras do CFP (2013, p. 97):

Tomar a fala do louco como orientador da intervenção sobre seu sofrimento é uma novidade, uma ruptura com a institucionalização que culminou na consagração da loucura como sinônimo de doença mental e esvaziou esta experiência de sua verdade, tornando inócuo e destituído de sentido o seu dizer.

Assim, espera-se que o paciente não seja "objeto", mas protagonista de seu tratamento e do processo de desinstitucionalização.

5 CONCLUSÃO

Algumas vezes as práticas vigentes são mais severas para com o sujeito inimputável do que com o imputável. Percebe-se então que será longo o caminho de aplicação dos preceitos dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica e de Luta Antimanicomial às medidas de segurança, sobretudo no que tange ao direito de ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde em serviços que não apartem o sujeito de sua comunidade.

Enquanto não se vivenciam mudanças nesta direção, deve-se oferecer a melhor atenção psicossocial possível aos pacientes durante sua saída do HCTP. É imprescindível fortalecer os nós da rede de saúde mental de forma a não deixar os pacientes desassistidos por um lado, nem por outro, reproduzir a relação de tutela do louco que ocorria nos manicômios em extinção. Não basta aumentar a capacidade da rede, sem problematizar o atendimento que se está oferecendo no lugar do HCTP.

Evidenciamos que a desinstitucionalização é muito mais profunda que a desospitalização e, portanto, requer complexas transformações culturais e subjetivas. Assim, é importante destituir o profissional do “lugar que tudo sabe” para que seja trabalhada a autonomia do paciente, de forma a ele participar ativamente da construção de seu projeto terapêutico e da tomada de decisões, deixando de ser objeto para ser ator em seu tratamento.

Faz-se necessário também desestabilizar o duplo estigma que captura o “louco infrator” e o coloca em um lugar cristalizado de alguém que é incapaz e, ao mesmo tempo, perigoso.

É elementar compreender que o processo de desinstitucionalização muitas vezes se constitui como momento de crise, porque simboliza rachaduras em um modo de estar no mundo dependente. Portanto, deve-se investir em dispositivos que auxiliem o paciente na transição do hospício à cidade. Ademais, uma política libertadora na área só será efetiva se envolver não apenas os usuários e os trabalhadores em saúde mental, mas também os poderes públicos, a população em geral e dispositivos para além dos equipamentos de saúde.

Pretendeu-se ao longo do trabalho dar visibilidade aos pontos de engessamento da desinstitucionalização de pessoas que cumpriram medida de segurança de internação. Para tanto, foram trazidos casos que exemplificam os desafios enfrentados neste processo. O fato de se ter priorizado os espinhos não quer dizer que não houve flores. Contudo, as vitórias ainda são pequenas diante do muito que há a ser feito em relação a estes pacientes. Colocar em evidência os entraves pode ajudar a repensar o tratamento oferecido ao “louco infrator” e a forma como tem se dado sua saída do hospital.

Cabe aos psicólogos que atuam nos HCTPs e nos serviços de saúde mental extra-hospitalares questionar continuamente os efeitos de suas práticas para que não endossem a disciplinarização, a estigmatização, nem a dependência dos pacientes que tiveram algum conflito com a lei. Esperamos que seus trabalhos possam, ao invés de focar a cura, facilitar a produção de subjetividades que se afastem daquelas produzidas em série pelo manicômio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BIONDI, Edison José; SANTOS, Jorge Luiz Fialho dos; KOLKER, Tânia; CARVALHO, Marcia Lázaro de. *Projeto de Apoio à Reinserção Social dos Pacientes Internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: SEAP/SUPS, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Recomendação nº 35 de 12 de julho de 2011*.

BRASIL. *Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940*.

_____. Ministério da Saúde. *Centro de Atenção Psicossocial – CAPS*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela>. Acesso em 20 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Lei 7.210 de 17 de junho de 1984*. Lei de Execuções Penais. Título VI: Da Execução das Medidas de Segurança.

_____. *Lei 10.216 de 06 de abril de 2001*.

_____. *Portaria/GM nº106 de 11 de fevereiro de 2000*.

_____. *Resolução nº 5 de 04 de maio de 2004*.

CARDOSO, André Raymundo de Souza; BARCELOS, Denise Soares. Os (des)caminhos da loucura judicializada. In: CARDOSO, André Raimundo de Souza (Org.). *Medida de Segurança: os (des)caminhos da razão*. Niterói: Tem bambu Tem flecha, p. 09-18, 2010.

CARRARA, Sérgio. *Crime e Loucura: o Aparecimento do Manicômio Judiciário na Passagem do Século*. São Paulo: EdUSP, 1998.

CARVALHO, Jorge Luís da Cunha. *Quando os médicos julgam e os juízes tratam: psiquiatria e normalização no sistema penal brasileiro*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

COLLUCCI, Cláudia. Esquizofrênico registra em livro a experiência de enlouquecer. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 15 jun. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2013/06/1295600-esquizofrenico-registra-em-livro-a-experiencia-de-enlouquecer.shtml>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2013.

DANTAS, Rosilene; PEREIRA, Tânia Maria Dahmer. Notas Reflexivas sobre a Relação de Custódia e o Exercício Profissional: o Caso do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. In: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda Aparecida Demétrio. *Ética e Direitos: ensaios críticos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

DINIZ, Débora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: LetrasLivres, Universidade de Brasília, 2013.

ESTEVES, Polyana. *Do manicômio à praia: trajetória política-institucional de Roberto*. Trabalho de Conclusão (Estágio em Psicologia). Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Não publicado.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2002.

_____. *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão*. Petrópolis: Vozes, 1977.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

_____. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GUARNIERO, Francisco Bevilacqua; BELLINGHINI, Ruth Helena; GATTAZ, Wagner Farid. O estigma da esquizofrenia na mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. *Rev. Psiq. Clín.*, 39(3), p. 80-4, 2012.

LIMA, Antonio Carlos de. *Entraves, Embates, Conquistas: Sobre as peripécias de um estágio, loucura e vida*. Trabalho de Conclusão (Estágio em Psicologia). Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Não publicado.

_____. Sobre a insensibilidade no trabalho prisional e a fabricação de “torturadores”: Mapeando o lugar dos ISAPs na custódia e tratamento. In: CARDOSO, André Raimundo de Souza (Org.). *Medida de Segurança: os (des)caminhos da razão*. Niterói: Tem bambu Tem flecha, p. 33-48, 2010.

MOSE, Ludmila. *Praticando uma clínica em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: dos desafios às conquistas*. Trabalho de Conclusão (Estágio em Psicologia). Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. Não publicado.

O RAPPA. *Meu Mundo é o Barro. 7 Vezes*. São Paulo: Warner Music, 1998.

PEREIRA, Tânia Maria Dahmer. Quando o camburão chega antes do SAMU: notas sobre os procedimentos técnico-operativos do Serviço Social. In: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda Aparecida Demétrio. *Serviço Social: Temas, Textos e Contextos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, p. 163-181, 2010.

RAUTER, Cristina. *Criminologia e Subjetividade no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

SABROZA, A. R.; BRUM, R.; CANTO, C.; CARINO, J. Cuidar de quem cuida: Desafios de uma equipe multidisciplinar no trabalho com famílias no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico Henrique Roxo. In: CARDOSO, André Raimundo de Souza (Org.). *Medida de Segurança: os (des)caminhos da razão*. Niterói: Tem bambu Tem flecha, p. 71-82, 2010.

SANTOS, Anne Caroline de A. *Processos de Desinstitucionalização no Município do Rio de Janeiro: acesso aos serviços de saúde/saúde mental*. Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Serviço Social e Saúde). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Não publicado.

SCARCELLI, Ianni Regia. *Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental*. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SERRANO, Alan Indio. *O que é Psiquiatria Alternativa*. São Paulo: Brasiliense, 1992. Coleção Primeiros Passos, v. 52.

SILVA, Haroldo Caetano. *PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*. Disponível em: <<http://www.premioinnovare.com.br/praticas/paili-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator>>. Acesso em: 17 set. 2013.

SILVEIRA, Pollyanna Santos da; MARTINS, Leonardo Fernandes; SOARES, Rhaisa Gontijo; GOMIDE, Henrique Pinto; RONZANI, Telmo Mota. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estudos de Psicologia*, 16(2), p. 131-138, maio-ago. 2011.

SOARES, Rhaisa Gontijo; NERY, Fabricia Creton; SILVEIRA, Pollyanna Santos; NOTO, Ana Regina; RONZANI, Telmo Mota. A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, 16(4), p. 635-645, out-dez. 2011.

SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE MENTAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Relação de CAPS na cidade do Rio de Janeiro em 2012*. Disponível em: <<http://redecapsdoriodejaneiro.blogspot.com.br>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. *PAI-PJ - Programa de Atenção ao Paciente Judiciário*. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal/acoes-e-programas/programa-novos-rumos/pai-pj/>>. Acesso em: 17 set. 2013.

VIEGAS, Renata Santos. *O Serviço Social na Desinstitucionalização dos Pacientes do Hospital de Custódia*. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Centro Universitário Augusto Motta, Rio de Janeiro, 2012. Não publicado.

ANEXO – Tabela de distribuição de ECTPs entre as unidades federativas brasileiras e respectiva quantidade de pacientes internados em 2011 (DINIZ, 2013)

UNIDADE FEDERATIVA	Nº DE ECTPs²²	Nº DE PACIENTES
Acre	-	-
Alagoas	01	98
Amapá	-	-
Amazonas	01	31
Bahia	01	151
Ceará	01	117
Distrito Federal	01	94
Espírito Santo	01	60
Goiás	-	-
Maranhão	-	-
Mato Grosso	01	30
Mato Grosso do Sul	-	-
Minas Gerais	03	296
Pará	01	165
Paraíba	01	98
Paraná	01	441
Pernambuco	01	433
Piauí	01	56
Rio de Janeiro	03	341
Rio Grande do Norte	01	45
Rio Grande do Sul	01	279
Rondônia	01	31
Roraima	-	-
Santa Catarina	01	131
São Paulo	03	1.025
Sergipe	01	67
Tocantins	-	-
TOTAL	26	3.286

²² Diniz (2013) conjectura que, nas unidades federativas que não contam com ECTP, as pessoas em medida de segurança estejam em delegacias, presídios, penitenciárias e demais instituições de custódia, ou tenham sido transferidas para outros estados.