

Sobre os "nós" dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: entre a lógica da periculosidade e procedimentos de avaliação psicossocial para desinstitucionalização de pessoas internadas nos Hospitais de Custódia do Rio de Janeiro

Monique Torres Ferreira¹

Resumo: Esse artigo é um recorte da minha pesquisa de mestrado realizada entre 2016 e 2017, período em que acompanhei os atendimentos jurídicos da Defensoria Pública da Vara de Execuções Penais aos presos provisórios e em cumprimento de medida de segurança nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo (localizado no município de Niterói) e Roberto de Medeiros (em Bangu, bairro da Zona Oeste do Rio de Janeiro). Nestas linhas, analiso as dinâmicas e disputas entre agentes da Justiça Criminal, da Rede de Saúde Mental e da Defensoria Pública sobre a categoria "periculosidade" nas perícias psiquiátricas, consideradas pelas profissionais da defensoria e das equipes técnica dos HCTPs como o "rabo da lagartixa do manicômio judiciário" que sustenta as internações de pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei. Utilizei como método a observação direta das reuniões mensais realizadas no HCTP Henrique Roxo, intitulada "Caminhos da Desinstitucionalização" e dos atendimentos da Defensoria Pública nas unidades. Interessa-me analisar as percepções que circulam entre os profissionais sobre segurança, controle e cuidado, que informam lógicas individualizantes da pessoa em sofrimento mental como essencialmente perigosa por um lado e, por outro, a ênfase na consideração de uma vulnerabilidade socialmente compartilhada e pela demanda do tratamento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em substituição à privação de liberdade. Essas lógicas por vezes estão enredadas. Meu foco será percorrer alguns desses enredamentos, explicitando as sensibilidades morais e formas de administrar conflitos que surgem a partir das interações e práticas desses profissionais.

Palavras-chave: Saúde mental; Justiça Criminal; Perícia Psiquiátrica.

Abstract: This article is an excerpt from my master's research carried out between 2016 and 2017, a period in which followed the legal services of the *Defensoria Pública da Vara de Execuções Penais* to prisoners and in compliance with safety measures in Custody and Treatment Hospitals Psychiatric Hospital Henrique Roxo (located in the city of Niterói) and Roberto de Medeiros (in Bangu, neighborhood of the West Zone of Rio de Janeiro). In these lines, I analyze the dynamics and disputes between agents of the Criminal Justice, the Mental Health Network and the Public Defender's Office on the category "dangerousness" in psychiatric expertise, considered by HCTP advocacy professionals and technical teams as the "tail of the gecko of the judicial asylum" that sustains hospitalizations of people in distress mental conflict with the law. I used as a method the direct observation of monthly meetings held at HCTP Henrique Roxo, entitled "Paths of Deinstitutionalization" and the assistance of the Public Defender in the units. I am interested in analyzing the perceptions that circulate among professionals on safety, control and care, which inform individualizing logic of the person in distress mental as essentially dangerous on the one hand and, on the other, the emphasis on considering a socially shared vulnerability and the demand for treatment in the Care Network Psychosocial (RAPS) replacing deprivation of liberty. These logics are sometimes entangled. My focus will be to go through some of these entanglements,

¹ Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da UFRJ. Bolsista CAPES. Mestre em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFF. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: moniquetorresf@gmail.com

explaining the moral sensibilities and ways of manage conflicts that arise from the interactions and practices of these professionals.

Keywords: Mental Health; Criminal Justice; Psychiatric Forensic Assessment.

Introdução

O Instituto de perícias é uma janela importante antes da sentença. O instituto de perícias pode induzir o próprio juiz de que o sujeito precisa de um tratamento. Tem perito que não quer nem olhar pra Tássia que acha que vai contaminar a “neutralidade” da perícia, como se a neutralidade existisse em algum lugar. Num outro modelo eu não precisaria desses psiquiatras de cessação de periculosidade porque tem uma equipe multi para cuidar, acompanhar a pessoa, dizer o estado de saúde do paciente. É assustador que fique em um só mecanismo. Temos que desconstruir a perícia neutra, que não conhece o paciente, mobilizar a RAPS² para o juiz entender que existe um suporte e que a pessoa tem garantido um tratamento.

O trecho destacado registra a fala de uma psicóloga durante uma das reuniões realizadas mensalmente no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, nomeada “Caminhos da Desinstitucionalização”³. Nessas reuniões, eram debatidas categorias e procedimentos de desinstitucionalização de pessoas internadas nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em funcionamento no Estado do Rio de Janeiro (O Henrique Roxo, localizado no município de Niterói, e o Roberto de Medeiros, localizado no bairro de Bangu, Zona Oeste do Rio), em regime de Medida de Segurança, na condição de internação provisória ou em razão de sentença penal condenatória. Cabe ressaltar que a Medida de Segurança é prevista pelo Código Penal (BRASIL,

² Segundo portaria nº 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS).

³ Para os profissionais da rede de saúde mental, a desinstitucionalização é feita de caminhos. Isso significa que a saída de um HCTP, ou seja, a desinternação, não está relacionada apenas à saída física de uma instituição total (GOFFMAN, 2011) mas à construção de redes relacionais e de atenção psicossocial que possibilitem à pessoa desinternada manter vínculos sociais, de moradia e realizar o tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). No caso das políticas públicas de saúde mental, como aponta Martinho (2005) “dividir, negociar e delegar encargos pelo cuidado entre profissionais, familiares, vizinhos e usuários tem-se transformado numa constante no cotidiano dos serviços de saúde mental, à medida que se procuram construir redes sociais de suporte ao louco” (p.129). Um desafio se constitui para a RAPS e para a equipe técnica dos HCTPS quando falta um dos elementos dessa equação, a família (geralmente pensando a categoria família como um vínculo de parentesco consanguíneo), ou quando o retorno familiar não é visto como possível. Nesse caso, a desinternação de um HCTP é condicionada a espera de uma vaga em Residência Terapêutica (uma moradia para pessoas desinternadas que não possuem vínculos ou possuem vínculos familiares precários).

1940) como um dispositivo aplicado quando se trata de um crime praticado por um indivíduo considerado inimputável ou semi-imputável⁴. Nesses casos, não é prevista uma pena, em que o acusado é privado de liberdade em um estabelecimento penal comum, mas uma medida, que, segundo a legislação, pode ser aplicada na forma de tratamento ambulatorial ou internação.

A equipe multidisciplinar dos HCTPs é orientada para a construção das possibilidades de vida fora dessas instituições que, apesar de nomeadas como hospital, são administradas pela Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP) e revelam em sua infraestrutura características prisionais e asilares⁵.

As possibilidades de vida fora desse espaço de confinamento são compostas na relação entre pessoas e documentos públicos. As pessoas que aparecem nas narrativas em destaque são agentes dos processos voltados para a desinstitucionalização. Isso que chamam de caminhos, trata-se de um percurso burocrático que se realiza na interação entre equipe técnica dos HCTPs (psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais), a Defensoria Pública da Vara de Execuções Penais, as pessoas internadas, que são assistidas por esses profissionais, promotores e juizes na administração do processo penal.

Na impossibilidade de dar conta da complexidade dessa rede de atores em poucas linhas, estabeleço como recorte os relatos da equipe multidisciplinar dos HCTPs no processo de construção de definições sobre categorias próprias das políticas públicas de saúde mental, com marco legal na Lei 10.216/2001. Especialmente, como acontece sua articulação com a Defensoria Pública e o judiciário na disputa pelo fechamento das “portas” de entrada e abertura das “portas” de saída dos Hospitais de Custódia.

⁴ Essas categorias são preenchidas no chamado laudo de insanidade mental, em que o perito psiquiátrico responde aos seguintes quesitos: O sujeito era, ao tempo do fato, totalmente incapaz de entender o caráter ilícito do fato e orientar-se conforme esse entendimento? Ou: O sujeito era capaz de entender o caráter ilícito do fato, mas incapaz de orientar-se conforme esse entendimento? A incapacidade, nesse caso, aparece como uma categoria chave que determina a classificação de inimputabilidade ou semi-imputabilidade. Desenvolvo a centralidade desse exame para a aplicação de Medidas de Segurança de internação ao longo do texto.

⁵ Apesar de não ser tipificado como uma pena, os HCTPS são administrados pela Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP) e a estrutura das unidades é comum ao sistema prisional. Como aponta Goffman (2013) há um conjunto de características que aproximam o hospital psiquiátrico e a prisão que convergem em sua definição de instituição total. Dentre elas, a privação compulsória da liberdade e as barreiras físicas com o mundo social mais amplo. Cabe destacar que a imposição de uma barreira física não implica em uma ausência absoluta de contato entre o dentro e o fora das instituições prisionais. Como aponta Godoi (2017) essas fronteiras são porosas, compostas por vasos comunicantes (ibidem) que fazem circular fluxos de bens, pessoas e mercadorias entre o dentro e fora da prisão. A título desta análise, trato do fechamento como “definição puramente denotativa da categoria como um ponto de partida concreto” (GOFFMAN, 2013, p.17) para articular a privação de liberdade em HCTPs como violação a direitos de pessoas com transtorno mental, bem como das moralidades punitivistas e segregadoras de profissionais do campo do direito e da psiquiatria que ainda privilegiam o encarceramento em detrimento do tratamento nos serviços de saúde mental.

Essas categorias que articulam nos espaços de reunião, que orientam a ideia de vínculo social fora da instituição como família e território, vão sendo preenchidas de sentido e pautadas como desafios de trabalho ao processo de desinstitucionalização de pessoas em sofrimento mental que passaram pelo Sistema de Justiça Criminal. Discussões sobre o estigma do louco infrator, a elaboração de projetos terapêuticos singulares⁶ e o consenso sobre a prioridade do fechamento dos HCTP's eram pautas dessas reuniões, definindo direções de trabalho das profissionais no cotidiano dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Trago alguns desses registros como forma de mapear essas categorias locais, que “adquirem seu significado em contextos locais enlaçados, por sua vez, com processos históricos particulares que são aqueles que dão forma, também local, às instituições, práticas, memórias e atores (TISCORNIA, 2000, p.52 apud EILBAUM, 2010, p. 408).

Partindo desses eventos realizados no HCTP Henrique Roxo como “processos dinâmicos de fabricação de unidades e antagonismos relacionalmente definidos” (VIANNA E FARIAS, 2011, p.86), invisto na análise das dinâmicas por meio das quais as demandas por desinstitucionalização dos pacientes são organizadas. Atento para o preenchimento de sentidos de desinstitucionalização e para a maneira como constroem as alternativas para o desafio de desfazer os “nós”⁷ dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Colocar em jogo esse desafio significa, para as profissionais da equipe, reconhecer a construção dos sentidos da política pública enquanto uma trajetória que ainda está por ser mapeada e percorrida na produção de formas de acolhimento na rede de saúde mental e projetos desinstitucionalizadores. Olhar para os “nós”, nesses termos, implica colocar no centro da discussão moralidades sobre a loucura, especialmente sobre o louco infrator, e sobre uma cultura jurídica que atualiza os mecanismos de controle e sustentam a permanência dos HCTPS.

Para construir essa análise, escolho a observação direta e registro das reuniões como forma de acompanhar as tramas institucionais, as formas alternativas de administração de conflitos elaboradas pelas profissionais da equipe técnica dos HCTPs e da defensoria pública para a desinternação de pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico através das “categorias empregadas para classificá-los, os dispositivos institucionais, as crenças e sensibilidades a que recorreram” (VILLALT, 2006, p. 142).

Divido o texto em dois tópicos. No primeiro tópico tratarei de analisar as chamadas portas de entrada dos HCTPs. Esta porta é configurada pelo Incidente de Insanidade Mental, um procedimento previsto pelo Código de Processo Penal (BRASIL, 1941) caso se tenha dúvida sobre

⁶ Segundo a página da Rede Humaniza SUS, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste em “um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar” e configura-se como um “dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família, especialmente nos serviços onde o trabalho está organizado na lógica de Apoio Matricial e Equipe de Referência”. Em: <http://www.redehumanizasus.net/tags/projeto-terapeutico-singular#sthash.1AFC62yA.dpuf>.

⁷ “Nós” e “portas” são termos colocados entre aspas por se tratar de categorias nativas, metáforas usadas pelas profissionais para se referir aos obstáculos à desinstitucionalização.

a sanidade do acusado e sua capacidade de compreender o caráter ilícito do ato praticado. Também é composta pelos entraves de acesso aos serviços de saúde mental, analisados pelas profissionais como indícios da ausência de conhecimento, por parte de atores do judiciário, da existência dos CAPS e da Rede de Atenção Psicossocial, que priorizam “o atendimento comunitário do paciente psiquiátrico em detrimento da internação asilar” (MARTINHO, 2005, p.131).

No segundo tópico, tratarei de analisar os obstáculos da “porta de saída”, que são os Exames de Cessação de Periculosidade. Estes, são entendidos pelas interlocutoras como o grande entrave da desinstitucionalização de pessoas privadas de liberdade em HCTPs. A própria nomenclatura do exame informa a lógica a que está vinculado: da “periculosidade”. Essa associação da pessoa em transtorno mental à representação de um perigo para a sociedade é uma operação construída na associação entre os campos e agentes do direito e da psiquiatria que, como aponta Diniz (2013, p.14), produz violações cotidianas ao direito de “estar no mundo”, como um direito humano, dos indivíduos que sofrem transtorno mental em cumprimento de medida de segurança. As estratégias que as profissionais organizam para o “desmonte” da categoria periculosidade e da descentralização desse exame a um único avaliador, o perito psiquiatra, bem como o desdobramento desses debates na formulação de novos procedimentos burocráticos sobre esse exame, é tema que será exposto no segundo tópico.

Mapeando as “portas” de entrada e de saída dos Hospitais de Custódia: sentidos e moralidades na construção da “periculosidade” pelas perícias psiquiátricas

Entre 2016 e 2017 acompanhei as reuniões organizadas pela equipe técnica dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado do Rio de Janeiro, nomeada pelas profissionais como “Caminhos da Desinstitucionalização”. Essas reuniões ocorriam com frequência mensal no Centro de Estudos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, localizado no Município de Niterói. A reunião era frequentada por psicólogas e terapeutas ocupacionais do Henrique Roxo, a psicóloga do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, psicólogos do Roberto de Medeiros. Também frequentava as reuniões a Defensora Pública da Vara de Execuções Penais, seus estagiários e servidora, membros do Observatório de Saúde Mental e Justiça Criminal da UFF, a Supervisora de desinstitucionalização dos municípios do Rio de Janeiro, estudantes de psicologia, membros da Comissão de Prevenção e Combate à tortura do Estado do Rio de Janeiro e profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial⁸ de diferentes territórios.

⁸ Segundo definição formal da Portaria 3.088 do Ministério da Saúde: “Art. 7º. O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial. § 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com

As pautas debatidas eram definidas coletivamente por esses profissionais ao final de cada reunião, conforme as demandas que identificavam ser mais urgentes, tendo como foco a desinstitucionalização e a desospitalização⁹ das pessoas internadas nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo e Roberto de Medeiros.

Como principal temática condutora do debate nesses eventos, as “portas” configuram uma metáfora do arranjo institucional que sustenta o fluxo de entrada e saída dos internos nos HCTPS, ou seja, o processo de institucionalização e desinstitucionalização.

Para as profissionais, olhar para a porta de entrada significa tratar de dois movimentos. Primeiro, a importância do fortalecimento da rede de saúde mental, que compreende os CAPS distribuídos por bairros e municípios. Uma rede de saúde mental forte significa ampliar o acesso e a possibilidade de tratamento para pessoas em sofrimento mental. Discutir porta de entrada, nesta linha, implica na disputa de sentidos das políticas públicas de saúde mental, colocando como prioridade o tratamento na RAPS em substituição à medidas de internação. Também implica no debate sobre obstáculos materiais como investimentos públicos na infraestrutura desses serviços.

Outro ponto de conexão, além do debate sobre a acessibilidade no sentido literal aos serviços de saúde mental, diz respeito ao conhecimento dos serviços. Isso porque, existe um distanciamento que as profissionais identificam por parte dos atores do Sistema de Justiça Criminal, que não conhecem o funcionamento desses serviços, e por parte da sociedade de maneira mais ampla sobre a existência de espaços de assistência psicossocial gratuitos nos territórios¹⁰ do Estado do Rio de Janeiro e dos Municípios.

Esse segundo conjunto de questões é elencado em torno dos chamados Incidentes de Insanidade Mental. Trata-se de um exame médico-legal ordenado por um juiz “ou a requerimento do Ministério Público (MP), do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado” (BRASIL, 1941, art.149) caso haja “dúvida sobre a integridade mental do acusado” (ibidem).

Nesta perícia, o psiquiatra deve responder se o réu era, ao tempo da ação, “inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (BRASIL, 1940, art. 26). Em caso afirmativo, o perito deve responder se o tratamento indicado é ambulatorial ou de internação. O foco desta questão, segundo a defensora pública e as profissionais

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

⁹ Segundo meus interlocutores, a desospitalização consiste na saída do hospital psiquiátrico, de forma literal, enquanto que a desinstitucionalização é entendida enquanto processo que é construído, projetando a saída das pessoas em regime de internação através do projeto terapêutico e acolhimento nos serviços públicos de saúde mental.

¹⁰ Território, no sentido exposto, é uma categoria do campo da saúde mental sobre os estabelecimentos e serviços de assistência psicossocial disponíveis, que tem como base as divisões regionais por bairros onde são distribuídos os Centros de Atenção Psicossocial.

da rede de saúde mental, está no fato de que as perícias vêm indicando, em grande parte dos casos, medida de internação provisória em HCTP, quando o tratamento indicado pela rede de saúde mental seria de tratamento ambulatorial em um CAPS.

Por outro lado, a porta de saída está associada ao Exame de Cessação de Periculosidade. Este exame é realizado por um perito psiquiatra sempre que a execução da medida de segurança, ou mesmo a prisão provisória, atinge o prazo mínimo¹¹. Nesse caso, o exame era realizado por um perito psiquiatra no Instituto de Perícias Heitor Carrilho¹² e resultava na produção de um documento público que era anexado ao processo penal, que buscava responder, como o próprio nome sugere, se cessou ou não a “periculosidade” da pessoa internada que está sendo avaliada. Responder se “cessou” a periculosidade era até então a questão central desse exame que atribuía o destino do interno, a manutenção ou não da privação de sua liberdade, a um único perito responsável por essas avaliações que, de acordo com meus interlocutores, eram realizadas em um tempo de cerca de quinze minutos.

A ideia de periculosidade aparece, então, como uma justificativa chave para manutenção da internação nos HCTPs. O obstáculo da porta de saída se complexifica pois, segundo as profissionais, a lógica da periculosidade atravessa não só os peritos, mas também o judiciário na figura de promotores e juizes. Ao juiz é atribuída a competência de decidir se aceita ou não as indicações do perito no exame de cessação de periculosidade. Uma crítica das interlocutoras aos agentes do judiciário é que estes operadores têm reiterado, nas sentenças judiciais, o laudo dos peritos favoráveis à continuidade da internação em detrimento dos relatórios produzidos pela equipe multidisciplinar das unidades.

Esses relatórios são formalizados como Projetos Terapêuticos Singulares e consistem na produção de um documento pela equipe técnica de saúde mental das unidades em que consta a avaliação psicossocial de pessoas internadas. A elaboração do PTS tem como critério o preenchimento de uma série de requisitos elencados pela Portaria 3.088 de 2011 como fundamentais para o processo de desinstitucionalização de pessoas dos Hospitais Psiquiátricos e HCTPs: Vínculo com o território, vínculo com um CAPS¹³, vínculo com a família ou a possibilidade de uma vaga

¹¹ Segundo o código Penal, Art. 97§ 1º “A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.” Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm.

¹² O Heitor Carrilho foi o primeiro manicômio judiciário do Estado do Rio de Janeiro. Em funcionamento desde 1921, o Heitor Carrilho teve suas portas fechadas para internação psiquiátrica em fevereiro de 2016. Atualmente funciona como Instituto de Perícias formado por uma equipe de psiquiatras que produz os laudos de insanidade mental e os exames de cessação de periculosidade. Esses documentos compõem o processo penal e atribuem fundamento do ponto de vista jurídico para internação em Hospital de Custódia, em caráter provisório, ou, no caso do exame de cessação de periculosidade, ainda servia de base para decisões judiciais pela desinternação ou pela manutenção dos indivíduos em regime de internação nos HCTPs.

¹³ Os CAPS são divididos por município e a pessoa em sofrimento mental deve buscar tratamento no CAPS mais próximo de sua residência. Em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

em Residência Terapêutica¹⁴, Este documento indica as possibilidades de vida das pessoas que estão em internação, demonstrando condições materiais para que seja desinternado, e é anexado ao processo penal, por parte da defesa no processo, para fundamentar a saída de pessoas internadas dos HCTPs.

Para as profissionais, o fato de juízes e promotores considerarem o laudo da perícia em detrimento do relatório produzido pela equipe que acompanha o cotidiano das pessoas em regime de internação, revela que os processos de decisão são baseados em um julgamento moral sobre o louco infrator que resulta em uma seletividade da escuta e leitura propriamente dita desses relatórios.

A lógica da periculosidade, portanto, que informa moralidades sobre pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, figura como obstáculo à porta de saída dos HCTPs. Ao decidir quem deve continuar privado de liberdade apesar do trabalho construído pela equipe técnica para desinstitucionalização, atuam como “empreendedores morais” (BECKER, 2008). Definem os termos do “perigo” e do “desvio” construindo interacionalmente, em suas rotinas burocráticas, a distinção entre desviantes e não desviantes, sujeitos “normais” e sujeitos “perigosos”. Na função de promotores e juízes, os agentes fundamentam suas decisões com base em uma representação sobre o louco infrator como se, aquele que atravessou os limites das regras de conduta criminais pelo código penal, passassem a adquirir o status de sujeito do qual pode se esperar que volte a praticar crimes, um perigo em potencial. Esse atravessamento por uma perspectiva patológica do desvio, orientada pela analogia médica, fundamenta dois séculos¹⁵ de internações psiquiátricas (CARRARA, 1998).

Dessa forma, atualizada no cotidiano de instituições psiquiátricas e dos tribunais através de práticas profissionais, a periculosidade é sedimentada e vista pelas interlocutoras da equipe técnica de saúde mental dos HCTPs como um entrave de acesso à justiça. Acesso à justiça, nessa perspectiva, significa o acesso a resultados em benefício à saúde mental que não impliquem em uma internação psiquiátrica, que contemplem as demandas por tratamento e considerem mecanismos disponíveis das políticas públicas de saúde mental (os CAPS e a RAPS). Está fundado, nesse sentido, no reconhecimento não só de um direito legal, mas sobretudo do “direito moral” que, segundo Luís Roberto Cardoso de Oliveira (2011), implica no acesso ao direito de ser ouvido. Em

¹⁴ Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde dispostas na Portaria Nº106/2000: Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social”. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/Matriz%20de%20Consolidacao/comum/4437.html#:~:text=%5BArt.,ao%20portador%20de%20transtornos%20mentais.>

¹⁵ Segundo Carrara (1998, p.27), “através desse processo, em que se empenharam médicos, juristas e outros profissionais, generalizou-se a idéia de que existe uma diferença de essência entre as transgressões realizadas por sujeitos considerados “alienados” – que não teriam controle nem consciência de suas ações – e aquelas provenientes de indivíduos considerados “normais” – que teriam controle sobre suas ações e plena consciência de seu caráter delinquente ou desviante”.

outros termos, significa a consideração, pelos agentes do Sistema de Justiça, das narrativas das pessoas privadas de liberdade e da rede de saúde mental nos processos decisórios. No próximo tópico, analiso os efeitos dessa lógica da periculosidade nas perícias psiquiátricas, aprofundando a insatisfação das profissionais da equipe em relação a seus resultados. Destaco, ainda, as alternativas de ação criadas por elas para definir uma outra linguagem nos documentos públicos e criação de novos procedimentos burocráticos com o objetivo de substituir os exames de cessação de periculosidade.

Entre “periculosidade” e “vulnerabilidade”: alternativas em disputa pelas definições das portas de saída dos HCTPs

É um trabalho árduo para construir o PTS, tem que ser reconhecido pelo MP, pelo juiz, pela Defensoria. A gente faz o PTS para desinternar, aí vem o perito que não conhece e diz que tem que internar e o juiz acata, isso aqui é um presídio, só tem nome de manicômio. Aí tem uma sentença absolutória imprópria e o juiz sentencia pela internação, e a pessoa já tava desinternada, já tava bem! Não adianta o perito colocar “de acordo com a Lei 10.216” pedindo tratamento ambulatorial porque o juiz, o promotor, não sabem aonde, não tem informação[...]A coisa mais grave disso tudo é a mentalidade, eles esquecem da rede [...]ele vai ser tratado na rede, por que um Hospital de Custódia? Esse é um grande entrave que a gente tá lidando, a gente tem que dar confiança para o juiz de essa pessoa vai ser tratada na rede, o juiz precisa de um nexos causal.

A fala de Sônia¹⁶, psicóloga do Henrique Roxo, explicita o descontentamento em relação ao resultado de uma perícia e uma sentença judicial considerada injusta, pois desconsidera a escuta como parte do processo de decisão. A lógica do judiciário, conforme o exposto, está ancorada na categoria periculosidade, informada pela ideia de que pessoas em sofrimento mental representam um perigo para a sociedade e, portanto, devem ser objeto da intervenção médico-psiquiátrica. Para aprofundar essa discussão, destaco a fala de Nara, psicóloga do Henrique Roxo: “Tem aqueles 15 minutos de fama pra comprovar a um perito, que é o mesmo que fez aquele primeiro laudo, que agora é uma pessoa casta, que não vai mais ofender, cometer crime nenhum [...] a gente não responde nem pela gente”. Nara coloca em perspectiva a limitação do tempo da perícia psiquiátrica e como ela se mostra insuficiente enquanto um instrumento de resposta sobre o estado de saúde mental das pessoas internadas que passam por essa avaliação.

O uso da categoria prova sugere o caráter inquisitorial que atravessa o processo de construção da perícia, tal como a função que a prova assume no processo penal. Assim como para a defesa no processo criminal cabe “provar” a inocência do réu, na perícia psiquiátrica cabe ao preso

¹⁶ Todos os nomes atribuídos aos interlocutores citados são fictícios.

provar ao perito a “cura”, ou seja, que não sofre mais de transtorno mental grave e que, portanto, não representa “perigo” para a sociedade.

Como demonstra Kant de Lima (2009, p.32), o processo de produção da verdade jurídica, sustentada no sistema de prova legal, é fundado em uma “revelação divina e na qual não interessam os fatos, mas apenas aquele que demonstra que tem razão, através de testes ou provas que solicitam a intervenção sobrenatural”. Característica descrita também por Vargas (2012, p.252) sobre o processo penal brasileiro em que “a “verdade” das partes deve ser abandonada em proveito da “verdade real”. Do mesmo modo, os códigos em vigor no Brasil abraçam uma concepção de verdade “a ser descoberta” e não de verdades socialmente produzidas”. Dessa maneira os indícios de provas são construídos de modo a criar o mundo dos fatos “e ao mesmo tempo apresentam esses fatos como se fossem propriedade de algo e não produzidos por alguém”(ibidem, p.250).

Esse processo de produção da verdade também se encontra na “medicina, com o espaço que lhe é conexo, o hospital” (FOUCAULT, 2014, p.197). Conforme a descrição do autor, o hospital, a partir do século XVIII, configura uma “aparelhagem complexa que devia, ao mesmo tempo, fazer aparecer e produzir realmente a doença” (FOUCAULT, 2014, p.198), como lugar de “constatação para uma verdade escondida e de prova para uma verdade a ser produzida” (ibidem, p.197) É nessa ambiguidade que se insere o exame psiquiátrico forense. Ao mesmo tempo que o perito se encarrega de “descobrir” um transtorno mental, na fala e nos gestos da pessoa que está sendo avaliada, e, portanto, descobrir a periculosidade (visto que a doença mental está acoplada a essa categoria), produz, pela sua própria posição de poder e saber, os termos que conferem o estatuto de verdade sobre o perigo que a pessoa representa. Nesse sentido, apresenta a periculosidade como característica inerente do louco infrator, não como categoria produzida socialmente e em contextos institucionais específicos.

Nesses termos, determinar se a periculosidade foi cessada significa provar que o indivíduo não “carrega” mais consigo a possibilidade de cometer um crime. O ponto que Nara critica é que o próprio conceito sugere um grau de previsibilidade sobre o futuro que não é possível de mensurar, não só em relação à vida e às ações de pessoas em sofrimento mental em regime de internação, como à vida de qualquer pessoa. Uma das frases em destaque “a gente não responde nem pela gente”, dá ênfase ao fato de que a complexidade da vida não cabe em projeções pré-determinadas de futuro, e destaca que a imprevisibilidade sobre ações e resultados não é um elemento que se pode atribuir exclusivamente a pessoas que sofrem transtorno mental.

Ao fazer essa associação, busca desentrelaçar a doença mental da ideia de imprevisibilidade e perigo, assim como destaca Ana, também psicóloga do Henrique Roxo:

O critério do perigoso não pode ser um critério, não pode existir, é uma mácula no trânsito de possibilidades da pessoa no mundo social [...]ainda tem um referencial

teórico da criminologia positivista do início do século passado, de que o centro do crime é o réu, tanto da categoria periculosidade quanto do exame de sanidade.

As interlocutoras evidenciam o que o embricamento entre direito e psiquiatria nesse campo produz de efeito para as pessoas privadas de liberdade, as “consequências da engrenagem médica e jurídica que os mantêm em restrição permanente de direitos” (DINIZ, 2013, p.14). Como aborda a autora no Censo¹⁷ produzido sobre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil:

Não há evidências científicas na literatura internacional que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental. Periculosidade é um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, um conceito em permanente disputa entre os saberes penais e psiquiátricos. É em torno desse dispositivo, no meu entender antes moral que orgânico ou penal, que o principal resultado do censo se anuncia. Diagnóstico psiquiátrico e tipo de infração penal não andam juntos. (ibidem, p.15).

Enquanto empreendimento moral, o processo de classificação de um indivíduo como perigoso passa pelas sensibilidades jurídicas (GEERTZ, 2014) e psiquiátricas dos profissionais que o classificam e fundamentam critérios próprios de aplicação desse dispositivo de controle social através da perícia e das decisões judiciais. Esses critérios que, na fala que destacarei a seguir, podem parecer improváveis pela ausência de validade científica, produzem resultados concretos na vida das pessoas internadas submetidas a esses exames. “Entre a lei e a psiquiatria é que os indivíduos transitam: são internados, vão e voltam, recebem alta ou desaparecem” (DINIZ, 2013, p.14). Segue o relato de uma das psicólogas:

Durante a perícia o perito perguntou: Você gosta de vinho? e o paciente respondeu: “eu gosto”, daí o perito constatou que ele era perigoso pois podia beber e cometer um novo delito! O resultado foi uma sentença de mais de um ano de internação! [...] Em audiência a juíza disse que eu e Mônica éramos muito boazinhas e bem-intencionadas e por isso nós achávamos que ele podia ser desinternado[...]nos sentimos desrespeitadas.

As psicólogas exemplificam em suas falas a injustiça enquanto violação de um “direito moral” (OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso de, 2011). Como exemplifica a fala de Sônia que abre este tópico, ao relatar o caso de um paciente em que a rede produziu um projeto terapêutico fundamentando sua desinternação e indicando tratamento ambulatorial e o juiz, orientado

¹⁷ O Censo mapeou dados sobre internações por medidas de segurança em 26 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil. Até o momento de produção e levantamento de dados do Censo, eram “3.989 homens e mulheres internados em hospitais ou alas psiquiátricas de presídios” (DINIZ, 2013, p.13).

exclusivamente pela perícia, decide pela manutenção da internação, segundo ela, “esquecendo” da Rede de Saúde mental. Isso que traduzem como esquecimento e falta de confiança de juízes e promotores em seu trabalho é interpretado como um “*ato de desconsideração*, que caracterizaria um insulto moral” (OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso de, 2011, p.19) ao trabalho realizado por elas no cotidiano, uma vez que é percebido como “um ato ou atitude que agride direitos de natureza ético-moral” (ibidem). Ressaltam, nesse sentido, uma dimensão de acesso a direitos que ultrapassa a conquista formal de um direito legal, mas diz respeito sobretudo a um direito moral, onde o que está em jogo é a “consideração à *pessoa* de seus interlocutores” (ibidem, p.38).

Nesse cenário, conquistar a confiança desses agentes consiste em uma reivindicação ao reconhecimento do próprio trabalho, ou seja, em sua capacidade enquanto profissionais qualificadas, que possuem o poder de falar de forma “autorizada” e “com autoridade” (BOURDIEU, 1996, p.57) sobre o tratamento e a elaboração de um projeto terapêutico para o paciente.

Outra questão em relação a ausência de reconhecimento do trabalho da rede consiste no fato, como abordam as psicólogas, terapeutas e assistentes sociais dos HCTPs, de que estas realizam um trabalho contínuo com as pessoas internadas dentro das unidades, participando de seu cotidiano. Elas possuem, portanto, um conhecimento sobre o quadro clínico e o histórico de vida e constroem esse conhecimento através de um trabalho diário nas unidades. Por isso, quando o judiciário atribui mais peso ao parecer do perito, que tem um contato muito breve e restrito com as pessoas internadas, o que está em perspectiva é a desvalorização de seu trabalho.

As falas que destaco apontam para a relevância que as equipes técnicas dos HCTPs atribuem ao diálogo com agentes do judiciário (principalmente juízes penais e promotores) no sentido de transmitir informação e reivindicar o tratamento na rede de saúde mental. Como indica a fala de Ana: “a gente não vai conseguir avançar muito sem conversar com o judiciário[...] nós da rede de saúde mental temos que dialogar com o MP”. Nas suas falas, mencionam a Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001) como um dos motes para pensar a desconstrução da categoria periculosidade, mas ultrapassam as definições normativas ao afirmar que os rumos das políticas públicas acontecem através das ações das próprias profissionais em suas práticas cotidianas e no contexto das reuniões e eventos da rede de saúde mental onde os sentidos das políticas públicas são definidos e operados.

Quando reivindicam a Lei da Reforma Psiquiátrica como pauta do debate, ressaltam os dispositivos legais que tratam das internações compulsórias com caráter de excepcionalidade, ou seja, como última alternativa quando “os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”

(BRASIL, 2001, art.4º)¹⁸. Outros documentos como o Parecer do Ministério Público sobre Medidas de Segurança¹⁹, a Portaria 3.088 de 2011 de e a Resolução nº 5 de 2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e penitenciária²⁰ (que vincula a medida de segurança aos preceitos da Lei 10.216/2001), são reivindicados como fundamento para desinstitucionalizações e o progressivo fechamento dos HCTPs. As profissionais mobilizam esses dispositivos normativos como estratégia de diálogo para tensionar o judiciário no sentido de reconhecer que os Hospitais de Custódia não possuem os recursos necessários²¹ ao tratamento, uma vez que agregam características de um sistema prisional. Como aponta Carrara (1998, p.27) o HCTP “chama a atenção justamente para a diferença que existe entre as duas “espécies” (de confinamento, o hospital psiquiátrico e a prisão) e isso por sobrepô-las em um mesmo espaço social”, caracterizando-se fundamentalmente “por ser ao mesmo tempo um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar” (ibidem).

¹⁸ Ao reivindicar o tratamento na rede de saúde mental e as incongruências entre a Lei 10.216 e as práticas de internação compulsória nos HCTPs, as profissionais mobilizam como argumento o texto do art. 4º da Lei que dispõe: “Art. 4º. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.” Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.

¹⁹ O parecer é formulado por: “uma comissão multidisciplinar constituída por reconhecidas autoridades em atenção psicossocial foi convocada a realizar uma análise da legislação penal, processual penal e da Lei de Execuções Penais (LEP) no tocante ao cumprimento de medidas de segurança, tanto ambulatoriais, quanto em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), à luz da lei n. 10.216/2001, da qual resulta este parecer sobre o tratamento jurídico-legislativo dispensado à pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, cumprindo medidas de segurança no país” (p. 10).

²⁰ Dentre os dispositivos de adequação dos HCTPs à Lei 10.216, destaco: “5. A medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado de modo a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc. (art. 4º, § 2º). 6. A atenção deverá incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção de projetos voltados ao desenvolvimento da cidadania e à geração de renda, respeitando as possibilidades individuais. 7. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social”. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf>.

²¹ Ao falar sobre esses recursos, as profissionais reivindicam um direito legal do paciente, conforme os seguintes preceitos da Lei 10.216. Art. 2º: “Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I-ser acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II-ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III-ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; VII-receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII-ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX-ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”.

Segundo Sônia, uma das formas de falar e se fazer compreender para os atores do judiciário começa pela mudança nas categorias de entendimento sobre a pessoa em sofrimento mental. Tirar a categoria periculosidade desses exames e atribuir-lhe uma outra forma foi a pauta que, a partir dos debates descritos, passou a orientar as reuniões seguintes voltadas a pensar as estratégias de diálogo com o judiciário para a desinstitucionalização. A intervenção de Sônia ilustra a sugestão sobre essas mudanças e aponta para seus significados do ponto de vista da saúde: “O que a gente introduziu no lugar da periculosidade para o juiz é o conceito de vulnerabilidade, é um sujeito vulnerável a si mesmo e ao meio, que pode ser provocado; é muito mais amplo do que a categoria periculosidade, que coloca toda a questão no indivíduo”.

Se a periculosidade tem como foco o indivíduo e o perigo potencial que representa para a sociedade por “carregar” a doença mental e a possibilidade de desvio, a ideia de vulnerabilidade retira o foco sobre a pessoa para pensar no “meio”, na sociedade enquanto produtora de vulnerabilidade. Nesse sentido, redireciona também o foco do perigo, que não se encontra no indivíduo “portador”²² de uma doença mental, mas no ambiente externo de maneira mais ampla, aos perigos que fazem parte da condição de vulnerabilidade compartilhada por todos como condição de estar no mundo.-Destaco a fala de Ana:

• CAMPO • MINADO •
Estudos Acadêmicos em Segurança Pública

• Não é perigoso, é vulnerável: é isso que a gente coloca nos nossos textos. A vulnerabilidade não tá na pessoa; não podemos substituir uma etiqueta por outra.[...]a gente coloca em pauta fazer esse mapeamento da história anterior e familiar do sujeito, e que possa fundamentar o PTS [...]a ideia de vulnerabilidade cria uma obrigação das pessoas em relação aquele sujeito. Nesse sentido, chama atenção para a obrigação da sociedade em relação à vida desta pessoa.

Essa ideia de vulnerabilidade que as profissionais trazem às reuniões evoca as discussões de Butler (2015) sobre vida precária. A ideia de precariedade articulada pela autora implica no reconhecimento de uma condição compartilhada da vida humana sobre a qual viver socialmente implica em depender de outros:

Nossas obrigações são precisamente para com as condições que tornam a vida possível, não para com a “vida em si mesma” ou, melhor dizendo, nossas obrigações surgem da percepção de que não pode haver vida sustentada sem essas condições de sustentação, e que essas condições são, ao mesmo tempo, nossa responsabilidade política e matéria de nossas decisões éticas mais árduas. (BUTLER, 2015, p. 43)

²² Carregar e portar uma doença mental são categorias que circulam em instituições jurídicas e psiquiátricas, como se o transtorno mental fosse algo que se acoplasse ao indivíduo, atribuindo-lhe um estigma (Goffman, 1988) que restringe todos os outros dados de sua biografia a uma única informação: o diagnóstico da doença mental.

Ao atribuir centralidade à categoria vulnerabilidade no lugar da periculosidade, os atores reconhecem a precariedade da vida, e que sua “sobrevivência depende do que poderíamos chamar de uma “rede social de ajuda”. É exatamente porque um ser vivo pode morrer que é necessário cuidar dele para que possa viver” (Ibidem, p.32).

Informadas por esses sentidos da condição de vulnerabilidade partilhada, as profissionais da saúde evocam a responsabilidade de todos os atores implicados na rede e nas políticas públicas de saúde mental em relação as pessoas em sofrimento mental. Chama à responsabilidade também os agentes que operam o sistema de justiça, como parte de uma estrutura social mais ampla, para compreender as questões de saúde e os mecanismos das políticas públicas de saúde mental disponíveis.

Segundo elas, é urgente que o judiciário reconheça as demandas e os conflitos sociais que ensejam as situações que atravessam a saúde mental e a justiça criminal de forma a descentralizar a noção de culpa individual, produzindo, dessa maneira, decisões mais justas. Propõem, portanto, uma desconstrução da ideia de perigo que incide sobre as pessoas que sofrem transtorno mental em conflito com a lei e reivindicam o acionamento do corpo social, que nas suas falas envolve mais diretamente família e relações sociais mais próximas. Evocam também a responsabilidade do Estado para a garantia da promoção da saúde através da gestão e investimento de recursos financeiros para operacionalizar as políticas públicas, tomando para si “o dever de cuidar dessa população e proteger seus direitos fundamentais” (DINIZ, 2013, p.16).

É nesse contexto que as interlocutoras localizam o tensionamento de categorias como a periculosidade como um pressuposto estratégico no trabalho de abertura das portas de saída dos Hospitais de Custódia. Uma vez que estabeleceram consensos sobre a necessidade de dar fim aos exames de cessação de periculosidade, as profissionais elencam como pauta a produção de um documento substitutivo a esse exame.

O evento organizado para debater a porta de saída se encaminhou na direção de propor uma mudança no procedimento burocrático que sustenta a manutenção das internações psiquiátricas em HCTPs. As provocações da equipe técnica dos Hospitais de Custódia resultaram na proposta da Defensora Pública de substituir o exame de cessação por um “Laudo de Avaliação Psicossocial” (LAP): Esse laudo consistiria em um documento que seria produzido e assinado por todos os profissionais da equipe multidisciplinar atuantes nos HCTPs que acompanham as pessoas em internação. Dessa maneira, retiraria a centralidade da perícia, voltando a atenção para um documento que seria produzido pela equipe técnica dos HCTPs.

A partir desses eventos e da exposição dos conflitos em relação às categorias de entendimento próprias do judiciário e da saúde mental, foram produzidos ajustamentos entre a equipe de saúde e a defensoria pública e, posteriormente, entre estes e uma promotora do Ministério Público e o diretor do Instituto de Perícias Heitor Carrilho. A promotora e o diretor estiveram

presentes na reunião seguinte à configuração LAP no auditório do Henrique Roxo a convite da defensora pública, que apresentou a proposta do novo exame e retomou os pontos em relação à perícia psiquiátrica.

Na última reunião que acompanhei em ocasião da pesquisa, houve um debate em torno da necessidade do perito avaliar as condições de internação junto com a equipe técnica. O acordo final entre estes profissionais deu origem ao Exame Multiprofissional de Avaliação Psicossocial (EMPAP) que seria um documento produzido com base em um laudo médico pericial e a avaliação psicossocial da equipe técnica de referência. Este exame, nesse sentido, é resultado de disputas dos saberes médico, judiciário e da assistência psicossocial e define consensos entre os agentes sobre o novo procedimento burocrático a ser administrado no processo de desinternação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Essa mudança produziu um diálogo mais amplo sobre os procedimentos de desinternação e desinstitucionalização. Sobre os desdobramentos dessa mudança do “fazer burocrático” e o que ela produz, na prática, como contribuição para o esvaziamento dos Hospitais de Custódia no Estado do Rio de Janeiro e para a produção de sensibilidades antimanicomiais é um outro processo que cabe ser desdobrado em novas pesquisas.

Este artigo escrito a partir de uma pesquisa de campo realizada entre os anos de 2016 e 2017 encontra, pelo marco temporal estabelecido, a limitação de não abarcar todos os desdobramentos que se desenrolaram nos anos seguintes. Por outro lado, apresento esses dados registrados e analisados em um cenário diferente do atual para dar conta em alguma medida de abordar parte da história de mobilização da defensoria pública junto à rede de saúde mental e outros atores da sociedade civil nesse período. Desde então, o investimento na luta antimanicomial vêm sofrendo ataques²³ por parte do Governo Federal, Estadual e Municipal. Desde 2018 houve uma série de contingenciamentos de recursos da Rede de Atenção Psicossocial. No dia 18 de Maio de 2020, dia da Luta Antimanicomial, o Ministro da Saúde interino “extinguiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas aplicáveis a pessoa com Transtorno Mental em conflito com a Lei (EAP)” (ABRASCO, 2020) e estabelece um prazo de 180 dias para finalizar repasses aos

²³ Dentre esses ataques à Reforma Psiquiátrica, refiro-me, dentre outras medidas à Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017, que insere os Hospitais Psiquiátricos na Rede de atenção Psicossocial (RAPS), prevê o aumento de leitos psiquiátricos em Hospitais gerais de 15 para 20% e que estes estejam 80% ocupados como condicionante para recebimento de recursos de custeio; também retira investimentos na área da atenção psicossocial para aplicar em novos leitos psiquiátricos. A portaria é considerada pelos profissionais como um retrocesso, no campo da gestão pública, das conquistas do Movimento Antimanicomial. Outro ataque foi o contingenciamento de recursos de cerca de 30% do orçamento da Rede de Atenção Psicossocial desde o início da gestão do prefeito Marcelo Crivella. Em 2018, o Governo Federal, por meio da Portaria nº 3.659 de 14 de novembro de 2018 suspendeu o repasse de recursos à RAPS (Incluindo os CAPS, as Residências Terapêuticas e as Unidades de Atendimento) e de leitos de saúde mental em Hospitais gerais, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial. Essa suspensão de repasses foi de cerca de 77 milhões e afetou diretamente os profissionais da rede e a estrutura dos serviços.

Estados e Municípios que possuam EAP.²⁴ Esse processo de precarização da RAPS e esvaziamento dos serviços de saúde mental das unidades prisionais, incluindo os HCTPS, estão colocados como desafios para serem debatidos coletivamente por profissionais, usuários dos serviços e pesquisadores desse campo.

Considerações finais

Neste artigo analisei alguns enquadramentos (GOFFMAN, 2012) de sentidos que as profissionais da equipe técnica dos HCTPs e da defensoria pública articulam sobre as “portas” de entrada e de saída dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Nas reuniões periódicas realizadas no auditório do HCTP Henrique Roxo, esses profissionais identificaram como principais obstáculos para desinstitucionalização de pessoas internadas em HCTPs as perícias psiquiátricas, na forma dos incidentes de insanidade mental e dos exames de cessação de periculosidade que serviam de instrumento para atribuir legitimidade e manutenção das internações compulsórias.

As profissionais também elencam como obstáculo de acesso à justiça de pessoas que sofrem de transtorno mental em conflito com a lei a ausência de conhecimento por parte do judiciário das políticas públicas de saúde mental e apontam, ainda, a desconsideração por parte de juízes e promotores dos argumentos da defesa e da equipe técnica dos hospitais de custódia nos projetos terapêuticos construídos por elas. O resultado dessa ausência de reconhecimento e consideração do trabalho da rede de saúde mental é a produção de sentenças judiciais que concluem, enfim, que o sujeito deve permanecer internado mesmo com projeto terapêutico estruturado, pois sua “periculosidade” supostamente não foi cessada. Esse horizonte em que juízes e promotores são orientados ainda por uma lógica manicomial, representa, segundo minhas interlocutoras, um entrave de acesso à justiça.

Nessa perspectiva, o acesso à justiça aparece atrelado ao reconhecimento dos direitos das pessoas que sofrem transtorno mental, como o direito a serem tratadas na rede de saúde mental, e não privadas de sua liberdade mediante internação compulsória em uma instituição com características asilares como os HCTPs. Identificados esses obstáculos da desinstitucionalização, as profissionais definem como estratégia a desconstrução da categoria periculosidade e propõem sua substituição pelo conceito de vulnerabilidade, retirando o foco sobre a pessoa para pensar no “meio”, na sociedade enquanto produtora de vulnerabilidade. Compartilhando desse conceito,

²⁴ A reportagem publicada no site da ABRASCO em que consta a íntegra da Nota Técnica elaborada pelo Colégio Nacional de Defensores Públicos Gerais (CONDEG) encontra-se disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/nota-tecnica-critica-extincao-do-servico-a-presos-com-transtornos-mentais-feita-pelo-ministerio-da-saude/49133/>

transmitem para os juízes, promotores e o diretor do Instituto de Perícias presentes na reunião, chamando à responsabilidade desses profissionais para o conhecimento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

A explicitação dos conflitos através do debate de ideias e categorias que envolvem saúde mental e justiça criminal resultou na modificação de um procedimento burocrático. Os exames de cessação de periculosidade foram substituídos por um novo tipo de exame, o EMPAP (Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial), no qual as profissionais da equipe técnica poderiam preencher os caminhos da desinstitucionalização das pessoas internadas nos HCTPS, desatrelando, dessa forma, este documento que fundamenta a saída do Hospital e Custódia do ponto de vista exclusivamente de um perito psiquiatra. Por fim, o contato com as categorias e práticas da defensoria pública e da equipe técnica de saúde mental através dos atendimentos jurídicos e dos eventos organizados por essa rede de profissionais, revelaram a importância de se fomentar o debate sobre as moralidades e categorias de pensamento que orbitam e incidem sobre a loucura, especialmente sobre os casos que atravessam saúde mental e justiça criminal.

Olhar para a desinstitucionalização revelou tanto impasses da política pública como da administração jurídica e burocrática em relação aos presos que cumprem medida de segurança. Percebi, da observação dessas interações, que o “nó” que sustenta as internações psiquiátricas é evidenciado no domínio da linguagem e do pensamento, ainda orientados por uma lógica de encarceramento da loucura. No domínio da linguagem, em relação aos significados que as palavras assumem através do discurso de médicos e juristas e que ativam procedimentos burocráticos que configuram um obstáculo à desinstitucionalização dos pacientes dos Hospitais de Custódia, contribuindo para reproduzir formas de violência institucional (EILBAUM, 2006).

De pensamento, na perspectiva de que os sentidos dessas palavras ainda são orientados por uma lógica manicomial, também observáveis nos debates sobre definições das políticas públicas que, conforme as profissionais da equipe e as pessoas internadas compulsoriamente enunciam nos atendimentos jurídicos, muitas vezes não abarcam a complexidade das demandas em relação aos seus projetos desinstitucionalizadores.

Estes são reconhecidos como os desafios da rede de saúde mental em relação aos caminhos da desinstitucionalização. Colocar essas classificações em perspectiva, bem como os contextos em que as categorias de entendimento sobre doença mental, justiça criminal e políticas públicas são definidas e ressignificadas enunciam trajetórias possíveis de análise sobre os dispositivos de controle de pessoas em transtorno mental em conflito com a lei e como esses dispositivos são operados pelos profissionais que atuam entre a saúde mental e a justiça criminal. Os desdobramentos desses percursos ainda estão por serem mapeados visto estarem em processo constante de construção através das dinâmicas de trabalho cotidiano desses profissionais.

Bibliografia

ABRASCO. Nota técnica crítica extinção do serviço aos presos com transtornos mentais feita pelo Ministério da Saúde. **Site Oficial**, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/nota-tecnica-critica-extincao-do-servico-a-presos-com-transtornos-mentais-feita-pelo-ministerio-da-saude/49133/>. Acesso em: 03 de julho de 2020.

A CLINICA AMPLIADA E O PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR. **Rede Humaniza SUS**. 03 de outubro de 2018. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/tags/projeto-terapeutico-singul#sthash.1AFC62yA.dpuf>. Acesso em: 30 de junho de 2020.

BECKER, Howard. **Outsiders: Estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BERGER, Peter & LUCKMANN, Thomas. **A sociedade como realidade subjetiva**. In: A construção social da realidade: tratado da sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1985.

BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Linguísticas: O que Falar Quer Dizer**. 2. ed. São Paulo Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

BRASIL. Decreto Lei nº 3.689 de 03 de outubro de 1941. Institui o Código de Processo Penal. DF, Congresso Nacional [1941]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 11/06/2019.

BRASIL. Decreto Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. DF, Congresso Nacional [1940]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 30 de junho de 2020.

BRASIL. Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>. Acesso em: 29 de junho de 2020.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 06 de abril 2001. Dispõe sobre a proteção de direitos de pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Congresso Nacional [2001]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 30/06/2020.

BRASIL. Portaria 3.088 de 23 de dezembro 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 29 de junho de 2020.

BRASIL. Portaria nº 3588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ [2017]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 30 de junho de 2020.

BRASIL. Portaria nº 3.659 de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, 2018. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n. Acesso em: 30 de junho de 2020.

BUTLER, Judith. **Introdução: Vida precária, vida passível de luto**. Em: Quadros de Guerra: Quando a vida é passível de luto? Editora Civilização Brasileira, 2015.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. EdUFRJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. Resolução nº 5 de 4 de maio de 2004 Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnppc/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2020.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. [recurso eletrônico] / Debora Diniz. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

EILBAUM, Lucia. **O corpo do acusado: Escrita, oralidade e direitos na Justiça Federal Argentina cidade de Buenos Aires**. In: GROSSI, Miriam Pillar (Org.). Antropologia e Direitos humanos, vol. 4. Blumenau: Nova Letra, 2006

EILBAUM, Lucía. **"O bairro fala": conflitos, moralidades e justiça no conurbano bonaerense**. Tese de Doutorado. Niterói: Programa de Pós-graduação em Antropologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, UFF, 2010

FOUCAULT, Michel. **A Casa dos Loucos**. In: Microfísica do Poder. 28ª edição. Paz e Terra, 2014.

GODOI, Rafael. **Fluxos em Cadeia: as prisões de São Paulo na virada dos tempos**. Boitempo; Edição: 1, 2017.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da identidade deteriorada**. Editora LTC, 1988.

_____ **Introdução.** In: Os quadros da experiência social: Uma perspectiva de análise. Editora Vozes, 2012.

_____ **Manicômios, prisões e conventos.** Editora Perspectiva, 2013.

KANT DE LIMA, Roberto. Sensibilidades jurídicas, saber e poder: bases culturais de alguns aspectos do direito brasileiro e uma perspectiva comparada. **Anuário Antropológico.** 2009-2, 2010; 25-51

SILVA, Martinho Braga Batista e. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 15(1):127-150, 2005.

Ministério Público Federal; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/2001. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf. Acesso em 30 de junho de 2020.

OLIVEIRA, Luís R. Cardoso de. **Direito legal e insulto moral: dilemas da cidadania no Brasil, Quebec e EUA.** Rio de Janeiro: Garamond, 2011. – (Coleção Direitos, conflitos e segurança pública).

VARGAS, Joana. Em busca da “verdade real”: Tortura e confissão no Brasil ontem e hoje. **Revista Sociologia e Antropologia,** V. 02. 03: 237-265, 2012.

VIANNA, Adriana e FARIAS, Juliana. A guerra às mães: dor e política em situações de violência institucional. In: **Cadernos Pagu (37),** julho-dezembro de 2011:79-116.

VILLALTA, Carla. *La apropiación de «menores»:* entre hechos excepcionales y normalidades admitidas. In: **Revista Estudios,** nº 16, año 2005, CEA-Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba: 2005.