

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU EM PSICOLOGIA**

**CARTOGRAFANDO POTÊNCIAS: O TRABALHO DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR DO INSTITUTO DE PERÍCIAS HEITOR
CARRILHO**

Tatiana Rodrigues Marinho Madureira

**NITERÓI
2021**

TATIANA RODRIGUES MARINHO MADUREIRA

**Cartografando potências: o trabalho da Equipe Multidisciplinar do
Instituto de Perícias Heitor Carrilho**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós Graduação do Departamento de psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para o título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Helena Tedesco

**NITERÓI
2021**

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

M178c Madureira, Tatiana Rodrigues Marinho
 Cartografando potências: o trabalho da Equipe
 Multidisciplinar do Instituto de Perícias Heitor Carrilho. /
 Tatiana Rodrigues Marinho Madureira ; Silvia Helena Tedesco,
 orientador. Niterói, 2021.
 136 f.

 Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
 Niterói, 2021.

 DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGP.2021.m.15321724784>

 1. Manicômio judiciário. 2. Medidas de segurança. 3.
 Saúde mental. 4. Perícia. 5. Produção intelectual. I.
 Tedesco, Silvia Helena, orientador. II. Universidade Federal
 Fluminense. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD -

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

TATIANA RODRIGUES MARINHO MADUREIRA

**Cartografando potências: o trabalho da Equipe Multidisciplinar do
Instituto de Perícias Heitor Carrilho**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós Graduação do Departamento de psicologia da Universidade federal Fluminense, como requisito parcial para o título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Helena Tedesco

Banca Examinadora – Defesa

Silvia Helena Tedesco (orientadora)
Universidade Federal Fluminense

Beatriz Adura Martins (examinadora)
Universidade Federal Fluminense

Fernanda Maria de Oliveira Guimarães Santos (examinadora)
Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo

Maria Lenz Cesar Kemper (examinadora)
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

NITERÓI, 2021

Dedico este escrito à Rosane, Aldano e a Paulo Davi.

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a Deus pela vida e pela oportunidade de finalizar mais um projeto em minha jornada. Neste momento difícil que a humanidade está vivenciando, onde há muitas incertezas e dúvidas acerca do nosso futuro, sou muito grata por hoje ter a oportunidade de finalizar o meu percurso no mestrado. Percurso este marcado por muitas alegrias, aprendizados, mas também por lutas, choros, recomeços, parcerias e muitos afetos. Sou muito grata por tudo que vivenciei e aprendi nesta experiência.

Agradeço à minha família, meus pais, Solange e Hélio, por acreditarem em mim, por serem meus exemplos de vida e por toda ajuda durante toda esta caminhada. Não há palavras para expressar o meu amor e gratidão por tudo que eles fazem por mim! Ao meu amor, Mário André, pela parceria, pela paciência, leituras, edições, conversas, por me ouvir e não duvidar em nenhum momento de que eu conseguiria. Aos meus irmãos e irmãs, Eduardo, Valeska, Thiago e Thaynná, que sempre com muita alegria me apoiavam em cada passo que eu dava.

Agradeço aos meus amigos que são minha família, Agatha, Carol, Anna, Thomaz, Taciana e Pedro, por compartilharem os momentos felizes, mas também os difíceis desta caminhada. À minha sogra Bia por caminhar junto comigo, me dar forças e me tranquilizar em alguns momentos que foram muito importantes para mim.

À minha amiga Jaque, que acreditou em mim antes mesmo de eu acreditar, ela foi a pessoa que me estimulou a me inscrever no programa, sem ela eu não teria nem tentado. Muito obrigada pelo carinho, pela força, pela ajuda desde os tempos de estágio! Ela é uma inspiração para mim!

À minha amiga e parceira de pesquisa, Tali, pelo companheirismo desde o início desta aventura, não soltamos a mão uma da outra em nenhum momento. Foi muito importante tê-la comigo, eu costumo dizer que sem ela eu não teria conseguido terminar esta caminhada. “Tamo juntas”!

Ao meu grupo de pesquisa da UFF, Mateus, Tânia e Marden, pelo acolhimento, pelas trocas e sugestões! E em especial para minha orientadora Silvia Tedesco, por todas as orientações!

Gratidão!

Ainda por uma sociedade sem manicômios.

RESUMO

Este projeto faz parte de uma pesquisa de Mestrado, realizado no Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFF, sendo um dos trabalhos componentes do Observatório Nacional de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos/UFF. A temática proposta está relacionada à Saúde Mental e Justiça Criminal, tendo como orientação ética a Reforma Psiquiátrica. Mesmo com os avanços da Reforma Psiquiátrica, os chamados “loucos infratores” ainda continuam recebendo a Medida de Segurança e sendo internados em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), um hospital-prisão. O que deveria ser uma medida para tratamento, na prática se assemelha a uma medida punitiva, o que difere dos direitos garantidos ao portador de transtorno mental descritos na Lei 10.216 (2001). Este trabalho busca traçar uma reflexão acerca das estratégias de substituição do HCTP pela Rede de Atenção Psicossocial, por meio da análise dos processos relacionados a decisões sobre a internação dos pacientes, ou seja, intervenção sobre ações de porta de entrada. O trabalho de campo consiste no acompanhamento da Equipe Multidisciplinar do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, que realiza a produção de relatórios de equipe multidisciplinar de saúde mental do Rio de Janeiro, e utiliza a cartografia como método de pesquisa. O trabalho desta equipe é muito importante para embasar a decisão do Juiz quanto à forma do cumprimento da medida de segurança, pois pode contribuir para consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e para extinção dos HCTPs. Com isso, busca-se dar visibilidade ao trabalho desenvolvido por esta equipe e sistematizar suas ações para viabilizar acesso ao tratamento adequado e de qualidade ao sujeito em sofrimento psíquico que se encontra em situação de conflito com a lei, respeitando seus direitos e sua singularidade.

Palavras-chave: Medida de Segurança; Equipe Multidisciplinar; Perícia.

ABSTRACT

This project is part of a Master's research, carried out in the Graduate Psychology Program at UFF, being one of the component works of the National Observatory on Mental Health, Justice and Human Rights / UFF. The proposed theme is related to Mental Health and Criminal Justice, with Psychiatric Reform as an ethical guideline. Even with the advances of the Psychiatric Reform, the so-called "crazy offenders" still receive the Security Measure and are admitted to a Hospital for Custody and Psychiatric Treatment (HCPT), a prison hospital. What should be a treatment measure, in practice, is similar to a punitive measure, which differs from the rights guaranteed to patients with mental disorders described in Law 10.216 (2001). This project searches to reflect on the strategies for replacing HCTP by the Psychosocial Care Network, through the analysis of processes related to decisions on the hospitalization of patients, that is, intervention on doorway actions. The fieldwork consists of monitoring the Multidisciplinary Team from Heitor Carrilho Institute of Expertise, which produces reports from a multidisciplinary mental health team in Rio de Janeiro, and they use cartography as a research method. The work of this team is very important to support the Judge's decision on how to comply with the safety measure, as it can contribute to the consolidation of the Psychiatric Reform in Brazil and the extinction of HCPT's. With this, we intend to give visibility to the work developed by this team and systematize their actions to enable access to adequate and quality treatment for the subject in psychological distress who is in conflict with the law, respecting their rights and their uniqueness.

Keywords: Safety Measure; Multidisciplinary team; Expertise.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS	Ad Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CSM	Centro de Saúde Mental
EAP	Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a lei
ECTPs	Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HCTP-HC	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho
HCTP-HR	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo
IPHC	Instituto de Perícias Heitor Carrilho
LEP	Lei de Execuções Penais
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental
PPL	Pena Privativa de Liberdade
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção psicossocial
RT	Residência Terapêutica
SEAP	Secretaria de Estado de Administração Penitenciária
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SOE	Serviço de Operações Especiais
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
DEFININDO O PROBLEMA	19
TRAÇANDO UM MÉTODO	25
1. LOUCURA, REFORMA E MEDIDAS DE SEGURANÇA	37
2. PRÁTICAS EXITOSAS: PAI-PJ, PAILI E EAP	69
3. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO INSTITUTO DE PERÍCIAS HEITOR CARRILHO	77
3.1 Gênese.....	79
3.2. Objetivos	84
3.3. A prática do trabalho	85
3.4. Resolução: um debate sobre a institucionalização	86
4. ATRAVESSAMENTOS DO CAMPO	89
4.1. Neutralidade médica	89
4.2. A perícia	93
4.3. Perigosa desassistência	97
4.4. A precariedade do sistema	104
4.5. A questão dos usuários de drogas	106
4.6. Entrevistas com as famílias	111
4.7. Relatório Multiprofissional	114
4.8. Desafios	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
Anexos	134

INTRODUÇÃO

Vivemos hoje um momento de distanciamento e isolamento social no mundo em função de uma pandemia causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), ou Covid-19¹, causador de doenças graves como pneumonia viral, cardíaca, neurológica, entre outras. Nesse sentido, a escrita desta pesquisa se dá neste contexto de recolhimento e isolamento. Todos os dias assistimos nos noticiários uma tragédia de pessoas morrendo em diferentes lugares do planeta, ao ponto de vermos corpos serem transportados em caminhões para serem incinerados. O sistema de saúde de vários países entrou em colapso por ter uma demanda mais alta de pacientes do que se poderia atender, muitas pessoas têm morrido em função de não conseguir um aparelho respirador².

Quando entramos em estado de quarentena aqui no Rio de Janeiro, logo minha pesquisa de campo no Instituto de Perícias Heitor Carrilho (IPHC) foi suspensa e as visitas familiares nos presídios também. A recomendação é para que todos que possam fiquem em casa, evitem o contato social, se protejam e quem precisar sair, que mantenha uma distância mínima de 2 metros de cada pessoa. De imediato surgiu a preocupação sobre as pessoas que estão presas nas prisões e nos manicômios. Como exigir esta distância mínima em celas lotadas de pessoas? E o efeito foi o aumento dos casos de contágio nos estabelecimentos penais³. Estão cada vez mais evidentes os privilégios que muitas pessoas têm; ficar em casa em isolamento, é um privilégio de poucos e hoje pode definir quem vive e quem morre. É uma escolha que muitas pessoas não podem fazer.

É inevitável lembrar do estado de quarentena causado pela peste que Foucault nos traz, em seu livro *Vigiar e Punir* (1987), para introduzir todo um sistema que fala da sociedade disciplinar, isola-se para se conter o contágio, isola-se para se controlar, vigiar e punir. Ele nos afirma em uma sociedade mercadológica como a nossa, o ser humano só é considerado útil quando está produzindo. A quarentena é um modelo “prototípico dos dispositivos disciplinares que fazem penetrar o regulamento e a norma nos mais finos detalhes da

¹Disponível em: < <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/11/oms-declara-pandemia-de-coronavirus.ghtml> > Acesso em: 12/04/2021.

²Disponível em: < <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52655692> >; < <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/20/desligo-os-respiradores-e-os-ajudo-a-morrer-em-paz-relatos-de-uma-uti-com-pacientes-de-covid-19.ghtml> > Acesso em: 12/04/2021.

³Disponível em: < <https://www.otempo.com.br/politica/casos-de-covid-19-em-presidios-tem-aumento-de-800-e-cnj-recomenda-soltura-1.2348785> > Acesso em: 12/04/2021.

existência a partir do funcionamento capilar do poder moderno” (MIZOGUCHI; PASSOS, 2020, p. 7).

Através do capitalismo podemos ver os efeitos dos instrumentos de fazer morrer e deixar viver, pois quando uma pessoa para de produzir, ela passa a ser considerada indesejável, pois coloca a ordem do capital em risco e se torna uma despesa, logo, a sua morte se torna banal. Para os Governos fascistas seria ótimo se morressem as pessoas que geram gastos. E é isso que vemos na banalização das mortes das pessoas que corroboram os grupos de risco nesta pandemia: idosos, pessoas com doenças crônicas que precisam do Estado para se tratarem, presidiários e cumpridores das medidas de segurança.

Ficamos mais de 3 (três) meses sem Ministro da Saúde e já são mais de 350 mil mortes e 13 (treze) milhões de infectados no nosso país⁴. Outro dia o Presidente da República do Brasil, disse que “era só uma gripezinha”, que os brasileiros mergulham no esgoto e não acontece nada, ele defende a manutenção da atividade econômica, dizendo que “alguns vão morrer” como se fossem descartáveis, através de uma banalização da morte neste momento trágico que a população brasileira está enfrentando. Temos visto portarias importantes para o cuidado em saúde mental sendo revogadas⁵, um sucateamento da saúde pública, e o enfraquecimento das políticas públicas da Atenção Psicossocial. Podemos ver o exercício da necropolítica, que suprime a diversidade e nega a pluralidade das formas de vida, fatal para uma parte da população brasileira que contempla negros, loucos, homossexuais, transexuais, indígenas e grupos minoritários⁶. Entretanto, tem ocorrido uma mobilização dos movimentos de resistência e organização da sociedade civil que tem resistido e feito frente a estas forças que visam enfraquecer a saúde pública.

Sob a epidemia fascista, o que está em jogo é um vírus cuja disseminação se dá a partir da máquina de Estado transformada em uma espécie estranha de máquina de guerra que tem como função final a realização completa do nihilismo: a máquina de Estado operando exclusivamente através da composição de forças postas a serviço da destruição e da abolição do que quer que seja. É aqui que o sentido infectológico e o sentido político da epidemia se fazem absolutamente sintônicos: o contágio biológico da doença e da morte espalhando-se em um governo não menos mortífero – um governo que, mais do que isso, ecoando todos os lemas fascistas, é apaixonado pela morte (MIZOGUCHI; PASSOS, 2020, pág. 4).

⁴Disponível em: < <https://covid.saude.gov.br/> > Acesso em: 12/04/2021.

⁵Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/brasil/general-interino-da-saude-extingue-servico-do-sus-de-apoio-presos-com-transtornos-mentais-24458711> > Acesso em: 12/04/2021.

⁶“Grupos minoritários” faz referência à palavra “minoría”, que nesse caso, não se refere a um número menor de pessoas, à sua quantidade, mas sim a uma situação de desvantagem social.

Esta pesquisa está na contramão desta política de produção de morte, aqui interessa dar lugar às multiplicidades das existências, por isso procuro refletir sobre a questão das medidas de segurança no nosso país, que é um importante nó para que se avance na garantia de direitos e na produção de saúde de uma população que é constantemente mortificada em instituições manicomiais.

O Observatório de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos (UFF), que aloja e fomenta esta pesquisa, tem o objetivo de contribuir para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico e promover discussões para orientar as estratégias de fechamento da porta de entrada do manicômio judiciário no Rio de Janeiro.

A produção de pesquisas na área da produção de subjetividade é muito importante, pois através do ato de pesquisar, espera-se que se produza uma reflexão crítica na sociedade com relação aos processos de subjetivação na área da saúde mental, da justiça e dos direitos humanos.

Este trabalho busca traçar uma reflexão que permeie as estratégias de substituição do HCTP pela Rede de Atenção Psicossocial, por meio da análise dos processos relacionados às decisões sobre a internação dos pacientes, ou seja, intervenção sobre ações de porta de entrada. Esta análise é sobre uma iniciativa criada por funcionários da assistência da SEAP (Secretaria de Estado de Administração Penitenciária) sensíveis à aposta da lei da Reforma Psiquiátrica. Tal iniciativa teve lugar a partir de discussões sobre Reforma Psiquiátrica e o direito a tratamento eficaz desenvolvido no Fórum Caminhos da Desinstitucionalização realizado no HCTP-HR (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo) que contava com a presença de profissionais que atuavam na SEAP, na Rede de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, profissionais da Justiça, defensores, Juízes, entre outros, que lá se reuniam para discutir sobre estes temas. O trabalho de campo consiste no acompanhamento da Equipe Multidisciplinar do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, responsável pela produção de relatórios de saúde mental do Rio de Janeiro; utiliza a cartografia como método de pesquisa e exige uma postura ética-política que visa fortalecer iniciativas que valorizem a vida, que contribuam para uma sociedade que inclua a diferença.

A equipe Multidisciplinar do Instituto de Perícias Heitor Carrilho está localizada na porta de entrada dos HCTPs no Rio de Janeiro, esta pesquisa busca dar visibilidade ao trabalho desenvolvido por esta equipe, pois acredita-se que o trabalho operado por esta equipe

pode ser usado como um importante facilitador do fechamento da porta de entrada dos HCTPs no Rio de Janeiro, contribuindo, desta forma, para que se ofereça um cuidado efetivo às pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, para o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil e para a garantia dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico através dos questionamentos nos relatórios, na realização das perícias, que favoreçam a ampliação da visão que a sociedade tem sobre a pessoa em sofrimento psíquico em conflito com a lei.

A internação produz agravos à saúde mental das pessoas, pois dentro do ambiente de tutela, a pessoa constrói seu território existencial sob a falta de protagonismo, falta de vínculos afetivos com o que se identifica, muitas vezes não são vistas como cidadãos e tem seu direito a liberdade impedido. Goffman (1961) nos fala que a saúde dentro das instituições totais como o manicômio judiciário, é sinônimo de subordinação, de assujeitamento, de submissão às regras que produzem o aumento do sofrimento psíquico da pessoa e opera uma mortificação do eu, muitas pessoas “perdem” sua identidade e se tornam mortos vivos, muitas vezes vivendo dopadas pelo uso de medicações exageradas, o que potencializa e opera uma redução do território existencial das mesmas. A equipe pode favorecer o aumento da possibilidade de se encaminhar os pacientes direto para a RAPS, sem que a pessoa seja submetida a estas violências produzidas nas instituições totais, que será abordado mais a frente neste texto.

A manutenção da porta de entrada que perpetua vivo o fluxo de pessoas para internação no HCTP sustenta a existência do manicômio judiciário no Brasil atualmente. Enquanto existir a instituição haverá demanda! Existem algumas experiências que facilitam a otimização da porta de saída, que são feitas através das desinternações que visam à inserção social do sujeito. Contudo, é necessário ressaltar que, otimizar a porta de saída é interessante, mas não contribui para o fechamento dos manicômios, antes pode contribuir para o fortalecimento do mesmo, pois não adianta haver um fluxo de desinternação se as pessoas continuarão sendo internadas. Somente o fechamento da porta de entrada aliada à abertura da porta de saída segue na direção de extinção do manicômio judiciário. A ação mais efetivamente antimanicomial é intervir na porta de entrada e por isso esta pesquisa se debruça sobre o trabalho de uma equipe que se faz numa potência para intervir neste momento da porta de entrada. Neste trabalho será abordado mais a frente o relatório que a equipe produz e que traz os elementos necessários para uma articulação e encaminhamento do sujeito para cumprimento da medida de segurança na RAPS.

A desinstitucionalização da loucura engloba muito mais do que se pensar a porta de saída ou a desospitalização, é necessariamente pensar a porta de entrada. As condições para que uma pessoa saia do manicômio são aquelas em que a pessoa é considerada dócil, domesticada e que já tenha atestada a suspensão da periculosidade. Contudo, é preciso dizer que, algumas mudanças têm ocorrido no sentido de romper com esta noção de periculosidade, através de um questionamento desta noção, em que o critério passa a ser ter rede e projeto de desinstitucionalização sólido.

Não é possível que se faça uma reabilitação dentro do manicômio, pois a reinserção social é o tratamento e não um efeito deste. Esta é a orientação clínica que se tem na saúde mental, a clínica se dá no reestabelecimento dos processos, trabalha na criação e fortalecimento dos laços e vínculos afetivos, impulsionando o território existencial da pessoa. E dentro da instituição não há produção de nexos, exceto os nexos de assujeitamento, de subordinação, de obediência cega, de ausência de protagonismo e de mortificação do eu. É importante dizer que, a intenção não é desvalorizar os avanços do trabalho construído na porta de saída, mas sim dizer que somente ele não é suficiente. É necessário avançar mais para ampliar e atingir o ponto nodal, que é a porta de entrada, com estratégias que promovam uma maior articulação para o aumento de encaminhamento e de vagas na rede de saúde mental, fora do manicômio judiciário.

Infelizmente, a equipe multidisciplinar é gerida pela SEAP e não pela SES (Secretaria de Estado de Saúde), o que traria benefícios pelo foco poder ser a saúde e não a segurança pública. Porém, há muito que se ganhar com esta iniciativa, pois suas experiências e seus efeitos podem contribuir com pistas para implementação da EAP (Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a lei) no Rio de Janeiro, como exemplo: a sensibilização, através da construção de uma cultura de práticas exitosas; revelar impasses e resoluções encontradas nos conflitos; revelar a viabilidade de pesquisas sobre reincidências baixas; construção de uma cultura de desinstitucionalização do louco infrator na sociedade, nos profissionais de saúde mental, nos operadores da Justiça e desta forma, romper com o punitivismo e com a contradição de criminalização da pessoa em sofrimento psíquico.

Além da importância que a Lei Antimanicomial, a Lei 10.216 (2001), seja consolidada no cuidado ao louco infrator, este tema é relevante no contexto atual, pois

estamos vivendo um momento delicado de perda de direitos em um governo conservador, fascista, um Estado racista e assassino, que opera através do que Mbembe (2016) chama de necropolítica e por isso é muito importante que se fortaleça a busca pela garantia dos direitos já consolidados, como uma estratégia de enfrentamento a este momento opressor.

Por isso, é importante pensar a porta de entrada do manicômio judiciário, pois apesar de já termos conseguido muitos avanços da Reforma Psiquiátrica no país, as instituições asilares continuam resistindo ao movimento da Luta Antimanicomial, sobretudo ao “tratamento” destinado a pessoa em sofrimento psíquico, que carrega o estigma da periculosidade. A periculosidade foi uma noção forjada pela Psiquiatria, numa associação com o Direito, que se apropriou da “loucura”, na tentativa de se produzir a figura do perigoso que justificasse a exclusão de uma parcela da população dentro dos manicômios, contribuindo, desta forma, para o estabelecimento da Psiquiatria como disciplina científica necessária à sociedade e para a produção de uma sociedade que se submeta às normalizações sem questionar. Com a produção desta noção, a sociedade passa a reproduzir estes sujeitos como se fossem um risco à ordem social, como um ser perigoso e que por isso deve ser excluído e combatido. É preciso estimular a discussão para transformar o imaginário social acerca da loucura.

Inicialmente, trarei um apanhado das bases que fundamentam esta pesquisa e para isso será necessário trazer alguns elementos do Movimento da Luta Antimanicomial, através de um breve histórico da loucura, da Reforma Psiquiátrica que ocorre no Brasil e suas influências. Não há como pensar a Saúde Mental sem pensar a Luta Antimanicomial, as questões de gênero e raça, mas foi preciso fazer um recorte da pesquisa, por isso a reforma será abordada seguindo o movimento de publicação da lei da Reforma, tendo como orientação principal o fechamento da porta de entrada dos manicômios judiciários no Brasil. Também serão abordadas as principais características da saúde mental de base comunitária, a forma de cuidado e como o transtorno mental é produzido nas circunstâncias psicossociais.

Após desenvolverei uma discussão acerca das medidas de segurança, suas características, suas contradições e ilegalidades. Abordarei também o tema da periculosidade, com o objetivo de desmistificar esta noção e contribuir para a descriminalização da loucura. Na prática das perícias percebe-se que a noção de periculosidade ainda opera, mesmo com todos os avanços com relação a este tema.

Em seguida, trarei uma breve colocação acerca das iniciativas inovadoras que influenciam a concepção de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico em confronto com a lei, que são bases para qualquer iniciativa que pretenda ser eficaz neste âmbito de cuidado. Inicialmente abordarei o PAI-PJ, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), um programa desenvolvido em Minas Gerais, e que realiza o acompanhamento da pessoa em sofrimento psíquico que tenha cometido algum delito. Os juízes das varas criminais determinam a intervenção do PAI-PJ nos casos que julgam necessário e a equipe multidisciplinar do PAI-PJ auxilia o juiz na tomada de decisão sobre a melhor medida judicial a ser aplicada em cada caso, objetivando o tratamento, a responsabilização e a inserção social do sujeito.

Utilizarei o exemplo do PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator), do estado de Goiás, como um modelo bem sucedido no encaminhamento das medidas de segurança nos serviços substitutivos ao manicômio judiciário, que garante os direitos ao louco infrator⁷, corroborados na lei 10.216/2001 que impede a internação asilar como recurso terapêutico. É um programa eficiente que parte da abolição do manicômio e redireciona para o cuidado em liberdade na atenção psicossocial, por isso, pode nos mostrar as bases de como uma política pode funcionar no fechamento dos manicômios e na sua substituição pela Rede de Atenção Psicossocial. Contudo, o PAILI atua somente após a perícia e a emissão da sentença do juiz, o que é uma das principais críticas que este programa recebe.

Trarei ainda a experiência da EAP (Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei), que é uma equipe que realiza a avaliação e o acompanhamento das medidas de segurança, faz uma articulação entre os pontos de conexão da rede de saúde mental e estimula a desinstitucionalização. A EAP pode atuar em qualquer ponto do sistema, audiência de custódia, delegacias, entre outros, e agir antes da sentença, o que pode minimizar os riscos de judicialização de muitos casos. Recentemente observamos a tentativa de acabar com as EAPs, porém, houve resistência, os movimentos se mobilizaram e conseguiram barrar a anulação desta equipe e acabaram fortalecendo a EAP.

Assim como a equipe técnica do PAILI é de suma importância para tornar possível a viabilidade das práticas Antimanicomiais no Estado de Goiás, a Equipe Multidisciplinar do

⁷ Louco infrator e pessoa em sofrimento psíquico são utilizados aqui como sinônimos.

Instituto de Perícias Heitor Carrilho no Rio de Janeiro também se faz muito importante, por poder atuar juntamente com os peritos na realização das perícias de sanidade mental e por estar localizada no ponto chave que é a porta de entrada do manicômio judiciário do Rio de Janeiro e com isso poder oferecer subsídios que ajudem ao juiz na indicação de uma possível medida de segurança de caráter ambulatorial, a ser cumprida na RAPS.

É uma equipe multidisciplinar, em que se articulam várias profissões, demonstrando um olhar que não é centrado no saber médico, o que faz uma grande diferença neste campo de realização das perícias que predominantemente foi um campo ocupado somente por médicos. O que ocasiona uma ruptura no modo de funcionar da perícia forense, que vai em direção à perspectiva Antimanicomial. Essa interface entre saúde e justiça é muito endurecida no cuidado ao louco infrator, a segurança é que comanda e se sobrepõe à saúde nas decisões sobre as medidas de segurança a serem aplicadas. A escolha por uma equipe multidisciplinar se dá justamente porque a perspectiva da atenção psicossocial exige uma articulação de diferentes saberes e práticas na produção de saúde, pois entende-se que esta é a estratégia mais potente e eficaz.

Em virtude disso, como já dito, é importante notar que no Rio de Janeiro nós temos uma equipe Multiprofissional da SEAP, que funciona segundo a lógica da segurança e não da saúde, contudo, a equipe Multidisciplinar do Instituto de Perícias Heitor Carrilho tem realizado um trabalho inédito, na tentativa de “furar” este sistema, que consiste em colocar as necessidades de saúde do sujeito como prioridade no cumprimento das medidas de segurança e não as de segurança, que visam punir aquele sujeito e que geram a produção de subjetividades capturadas por esta noção que criminaliza a loucura.

Abordarei a Equipe Multidisciplinar do Instituto de Perícias Heitor Carrilho do Rio de Janeiro como uma importante protagonista no processo de fechamento da porta de entrada do manicômio judiciário no Rio de Janeiro. Trarei discussões e questionamentos que se produziram ao longo do processo de acompanhamento desta equipe. No Rio de Janeiro é a primeira vez que temos uma ação efetiva voltada para o possível fechamento do manicômio, esta é também uma das poucas pesquisas sobre porta de entrada do manicômio, que se dá numa tentativa de contribuir efetivamente no avanço da reforma no país. Por isso, trarei alguns pontos que serão discutidos como: a questão da neutralidade médica, a perigosa desassistência, a perícia, a precarização do sistema, os conflitos institucionais existentes entre

os membros da equipe, as entrevistas com as famílias, os relatórios, entre outros, que são importantes para entendermos em que contexto se dá o trabalho desta equipe, quais os desafios e potencialidades que a mesma encontra no seu exercício profissional.

DEFININDO O PROBLEMA

Para definição do problema de minha pesquisa, faz-se necessário expor um pouco do contexto em que se encontram as medidas de segurança no Rio de Janeiro atualmente. Quando penso em século XXI, eu gostaria de pensar que avançamos bastante nas estratégias de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. No entanto, é importante pontuar que mesmo depois da Lei 10.216 (2001), a Lei da Reforma Psiquiátrica, podemos ver que nos manicômios, nos hospitais penais e nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, pouco se avançou na atualização das práticas de cuidado.

Inúmeras são as justificativas para enviar e manter uma pessoa no manicômio. Ainda é bastante comum vermos pessoas depositadas em um hospital psiquiátrico, muitas vezes com a justificativa de que a internação é necessária para que as equipes técnicas do local possam avançar na construção do seu PTS⁸, que deve ser voltado para a inserção social da pessoa que, paradoxalmente, se encontra em regime de internação, o qual sabemos que agrava a situação psicossocial da pessoa. Outros motivos dados como justificativa para indicação de uma medida de internação nos manicômios judiciais ocorrem em função da gravidade do delito e do seu nexos com a suposta periculosidade do sujeito (que continua sendo critério de indicação, só que velado); a necessidade de estabilização psicológica – só possível pela via da internação - e ainda a argumentação de que o sujeito que não tem onde morar e nem como se sustentar, isso justificaria uma medida de internação para proteção deste sujeito; também em função do sucateamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que contém os dispositivos de cuidado mais indicados para o acompanhamento destas pessoas, como se este dispositivo não conseguisse cuidar destes pacientes e por aí vai...

⁸ Projeto Terapêutico Singular (PTS) como o conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar e, se necessário, com apoio matricial. Como o PTS tem como uma das metas a responsabilização e a potencialização da autonomia dos usuários, visando a sua participação ativa no processo terapêutico, enquanto sujeitos de direito, o PTS deve ser construído e pactuado com os indivíduos e/ou coletivos envolvidos no conflito que motivou a medida terapêutica. Recomenda-se que o PTS seja elaborado pelo serviço de referência da rede, contando com subsídios da EAP, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e suas referências familiares e comunitárias, visando à construção de corresponsabilização no cuidado e o estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede. (CARTILHA DA EAP, 2014, pág.20).

A Reforma Psiquiátrica avançou fora dos muros do manicômio, mas dentro, ainda está ultrapassada, no sentido de que as práticas continuam sendo de silenciamento, de domesticação e de subordinação, pois, não há como não ser por se tratar de uma instituição total (GOFFMAN, 1961). Hoje, sabe-se que o melhor tratamento para uma pessoa em sofrimento psíquico, que tenha ou não cometido um delito, é na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e que a escolha em internar uma pessoa em uma instituição total, como os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs), não proporciona um tratamento da saúde mental do indivíduo e, conforme acima dito, pelo contrário, agrava e prejudica seus poucos laços afetivos que ainda se mantiveram após o delito. O suposto tratamento oferecido, muitas vezes, consiste em medicar a pessoa e mantê-la dopada dentro de uma cela, isso quando não há falta de medicamentos, o que é muito recorrente dentro destes hospitais aqui no Rio de Janeiro. Tedesco (2016) nos fala sobre o efeito da institucionalização que ocorre através da internação em instituições totais:

A perda da autonomia acaba sendo parte do “tratamento”, esclarecendo que o processo de institucionalização age na contramão da reinserção social do indivíduo, ao exigir condutas de dependência total a um meio coercitivo, mortificante. Conseqüentemente, mais longa a reclusão e tutela, mais forte será o fenômeno da institucionalização e menores se tornam as chances de potencialização e de processos de construção de vida própria. Submisso e incapaz de retomar seus elos sociais anteriores, a vida institucionalizada transforma-se no único prognóstico possível para muitos. A instituição total atende à produção de indivíduos “dóceis”, mas incapazes de viver fora dos muros dos hospitais psiquiátricos. [...] a permanência na instituição não apresenta qualquer função terapêutica, visto os estudos mais avançados demonstrarem ser a reconstrução dos vínculos sociais que o transtorno mental tende a esgarçar, a real direção do tratamento. Nesse contexto, a internação precisa ser percebida diferentemente. Ela não é abolida, mas muda de função. Primeiramente, é preciso lançar mão dela em situações muito específicas, como última opção e não primeira. (p. 298 e 299).

Sob uma narrativa de suposto cuidado, ocorre uma culpabilização desta pessoa que já está fragilizada e precisando de cuidados e com isso, ela é excluída da sociedade dentro dos muros dos manicômios. Sabemos que o Estado é responsável por oferecer cuidados em saúde a toda população e que muitos delitos são cometidos em virtude da pessoa estar numa situação de extrema vulnerabilidade e desassistência. Aqui podemos ver que além do Estado não cumprir com o seu dever, culpabiliza e pune aquela pessoa.

Porém, avançamos em um ponto, que é o da porta de saída do HCTP, através do EMPAP (RJ)⁹, que contempla a desinstitucionalização, que não está associada somente a uma desospitalização, antes abarca todas as estratégias que podem ser usadas para acelerar o processo de vinculação dos sujeitos na RAPS, de qualificação de cuidados, de fechamento de porta de entrada, de ampliação da porta de saída, sobretudo a uma mudança do imaginário social acerca da loucura. Avançamos, portanto, no sentido de acelerar o processo de desinstitucionalização nos manicômios judiciários para que a pessoa possa iniciar o tratamento adequado nas redes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

No nosso país, para que a pessoa possa ser libertada do HCTP, a legislação determina que o perito psiquiátrico deve averiguar a cessação de periculosidade do sujeito pelo Exame de Cessação de Periculosidade, porém no Rio de Janeiro há mudanças, como o EMPAP (MAGNO, 2017). A periculosidade é um conceito jurídico e não médico e implica na capacidade de se prever comportamento futuro da pessoa que recebeu a medida de segurança. Mecler (2010), realizou uma pesquisa no HCTP Heitor Carrilho, para refletir sobre a prática pericial com relação a esta noção de periculosidade. Examinou 114 exames de cessação de periculosidade (ECP) e também realizou entrevistas com os peritos que escreveram os laudos, escritos entre os anos 1991 e 1994, acessados nos arquivos da instituição. Os resultados da pesquisa mostraram que os critérios mais utilizados na avaliação de periculosidade foram a presença de sintomatologia produtiva (relacionados a alucinações e delírios) e negativa (falta de demonstração de emoções e motivação), o comportamento do periciado na instituição e a ênfase na existência ou falta de apoio sócio familiar.

Esta pesquisa nos mostrou que no hospital psiquiátrico não-penal, que acolhe crises agudas, a alta estava ligada a remissão sintomatológica (quando os sintomas diminuem ou estão sob controle), porém isso difere da alta do manicômio judiciário, que a mesma remissão sintomatológica não determina a cessação da suposta periculosidade, é necessário a existência do apoio sócio familiar. E ainda a falta deste apoio pode corroborar um agravante que leve a perpetuidade da medida ou então a um cumprimento da medida muito maior do que a pena exigiria. A pena é uma sanção aplicada como punição ou como reparação por um ato delituoso, que tem padrões de acordo com o delito cometido e que deve ser aplicado

⁹EMPAP (Exame Multiprofissional de Avaliação Psicossocial) – Disponível em: < https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2018/01/PatriciaMagno_pr%C3%A1tica_EMPAP.pdf > Acesso em: 12/04/2021.

juridicamente a qualquer pessoa considerada imputável que o cometa. O inimputável, como será discutido adiante, recebe uma medida de segurança e não uma pena, que pode variar o tempo de reclusão de acordo com cada caso. Com isso, podemos perceber que é muito mais difícil uma pessoa receber alta em um manicômio judiciário do que em uma instituição psiquiátrica não penal e que alta está condicionada a um apoio sócio familiar, que não existindo, pode levar a um aumento da medida, que muitas vezes pode superar a pena aplicada para o mesmo delito a um pessoa considerada imputável.

Costa et al. (2018, p. 16) nos dizem que houve uma mudança de paradigma que consiste na tendência “a não mais privilegiar o apoio familiar como elemento fundamental da cessação da periculosidade, mas sim a estabilização clínica do paciente” e evolução terapêutica. Esta nova perspectiva operou uma mudança no olhar dos operadores de Direito e dos peritos, que reconheceram que os inimputáveis poderiam ser acompanhados por uma rede de atenção psicossocial. E com isso realizou-se um longo processo de construção de um novo exame de cessação de periculosidade, que após reuniões no HCTP- Henrique Roxo e na Vara de Execuções Penais, passou a se chamar EMPAP, que é o – Exame Multidisciplinar de Avaliação Psicossocial, que é uma proposta que está alinhada aos direitos humanos e se coloca como uma alternativa ao modelo existente do exame de cessação de periculosidade.

O EMPAP tem como fundamento a atenção médico-psicossocial privilegiando a reinserção social e resgatando a identidade perdida dentro do sistema penitenciário, que tem como uma de suas consequências aniquilar as subjetividades. Propõe-se, no novo modelo, privilegiar a inclusão numa rede de apoio psicossocial, reintegrando os portadores de transtornos mentais à comunidade. Convém destacar que a multiprofissionalidade que integra a definição do exame decorre da solução construída entre o perito psiquiátrico e toda a equipe multidisciplinar, embora o exame multiprofissional não seja simultâneo ao exame pericial de avaliação psicossocial (COSTA et al., 2018, pág.18).

Em contrapartida, a porta de entrada no HCTP ainda precisa alcançar muitos avanços, pois as indicações para o cumprimento de medida de segurança em regime hospitalar, que são sempre desnecessárias e danosas, continuam sendo prescritas. Enquanto não se intervém na porta de entrada a Reforma Psiquiátrica não avançará neste ponto aqui no Rio de Janeiro, não importa se a porta de saída está funcionando, se as pessoas continuam sendo enviadas a cumprir medida de segurança por internação hospitalar em um HCTP, o manicômio nunca fechará. Ao longo do trabalho veremos, inclusive, que tem ocorrido um aumento das internações dos usuários de drogas em manicômios judiciários.

Algumas iniciativas para que ocorra uma mudança nesta realidade têm sido realizadas em alguns estados no país e nesta pesquisa irei me debruçar sobre uma delas. Trata-se de um projeto piloto desenvolvido pela Equipe Multidisciplinar da Perícia Forense do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, que atua juntamente ao perito na realização das perícias de sanidade mental, toxicológico e superveniência de saúde mental, desenvolvida no estado do RJ há cerca de quatro anos.

Esta equipe oferece um trabalho de coleta/produção de dados que qualifica as informações neste momento de envio do laudo/relatório, e dão um suporte maior ao juiz para tomada de decisão sobre a vida daquele sujeito, criam novos caminhos possíveis, ampliam as possibilidades de vida, que vão ao encontro das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e que será abordado mais adiante.

O objetivo desta pesquisa é dar visibilidade ao trabalho desta equipe para contribuir com o fechamento do manicômio judiciário no Estado do Rio de Janeiro, através da sistematização do seu processo de trabalho e do acompanhamento de suas práticas que podem ampliar o olhar estruturalmente pericial focado no delito em detrimento da vida ali presente; trazer impasses e resoluções encontradas pela equipe, as etapas do processo de trabalho para sua replicação, pois ao sistematizar, torna-se possível transmitir o saber adquirido pela equipe de modo a orientar outras práticas. A Equipe Multidisciplinar produz um desvio do que se reproduz na macropolítica, através da ampliação de possibilidades de vida, da criação de novos sentidos que não sejam os de produção de mortificação. Busca ainda produzir mudanças efetivas neste contexto e tem uma potência enorme em contribuir na diminuição da porta de entrada do HCTP no Rio de Janeiro.

Será necessário expor algumas dificuldades enfrentadas e a precarização existente no sistema, não com o objetivo de se fazer uma denúncia, mas de refletir, tornar público e acessível a outros profissionais da área o trabalho tão importante desenvolvido por esta equipe e de se pensar em formas de qualificação da mesma para que ela continue intervindo na porta de entrada do HCTP no Rio de Janeiro.

Ao propor reflexões acerca da prática de trabalho desta equipe, quer-se problematizar a manutenção do funcionamento da porta de entrada. Será importante mapear as linhas de força presentes neste contexto para melhor compreender os motivos que levam a manutenção

dos manicômios judiciários mesmo após quase duas décadas de vigência da lei da Reforma Psiquiátrica.

TRAÇANDO UM MÉTODO

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa consistiram em realizar um acompanhamento da Equipe Multi por aproximadamente três meses em seu processo de trabalho; acesso a documentos como relatórios, pareceres, laudos, prontuários; entrevistas semiestruturadas com a assistente social e o psiquiatra que trabalham juntos na equipe; a construção do diário de campo e a leitura de todos estes materiais e a escrita desta dissertação.

Nesta pesquisa utilizo uma perspectiva cartográfica, que possibilita que o cartógrafo habite a multiplicidade, onde não há um objeto a ser pesquisado como algo delimitado à priori, mas a pesquisa se faz num modo de estar em que pesquisador e campo se fazem num mesmo momento, conforme o pesquisador vai se movendo no campo, este campo vai se fazendo e tomando forma, e assim o pesquisador se constitui como um vetor no campo, em que as linhas que atravessam o campo também o atravessam e o fazem ser afetado e produzir o campo no mesmo momento. Assim, o pesquisador é afetado, produz e pode dar visibilidade ao que encontra, tendo como desafio o desenvolvimento de práticas de acompanhamento de processos inventivos e de produção de subjetividades.

Barros e Kastrup (2015) nos mostram que a pesquisa cartográfica consiste no acompanhamento de processos, e não na representação de objetos, requer a habitação de um território e a busca por experiências de estranhamento. A estratégia utilizada para habitar o campo nesta pesquisa foi a observação participante, em que o pesquisador está imerso, afeta e é afetado, produz intervenção e sofre intervenção.

Cada palavra, em conexão com o calor do que é experimentado, nasce dos elos na rede e em nós pesquisadoras. Cada palavra se faz viva e inventiva. Carrega uma vida. Podemos dizer que assim a pesquisa se faz em movimento, no acompanhamento de processos, que nos tocam, nos transformam e produzem mundos (BARROS; KASTRUP, 2015, p.73).

A cartografia se diferencia do método da ciência moderna, pois não pretende isolar o objeto de suas conexões com o mundo, mas objetiva dar visibilidade às linhas de forças que atravessam o objeto/fenômeno no campo. E, por isso, enquanto vivenciava minhas experiências na pesquisa, era preciso me deixar levar pelo campo, me abrindo ao encontro, às possibilidades que surgiam para mim, afetando e sendo afetada, podendo experimentar estranhamentos e a dissolução de alguns pontos de vista.

O cartógrafo trabalha com a noção de construção de uma experiência, que é germinada no campo. É importante estar aberto ao encontro, mergulhar nas intensidades presentes no campo para dar voz aos afetos que pedem passagem.

O movimento da pesquisa cartográfica se constitui em “passos” que se sucedem um após o outro. É um movimento contínuo, em que um momento da pesquisa leva consigo o anterior e os seguintes como reconfiguração constante e não como somatório ou acúmulo. Conforme dito acima, houve um primeiro momento de busca de acesso/construção de informações, em que estive durante aproximadamente três meses acompanhando a Equipe Multi¹⁰ em sua prática de trabalho. E mesmo agora que escrevo, acesso a experiência que vivenciei enquanto estava com a equipe, vou percebendo traços, modificando, delimitando, produzindo o campo e sendo produzida pelo coletivo das forças que me atravessaram e me atravessam naquele e neste momento. Enquanto escrevo, acesso o campo da pesquisa e sinto no agora o que está me afetando, por isso, em vários momentos a narrativa temporal irá mudar, trarei experiências no passado, mas também comentários no presente, pois escrever é um processo que atualiza no aqui-agora as experiências vividas.

Como foi falado, construí um diário de campo enquanto estive acompanhando a equipe e após isso, houve um momento de retomada deste diário e realizada uma leitura. Conforme a leitura se desenvolvia, eu evocava a experiência da pesquisa, trazia à memória cenas, que iam se atualizando vividamente no presente em minha experiência e composições e recomposições deste diário foram sendo feitas.

Na primeira reunião com duas integrantes da equipe, em meu corpo o nervosismo e o entusiasmo se faziam presente, por poder conhecer e poder ver o que se fazia naquela equipe. Tudo ainda era confuso para mim e naquele primeiro contato emergia a necessidade em mim de habitar aquele campo, de conhecer aquilo que o produzia, de conhecer as ideias, os direcionamentos, os modos de trabalho, as dificuldades, as estratégias, as afetações e o que movia aquela equipe mesmo em meio às forças desmotivadoras por parte da direção, dos colegas e do governo, que comecei a perceber através das falas das integrantes da equipe sobre a falta de reconhecimento da equipe dentro da instituição – como necessária na realização das perícias – e também sobre a não publicação da resolução que institui a Equipe Multi formalmente. Mesmo com tantos desafios que foram se mostrando para mim, ali eu

¹⁰ Equipe Multi é como a Equipe Multidisciplinar do Instituto de Perícias Heitor Carrilho é chamada cotidianamente, esta também será chamada assim aqui nesta dissertação em alguns trechos.

pude ver muita dedicação e motivação das profissionais da equipe, o que me incentivou a mergulhar nesta aventura de afetações.

As perguntas que eu me fazia eram “O que acontece neste campo? Quais as linhas de forças que me atravessam neste momento? Quais são os processos de produção de subjetividades?”. Conforme experienciava o mergulho no campo, as respostas tomavam forma e havia um caminhar da pesquisa, um acompanhamento que se fazia no “aqui e agora”, fui me envolvendo através dos encontros, na realização de perícias, nas entrevistas com familiares, na leitura e organização dos prontuários, nas conversas com café e torta de maçã, na construção e retomada do meu diário de campo, nas entrevistas e nos desdobramentos que se evidenciavam dentro de mim.

Em todo momento me pergunto também sobre “o que quero e posso dizer com a minha experiência de pesquisa?” e entendo que será preciso revisitar/viver esse passado/presente, pois são forças, tendências, pressões que estão no presente em movimento que me atravessam e transformam o que digo a cada instante. Então trarei aqui, momentos vividos que são importantes para elucidar o que pretendo dizer.

Lembro-me do dia que fui pela primeira vez ao Complexo Penitenciário de Bangu visitar o Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros para realização das perícias, assim que cheguei lá pude observar aquele manicômio com suas características clássicas, muros altos, celas, submissão, controle dos corpos e logo de início pude perceber que a tão falada “presunção de periculosidade” não estava superada como eu esperava, e pude perceber uma desconstrução em mim das expectativas do que encontraria naquele campo. Mesmo tendo ocorrido a Reforma Psiquiátrica no Brasil, não significa que não trabalhamos mais com a noção de periculosidade associada à loucura, de fato tem ocorrido mudanças, porém esta noção ainda opera, só que de forma velada (haverá uma discussão sobre isso nesta pesquisa mais à frente na seção 4). Tive uma dor de cabeça do início ao fim da visita como nunca antes experimentada e ao ir para casa pude perceber o quanto estava exausta, percebi que a novidade daqueles encontros havia exigido muito de mim. Talvez por ter experimentado uma desterritorialização daquilo que eu acreditei encontrar, foi muito intenso e potente.

Aos poucos fui entendendo que era preciso estar no campo, visitar os diferentes saberes, me apropriar das práticas, acessar as experiências de cada um, estar aberta ao plano dos afetos, sofrer os mesmos “sofrimentos” que a equipe sofria por ser obrigada a fazer

conexões em seu território existencial, ou seja, estar no mesmo plano intensivo de forças. Conforme Barros e Kastrup (2015, p. 61) nos lembram, “como cartógrafos, nos aproximamos do campo como estrangeiros visitantes de um território que não habitamos. O território vai sendo explorado por olhares, escutas, pela sensibilidade aos odores, gostos e ritmos”.

Além de acompanhar os processos de trabalho, realizei entrevistas semiestruturadas com dois profissionais da equipe em momentos diferentes. Foi um momento muito rico de produção de dados, em que pude dar sentido às falas que capturaram minha atenção e problematizar questões que foram surgindo ao longo da pesquisa. As conversas foram gravadas, transcritas e serão anexadas ao texto final desta pesquisa. Para realização das entrevistas utilizei um manejo cartográfico, que consiste em acompanhar a experiência do dizer e acompanhar a circularidade entre os planos de conteúdo e expressão. A entrevista é uma experiência compartilhada do dizer e como efeito cria mundo a partir dos seus desdobramentos; através de suas intervenções, visa privilegiar e alimentar a linguagem. Conforme nos afirma Tedesco, Sade e Caliman (2013, p. 310), “a escuta acompanha a processualidade do relato, a experiência em cuja base não há um eu, mas, sobretudo, linhas intensivas, fragmentos de sensações, sempre em vias de constituir novas formações subjetivas. Nesse sentido, a entrevista se aproxima de uma conversa”.

A entrevista não visa a fala “sobre” a experiência, mas a experiência na fala, ela opera uma intervenção no processo de dizer, que são os efeitos das intervenções do pesquisador na experimentação do dizer em curso e busca a pluralidade de vozes.

A entrevista deve intervir na abertura ao caráter intensivo da experiência do processo do dizer em curso, resistindo aos discursos unificadores e totalizantes. [Visa] promover o acesso ao plano coletivo de forças e sua indeterminação, a pluralidade de vozes na experiência compartilhada do dizer (TEDESCO et al., 2013, p. 316 e 317).

É importante dizer que a entrevista na cartografia, não visa somente à informação, mas o acesso à experiência em suas dimensões (forma e força), em que a fala é vista não como uma representação, mas como emergência da/na experiência. Portanto, utilizei um manejo cartográfico na realização das entrevistas, em que sua proposta não consiste em alimentar binarismos, mas aliar o manejo a uma conversa que se faz como um agenciamento coletivo de enunciação.

Interessam os momentos em que as enunciações perdem a nitidez de seus contornos, misturam-se umas às outras num encadeamento misto de falas, na ausência de autorias, identidades especificáveis ou sentidos únicos e prefixados. Visamos acessar o entre falas. Os discursos são compostos a partir dos discursos de outrem, são oportunidades para que as vozes se misturem umas às outras. Nenhuma

subjetividade, isoladamente, funciona como origem das falas ou como centro gerador da ideia (TEDESCO et al., 2013, p. 312).

Paralelamente à realização das entrevistas e ao habitar do campo, participava de discussões em meu grupo de pesquisa, de aulas na universidade e conversas com minha parceira de campo, que me ajudaram a pensar este processo através de reflexões teóricas sobre os problemas da pesquisa. Após todos estes encontros, momentos, conversas, entrevistas, registrados em meu diário de campo em relatos, desenhos, imagens e histórias, houve uma leitura desinteressada, e com isso pude acessar memórias, perceber o que daquilo tudo virava figura para mim, e me faziam ver aquilo sobre o que eu gostaria de abordar nesta escrita. A leitura desinteressada teve a função de não buscar algo no texto que comprovasse minhas ideias, mas me deixar disponível para me surpreender com detalhes, nuances que não havia notadas, perceber o que não estava dado a priori e construir algo novo a partir daquela leitura.

Com isso, fui me arriscando na escrita deste texto. A leitura atenta a este material deixou um rastro, desencadeou ressonâncias em mim, gerou palavras a serem ditas, nós (plural de nó) a serem desatados. Este é também um processo de muita intensidade que vivencio com muita dificuldade, por vezes me sinto angustiada e as lágrimas aparecem, percebo em meu corpo as reverberações que ficaram em mim, experienciar esta pesquisa gerou em mim uma mudança de paradigmas, a desconstrução de muitas ideias em mim e uma abertura ao devir, ao afetar-se, que me transforma a cada dia enquanto pesquisadora. Assim como Suely Rolnik fala em seu livro *Esferas da Insurreição* (2018), quero compor uma escrita impulsionada pelos nós em minha garganta, que se afluíram ao longo dos anos, numa tentativa de buscar palavras-alma cada vez mais afinadas, que deem passagem a um lugar de corpo-e-fala que leve o leitor a encontrar nas palavras desta escrita algumas ressonâncias dos afetos e das forças em seus corpos.

Os guaranis chamam a garganta de *ahy'*, mas também de *ne'eraity*, que significa literalmente “ninho das palavras-alma”. É porque eles sabem que embriões de palavras emergem da fecundação do ar do tempo em nossos corpos em sua condição de viventes, e que, nesse caso, e só nele, as palavras têm alma, a alma dos mundos atuais ou em gérmen que nos habitam nesta nossa condição. Que as palavras tenham alma e a alma encontre suas palavras é tão fundamental para eles que consideram que a doença, seja ela orgânica ou mental, vem quando estas se separam – tanto que o termo *ñe'e*, que eles usam para designar “palavra”, “linguagem” e o termo *anga*, que usam para designar “alma” significam ambos “palavra-alma”. Eles sabem igualmente que há um tempo próprio para sua germinação e que, para que esta vingue, o ninho tem que ser cuidado. Estar à altura desse tempo e desse cuidado para dizer o mais precisamente possível o que sufoca e produz um nó na garganta e, sobretudo, o que está aflorando diante disso para que a vida recobre um equilíbrio – não será esse o trabalho do pensamento propriamente dito? Não estará exatamente

nisso sua potência micropolítica? Não será isso o que define e garante a sua ética? (ROLNIK, 2018, p. 26-27).

Seguindo os nós, percebi que alguns momentos se repetiam em minha mente por expressarem muitas questões importantes e por isso, eu os trouxe no texto em forma de diálogo antes de alguns trechos (seção 7.2, 7.3 e 7.4).

Neste trabalho lanço mão ainda da produção de mundo como estratégia para potencializar e dar visibilidade a aspectos e vivências reais encontrados no campo. Importa dar passagem à multiplicidade das existências e a não reprodução de verdades totalizantes. Em alguns diálogos misturo situações vividas, relaciono momentos diferentes, personagens de diferentes contextos que podem ajudar a produzir mais intensidade às questões problematizadas. As histórias são contadas a partir de um ponto de vista, é comum encontrar discrepâncias mesmo em histórias ditas reais narradas por diferentes pessoas. A cartografia objetiva multiplicar pontos de vista, a polifonia, os agenciamentos. A verdade é produzida pelo acesso à experiência em sua dimensão coletiva, consideramos como verdade tudo o que produz efeitos na realidade, porém são verdades circunstanciais, provisórias, temporárias, se transformam, porque a realidade está em constante mudança.

O objetivo aqui é fazer falar, dar visibilidade aos elementos que foram surgindo no contato com as linhas de força do campo, problematizar para ampliar as discussões e poder contribuir a este campo tão importante da Saúde Mental no Brasil, através da visibilidade ao trabalho produzido por uma equipe que pode favorecer o aumento das indicações das medidas de terapêuticas para cumprimento via Rede de Atenção Psicossocial – é composta pela Rede de Assistência e Saúde Mental, promove a articulação das redes e contribui para diminuição dos estigmas associados ao louco infrator e para uma mudança do imaginário social acerca da loucura – e para isso, trarei em seguida alguns elementos da cartografia que fizeram sentido para mim enquanto pesquisadora e me ajudaram a construir este texto.

O diário de campo colabora na produção/acesso às informações e “têm a função de transformar observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimento e modos de fazer. Há transformação de experiência em conhecimento e de conhecimento em experiência, numa circularidade aberta ao tempo que passa” (BARROS; KASTRUP, 2015, p.70). Os relatos em meu diário foram feitos durante e após as atividades e contém tanto registros de processos de trabalho, bem como impressões que emergiram a partir do meu contato com o campo. Os relatos buscam captar e registrar o que me afeta como pesquisadora

e se dá no plano intensivo das forças e dos afetos. A problematização não é feita a partir de uma experiência pessoal, de uma pessoa, indivíduo ou sujeito, mas em função de um plano de forças. Objetiva um retorno à experiência do campo, para que o pesquisador fale de dentro da experiência e não de fora (que seria ‘sobre’ a experiência).

Kastrup e Barros (2015) também nos trazem a noção de dispositivo, que é um elemento importante para construção desta pesquisa. Apesar da perspectiva cartográfica visar o estudo da produção de subjetividades, a investigação se opera na habitação do território existencial e para isso, é necessário acessar suas conexões através dos agenciamentos que estabelecem com o seu exterior. O método da cartografia requer dispositivos para acompanhar os processos de produção de subjetividade.

O que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado para a criação, é seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos, que dão a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos. Ele é feito de conexões e, ao mesmo tempo, produz outras. (...) Numa cartografia, o que se faz é acompanhar as linhas que se traçam, marcar os pontos de ruptura e de enrijecimento, analisar os cruzamentos dessas linhas diversas que funcionam ao mesmo tempo (KASTRUP E BARROS, 2015, p. 90-91).

Os dispositivos se aliam aos processos de criação e o cartógrafo trabalha no desembaraçar das linhas que compõem o dispositivo, a saber, linhas de visibilidade, de subjetivação, de enunciação e de força. As linhas são os pontos livres, as linhas porosas que se agenciam, são parte dos agenciamentos. E por isso, trabalhar com dispositivo implica no acompanhamento de seus efeitos.

A cartografia produz efeitos de transformação e produção da realidade, pois cria as condições necessárias para transformar as relações entre os elementos/linhas institucionais, afetivas, cognitivas, macro e micropolíticas através do movimento, das intervenções e da sustentação dos processos de produção. Portanto, o dispositivo opera por uma série de práticas e de funcionamentos que produzem efeitos.

A equipe Multi em sua prática de trabalho estabelece agenciamentos entre diferentes dispositivos, criando e sendo criados ao mesmo tempo. Ao inventar formas de abordagem às famílias, aos sujeitos que farão as perícias, eles estabelecem relações com o outro e consigo mesmos, com a instituição, com seu modo de trabalho, que podem produzir reflexões e reverberações em si mesmo e no campo, produzindo efeitos e mudanças.

A equipe visa produzir efeitos sobre a perícia, a partir de uma perspectiva do cuidado em saúde mental. Durante o acompanhamento das perícias, a equipe está ali se inventando e produzindo agenciamentos, criando uma versão de si e daquele sujeito através dos relatórios, que criam conexões que produzem desvios do instituído. Esta é a aposta da equipe, produzir histórias outras que ampliem possibilidades de existência, há a produção de narrativas, de histórias de vida que sejam consideradas pelo sistema, pelo perito, como possíveis de serem desencarceradas, desinstitucionalizadas, que ampliem a vida daquele que, muitas vezes, é resumido a uma doença ou a um delito cometido. E assim, produzir desvios nos dizeres e fazeres com os loucos infratores. As perguntas que reverberaram em mim nos momentos das perícias foram: Qual equipe está sendo produzida aqui junto à perícia? Qual pesquisadora está sendo produzida no aqui e agora? Qual a versão do paciente está sendo produzida? Quais histórias iremos contar, elas produzirão vida ou morte? Quais são os dispositivos? Quais as capturas, as linhas de fuga, desvios, quais os modos de ver, quais os modos de dizer? Como dar visibilidade a estas questões? “O que o dispositivo perícia faz ver?”, “O que o dispositivo relatório faz ver?”, “O que o dispositivo entrevista com as famílias faz ver?”, estas perguntas ecoaram em mim e as utilizei como disparadores de discussões em alguns pontos nesta pesquisa, que serão abordados mais à frente.

A escrita, mesmo sendo um processo aparentemente individual, ganha uma dimensão coletiva na medida em que o texto traz à cena as falas que surgem no campo. A multiplicidade de vozes possibilita que os participantes da pesquisa e autores entrem em um agenciamento coletivo de enunciação. Ocorre uma construção coletiva do conhecimento. A escrita, assim como a pesquisa como um todo não compreende os participantes da pesquisa como objetos de pesquisa, mas lança mão da construção coletiva do conhecimento. A escrita deve conter os conflitos, as contradições, os problemas, e não há a necessidade de se esgotar uma discussão. Antes, um texto deve abrir linhas de continuidade a serem seguidas por quem se interessar.

O plano de visibilidade contém o que se via nas experiências, os odores que sentimos, as celas gradeadas, os pátios mal acabados, o controle de acesso de pessoas, tanto trabalhadores, como dos internos, as salas com cheiro de mofo, alagadas, as piadas sobre os internos, o tratamento indigno ofertado, as ações mudas sobre os corpos dos loucos infratores. Fui percebendo que havia uma reciprocidade entre o dito e o visto, as falas dos psiquiatras, dos agentes de segurança, a forma que se dirigiam aos internos, com um tom de superioridade, não havia respeito, é como se o fato de serem consideradas loucas tornava

aquelas pessoas eternas reféns de uma inumanidade, que gerava uma humilhação e submissão aos que estavam ali gerindo suas vidas. O dispositivo se constitui em processo movido pela dinâmica rizomática entre agenciamentos múltiplos que se podem alinhar em duas modalidades: agenciamentos de coletivos de enunciação (dizeres e tudo o que se faz via signos da linguagem, documentos, relatórios, sentenças, diagnósticos, etc.), e agenciamento maquinaico de corpos (modos de ver e de sentir em geral).

Enquanto escrevo mergulho nesta experiência que produz reverberações e estranhamentos em mim, transforma meus pensamentos e amplia minha escuta. A cartografia propõe um *hódos-metá* (PASSOS; BARROS, 2015), que consiste em caminhar para conhecer ao invés de se ter metas à priori definidas, que dificilmente encontrarão algo na pesquisa além do que já se sabe. O conhecimento vai se construindo no processo, dissolvendo pontos de vista e hipóteses do pesquisador, transformando e criando um novo mundo. Pois, como havia de criar algo novo a partir daquilo que já está dado?

Quando me deparei com minhas necessidades na escrita, percebi em mim uma dificuldade em saber o que e como dizer e só quando me arrisquei comecei a perceber que o tema sobre o qual queria escrever não estava dado à priori, ele vai se construindo no momento da escrita junto comigo. Os contornos vão surgindo, as linhas vão se desenrolando – não sem dificuldades – e na tessitura deste processo, ao final de cada dia de imersão na escrita, me sinto esvaziada, como se tivesse deixado escorrer de mim aquilo que me preenchia.

Não objetivo descrever conceitos descolados de minha experiência e para mim este é um dos pontos de maior dificuldade. Como deixar fluir em mim a experiência e fazer conexões com conceitos que fazem sentido para mim e me ajudam a pensar todo este processo que estou vivenciando? Este questionamento tem me acompanhado desde o início do processo de escrita. A tentativa de articular teoria e experiência se faz na intenção de que o leitor acesse esta experiência juntamente comigo.

Como cartógrafa, é importante ressaltar que não há neutralidade ao pesquisar, e como foi dito acima, sujeito e objeto coemergem no próprio ato de pesquisar, há um entrelaçamento e uma coprodução mútua no encontro. Como já dito, a cartografia é um método de pesquisa-intervenção. A minha presença no território de pesquisa gerava efeitos e interferências. Na primeira vez que participei da perícia, senti meu corpo inquieto, surgiram muitas perguntas e questionamentos em mim, e eu não me senti à vontade para questionar. Até que chegou um

momento em que não pude mais me conter e me arrisquei a perguntar, e só então a experiência foi fazendo sentido para mim e através dos questionamentos, que produziam tensão em um primeiro momento, os atores no campo se esforçavam para tentar explicar e acabavam refletindo ali, num processo potente e transformador.

Nesta escrita não objetivo falar “sobre” algo, a pesquisa cartográfica compõe o território existencial do campo, não se refere a coletar dados para se representar uma realidade, mas constituí-la e por isso pode intervir nela. Se dá num duplo movimento de produzir outras formas de dizer e ver das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, e da transformação dos modos de ver e dizer do trabalho desempenhado pela equipe. Isto opera uma intervenção na pesquisadora e no território de pesquisa.

Este trabalho não pretende tecer uma escrita a serviço de uma simples reprodução de discursos, mas toma a escrita em sua potência de criação, como uma artesã que vai tecendo os fios para criar uma rede, criando e exercitando sua liberdade.

É importante ressaltar que nesta tentativa de dar visibilidade e criação de novos modos de dizer e de ver, não desejo reproduzir os velhos estigmas associados às pessoas em sofrimento psíquico que cometem algum ato delituoso, por exemplo, como incapaz, perigoso, agressor ou o mal encarnado. Estas seguem linhas de produção de subjetividades que produzem mortificações e operam na exclusão da diferença, reduzem as existências às doenças, uma pessoa é muito mais do que o transtorno mental que a acomete. A Saúde Mental não trabalha com a noção de doença, mas com a ideia de transtorno mental de base psicossocial. É preciso estar atento, pois há uma tensão entre forças que agem na direção de escapar aos preconceitos, que trazem escapes aos estigmas, e que tentamos aprender e relatar nas discussões desenvolvidas nos relatórios produzidos pela equipe, forças que nos fazem ser capturados pela lógica manicomial, como os discursos/ações mudas estigmatizantes que nos atravessam o tempo todo.

O Relatório de criação do Observatório de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos da UFF (TEDESCO, 2016) nos fala da abordagem psicossocial do transtorno mental, em que o paciente e o seu entorno são igualmente importantes. O foco que antes era centrado no indivíduo, nos seus sintomas e na sua doença passa a ser a análise do conjunto de relações disponibilizadas no território existencial. O trabalho em saúde consiste na ativação das

relações de convívio (indivíduo e meio), que torna a orientação do cuidado dada pela construção/existência de vínculos.

A lógica da SUS, apoiada na lei da Reforma Psiquiátrica, aposta na saúde dos elos psicossociais como orientação principal do tratamento que não terá jamais condições de se efetivar senão por práticas territoriais. [...] O tratamento na instituição total elimina do horizonte elos psicossociais potencializadores, os nexos de afeto que estabeleceriam o território existencial anterior no qual uma vida um dia existiu e cuja continuidade é indispensável. No lugar, é a vida institucionalizada que se oferece como único prognóstico possível. A instituição total atende à produção de indivíduos “dóceis”, mas incapazes de viver em qualquer outra realidade para além dos muros dos hospitais psiquiátricos. [...] Entende-se, então, como prioritária, a reorientação do modelo de atenção à saúde mental na área das medidas de seguranças, o fomento a tratamentos em meio aberto cujo percurso clínico esteja voltado ao protagonismo do paciente e pautado na construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), desde seu início. Por conseguinte, o asilamento por longos períodos é removido completamente do rol das práticas com valor terapêutico e acusado de desrespeito à dignidade dos indivíduos, ao deixá-los em condição determinante de agravos. (TEDESCO, 2016, p. 11).

Para trabalhar a escrita a partir da abordagem psicossocial, é necessário um questionamento ético que exige o cuidado constante durante a escrita. Não se trata de romantizar o adoecimento psíquico, mas antes afirmar a diferença para dar possibilidades de outras existências a estas pessoas que não sejam às de segregação, marginalização e de produção de morte.

Vários momentos revelaram que a loucura coloca em questão a nossa capacidade de lidar com a diferença que se produz em nós pela alteridade, pelo não-eu, pelo o que não faz sentido para nós e que por vezes rejeitamos por não entender. Ainda há uma marcante estigmatização da pessoa em sofrimento psíquico e uma leitura superficial acerca do ato delituoso pela população e por muitas pessoas que trabalham nestes ambientes manicomial. Mesmo com os avanços da reforma psiquiátrica e da abordagem psicossocial do transtorno mental que a orienta, o preconceito e o desconhecimento ainda predominam na representação social da loucura. Ainda opera aqui no Brasil uma crença na incapacidade generalizada das pessoas em sofrimento psíquico de gerirem suas vidas, mesmo quando as experiências da Reforma Psiquiátrica nos mostram o contrário, como, por exemplo, nos serviços abertos, no dispositivo de residências-terapêuticas, em que há uma autonomia para o sujeito somada à assistência e ao fortalecimento das redes de cuidados.

A lógica que orienta os estudos mais atualizados em saúde mental na área das medidas de segurança segue direção diversa da internação, demonstrando a boa resolutividade de tratamentos realizados em meio aberto. Mas especificamente, o movimento antimanicomial, a abordagem da saúde coletiva, a perspectiva da clínica transdisciplinar e outras abordagens contemporâneas apostam na construção e

potencialização de nexos psicossociais como orientação principal do tratamento, que então necessita estar referido ao território de vida do paciente, sendo prioritária a construção de um percurso clínico respeitoso do protagonismo do sujeito e, portanto, estimulador da co-gestão durante todo processo, desde o seu início apoiado na construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS). [...] Entende-se, portanto, que a oferta de saúde mental aos indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei ganha eficiência ao exercer suas atividades de acordo com as orientações éticas da clínica que, através de numerosas pesquisas científicas e das experiências de profissionais da área, configura-se hoje como prática de atenção psicossocial, totalmente incompatível com o asilamento. (TEDESCO, 2016, p. 284-286).

Ainda há também uma noção ultrapassada de presunção de periculosidade, que será abordada mais à frente, pelos juízes e em geral no imaginário da população, como se houvesse a possibilidade de que em uma perícia o psiquiatra pudesse prever se aquele indivíduo voltará ou não a delinquir. Desta forma, não há uma leitura crítica deste processo, ocorre uma culpabilização do sujeito que comete o ato delituoso, isentando o Estado e a sociedade de suas responsabilidades. Quando se produz a noção do louco criminoso, se opera efeitos sobre o processo de produção de subjetividade que visa extinguir o diferente e controlar a população para que esta tenha medo e se submeta às normas do Estado (FOUCAULT, 1987). As profissões que atuam neste campo são afetadas neste jogo de poder, o que se fez presente nas perícias que acompanhei.

Portanto, convoco o leitor a percorrer as experiências comigo e tenho como fio condutor as afetações vivenciadas no campo de pesquisa. E por último, aposto na escrita em primeira pessoa do singular e do plural em momentos diferentes, pois escrever desta forma produz em mim uma aproximação com as afetações vivenciadas e responde ao meu desejo de que o leitor possa acessar o plano da experiência comigo através dos atravessamentos e dos sentidos que reverberaram em mim enquanto pesquisadora imersa no campo.

1. LOUCURA, REFORMA E MEDIDAS DE SEGURANÇA

Antes de tocar nas questões que surgiram a partir do mergulho em meu campo de pesquisa, faz-se necessário abordar o embasamento ético, teórico e político desta pesquisa. Para isso precisarei retomar alguns conceitos já muito estudados na Reforma Psiquiátrica, como a loucura e a periculosidade e trazer alguns levantamentos com relação às Medidas de Segurança.

O meu interesse em pesquisar sobre o tema surgiu quando comecei a estagiar dentro de um manicômio judiciário, lembro que no início eu não entendia essa tal Reforma Psiquiátrica que havia sido feita no Brasil, afinal, eu trabalhava dentro de uma instituição total e muitas coisas que eu lia nos textos como consideradas ultrapassadas, eu via diariamente nos meus turnos de trabalho. Eu me perguntava: como se operou uma Reforma e não chegou aqui? É interessante que eu não podia usar o termo “manicômio judiciário”, pois me diziam que não se chamava mais assim, que a reforma tinha acontecido, “somos um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, o manicômio está ultrapassado”. “Mas que tratamento?”, eu me perguntava.

Era difícil trocar mais de 20 minutos de conversa com um paciente da nossa equipe no hospital em função da quantidade de pacientes e da grande demanda de trabalho, não havia quase nenhuma atividade para eles, a única coisa que eles ainda tinham eram os banhos de sol, faltava medicação e se precisassem de algum médico clínico, eles eram transferidos para a UPA de Bangu¹¹ pelo SOE¹². E muitos que iam para lá, não voltavam. Ainda me lembro da surpresa ao saber que o paciente que eu acompanhava havia sido internado por uma fratura no fêmur e faleceu dias após sua internação na UPA. Eu costumava procurar as diferenças daquele “hospital” com as prisões e não encontrava quase nenhuma, além do nome.

Esta pesquisa nasce das minhas inquietações enquanto militante da Luta Antimanicomial, por isso, o tom que quero dar a este trabalho é um tom encarnado pelas muitas vozes dos usuários, suas famílias, colaboradores e apoiadores deste movimento. Vozes que lutam para existir e são sufocadas a todo instante por esta sociedade estruturada no preconceito, no racismo e na aversão ao diferente.

¹¹ Unidade de pronto atendimento 24h de Bangu - <https://www.saude.rj.gov.br/atendimento/upa-24-horas>

¹² SOE (Serviço de Operações Especiais), que realiza a transferência de presos para audiências, perícias, entre outros.

É importante também retomar o histórico do Movimento Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica que ocorreram/ocorrem aqui no Brasil. Longe de querer trazer ao leitor uma descrição histórica fria, descolada de uma reflexão sentida na carne, pretendo fazer alguns questionamentos que me atravessaram ao longo destes anos em contato com a Luta Antimanicomial.

Historicamente a loucura foi excluída da sociedade como um mal que não devia circular na cidade entre os considerados normais. A Psiquiatria se apropriou da loucura criando teorias e saberes que justificavam o isolamento e o “tratamento” desumano dado a estes indivíduos. A loucura passou a ser entendida como uma doença, necessitando de remédios para sua “cura” ou estabilização, e de um isolamento da sociedade em geral para controlar totalmente o doente e submetê-lo a experimentos, testes, trabalhos, “tratamentos”.

Foucault em seu livro *Os Anormais* (2001) nos conta a maneira como se constituiu a figura do perigoso associada à loucura, ele nos fala que todo aparato institucional é voltado para o indivíduo perigoso e que no exame médico legal, o psiquiatra tem que diagnosticar o indivíduo que pode ser eventualmente perigoso. O exame é uma prática que faz intervir um poder de normalização aos anormais e que tende a formar uma aliança entre o médico e o judiciário, que transformam o saber psiquiátrico bem como o poder judiciário e constituem o médico-judiciário em instância de controle do anormal. Ressalta-se aqui que não se faz numa instância de controle do crime, nem da doença, mas dos corpos e das subjetividades.

Ele ainda nos conta como se dava no fim da Idade Média a exclusão dos leprosos, que era uma prática social que consistia em dividir rigorosamente um grupo, que devia manter o distanciamento e seguir a regra de não-contato entre os indivíduos de um grupo com o outro (FOUCAULT, 2001). Ocorria a exclusão dos leprosos fora dos muros da cidade e havia uma desqualificação destes indivíduos, uma desqualificação jurídica e política, como mortos; seus bens eram divididos e havia uma cerimônia fúnebre declarando sua morte. Era uma exclusão que se dava na marginalização, uma prática de rejeição. Para Foucault (2001), esta foi uma das maneiras em que se exerceu o poder sobre os loucos, doentes, criminosos, crianças e pobres, um poder de exclusão, de desqualificação e de privação. Este foi o modelo que operou até a grande caça aos mendigos, vagabundos e libertinos em meados do século XVII no internamento desta população nos hospitais gerais. Este modelo de exclusão desapareceu no

início do século XVIII e um outro tipo de modelo de controle tomou seu lugar, o modelo de inclusão do pestífero, que foi reativado. Houve uma substituição de um modelo pelo outro.

É importante lembrar como se constituía a quarentena quando uma cidade era declarada com a peste no fim da Idade Média e início do século XVIII: a cidade era fechada, seu território era controlado por um policiamento minucioso. Os bairros eram isolados e em cada rua existia um vigia, em cada quarteirão, inspetores, responsáveis por cada distrito, um governador e escabinos. Um poder que exercia continuamente uma vigília e um controle. Tudo que era observado deveria ser registrado permanentemente. No início da quarentena os cidadãos davam seus nomes e todos os dias os inspetores passavam na frente das casas para fazer a chamada e cada pessoa devia aparecer na sua janela quando seu nome era chamado, caso não aparecesse, era considerado doente e, portanto, perigoso. A partir daí se fazia uma triagem de separação entre os sãos e os doentes e tudo era registrado. Isso mostra uma oposição ao modelo de exclusão da lepra, pois trata-se de uma quarentena e não de uma exclusão, ao contrário, se fixa, se inclui, se estabelece um lugar, um lugar controlado, se cria uma inclusão na exclusão. Ocorre uma individualização a partir do esquadrinhamento do corpo social, ocorre uma subdivisão do poder que atinge a individualidade de cada um (FOUCAULT, 2001).

A peste exige uma aproximação sutil do poder aos indivíduos, em que ocorre uma observação constante e meticulosa que, diferentemente da lepra, não visa purificar os que viviam na cidade, antes visa produzir uma população sadia. É um exame perpétuo em que se avalia constantemente um indivíduo para saber se está saudável, conforme dita a norma de saúde. O policiamento sobre a população é extremo por um poder político que se exerce plenamente no controle do tempo, do habitat e até do corpo do indivíduo (FOUCAULT, 2001).

Foucault (2001) chamou o processo histórico de substituição do modelo de controle da lepra pelo modelo de controle da peste de invenção das tecnologias positivas de poder. Havia uma diferença, na lepra a reação era negativa, de exclusão, já na peste, a reação era positiva, de inclusão, de observação, de criação de um saber, ou seja, passou-se a um exercício de poder positivo, que fabrica, que produz e se multiplica em seus efeitos. A partir disso, implantou-se um aparelho de Estado que exerce o poder de controle dos corpos e cria diversas instituições. Esta técnica de poder contém o dispositivo disciplinar, que produz como efeito a

normalização dos corpos, portanto, ocorre um processo de normalização social e política, que se desenvolve no século XVIII, que se faz presente nas escolas (educação), nos hospitais (medicina), no aparato industrial (trabalho), nas igrejas, manicômios, prisões, exército, entre outros. A norma exerce um poder de coerção, é uma técnica positiva de intervenção e transformação, um poder que não atua pelo desconhecimento, mas a partir da formação de um saber, que é efeito, mas também uma condição de exercício.

A concepção de loucura e crime que temos atualmente foi desenvolvida ao longo de dois séculos, durante a Idade Média, segundo Foucault (2001), loucos e sãos viviam nos mesmos espaços. Em 1650 houve a fundação do Hospital Geral de Paris, que demonstrou o surgimento de uma nova lógica de separação, para o hospital eram mandados os pobres, doentes, homossexuais, as pessoas que representavam perigo para a sociedade, para evitar que pessoas consideradas “normais” não fossem atraídas por suas práticas.

Antes de ser apropriada pela Psiquiatria, a loucura não era vista como uma doença, não tinha os estigmas negativos associados a si, antes era associada à sabedoria, uma sabedoria que foge à razão, uma condição inerente à vida humana. Somente a partir do século XVIII, com a medicalização do hospital – quando se tornou uma instituição médica – que passou a ser vista como uma doença. No Hospital Geral de Alienados em Paris, Phillipe Pinel, conhecido como o fundador da Psiquiatria, começou a desenvolver o tratamento moral aos alienados, que eram os considerados loucos, pessoas desprovidas de razão.

Na tradição inspirada em Michel Foucault (1977a) e Ivan Illich (1975), medicalização diz respeito à apropriação, por parte da medicina, de tudo aquilo que não é da ordem exclusivamente médica. [...] de tornar ‘médico’ aquilo que é da ordem do social, ou econômico ou político [...] o termo está relacionado à possibilidade de fazer com que as pessoas sintam que os seus problemas são problemas de saúde e não próprios da vida humana. Por exemplo, uma grande tristeza após a perda de um familiar que, ao ser ‘medicalizada’, torna-se uma ‘depressão’; e a pessoa, um ‘paciente deprimido’. (AMARANTE, 2015, p. 97).

O hospital por si só era visto como terapêutico, acreditava-se que o isolamento das pessoas do convívio social afastaria as pessoas das causas da sua alienação mental e desta forma, poderia ser desenvolvido um tratamento que seria instaurador de uma reorganização no âmbito das paixões descontroladas do alienado (AMARANTE, 2015, p. 32). Ou seja, o tratamento moral consistia em um grupo de princípios e medidas com o objetivo de reeducar a mente dos alienados, afastar os delírios e ilusões e trazer a consciência à realidade.

A figura do monstro humano surge no fim do século XVIII e início do século XIX, que vai estar presente nas técnicas médicas e judiciárias que vão se debruçar sobre a anomalia no século XIX. Desta forma cria-se o anormal, que é o monstro cotidiano, um monstro banalizado. Foucault (2001) nos diz que o indivíduo que deve ser corrigido é aquele que se apresenta como tal após fracassarem todos os métodos de coerção, ou seja, o que o define é que ele é incorrigível. E por isso requer intervenções sobre si, uma reeducação e uma sobrecorreção. Vamos encontrar esta ideia de incorrigibilidade na noção de anormal do século XIX, que servirá de suporte para as instituições desenvolvidas para os anormais no século XIX. O monstro incorrigível é o anormal do século XIX, que estará no centro de desenvolvimento de toda uma aparelhagem de correção para normalização do corpo social.

O monstro, que é a figura mais importante do século XVIII, domina a prática judiciária do século XIX com os casos de crimes grandes considerados monstruosos que desafiaram a medicina e justiça da época, vai ser o centro em que as instâncias de poder vão se reorganizar. Segundo Foucault (2001), o monstro é uma noção jurídica e não médica. O monstro é a transgressão dos limites naturais, transgressão das leis e das classificações, que questiona certa suspensão das leis civis, religiosas ou divinas. “Só há monstruosidade onde a desordem da lei natural vem tocar, abalar, inquietar o direito, seja o direito civil, o direito canônico ou o direito religioso” (*ibidem*, p. 79). Neste momento, ocorre uma dissociação do complexo jurídico-natural da monstruosidade hermafrodita, uma imperfeição, para uma monstruosidade que é jurídico-moral, que consiste numa monstruosidade não mais da natureza, mas da conduta.

Depois de uma série de associações de casos com crimes considerados graves, com o tema da natureza monstruosa da criminalidade, que provoca efeitos no campo da criminalidade e da conduta, a figura do monstro moral, do criminoso monstruoso, como já dito, vai aparecendo no final do século XVIII até o início do século XX nos discursos e novas práticas, como o caso de Pierre Riviere trazido por Foucault (1977).

Castel (1984) no capítulo do livro coordenado por Foucault, que nos traz a história de Pierre Riviere, que degolou sua mãe, irmã e irmão no século XIX (1835), nos fala sobre a conclusão do dossiê médico do acusado que diz que deveria ter-se isolado Pierre Riviere, pois ele era muito doente para usufruir de sua liberdade. A sociedade podia pedir o isolamento por uma medida administrativa, como o único meio para tranquilizar sobre os possíveis atos

futuro do considerado alienado que, sem liberdade moral, não podia ser punido penalmente por não ter a culpabilidade.

O isolamento médico aos loucos começou a se exercer nesta época contemplando inclusive internações extra oficiais e “voluntárias” sem o sujeito ter cometido algum crime. Houve uma institucionalização das modalidades de internação nos asilos para cumprir exigências como no caso de Riviere e outros. Este tipo de confinamento prepara o caminho para uma internação rápida e tão imperativa como o isolamento penal, que apresentava uma vantagem de poder intervir antes que o ato delituoso fosse cometido, sendo necessário apenas um certificado médico para justificar uma internação de alguém considerado perigoso. Podemos ver como o médico vai exercendo este poder de controle sobre a loucura, podendo ditar quem é um risco a sociedade numa associação com a Justiça. Não havia estipulada a duração das internações, sendo a alta condicionada a uma “cura” medicamente constatada, o que como sabemos, significava a imposição de um isolamento perpétuo para muitos. Neste contexto podemos ver se esboçar aí uma separação entre os loucos considerados perigosos da população em geral e uma demonstração do poder médico que toma o lugar de saber sobre a loucura e é legitimado pelas autoridades judiciais da época e que se exerce até hoje. “De um lado o aparelho da justiça penal que domina a sombra da guilhotina. Do outro, o isolamento médico e a sombra do asilo” (CASTEL, 1984, p. 275).

Como da punição aos crimes, passamos a punir à natureza criminosa?

“O crime tem uma natureza e o criminoso é um ser natural caracterizado, no próprio nível da sua natureza, por sua criminalidade” (FOUCAULT, 2001, p. 112). E para isso é importante criar a história natural do criminoso como o criminoso, o que exige um novo saber naturalista da criminalidade, que se desenvolverá na Psiquiatria. Aqui podemos ver que a doença do corpo social não é o crime, mas o criminoso. A partir daí se criará uma patologia da conduta criminosa, em que se punirão indivíduos que cometeram crimes e que serão esquadrihados, medidos e julgados como criminosos. Nisto consiste a história do monstro moral; a questão do anormal, do ilegal, do criminoso e da patologia passam a estar ligados por uma nova tecnologia de poder, o de punir.

Foucault (2001) ainda nos fala que a Psiquiatria, quando se constituiu em fins do século XVIII, não se formou como uma especialização da Medicina, mas como uma especialização da higiene pública, como parte da proteção social, que visa combater os

perigos que as doenças podem representar à sociedade. A Psiquiatria se institucionalizou como parte da precaução social. E para existir como uma instituição com um saber fundado teve de ler a loucura como uma doença, patologizar as ilusões da loucura, criar análises (sintomatologia, nosografias, prognósticos, entre outros), que aproximasse a higiene social do saber médico, para que o sistema de proteção funcionasse associado ao saber médico. Foi preciso ainda aproximar a noção de loucura do perigo, fazendo a loucura se tornar perigosa. Portanto, fez o saber, a prevenção e a cura da doença mental funcionarem como parte da prevenção social para se evitar os perigos decorrentes da noção de loucura perigosa. Isso irá fortalecer a Psiquiatria como ciência médica no século XIX e XX, quando a loucura será vista necessariamente como uma doença perigosa. A partir disso surgirão vários conceitos associados à loucura, como o de monomania, como a noção de degeneração, entre outros.

Costa et al. (2018), nos conta que em meados do século XIX, os alienistas se faziam presentes nos Tribunais para se manifestarem sobre a capacidade civil e penal nos processos. A partir disso, décadas depois, o laudo psiquiátrico surgiu como crucial nos processos, sendo utilizado para ditar o destino de algumas pessoas. Com isso, a Psiquiatria se tornou uma importante auxiliar dos magistrados acerca das caracterizações patológicas da personalidade de uma pessoa acometida por um transtorno mental que viesse a cometer um crime. Houve um aprofundamento da busca pela identificação de um perfil criminoso e surgiram teorias, como a do biodeterminismo, que procuravam examinar estas pessoas e catalogar suas características para tratá-las de sua degeneração, ou até isolá-las, esterilizá-las e assim sua herança genética criminoso não seria transmitida.

Pereira (2008), ao nos falar sobre a questão da degenerescência para Morel em seu Tratado da Degenerescência (1857), nos mostra que Morel criou uma teoria da hereditariedade dos transtornos mentais que influenciou a Psiquiatria até o início do século XX, que diz que o homem foi criado perfeito por Deus e a degeneração, relacionada ao pecado original, consiste na transmissão dos vícios, taras e traços mórbidos dos antecessores à sua descendência. Estes estigmas que iriam se acentuando através das gerações levariam à desnaturação até a extinção daquela linhagem, por isso foram criados projetos de intervenção social higienistas para impedir a degeneração da raça. A loucura carrega este estigma e mesmo após anos que esta teoria esteja ultrapassada, ainda vemos reflexos na sociedade destas noções na lida com o sujeito louco.

Para Psiquiatria funcionar, ela estabeleceu uma associação essencial entre loucura e crime. Dentro do manicômio, a Psiquiatria vincula qualquer diagnóstico a uma loucura perigosa que tem sempre um perigo possível associado a si. Fora do manicômio a Psiquiatria procurou (século XIX) detectar os perigos associados à loucura, mesmo aqueles pouco perceptíveis. Para isto, foi necessário que ela se justificasse como poder e ciência, portadora do poder para realizar uma intervenção autoritária na sociedade, ou seja, ela se interessou desde o início do seu processo de constituição pela loucura que mata, pelos crimes sem razão, para se constituir como um saber, que pudesse intervir na sociedade, um poder para proteção/controlar da sociedade (FOUCAULT, 2001). É como se o sistema penal “pedisse” a Psiquiatria elementos para exercer seu direito de punir, pois, na época, não se podia exercer o poder de punir os crimes sem razão. Como estes eram o objeto de estudo da Psiquiatria, ela se tornou necessária para detectar o perigo e mostrá-lo à sociedade, se tornando uma ciência indispensável ao aparato jurídico da época. A transformação que fez o poder psiquiátrico intramanicomial (com foco na doença) se transformar em uma jurisdição extramanicomial (da conduta anormal) se deu a partir de um jogo de poderes e alianças entre a Psiquiatria e a instituição judiciária daquele período. Sobre esta busca da Psiquiatria para se consolidar como um saber acerca da loucura Rauter nos fala:

Teriam sido os manicômios criados para submeter a tratamento psiquiátrico o louco-infrator? Penso que este não é o motivo que levou à criação desses espaços. A criação dos manicômios atendeu principalmente à necessidade de colocar em funcionamento novos dispositivos de controle social, fundamentados no saber psiquiátrico: avaliar graus de responsabilidade criminal que permitiriam fazer da pena este novo dispositivo, cujo fim depende de uma avaliação técnica de personalidade. Trata-se principalmente, para a nova corrente penal, de neutralizar personalidades perigosas, mais do que de submetê-las a qualquer tratamento. A psiquiatria pode ajudar nisso, avaliando graus de responsabilidade penal, mais para isolar os perigosos do que para submetê-los a tratamento. Ela se valeu dessa sua competência inclusive para aumentar sua importância social, superando a busca pelo corpo anátomo-patológico da loucura que ela nunca pode encontrar, e que faziam dela uma medicina de segunda classe. (2016, p. 45 e 46)

Desta forma, criou-se um saber médico acerca da loucura, a Psiquiatria, que instituiu práticas legitimadas para uso pelo Estado. A ideia era isolar para conhecer e “tratar”. Este isolamento também tinha o objetivo de proteger a sociedade de um ser desprovido de razão, imprevisível, que “poderia” ser perigoso para a sociedade. Esta foi uma noção forjada para o controle da sociedade fora dos muros do manicômio, é importante que exista a figura do perigoso para que as pessoas sintam medo e se submetam às normas impostas na sociedade, afinal, ir contra as normas é uma conduta que pode determinar que alguém seja considerado

louco. O medo é efeito dos discursos e outras práticas que o produzem como forma de controle. A partir disso, o controle vai se exercendo, dentro e fora dos manicômios.

No início do século XX, a ideia de que o crime era um sintoma provocado por uma doença mental gerava a necessidade de separação dos loucos criminosos dos loucos comuns. Na segunda década do século XX, através de uma pressão da imprensa este espaço surgiu, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, após uma revolta na “Seção Lombroso” em janeiro de 1920.

O funcionamento do hospital psiquiátrico é baseado na vigilância, na disciplina e no controle, tal como as instituições de correção pela privação de direitos, como as penitenciárias. Goffman (1961) nos fala sobre a carreira moral do doente mental que culmina na “mortificação do eu” das pessoas internadas em instituições totais.

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despedido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que tem a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele. Os processos pelos quais o eu da pessoa é mortificado são relativamente padronizados nas instituições totais; [...] A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu. (p. 24).

A mortificação do eu e uma série de ações violentas culminam na diminuição dos nexos afetivos do indivíduo com seu território existencial, que geram um agravamento da saúde mental do sujeito. O fenômeno da institucionalização, já citado neste trabalho, que opera através do isolamento do indivíduo na instituição fechada, fragiliza os nexos com a vida que levava fora do manicômio e reforça os nexos limitantes com a instituição, o que gera um assujeitamento às normas estabelecidas dentro da instituição.

Viver em instituição total exige o completo assujeitamento às normas que nela estão estabelecidas, cuja contrapartida é a abolição da autonomia do sujeito. Despossuído de sua própria vida como, por exemplo, pertences, afetos, atividades cotidianas, horários e preferências as mais sutis, o indivíduo passa a viver sob normas restritas de confinamento que reúne, em espaços muito limitados, um grupo de pessoas consideradas incapazes e, portanto, sem direito a autonomia. (TEDESCO, 2016, p.12).

O indivíduo perde o protagonismo de sua vida, é totalmente controlado em relação a horários e possibilidades de ações dentro da instituição e é constantemente exposto a

degradações morais e desrespeito pela condição de existência que é submetido. “Ao indivíduo tutelado não cabem ações ou decisões, o que implica a obrigatoria submissão a todos e a qualquer um. A postura servil ao meio institucional, ou seja, a obediência cega e total às regras, muitas vezes sem sentido, é avaliada como signo de sua recuperação” (TEDESCO, 2016, p. 12 e 13).

O exercício desta prática institucional anula os modos singulares de ser, homogeneiza, cria padrões, normaliza condutas, e por isso, o indivíduo mais submisso às normas, o mais obediente é considerado o mais saudável e com o melhor prognóstico, ou seja, quanto mais alienado de si, mais sucesso se obteve em seu “tratamento”.

Com isso, podemos ver que, “a perda da autonomia, o exercício diário de anulação de si, acaba sendo parte do ‘tratamento’, [...] o processo de institucionalização age na contramão da reinserção social do indivíduo, ao exigir condutas de dependência total a um meio coercitivo, mortificante (TEDESCO, 2016, p. 13). Portanto, tais práticas não oferecem um cuidado à saúde mental do indivíduo, pelo contrário, limitam suas possibilidades de existência e operam na produção da delinquência, que visa controlar a sociedade através da produção dos modos de ver, de agir, do medo e da submissão às normas.

As forças modeladoras criam condições que fomentam modalidades específicas de ver e entender a si e a realidade, assim como modos de agir e reagir a essa. No caso em questão, das medidas de segurança, o processo culmina na constituição de um contingente cada vez maior de subjetividades mortificadas, sem direitos, sem oportunidades e que sofrem cotidianamente abusos físicos e morais. O estigma ou marca, uma vez aderida à pele, ali permanece exalando repulsa e medo, reduzindo quase a zero a amplitude de possibilidades de vida não marginal e assim empurrando os indivíduos por trajetórias infames. Segundo a perspectiva desses pensadores da política contemporânea, a prática do aprisionamento é reconhecida como uma máquina de produção de delinquência que interessa ao mundo e, em particular, ao Brasil (TEDESCO, 2016, p. 282 e 283).

Na mesma direção dos estudos de Goffman (1961) surgiram também movimentos opostos, questionando as práticas exercidas nestes locais, inspirados principalmente pela experiência liderada por Basaglia na Itália, que fechou os manicômios em 1971.

Basaglia demonstrou que era possível a constituição de uma nova forma de organização da atenção e que ofereça e produza cuidados ao mesmo tempo que produz novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam da assistência psiquiátrica. É inegável a influência desse movimento em nosso modelo, fazendo ressurgir diversas discussões que tratavam da desinstitucionalização do portador de sofrimento mental, da humanização do tratamento dessas pessoas, com o objetivo de promover a reinserção social (COSTA et al., 2018, p. 6).

Após a Segunda Guerra Mundial nasceram as primeiras experiências de reformas psiquiátricas, pois se descobriu que as condições de vida que um louco tinha no hospício em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração.

Em vários países aconteceram experiências de reforma, dentre as quais destaco a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, que acreditavam que o fracasso estava na gestão do hospital e que a solução seria realizar mudanças na instituição; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, que acreditavam que o hospital deveria ser desmanchado aos poucos na medida em que se construía serviços assistenciais; e a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, que colocavam em xeque todo o modelo científico psiquiátrico e conseqüentemente, a existência do manicômio (AMARANTE, 2015).

Cada reforma influenciou serviços específicos, mas é interessante destacar algumas delas, embora a reforma Italiana tenha influenciado mais fortemente o Brasil, podemos ver que algumas noções surgiram em outras experiências.

Como por exemplo, a Psiquiatria Preventiva, também conhecida como Saúde Mental Comunitária, em que se acreditava que todas as doenças poderiam ser prevenidas se detectadas precocemente, tinha o objetivo de prevenir e erradicar os males da sociedade através da busca de “suspeitos” de desordens mentais (pessoas que poderiam adoecer), também faziam a identificação e intervenção na crise individual/social, havia a noção de prevenção, criação do conceito de crise (evolutiva e acidental) e de desvio (comportamento desadaptado à norma social) e o surgimento do conceito de desinstitucionalização (associado à desospitalização, embora mais complexo).

As próximas duas reformas não deveriam ser consideradas reformas, pois romperam com o paradigma psiquiátrico tradicional. Para a Antipsiquiatria, o hospital psiquiátrico reproduzia as estruturas opressoras da organização social, esta utilizava o conceito de duplo-vínculo (mensagem verbal contrária à mensagem gestual e emocional), a doença não existia enquanto objetivo natural, mas sim como uma experiência do sujeito com o ambiente social, e não tinha uma proposta de tratamento clássico para a doença, a terapêutica seria baseada no princípio de que a pessoa vivenciasse sua experiência (pois o sintoma seria uma possibilidade de reorganização psicossocial e o terapeuta deveria ajudar a pessoa a vivenciar e superar este processo).

A Reforma Psiquiátrica surgiu no Brasil no fim da década de 70 com o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em São Paulo e no Rio de Janeiro, que aprofundou as lutas e discussões por uma sociedade sem manicômios.

Como já dito, a Psiquiatria Democrática Italiana teve Franco Basaglia como uma de suas principais referências, cuja base era a desconstrução do manicômio, a ideia era a superação não somente da estrutura física, mas dos saberes e práticas, científicas, jurídicas e sociais que legitimavam o isolamento, a segregação e a patologização da experiência humana. Simultaneamente ao fechamento das enfermarias psiquiátricas houve a criação dos serviços substitutivos ao manicômio.

Foram criados os Centro de Saúde Mental (CSM) regionalizados, aplicando o conceito de ‘tomada de responsabilidade’, isto é, assumiam a responsabilidade por todas as ações de saúde mental em cada território. E desta forma, contribuíam para uma mudança na forma como a comunidade lidava com o sofrimento mental e restabeleciam o lugar social da loucura; também foram criadas cooperativas de trabalho que promoviam a inclusão social.

A experiência italiana rompeu com as outras reformas, principalmente com relação ao conceito de desinstitucionalização, não mais visto como sinônimo de desospitalização, mas sim como uma desconstrução do modelo manicomial, que visa transcender à reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e o imaginário social acerca da loucura. A ideia era estabelecer uma relação com o sujeito em sofrimento e não mais com a sua doença. Esta foi a experiência que influenciou o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro.

O Movimento Antimanicomial impulsionou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que nos fez chegar ao modo de cuidar em saúde mental atual, efetuado em liberdade, através da preservação dos vínculos afetivos do usuário, que será abordado mais adiante.

De acordo com Paulo Amarante em seu livro *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (2015), a saúde mental é uma área de conhecimento no âmbito das políticas públicas de saúde. Este campo de atuação, que é tão complexo, também é intersetorial, não se baseia somente um tipo de saber, mas é atravessado por uma transversalidade de saberes, que foram se constituindo ao longo dos anos.

O campo da saúde mental e da atenção psicossocial utiliza a expressão “sujeitos em sofrimento psíquico”, que passa a ideia de um sujeito que sofre, da experiência vivida por um sujeito, o sujeito da experiência. Como já dito, a reforma brasileira é produto/efeito do Movimento Antimanicomial, o termo transtorno é utilizado, só que diz-se que o sujeito é portador do transtorno de base psicossocial. Não se fala de doença ou doente, mas de transtornos produzidos pelas relações psicossociais, logo, localiza o transtorno nas relações e não no indivíduo. Nota-se que a abordagem psicossocial não mais se relaciona com o sujeito a partir de sua doença, antes olha para a pessoa e vê o sujeito da experiência, alguém que não é resumido à sua doença. Foram criados serviços que lidam com pessoas e não com suas doenças e por isso são locais de sociabilidade.

Os serviços em saúde mental são dispositivos estratégicos, locais de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Trocas estas que produzem uma nova relação com a loucura, o que contribui para uma produção de subjetividade que inclui a diversidade e não mais exclui os diferentes. É uma posição política que “luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental” (AMARANTE, 2015, p. 70). É um processo complexo que objetiva mudar as mentalidades, mudar as relações sociais que se estabelecem com a loucura, que não seja mais de rejeição ou de tolerância, de desrespeito, mas de solidariedade, reciprocidade e respeito.

A Psiquiatria contribuiu para que a sociedade visse o louco como perigoso, afirmando que o lugar do louco era no hospício. O movimento da Luta Antimanicomial contribuiu para desconstrução destas ideias preconceituosas. O lugar da loucura é na cidade, na sociedade, existindo em sua diferença, produzindo mundo, se relacionando com suas famílias, com sua vida.

Embora na atualidade este governo fascista tenha empenhado suas forças no desmanche e no enfraquecimento do cuidado em saúde mental, que vai contra o asilamento no Brasil, seguimos resistindo, “colocando nossos blocos na rua”, existindo. Em um evento de saúde mental ouvi uma frase de uma usuária que nunca mais esqueci: “O pior dos CAPS ainda é melhor do que o melhor dos manicômios”. Esta frase choca ao percebermos que ela é real, pois mesmo com uma precarização da rede de atenção psicossocial produzida pelo governo, o trabalho desenvolvido fora dos manicômios em sua realização e potência por mais

sucateados que tentem fazê-lo, não se compara as mortificações produzidas no melhor dos manicômios.

A questão da responsabilização é uma diretriz da reforma psiquiátrica brasileira muito importante na construção do cuidado em saúde mental da atenção psicossocial. Silva (2005) nos fala da responsabilização do usuário pelo próprio sintoma, que “é considerado o próprio processo terapêutico, uma saída da situação de vitimização, de destituição do lugar de sujeito que cabe ao usuário, de descompromisso com o tratamento” (p. 315). Esta perspectiva da responsabilização pelo cuidado em saúde mental também engloba os serviços, profissionais, usuários, familiares, Estado, parceiros, comunidade, de uma forma que a divisão do cuidado contribua para a desinstitucionalização da loucura.

Na Atenção Psicossocial a responsabilização é uma estratégia de cuidado, em que se constrói uma rede de relações entre sujeitos, que cuidam, que escutam, que vivenciam experiências, em que as pessoas envolvidas produzem e são produzidas a partir destas relações de cuidado. É importante frisar que a responsabilização do sujeito de que trata a atenção psicossocial, não se refere a uma responsabilização penal.

É o tratamento que assegura a estabilidade e, com ele, o bom convívio com a comunidade. Ao ser cuidado, o indivíduo, coexiste satisfatoriamente em seu território existencial, torna-se capaz de lidar com as normas, reconhecer os constrangimentos das leis e responder por seus atos futuros. Reconhecemos aí a importante questão que é a da responsabilidade. A orientação do tratamento é construir, na parceria paciente/terapeuta, o protagonismo do primeiro, pelo qual este reconhece sua implicação, sua responsabilidade por todo e qualquer ato praticado. A capacidade de se ver como ator de suas ações é foco do trabalho da saúde mental. O processo terapêutico estabiliza o transtorno mental e trabalha a responsabilização da pessoa sobre os atos que vier a se efetivar na continuidade de sua vida. Não cabe pensar a responsabilização sob o ponto de vista retroativo e abarcar o delito cometido anteriormente ao tratamento visto que no momento do delito já cometido a pessoa não possuía condições de reconhecer o caráter delituoso do seu ato e autodeterminar-se. Evidentemente o delito será abordado e ganhará sentido no processo terapêutico. Porém, é preciso entender que o processo de responsabilização terá lugar posteriormente, ele é efeito do tratamento, do cuidado à saúde mental que permitirá, a partir de então, ao indivíduo aceder à condição efetiva de agente e, portanto, responsável por seus atos futuros (VENTURINI; OLIVEIRA; MATTOS, 2016 *apud* TEDESCO, 2018, p. 459 e 460).

Kemper (2019) diz que a responsabilização do louco infrator pelo seu ato delituoso é vista “como uma como uma afirmação de cidadania, de autonomia e também de inscrição simbólica, até para que possa haver manejo clínico e a construção de um sentido para essa passagem ao ato” (p. 199). Uma possibilidade que corresponde a esta responsabilização sem a submissão ao encarceramento violento nas instituições totais (manicômios e prisões) é

substituí-la por algum tipo de responsabilização civil, em que, por exemplo, a vítima e o acusado seriam escutados e negociariam de acordo com cada caso.

Aqui o objetivo é a reparação do dano e não a expiação da culpa. Ou seja, em vez de culpabilidade moral, responsabilidade ética. A reparação se daria, na medida do possível, com base na escuta cuidadosa das partes, na negociação e na necessidade de cada situação singular. A Justiça Restaurativa é uma técnica de solução de conflitos sensível a essa perspectiva singular de atenção às partes envolvidas e de construção de mediações possíveis e criativas. Neste modelo, vítima e réu são ativos na proposição ou aceitação de solução, saindo de um lugar passivo, em que a Justiça é soberana e distante e ocupando um lugar de cidadania que inclusive rompe com a violência comumente presente tanto no ato criminoso quanto na relação entre as partes e com a Justiça. Assim, há responsabilização, mas não pelo viés moral e sim pelo comprometimento com o outro e com o coletivo. (KEMPER, 2019, p. 201 e 202).

Com relação ao termo responsabilidade Silva (2005) nos fala que “em tempos do lema ‘cuidar sim, excluir não’ a potência parece estar com a responsabilidade, a implicação e a participação” (p. 307). Na tomada de responsabilidade pelo território, ou seja, na implicação e responsabilização dos atores pelo cuidado, a relação entre técnicos dos serviços, familiares e parceiros é intensificada pela divisão cotidiana do cuidado.

A prática dos Centros de Atenção Psicossocial, pelo menos no município do Rio de Janeiro, está orientada pelo acolhimento, vínculo e definição precisa da responsabilidade de cada profissional no atendimento à população. O encargo pelos cuidados em saúde mental não é responsabilidade exclusiva nem das famílias, nem dos profissionais e nem das instâncias públicas de amparo, mas algo que exige distribuição, delegação e negociação de responsabilidade entre esses atores sociais, cada dia mais intensa na medida em que a internação deixa de se tornar o principal recurso assistencial e a convivência passa a ser o principal instrumento de terapêutica (SILVA, 2005, p. 307).

Com isso, podemos ver a divisão de responsabilidades pelos atores sociais envolvidos como uma estratégia que contribui para substituição da internação por uma forma de cuidado em liberdade, que é potente e eficaz, pois preserva, cria e estimula a criação dos laços e vínculos afetivos do sujeito em seu território existencial, e ainda fomentam a ampliação das múltiplas formas de produção da vida e a diminuição de pacientes abandonados/ desassistidos.

A atuação profissional “especialística” tem efeitos de abandono e desresponsabilização pelo cuidado e assistência em saúde mental, indicando uma “profissionalidade” restrita em relação às necessidades da população [...] O elevado nível de especialização e de refinamento das técnicas de intervenção tem como consequência uma correspondente elevação da seleção de pacientes assumidos (...) esta forma especialista e seletiva de funcionar dos serviços psiquiátricos faz com que as pessoas sejam separadas, “despejadas”, jogadas de um lado para outro entre competências diferentes (SILVA, 2005, p. 310).

Portanto, a tomada de responsabilidade integral pelo cuidado em saúde mental por todos os atores envolvidos é uma resolução possível para a questão dos pacientes abandonados – que não sejam responsabilidade de ninguém – e estimula uma articulação entre os vários atores e instâncias do território. Os familiares, vizinhos, líderes religiosos, entre outros, são convidados a fazer parte do cuidado como parceiros e são considerados um suporte social para usuário dos serviços e equipes de acompanhamento. Isto contribui para ampliar o grau de autonomia e de trocas sociais do sujeito e conseqüentemente para “aumentar seu poder de contratualidade. Em outras palavras, a atenção psicossocial visa aumentar o *status* e prestígio do louco em seu meio social, através da multiplicação das interações sociais” (SILVA, 2009, p. 157).

Assim, o objetivo fundamental do CAPS pode ser descrito da seguinte forma: constituir uma rede de suporte social ao louco suficientemente consistente e coesa, algo que venha a se transformar em uma pluralidade de atores e instâncias sociais substitutiva ao asilo, na própria comunidade local (SILVA, 2009, p. 152).

Os serviços de atenção psicossocial devem ser flexíveis e não se tornar espaços burocratizados, devem ser locais de suporte e acolhimento da crise, de produção de vida. É importante que haja uma flexibilidade do serviço para acompanhar o sujeito em sua trajetória, produzir agenciamentos, articulações da rede afetiva, entre outros. Utilizam o termo “usuário” para evidenciar este protagonismo do sujeito diante de sua experiência. Uma das características de seus dispositivos é a constante reflexão da construção da *práxis* no campo da reforma psiquiátrica.

O princípio da intersetorialidade é muito importante, pois é uma estratégia que articula vários setores sociais além do campo da saúde mental, amplia os vínculos e recursos existentes no território, cria-se uma rede potente de acolhimento e responsabilização, o que demonstra uma diferença enorme em relação ao “tratamento” manicomial, que concentra as ações desenvolvidas dentro do hospital e na figura do médico psiquiatra. Não há possibilidades de articulação entre setores, a pessoa vive isolada do mundo fora do manicômio. Há um empobrecimento das articulações em virtude da característica fundamental das instituições totais, o seu fechamento.

O trabalho em equipe, com uma composição multidisciplinar, permite a interdisciplinaridade necessária em um trabalho comunitário, que é muito rico no compartilhamento de conhecimentos e habilidades, em um espaço de horizontalidade e

participação de todos nas decisões relacionadas ao serviço. “Para que uma equipe possa elaborar um projeto terapêutico tem de se tornar um grupo de trabalho aberto, horizontal, em espaço de diálogo, de debate, e não como um lugar de simples distribuição de tarefas, um monólogo do chefe da equipe” (DESVIAT, 2018, p. 69).

Em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial; promover a vinculação de pessoas em sofrimento psíquico em decorrência ao uso abusivo de álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; visando a integração, articulação e qualificação do acolhimento à população no território. É um modelo de atenção à saúde que potencializa o território como uma estratégia de cuidado, busca as redes da pessoa para engajar estas pessoas no cuidado, procura estabelecer parcerias que ajudem no processo de saúde de seu usuário.

O modelo de atenção em saúde comunitária, a Saúde Coletiva, exige um sistema público de saúde, universal, descentralizado e participativo, que leve em conta as desigualdades sociais, que integre os diferentes níveis de atenção, prevenção, assistência, reabilitação e os diferentes dispositivos de atenção no território. Infelizmente, esta não é a direção que nosso Governo atual tem seguido, o que tem trazido muito prejuízos às políticas de saúde oferecidas por direito à população. A esta necropolítica que produz mortificações interessa que os corpos loucos, muitos dos quais são negros e pobres, sejam exterminados, seja nas ruas com a polícia assassinando descaradamente, seja dentro dos muros do manicômio, nas clínicas ditas terapêuticas e nas prisões.

De acordo com Mbembe (2016), a expressão máxima da soberania está em grande parte na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. O exercício da soberania se dá através do controle da mortalidade e da definição da vida através da manifestação do poder. O capitalismo define quem vive e quem morre através da capacidade de produção de cada indivíduo.

A natureza da violência do manicômio é encontrada na própria violência da sociedade capitalista, mediada pela roupagem técnica do saber psiquiátrico. Sua função social e política é precisamente encobrir parte das contradições entre capital e trabalho pela ocultação no interior de seus muros de certo contingente da classe trabalhadora, mais especificamente, daquela parcela que, temporária ou definitivamente, encontra-se impossibilitada de manter-se (ou mesmo inserir-se) na esfera produtiva (MARTINS et al., 2017, p. 232).

Em nosso mundo contemporâneo, a necropolítica opera com interesse na destruição máxima de pessoas e cria um “mundo de morte”, em que algumas parcelas da população são submetidas a condições de existência sob o status de “mortos-vivos”, afinal, haveria outras possibilidades para estas pessoas que [sobre]vivem dentro das penitenciárias ou dos manicômios, senão a de “mortos vivos”? Ou ainda, qual a vitalidade que podemos encontrar em uma pessoa que acabou de ser desinternada de um manicômio, que não reconhece mais sua identidade, nem tem seus vínculos afetivos preservados?

A soberania define quem importa e quem é “descartável”, isto está relacionado ao Capitalismo, quem não produz é como um peso na sociedade e serve como massa de manobra para o controle e normalização da sociedade.

Resistir e criar possibilidades frente à psiquiatria enquanto ciência ideológica inclui, necessariamente, uma luta contra o sistema que a mantém e que é rigidamente determinado pelas leis econômicas, lembra Basaglia (2010b, 2010c). O lugar confiado à loucura nesta sociabilidade está diretamente relacionado à impossibilidade da sua incorporação, visto que uma de suas características mais marcantes (e determinantes para esta inserção pela psiquiatria na condição de saber ideológico) é justamente a ruptura com a possibilidade de inclusão dos loucos na esfera produtiva. É nesse sentido que “tornar-se doente mental”, para Basaglia, está diretamente relacionado ao poder econômico, social e contratual e à perda desse poder. Para ele, a violência do manicômio nada mais é do que uma das expressões das contradições de nossa sociedade em toda sua violência. A liberdade daquele considerado “doente mental” exige, portanto, a superação do capitalismo (MARTINS et al., 2017, p. 232).

Isto está diretamente ligado ao racismo estrutural de nossa sociedade.

Com efeito, em termos foucaultianos, racismo é acima de tudo uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder, “aquele velho direito soberano de morte”. Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição de morte e tornar possível as funções assassinas do Estado. Segundo Foucault, essa é a “condição para a aceitabilidade do fazer morrer” (MBEMBE, 2016, pág. 7).

Hoje acordei e soube da notícia de mais uma criança assassinada na Maré¹³ e acaba sendo inevitável lembrar dos assassinatos recentes de Marielle Franco¹⁴, João Pedro¹⁵ e George Floyd¹⁶, pessoas negras que foram brutalmente assassinadas. O mais difícil é ouvir pessoas banalizando estes assassinatos, como se existisse algo que justificasse o assassinato de uma pessoa. Negros, loucos, homossexuais, transexuais, indígenas, grupos minoritários e

¹³Kauan Vítor-<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/06/25/menino-morre-apos-ser-baleado-na-cabeça-no-complexo-da-maré.ghtml>

¹⁴ Quem mandou matar Marielle? E porquê?
https://brasil.elpais.com/brasil/2019/03/13/opinion/1552485039_897963.html

¹⁵ João Pedro-<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2020/05/19/adolescente-de-14-anos-e-morto-durante-acao-policia-em-sao-goncalo-rj>

¹⁶ George Floyd-<https://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,entenda-o-caso-george-floyd,70003323879>

mulheres são assassinados todos os dias por este Estado genocida, racista, homofóbico, misógino, que desprotege e faz matar.

Lembro-me de um paciente que conheci em meu percurso pelos manicômios em que pude acompanhar um pouco de sua trajetória no manicômio judiciário. Muito sorridente, entre poesias e músicas, chamava a atenção de todos quando adentrava o ambiente e destoava do clima fúnebre que pairava no manicômio. Depois de anos preso, ele havia conseguido em sua última audiência a sua desinternação, somente estava esperando receber o alvará de soltura¹⁷, pois mesmo tendo casa própria, que naquele momento morava uma irmã que não queria acolhê-lo, não pôde sair em virtude de não ter para onde ir. O que ele mais falava era sobre seu desejo de ir embora e foi bonito de se ver a sua reação ao saber que seria desinternado. A equipe estava tentando articular com a família um espaço em que ele pudesse morar para que sua desinternação seguisse seu curso. Neste ínterim, após muitos abusos dentro da instituição total, ele resolveu falar e denunciou o que sofria. Algumas semanas depois foi encontrado em sua cela “suicidado”. Lembrar disso estremece minha carne, pois ele foi “apenas mais um” dentre tantos outros que são há anos silenciados no manicômio, onde estas mortes são banalizadas e muitas vezes nem sequer uma investigação é feita. É um corpo descartável. Esta é a ação da necropolítica.

Na formulação de Foucault, o biopoder parece funcionar mediante a divisão entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer. Operando com base em uma divisão entre os vivos e os mortos, tal poder se define em relação a um campo biológico – do qual toma o controle e no qual se inscreve. Esse controle pressupõe a distribuição da espécie humana em grupos, a subdivisão da população em subgrupos e o estabelecimento de uma censura biológica entre uns e outros. Isso é o que Foucault rotula com o termo (aparentemente familiar) “racismo”. (MBEMBE, 2016, p. 7).

Através da produção da figura do perigoso, pelo racismo e preconceito, não há constrangimentos em eliminar pessoas que ofereçam algum risco a ordem hegemônica, estas pessoas encarceradas são majoritariamente negros e pobres, assassinados, seja através das operações nas favelas cariocas, nas prisões e manicômios, no recolhimento de pessoas em situação de rua e até saindo de um debate, como no assassinato de uma vereadora negra, lésbica, Marielle Franco, eleita pelo povo e defensora dos direitos humanos. É a prática conhecida como “licença para matar” que sempre operou no Estado brasileiro. Estas ações

¹⁷Alvará de soltura é o documento que autoriza a desinternação da pessoa que cumpre a medida de segurança - <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/processos/execucao-penal/alvara-de-soltura.htm#.XvaReihKJIU>

estão articuladas com este efeito do poder que incide sobre os corpos e indica quem deve viver e quem deve morrer.

É a perpetuação da escravidão que podemos enxergar na perpetuação dos manicômios e de outras instituições brasileiras. Basta olhar para verificar a cor da maioria dos que habitam esses espaços. É também essa maioria que habita nossos cárceres, e que mais morre nas ações de nossa polícia. É o capitão do mato fardado que sobrevive, e como ocorria ainda no tempo da escravidão, este também poderia ser um negro. (RAUTER, 2016, p. 56).

Através da seletividade penal que encarcera, elimina-se o alvo da necropolítica e opera uma restrição de quem pode transitar pela cidade, negando a estas pessoas o direito a liberdade, muitas vezes com a justificativa de se oferecer um tratamento, como é o caso das pessoas que são internadas nos manicômios judiciários. O lugar de poder é ocupado pelos conservadores que realizam este papel de destruir as conquistas dos direitos democráticos nesta necropolítica.

Há uma desqualificação daqueles que não possuem poder de compra nesta lógica neoliberal que vivemos. Neste sentido, os moradores de favelas e periferias sofrem mais criminalização. A criminalização da pobreza é um processo de exclusão que os transforma em perigosos em potencial. Isto é fortalecido pela mídia quando mapeia as chamadas zonas perigosas dando destaque às notícias violentas que são reafirmadas nas áreas mais pobres. Com isso, os cidadãos se restringem aos lugares considerados mais seguros, condomínios, casas vigiadas por câmeras 24 horas por dia e cria-se assim uma sociedade baseada na produção do medo.

As pessoas que recebem um laudo que foge aos padrões aceitáveis pela sociedade, se tornam um estorvo para a sociedade, pois não se encaixam nos padrões de consumo de uma sociedade capitalista. Há uma exclusão-inclusiva destas pessoas consideradas anormais em um diagnóstico, “como é o caso da psicopatia, no qual o indivíduo permanecerá durante toda sua vida e em que ocorre uma desqualificação do seu discurso, o que caracteriza uma morte social desta parcela da população” (MOREIRA et al., 2010, p. 304). Nisto está a exclusão-inclusiva, em que uma determinada parcela da população é excluída através da inclusão em um “modelo” considerado indesejável para sociedade.

O louco infrator carrega dois estigmas que o excluem da sociedade, o de louco e o de criminoso. Quando comete algum ato delituoso, este indivíduo tem alguns de seus direitos suspensos, como a liberdade, perdendo assim o direito de circular pela cidade. Como nos

afirma Tedesco (2018), os avanços da reforma não chegaram aos pacientes judiciários; a ocorrência do delito faz o tratamento do transtorno mental extrapolar o campo da saúde mental para uma interface entre justiça e saúde. Esta interconexão provoca atitudes preconceituosas e criminalizadoras de ambos os domínios.

No domínio da saúde mental, observa-se a tendência de não reconhecer estes pacientes e de não aceitá-los como sendo de sua área de atuação, pelo fato de ser relativamente recente o recebimento de tais pacientes, antes sob a responsabilidade dos HCTPs. É fato que tem ocorrido avanços com o trabalho de responsabilização da RAPS por estes sujeitos, porém, ainda há muito no que avançar. O domínio da justiça por sua vez, prioriza a pena em detrimento do tratamento em função do delito praticado, quanto mais grave for considerado o delito, mais fácil será que o sujeito receba uma medida de internação. Utiliza-se uma noção nascida na Psiquiatria do século XVIII e XIX, já abordada neste texto, que continua sendo aplicada, mesmo não encontrando mais apoio em pesquisas atuais.

Trata-se da presunção de periculosidade, traço desqualificador extremo, atribuído à natureza destas pessoas. Tal característica justificaria que a decisão sobre a modalidade de prática clínica a ser exercida (internação ou ambulatório) seja tomada pela justiça, que passa, então, a acompanhar o tratamento e estabelece um único critério para autorizar o fim do tratamento, definido pela cessação de periculosidade. A periculosidade, colada como uma marca permanente no indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei, responde pelo hibridismo da pena-tratamento que mantém pessoas enclausuradas por tempo indeterminado. Se o embate entre saúde mental e justiça não sofrer intervenções ágeis e eficientes, indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei permanecerão criminalizados e tutelados em regime informal de prisão perpétua, vítimas de um conjunto ineficiente de práticas asilares, punitivas e excessivamente medicamentosas (TEDESCO, 2018, p. 86).

Pois conforme nos afirma Diniz (2013),

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 (p.15).

O campo da saúde mental e da atenção psicossocial se dá na contramão deste sistema de fazer morrer, a luta antimanicomial opera contra o preconceito, visa uma produção de subjetividades que dê lugar ao diferente, que produz saúde através da liberdade de existir e questiona os grupos privilegiados. Produz uma prática de cuidado que não busca a normalização dos corpos, ou a imposição de modos de existir e constantemente deve questionar a prática do trabalho para não cair no risco, que está sempre à espreita da porta, de reproduzir os microfascismos cotidianos.

A esta pesquisa interessa dar visibilidade ao poder da vida, que escapa às amarras da necropolítica e resiste dentro e fora dos muros dos manicômios, busca através do acompanhamento da Equipe Multi, provocar mudanças neste contexto de reprodução das políticas de morte. Para isso, exige uma atitude crítica, que não compreende a ética como uma obediência cega aos códigos morais, nem como uma submissão à normalização universal, mas como um questionamento a estes valores que influenciam a criação de formas outras de vida. Conforme nos lembram Rodrigues e Tedesco (2009), a ética é uma atitude crítica de si mesmo dada à necessidade de decidir como agir diante dos acontecimentos da melhor forma possível. Toma o cuidado como prática de liberdade.

No entanto, a estratégia clínico-política não reside em sublinhar tais preceitos como bloqueios absolutos ao movimento, vinculando liberdade à abolição dos códigos. A delicadeza do processo criador exige que habitemos o plano da norma, não para cair no seu jogo, mas inventar outros jogos, descobrir seus vieses, suas margens e limites a fim de propor sua reinvenção. Na parceria com Foucault e Simondon, deixamos para trás a compreensão da ética como substância para tomá-la como exercício, cuja efetivação envolve o aparecimento de configurações inéditas para os códigos. Frente à norma, nem normalizados, nem juízes normalizadores, mas inventores cuja existência ética implica a liberdade de arriscar outros modos de viver e de criar mundos. E neste ponto coloca-se a pergunta: como instaurar, no interior do próprio regime normalizador, outros modos de regulação mais condizentes com a vida, com o movimento que nos é inerente? (TEDESCO, 2012, p. 70-71).

A postura ética clínica exige o acompanhamento da experiência crítica, através da busca de reinvenção das normas e nós mesmos. A prática de si da clínica aposta na porosidade da relação que construímos com os preceitos, para criar outros caminhos possíveis para a subjetividade e para a ordem social, através da experiência de problematização.

O cuidado em saúde mental supõe mais saber no sujeito que sofre e utiliza as respostas do sujeito para construção de uma direção no seu tratamento. Fernanda Otoni de Barros no posfácio do livro “O crime Louco” do Conselho Federal de Psicologia (2012) nos diz que supor que o sujeito seja capaz de apresentar suas angústias e localizar seu sofrimento é uma condição para a sustentação ética e clínica da saúde mental. É a partir disso que se constrói a direção do acompanhamento efetuado em liberdade, ao sustentar o desafio de uma sociedade sem manicômios, há a aposta na capacidade do sujeito de inventar, dentro de suas possibilidades, uma solução para lidar com a sua diferença no convívio social.

Dispositivos fizeram-se necessários para amarrar essa rede feita por muitos, para sustentar a atenção e o acompanhamento do sujeito que, por vezes, enlouquece. Se isso acontece, seu sofrimento pede por tratamento.

Mas, outras vezes, o sujeito arruma-se com sua solução de vida, ao seu modo. Pode parecer um jeito esquisito aos olhos dos que acreditam em “normalidade”. Mas, que se diga, “de perto, ninguém é normal!” Isso vale para os ditos “loucos” ou “normais”, quando sossegados com seu sintoma. A loucura não é uma doença, é um modo de vida (ainda que “os loucos” possam, em algum tempo, adoecer). Como todos nós, eles seguem o programa pulsional que nos faz humanos e o real que o movimenta, estabilizados pela corda bamba da rotina do laço social que nos engendra. (BARROS, 2012, p. 343).

A Saúde Coletiva defende uma releitura do processo saúde-doença, que considere o indivíduo em sua singularidade e subjetividade nas relações que este estabelece com o outro e com o mundo, a cidadania e o empoderamento social, entre outros. Estas reformas estão vinculadas a um processo de consolidação da cidadania e de implantação das políticas sociais que estão longe de serem consolidadas, principalmente neste momento que estamos vivendo.

A Reforma Psiquiátrica contribui na luta política pela transformação estrutural da sociedade, traz o debate sobre os direitos e sobre a doença mental e seu tratamento e confronta a sociedade com a diversidade, seus preconceitos, a solidariedade, a alienação cotidiana. Mas é preciso dar mais visibilidade a esta população, é preciso investimentos, é preciso uma mudança da sociedade com relação à loucura, ainda temos muito a avançar.

Segundo Desviat (2018), a saúde mental tem uma série de princípios com relação à atividade clínica, são eles: a Diversidade, os usuários em saúde mental têm uma população heterogênea, com necessidades clínicas e sociais diferentes; Flexibilidade, o tratamento deve ser adaptado às necessidades de cada caso; Individualização dos Tratamentos; Participação, não somente oferecer a informação, mas promover o envolvimento do usuário; Pertinência, deve considerar o contexto cultural, os valores do grupo social e da comunidade dos usuários e Qualidade Subjetiva.

Objetiva-se uma rede integrada de serviços sociais e recursos comunitários que facilitem a continuidade dos cuidados com a participação dos usuários, dos familiares e da comunidade na tomada de decisões sobre os recursos. Aqui, é importante ressaltar que um serviço de saúde mental pode ser manicomial se continua utilizando os mesmos mecanismos manicomiais. É um risco constante, por isso é importante a reflexão da *práxis*.

Ainda para Desviat, a recuperação não é vista como a salvação da doença, antes deve assumir os riscos que a vida tem:

“[...]o tratamento é a reversão dos sintomas que fazem o paciente sentir-se mal, e a devolução ou aquisição de habilidades e competências, mas sempre que sirva para atribuir-lhe sentido ao que lhe acontece, dentro do respeito à dignidade e aos direitos do indivíduo, sem converter a cura-salvação em uma tutela por toda a vida, que controla toda a existência da pessoa para evitar os riscos. Ser saudável não deve ser fazer-se de morto-vivo. Uma ideia terapêutica nociva do que é a normalidade psicótica ou de qualquer transtorno grave, que nega a diversidade (2018, p. 57).

Portanto, a Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização e a saúde mental comunitária se tornaram ferramentas eficazes no enfrentamento das crises e da cronicidade psiquiátrica. Surge então uma clínica porosa, a clínica do sujeito, da dignidade humana, uma clínica que exige uma *práxis* que se questione sobre a produção de conhecimento, sobre o poder, que exige uma posição política em que nem tudo vale, exige um compromisso equipe-usuário-comunidade, com um saber que muda continuamente, com respeito à autonomia dos usuários.

Dentre os elementos macro e micro, que são os pilares para uma ação terapêutica de uma clínica renovada estão: o trabalho em rede, a continuidade dos cuidados, o acompanhamento terapêutico, a continuidade dos recursos para uma utilização adequada para cada pessoa; a articulação de vários recursos no território e programas, que formam a base da ação terapêutica comunitária.

A Clínica Ampliada também é um dos pilares, pois consiste em ampliar a capacidade de decisão dos atores envolvidos, objetivando novos padrões sociais de relacionamento entre as pessoas, expansão dos conhecimentos apoiados pelo apoio matricial, até que o vínculo estabelecido se torne um elemento estruturante da clínica, que permita o surgimento de um contrato de cuidado.

Já o Apoio Matricial é uma nova forma de produzir saúde, em que duas equipes ou mais, em uma forma de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, que reestrutura a relação entre atenção primária e saúde mental.

Outro pilar é a equipe de acompanhamento terapêutico no território, proporcionando atenção e apoio a pessoa em sofrimento psíquico em sua própria comunidade. A cidade se torna um espaço onde se desenvolve o vínculo, a clínica do cotidiano, o cuidado.

Uma das características mais ignoradas pelos juízes que determinam as internações hospitalares é a capacidade da RAPS de intervenção na crise, que consiste na ampliação de recursos para enfrentá-la no momento em que acontece no território. E que, caso seja necessária uma internação/acolhimento noturno, esta pode ser feita na rede hospitalar e emergencial ou em um CAPS 24 horas, como um recurso transitório de internação de curta permanência previsto na Lei 10.216 (2001). Muitas vezes, a indicação de internação se dá pela instauração da crise, mesmo existindo serviços no território que possam acolhê-la. Ou ainda, para que se possa construir o projeto terapêutico do paciente, que é uma tarefa desempenhada pela RAPS. O que podemos ver através disso são indicações desnecessárias que institucionalizam pessoas e que fazem parte do exercício de poder deste sistema genocida.

Esta clínica porosa exige repensar a doença mental, a saúde e o sofrimento a partir de outras perspectivas, outros atores, com outras ferramentas e inserções, que a luta pela transformação do cuidado em saúde mental seja inserida em vários cenários sociais, no campo técnico assistencial, jurídico-político, no campo sociocultural, agregando e transformando o imaginário social sobre a loucura. A pluralidade dos processos, do campo, a apropriação da saúde pela comunidade, a participação social na elaboração das políticas públicas em saúde mental, visam transformar estes ganhos em processos emancipatórios.

A clínica renovada exige a construção de novas formas de cidadania, através da aceitação da diferença; cidadania é ter um lugar comum na cidade, poder habitar este espaço. “A cidade, ou qualquer habitat humano, é de todas as pessoas que o habitam” (DESVIAT, 2018, p. 132).

Contudo, podemos ver que todos estes avanços não chegaram ao manicômio judiciário como no meio aberto, o louco infrator continua ficando de fora do direito à saúde, sobretudo, do direito à vida, enquanto existir o manicômio judiciário no Brasil, a Reforma Psiquiátrica não avançará, por isso que somente ações que se comprometam a fechar a porta de entrada podem contribuir para o avanço da reforma. Infelizmente temos visto que a política de saúde atual visa manter estes locais em pleno funcionamento e enfraquecer os serviços abertos. Mas para entender um pouco mais sobre a ilegalidade destes hospitais, faz se necessário trazer neste texto alguns esclarecimentos acerca das Medidas de Segurança.

O Direito Penal brasileiro aplica a pena aos imputáveis, que são pessoas consideradas com capacidade de discernimento e autodeterminação e aplica uma Medida de Segurança aos

inimputáveis e aos semi-imputáveis que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, no momento da ação ou da omissão, são considerados incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento, ou que não possuem a plena capacidade de determinar-se de acordo com este entendimento (CÓDIGO PENAL, artigo 22). A pena pressupõe a culpabilidade e a medida de segurança, baseia-se na suposta periculosidade do indivíduo.

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (CÓDIGO PENAL, 1984).

A Medida de Segurança é destinada ao louco infrator, tem duração indeterminada perdurando enquanto não for averiguada a cessação de periculosidade do indivíduo através da perícia de sanidade mental. O prazo mínimo da medida de segurança é de 1 a 3 anos, ou seja, tem limite mínimo, mas não tem limite máximo (art. 97, § 1º, Código Penal). Esta característica de indeterminação da medida de segurança foi o que legitimou muitas internações perpétuas, mesmo não existindo legalmente este tipo de sanção aqui no Brasil. Tive o desprazer de encontrar em minha caminhada algumas pessoas vítimas desta cruel característica da medida de segurança.

A medida de segurança pode ser cumprida através de internação hospitalar ou por acompanhamento ambulatorial, de acordo com o artigo 96 do Código Penal Brasileiro que diz que, “as medidas de segurança são: I - internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial”.

A internação é realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), já o tratamento ambulatorial pode ser realizado tanto no HCTP quanto em outro local com dependência médica adequada de acordo com o artigo 101 da Lei de Execuções Penais (LEP). Isto torna possível que uma pessoa cumpra a medida de segurança através da vinculação à RAPS, seja por ser acompanhada em um CAPS ou ambulatório. Importante notar aqui que esta forma da medida de segurança está em consonância com a possibilidade de cuidado em saúde mental, através do acompanhamento do usuário em seu território existencial.

Já a medida de caráter hospitalar em um HCTP, que nada mais é do que um hospital prisão, se dá em um manicômio judiciário nos moldes clássicos, como já dito acima, uma

instituição total, que tem em seu fechamento sua característica principal e que através de seu modo de operar, gera uma mortificação do eu, produzindo subjetividades submissas, corpos dóceis e domesticados.

Locais que operam estes mecanismos são considerados ilegais pela Lei 10.216 (2001), intitulada Lei Antimanicomial, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil e proíbe a internação de pessoas em sofrimento psíquico em instituições com características asilares. Contudo, ainda assim, o judiciário continua silenciando pessoas dentro de tais instituições. A pergunta que se sucede é “a que ou a quem interessa silenciar, excluir, matar estes corpos?”, “a serviço de que projeto de sociedade está este funcionamento?”. Com tantas experiências que mostram que o tratamento mais eficaz é o realizado em meio aberto, certamente, o objetivo não é tratar estas pessoas.

Embora a medida de segurança seja “teoricamente” uma medida para tratamento, ela é vinculada a ideia de periculosidade, indicando que a sociedade precisa ser protegida daquele indivíduo. Este somente poderá retornar ao convívio social, quando for atestado, por um exame pericial de sanidade mental, que ele não oferece mais riscos à sociedade. A sua liberdade é condicionada a isso. Uma medida que em sua fachada de tratamento esconde a realidade de contenção e exclusão que suas características asilares exercem.

Percebe-se que o HCTP não tem como prioridade o tratamento de seus pacientes, é um hospital com celas. E desta forma, suas características de segurança e de contenção se sobrepõem às características hospitalares indicadas como tratamento ao paciente. Isto evidencia uma contradição do HCTP, em que se priorizam as rotinas de segurança e se coloca em segundo plano qualquer prática terapêutica, que são práticas que promovem a saúde, mas que são impraticáveis em um espaço asilar. A instituição asilar produz agravos à saúde mental dos indivíduos, inúmeras pesquisas (Tedesco, Desviat, Amarante) mostram a impossibilidade de se realizar um tratamento eficaz à pessoa em sofrimento psíquico sob a internação asilar. Conforme nos diz os autores Yasui, Luzio e Amarante:

O cuidado deixa de ser o do isolamento terapêutico ou do tratamento moral pineliano para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber (2018, p. 176).

Porém, com relação à produção de subjetividades capturadas, a medida de segurança cumpre muito bem o seu papel. A sua eficácia se dá na construção de uma sociedade desigual, na normalização, exclusão e mortificação dos corpos.

Em alguns casos, as medidas de segurança são mais severas do que a pena privativa de liberdade correspondente ao mesmo crime cometido, as pessoas são condenadas a anos de prisão, muitas vezes, por crimes demasiados simples, como eu pude observar na denúncia de um paciente que eu acompanhei no hospital, que havia sido preso em flagrante tentando reaver sua quantia de R\$ 7 (sete) reais que havia emprestado a seu colega. Ele era louco, negro, pobre e passou quatro anos de sua vida preso por R\$ 7(sete) reais. Ele vivia sorrindo, conversando e cantando, quando não estava dopado pelos remédios que o silenciavam no hospital e o deixavam a cada dia mais debilitado. Conforme eu o conhecia, eu pensava, como uma pessoa como ele pode ter sido considerada perigosa para a sociedade? Perigoso é o preconceito.

Diante de tantas demonstrações dos agravos que os manicômios produzem à saúde das pessoas, eu gostaria de dizer que este era o tratamento destinado ao louco infrator em vigor somente antes da Lei 10.216 (2001), porém, seria uma falácia. Tanto o louco como o criminoso são internados em instituições totais e como já foi dito, houve uma associação da noção de periculosidade à figura do louco. De acordo com Foucault, “Em fins do sec. XVIII e início do sec. XIX, o criminoso é aquele que danifica e perturba a sociedade. O criminoso é o inimigo social, inimigo interno” (FOUCAULT, 1973 *apud* OLIVEIRA; RODRIGUES 2016, p. 318).

O louco e o criminoso são aqueles que perturbam a sociedade, ocorrendo desta forma uma sobreposição destes dois termos. Assim como os criminosos, o doente mental deve ser isolado, examinado, diagnosticado e corrigido. E por isso surgiram medidas, como a medida de segurança e instituições como as prisões e os manicômios, que são instituições totais, que objetivam controlar e corrigir moralmente os indivíduos, porém “A prisão fracassa ao reduzir os crimes, mas é exitosa ao produzir a delinquência [...] Ocorre assim a produção de delinquentes como sujeitos patologizados” (FOUCAULT, 2000 *apud* OLIVEIRA; RODRIGUES, 2016, p. 318); É uma ideologia sustentada na defesa da sociedade da pessoa perigosa, no controle desse sujeito e no “tratamento” do mesmo através do isolamento penal, surgindo assim subjetividades potencialmente perigosas (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2016).

O sujeito acometido por um sofrimento psíquico, ao romper com os princípios socialmente considerados “normais”, passa a ser estigmatizado e a priori classificado como uma pessoa perigosa, o que decreta uma série de exclusões e violações de direitos consoantes a todo cidadão.

Retomando a questão da periculosidade, as sanções se tornaram um meio de prevenção, que eram adaptadas à gravidade do delito, mas também à “temibilidade” do agente, que era definida como: “a perversidade constante e ativa do delincente e a quantidade de mal previsto que se deve temer por parte do mesmo” (MECLER, 2010, p. 72).

No Brasil, tivemos o Heitor Carrilho, que foi um importante sistematizador da Psiquiatria Forense no nosso país, ele afirmava que a perícia passou a ser uma exigência da nova escola positivista do Direito Penal, tornando-se necessária para o esclarecimento das questões relacionadas à defesa social. “Em 1940, Carrilho viu suas ideias consolidadas no Código Penal, que regulamentou a perícia técnica, em matéria de periculosidade, e a consequente medida de segurança” (MECLER, 2010, p. 74). Foi introduzido no Código Penal o sistema do duplo binário, ou seja, duas reações penais de natureza diversa aplicada aos imputáveis, uma é a pena, atrelada à culpa e a outra é a medida de segurança, atrelada à avaliação do grau de periculosidade do acusado. A medida de segurança tinha um caráter preventivo, pois objetivava a defesa social com a segregação dos perigosos e o tratamento destes sujeitos para “anular” a sua periculosidade. Porém, com a revisão do Código Penal em 1984, o duplo binário deixou de existir, relegando a medida de segurança somente aos inimputáveis. Com isso, este conceito de periculosidade presumida ficou atrelado aos inimputáveis, o que reforçou a ideia de que o doente mental é necessariamente perigoso.

A partir daí surge um tipo de medo na sociedade que já não é mais daquele que já cometeu algum crime, mas aquele que é julgado socialmente pelo seu potencial em cometer crimes, dando uma característica virtual à periculosidade. Conforme já dito, como a Justiça não podia agir antes de um delito, a Psiquiatria surge com um instrumento de controle social, cria conceitos, patologiza indivíduos, diagnostica os futuros possíveis infratores, para prevenção de novos crimes, através do exame, que é um instrumento de avaliação dos sujeitos que objetiva produzir uma relação entre o suposto criminoso com o crime cometido, o nexo de causalidade. O medico juiz atesta criminalidade e dita o futuro das pessoas que examina.

Portanto, segundo Foucault (2002), o controle passa a ser feito sobre as virtualidades, isto é, sobre a possibilidade de infração às normas vigentes. Pode-se então fazer a diferenciação entre o conceito de criminalização e a execução do crime em si, sendo o primeiro apenas a rotulação de um indivíduo que teria o perfil de um criminoso em potencial. A cada momento histórico alguns fatores influenciam a “decisão” de quem será criminalizado, de quem a sociedade deve sentir medo. Ainda de acordo com Coimbra (n.d) estes medos se materializam em forma de “rostos” e “fisionomias”. Na maioria das vezes são aqueles que vão de encontro ao sistema dominante, desafiando-o (Moreira et al., 2010, p. 299 e 300).

De acordo com Haroldo Caetano (2018), o tratamento destinado ao louco sob o conceito de periculosidade, revela um preconceito arraigado no Direito Penal diante do fenômeno da loucura, que não tem nenhuma base técnico-científica, porém, ainda é a ideia fundamental que sustenta o sistema brasileiro na aplicação das medidas de segurança.

Segundo a lei 10.216 (2001), a internação passa a ser admitida somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Artigo 4º). Sendo necessário um laudo médico que indique a necessidade de internação. O tratamento deve “oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”. E torna-se proibido “a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares (Artigo 3º, § 2º, § 3º). Isto, por si só, já evidencia a ilegalidade do manicômio judiciário (HCTP) no Brasil. O tratamento eficaz é o realizado em liberdade. A liberdade é terapêutica!

É o caso do Estado de Goiás, que não tem nenhum manicômio judiciário e conseqüentemente, quando as pessoas recebem a Medida de Segurança, são tratadas e acompanhadas pela Rede de Atenção Psicossocial, o que tem se mostrado um trabalho muito mais eficaz e com menos reincidência se comparado, por exemplo, ao Rio de Janeiro (SILVA, 2013).

Cabe ainda ressaltar novamente que a Reforma Psiquiátrica somada aos movimentos sociais de garantia de direitos contribui para o início de uma mudança nesta realidade social:

Caracterizando-se por uma lógica antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica se deu com a intenção de resguardar a subjetividade na loucura, onde a nova rede assistencial visa substituir o asilamento das internações hospitalares e manicomial por formas socializantes de tratamento, respeitando o louco pessoal e civilmente, e possibilitando sua participação social sem preconceitos, visando formas possíveis de convivência. O respeito, o trabalho multiprofissional, a escuta e novas estratégias de intervenção, são formas valiosas no tratamento clínico e na reabilitação social. A ideia é que o usuário do serviço de saúde mental saia da condição de exclusão social para ser incluído socialmente através de sua condição de paciente psiquiátrico. (KYRILLOS NETO, 2003 *apud*. OLIVEIRA; RODRIGUES, 2016, p. 326-327).

Além de contribuir para o fechamento do manicômio e a criação de serviços mais eficazes e qualificados no cuidado da loucura, é importante assegurar que o sujeito encontre suporte nos tratamentos oferecidos pelos sistemas substitutivos, que o auxilie nas dificuldades de sua vida diária, facilite a sua reintegração à sociedade e promova o empoderamento dos sujeitos em sofrimento psíquico. As práticas além dos muros do manicômio possibilitam a criação e manutenção dos vínculos e laços sociais antes impossibilitados pelos limites impostos pela instituição.

Oliveira e Rodrigues (2016), salientam que “tratar a loucura ou mais precisamente, a psicose, na sua essência seria respeitar as suas vivências e conduzir o sujeito a se conectar ao campo do real, podendo assim significar o seu gozo e tornar possível à articulação entre o simbólico, o real e o imaginário” (p. 343-344).

A responsabilização somada ao tratamento junto à Rede de Atenção Psicossocial tem se mostrado como uma estratégia eficaz na reintegração do louco à sociedade, tendo o PAILI, que será abordado mais adiante, como um exemplo bem sucedido.

Contudo, o imaginário social sobre a loucura ainda carrega ideias de violência e periculosidade e por isso ainda se mantém a exigência de garantir a segurança da sociedade dos ditos anormais e de “tratar” estes indivíduos longe do convívio social. Isto contribui, ainda hoje, para a manutenção das instituições manicomiais mesmo após a Lei 10.216 (2001).

Para a despatologização da loucura é necessário a desassociação do termo periculosidade com a loucura, pois a existência do sofrimento psíquico não determina que a pessoa seja perigosa e muito menos justifica a exclusão.

Afirmo novamente, o lugar do louco é na cidade, no campo, em casa, na rua, na escola... , circulando, interagindo, se integrando ao que lhe é de direito, pois todos devem ter o direito de viver expressando suas múltiplas diferenças onde quiserem. É necessário o estímulo da discussão sobre este tema nas ruas, escolas, igrejas, praças, ou seja, na sociedade como um todo para que haja uma mudança significativa no imaginário social acerca da loucura. O que certamente contribuirá para uma mudança na produção de subjetividade contemporânea tornando a sociedade mais igualitária e menos hostil para o louco e para os grupos minoritários.

Por isso, conforme nos afirma Tedesco (2018), a lógica do encarceramento que ainda domina as noções do Direito Brasileiro, precisa ser substituída por novos modos de saber/fazer mais preocupados com a eficácia do tratamento em saúde mental, pois o encarceramento, visto como solução para o transtorno mental, não enfrenta o problema, somente o tira de cena, escondendo-o nos manicômios. E desta forma, em vez de ser tratado, o sofrimento mental é submetido a agravos e a violações de direitos.

2. PRÁTICAS EXITOSAS: PAI-PJ, PAILI E EAP

Antes de abordar a equipe que contempla meu campo de pesquisa, é importante discorrer sobre algumas experiências antimanicomiais exitosas no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, que são referências para a criação da equipe que acompanho em meu campo de pesquisa. São elas: o PAI-PJ, o PAILI e a EAP.

Além de práticas antimanicomiais diversas, o Brasil convive com modelos diferentes de cumprimento das medidas de segurança: o manicômio judiciário, que se baseia na legislação penal, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), que funciona desde 2006 no Estado de Goiás, que condena a internação manicomial e realiza o acompanhamento das pessoas com transtorno mental em cumprimento da medida de segurança na rede de saúde pública e SUAS. Além do PAILI, existem outros modelos que fazem um contraponto ao manicômio judiciário, como o PAI-PJ, que existe em Minas Gerais, o Programa de Atenção ao Paciente Judiciário, que é uma política intersetorial orientada pelas respostas do sujeito, que articula ações entre os sistemas de Justiça, Saúde e Recursos sociais diversos. O Tribunal de Justiça de Minas Gerais criou o PAI-PJ que objetiva oferecer ao Sistema Judiciário os subsídios que auxiliem na decisão nos incidentes de sanidade mental, que atendam à individualização na aplicação da medida judicial e promove o tratamento do sujeito em saúde mental na rede pública de saúde e o acompanhamento do sujeito em sua rede social.

Quando o juiz determina a intervenção do PAI-PJ, coloca em movimento uma ampla rede de atenção. Enfim, diante da complexidade de cada caso, a rede de assistência em saúde mental desenhará um projeto de atenção singular. O cidadão terá acesso, como qualquer um, à rede pública de saúde e às demais redes sociais da cidade. Assumimos a posição de que a ampliação do acesso à experiência cidadã faz bem à saúde mental e à convivência com a ordem social. Acesso à educação, moradia, trabalho, cultura, lazer e à cidade, recolocam a dimensão da vida para o cidadão que cometeu um crime, produzindo novas vias para a amarração de um novo laço social. Neste espaço de convivência, vão transmitindo e construindo formas de atravessarem os embaraços, inventando novos sentidos e arranjos sociais. (...) Procuramos encontrar formas racionais de fazer existir, no campo do direito, da saúde e do social, enfim, do espaço do público, as formas razoáveis que cada um desses cidadãos vai inventando para seu laço com o outro, durante o tempo que for preciso. O Tribunal de Justiça de MG apresenta, através deste Programa, junto com as parcerias que o tornam viável, uma mudança na lógica de tratamento jurisdicional a esses casos, a partir da ênfase em novos conceitos. (BARROS, 2012, p. 352 e 353).

O PAI-PJ lança mão da responsabilização do sujeito frente ao crime cometido, pois acredita-se que a responsabilização restaura a dignidade que se perde quando é decretada a

inimputabilidade do sujeito, que desqualifica sua palavra enquanto portadora de um sentido para responder por sua condição humana. “Hoje, no espaço de intervenção do PAI-PJ, esses cidadãos são chamados a responderem pela palavra, pela linguagem, que fazem com que partilhemos o sentido das regras e convenções sociais” (BARROS, 2012, p. 352). O PAI-PJ se faz numa política que favorece o laço social e aposta que a atenção e o cuidado podem promover a convivência de cada um no tecido social e reconhecer sua condição de responsável, seja o sujeito considerado louco ou não.

Já o PAILI, ao inserir o louco infrator nos dispositivos da RAPS e nos serviços públicos de saúde e de assistência social, rompe com a lógica manicomial operante no cuidado ao louco infrator no país. Haroldo Caetano (2018) apresenta o PAILI como um dispositivo de transição valioso, que oferece o suporte necessário para construção de uma sociedade sem manicômios. Esta estratégia é muito importante para que o sistema de justiça criminal brasileiro rompa os obstáculos que impedem a sustentação da Reforma Psiquiátrica no cumprimento das medidas de segurança.

Em Goiás, o PAILI surgiu para que o sistema de justiça criminal executasse as medidas de segurança. E através do PAILI, Goiás conseguiu superar os manicômios judiciários, tornando o cumprimento da medida de segurança totalmente na RAPS, sem recorrer à internação asilar. Porém, no acolhimento da crise, a internação pode ser utilizada como um recurso terapêutico, necessariamente a partir de uma indicação clínica com o objetivo de beneficiar a saúde do usuário, dentro do prazo estipulado conforme as leis vigentes, no Sistema Único de Saúde (SUS).

O programa funciona a partir da lógica territorial, ou seja, o acompanhamento é realizado no território de residência do paciente com o objetivo de reinserir o paciente socialmente.

Sem exceção, todas as pessoas submetidas à medida de segurança, todas elas, já não correm o risco de uma internação asilar, manicomial, há mais de dez anos em Goiás. Com o PAILI, a rede de atenção psicossocial acolheu as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e para elas passou a disponibilizar, como para qualquer outro usuário dos serviços, os muitos dispositivos designados na política nacional de saúde mental (CAETANO, 2018, p. 172-173).

O programa atua de forma autônoma, em parceria com os outros setores da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e áreas afins. Os técnicos de referência se responsabilizam pelo acompanhamento do tratamento dos pacientes a eles referenciados, através da articulação

intersetorial objetivando a inserção do usuário em sua comunidade. A equipe dos técnicos de referência é multiprofissional, composta por enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, advogados e assistentes sociais, totalizando nove profissionais. Os técnicos, em parceria com os profissionais da RAPS, constroem um projeto terapêutico específico para cada usuário, também fazem reuniões semanais para discutir e compartilhar os casos. Realizam ainda, articulação com outros setores para atender às necessidades de cada paciente. Este projeto é apresentado ao paciente e a sua família e pode ser reavaliado quando solicitado.

O acompanhamento do paciente é realizado através de relatórios, visitas e telefonemas, podendo, quando houver necessidade, realizar reuniões com os serviços de saúde, atendimento no PAILI e visitas domiciliares. O técnico de referência contribui para o fortalecimento do vínculo PAILI/paciente/família, para que ocorra a adesão ao tratamento planejado através do projeto terapêutico.

Os protocolos e as rotinas de atuação do programa estão em constante desenvolvimento e aperfeiçoamento a partir das demandas que surgem no cotidiano do serviço. Os profissionais da equipe e coordenadores do programa atuam como facilitadores para superação dos desafios impostos em atenção em saúde mental, como o estigma, o preconceito, as dificuldades políticas, a intersectorialização da rede de saúde com os outros setores de atendimento a população.

O cuidado e o acompanhamento ofertados pelo PAILI à pessoa em sofrimento psíquico obtiveram resultados favoráveis significativos, contribuindo inclusive para a segurança pública populacional, visto que a reincidência de atos infracionais é muito baixa.

O acolhimento é realizado após o trânsito em julgado da sentença e após o encaminhamento feito pelo Poder Judiciário, o PAILI busca os familiares, faz toda articulação necessária para construção do projeto terapêutico. E com relação à internação, Caetano (2018) nos destaca que:

“Como visto, a internação psiquiátrica é, desde o início de vigência da Lei Antimanicomial, um dispositivo exclusivamente voltado à atenção à saúde da pessoa com transtorno mental. Superada a desatinada ideia da periculosidade do louco, a internação não pode mais ser empregada em função da gravidade do crime praticado ou a pretexto da segurança pública, de sorte que, caso tenha sido determinado tal recurso terapêutico na própria sentença, a necessidade clínica desta será reavaliada pelo PAILI juntamente com a rede de atenção psicossocial” (p. 183).

A internação pode ser feita pela equipe técnica utilizando os leitos psiquiátricos disponíveis no SUS, sem a necessidade de quaisquer tipos de ordem judicial na internação como também na alta. Como não há uma pena e sim uma medida terapêutica, a Saúde é mais apropriada para avaliar as necessidades de cuidado do sujeito e não a Justiça. O fator principal do cumprimento da medida de segurança no PAILI, é que este não segue a lógica da segurança e da punição penal, mas parte do princípio do regaste da dignidade do sujeito e de sua reinserção social.

Portanto, a equipe técnica do PAILI tem autonomia para oferecer o melhor tratamento juntamente com a RAPS, “elaborando o respectivo projeto terapêutico e, diante de eventuais mudanças no quadro clínico do paciente, fazer as necessárias alterações ou correções de rumo” (CAETANO, 2018, p. 184).

No PAILI o exame de cessação de periculosidade foi substituído pelo *exame de avaliação psicossocial*, realizado pela equipe técnica do PAILI, gerando um relatório que responda os quesitos¹⁸ apresentados pelos juízes, promotores e defensores. “O produto desse exame de avaliação psicossocial será o *relatório de avaliação psicossocial*” (CAETANO, 2018, p. 186), documento que orienta o prosseguimento da execução ou, caso não haja mais necessidade da supervisão do Programa ao tratamento realizado pela rede, conduz-se o processo judicial para a extinção da medida de segurança.

Ao fazer uma comparação da Equipe Multiprofissional do Instituto de Perícias Heitor Carrilho com o PAILI e o PAI-PJ, podemos ver que há algumas aproximações e diferenças. A principal diferença é que o PAILI faz parte do Sistema Estadual de Saúde (SES) e, portanto, o acompanhamento dos pacientes é realizado através do SUS; o PAI-PJ também realiza o acompanhamento do sujeito no cumprimento das medidas, já a Equipe Multiprofissional do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, não faz o acompanhamento do cumprimento da medida de segurança e é credenciada à Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP-RJ), que faz parte do sistema de segurança. Isto traz uma série de consequências na rotina diária com o paciente que deve ser levada em consideração, principalmente com relação às lógicas de tratamento que o sujeito recebe. A subordinação da Equipe Multi à SEAP a fragiliza, levando-a a ser silenciada, desvalorizada e a não exercer sua atividade com o potencial que tem, inclusive há o risco de ser extinta a qualquer instante. Com isso, a criação

¹⁸ Perguntas sobre as quais o judiciário pede esclarecimento ao perito.

da EAP, que será abordada mais à frente, ao estar alocada à SES, tem maior grau de autonomia em seu trabalho, passa a ter maior destaque em função das possibilidades de articulação com o trabalho desenvolvido pela Equipe Multi.

O contexto do surgimento do PAILI se dá dentro de uma emergência de cuidado ao louco infrator em um estado que não tinha manicômio judiciário, estes pacientes cumpriam a medida de segurança em prisões, entre outros lugares. Já a Equipe Multidisciplinar do Instituto de Perícias Heitor Carrilho fazia parte do antigo Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, e mesmo quando conseguiram fechar as portas do HCTP Heitor Carrilho, outras continuaram abertas, como a do HCTP Henrique Roxo (Niterói-RJ), que continua recebendo pacientes para cumprir medida, sendo ainda um grande obstáculo aqui no Rio de Janeiro para se avançar na qualificação do cuidado em saúde mental.

Como aspectos semelhantes, podemos ver nas três equipes a busca da família, da rede, de informações de tratamento e credenciamento do paciente para o acompanhamento no CAPS, trabalho este realizado com o objetivo de ajudar o juiz na sua tomada de decisão.

Podemos ver no relatório do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de junho de 2014, que demonstrou a situação gravíssima que se encontrava o cuidado às pessoas com transtorno mental mantidas sob custódia nos estabelecimentos penais:

Ausência de PTS; modelo de contenção desarticulado com as políticas públicas de saúde; internações “perpétuas”; desinternação condicionada à cessação da suposta periculosidade, tratamento inadequados, reforço do estigma, do preconceito social e eternização da institucionalização dos pacientes; perda dos vínculos familiares e sociais, desresponsabilização e escassa participação das redes de saúde, assistência social e consumo impróprio dos recursos públicos que seriam mais efetivos no financiamento dos serviços abertos, inclusivos e de base comunitária (CARTILHA DA EAP, 2014, p. 8 e 9).

A partir deste cenário e diante da exigência de implementação do modelo sócio assistencial indicado pela Lei 10.216/2001, baseado em iniciativas exitosas como o PAILI e PAI-PJ, citados acima, o Ministério da Saúde instituiu as Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a lei (EAP)¹⁹ no âmbito do sistema único de saúde (SUS). A EAP é regulamentada pela PNAISP, que é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (Portaria interministerial MS-MJ nº 1, instituída em 2 de

¹⁹ Portaria MS/GM nº94, de 14 de janeiro de 2014.

janeiro de 2014), que objetiva garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS.

As atribuições da EAP consistem no “acompanhamento da execução das penas e das medidas de segurança em todas as fases do processo criminal das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, atuando como dispositivo conector entre os órgãos da Justiça Criminal, a Rede de Atenção à Saúde e a rede do SUAS” (CARTILHA DA EAP, 2014, p.11).

Desta forma, a EAP atua através do fortalecimento das redes locais que possibilitem o tratamento em meio aberto, para que se possa viabilizar a desinstitucionalização progressiva dos tutelados, através do resgate dos vínculos familiares, e da garantia do atendimento pela RAPS no âmbito do SUS, para reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico em conflito com a lei. Pode atuar também como o PAILI, garantindo o cuidado em liberdade, não apenas revertendo, mas evitando a institucionalização.

A proposta, em todos os casos, é que uma vez identificado, o paciente seja encaminhado para acompanhamento pela EAP. Assim, toda vez que for estabelecida a inimputabilidade do acusado e houver decisão judicial de aplicação de medida terapêutica, o paciente deve ser encaminhado para a EAP. Esta, por sua vez deve identificar o serviço de referência que será responsável pela elaboração e execução do PTS do paciente, apoiando-o e subsidiando-o no que for necessário (TEDESCO, 2016, p.105).

O PTS é criado a partir das discussões coletivas de uma equipe interdisciplinar, que contém um conjunto de propostas de condutas terapêuticas de acordo com cada caso.

Apoiando os técnicos do serviço de referência na construção do PTS, facilitando a sua comunicação com a Justiça e a articulação com os demais recursos e equipamentos do território, ajudando a implicar o paciente e/ou familiares no processo de construção das propostas terapêuticas, a EAP deve participar da elaboração do PTS, que deve abordar os múltiplos condicionantes da saúde, além dos habitualmente contemplados. [...] De toda maneira, o processo de construção do território de referência é sempre uma oportunidade para retomar vínculos até então rompidos e/ou ativar processos de construção de novos territórios existenciais e afetivos (TEDESCO, 2016, p.106 e107).

A EAP é constituída por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, composta por 5 (cinco) profissionais: 1 (um) Enfermeiro; 1 (um) Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental; 1 (um) Psicólogo; 1 (um) Assistente Social; 1 (um) profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde. É um dispositivo conector entre a Justiça e os pontos da rede de atenção psicossocial, busca garantir a

individualização das medidas de acordo com as singularidades e as necessidades de cada pessoa, proporcionando acesso e qualidade no tratamento.

É importante notar que a EAP não está vinculada a um HCTP ou a outro estabelecimento prisional, ou hospitalar, ou seja, é vinculada às unidades do SUS, (exceto hospitais). Contudo, a EAP não presta assistência direta à saúde da pessoa em sofrimento psíquico em conflito com a lei e nem realiza perícias. As atribuições da EAP são:

1. Realizar avaliações biopsicossociais e apresentar seu parecer com proposições, orientando a intervenção terapêutica segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS), preferencialmente de base comunitária; 2. Identificar os programas e os serviços do SUS e do SUAS necessários e para a garantia da efetividade do PTS; 3. Estabelecer processos estáveis de comunicação e corresponsabilização entre os gestores e as equipes/serviços do SUS e do SUAS; 4. Contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário; 5. Acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo; 7. Contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança (CARTILHA DA EAP, 2014, p.18).

É importante destacar que seria muito potente uma articulação entre Equipe Multi e EAP, em que a Equipe Multi por conhecer e atuar no HCTP se constituiria como uma equipe conectora entre o processo de perícia e a EAP, como uma facilitadora das ações da EAP junto à perícia.

A EAP é uma equipe que tem uma proposta muito parecida com a proposta do PAILI, pois fazem uma articulação com o território das pessoas que devem cumprir a medida de segurança na rede de atenção psicossocial e seguem a lógica da Saúde. Já a Equipe Multi está vinculada à SEAP, que é submetida à área da Segurança, o que exige uma organização diferente das estratégias utilizadas pelos membros desta equipe.

Enquanto o PAILI atua após a sentença, quando a pessoa já recebe a “marca” do louco infrator, a Equipe Multi atua na porta de entrada, subsidiando a perícia com a perspectiva da saúde mental, ou seja, atua antes da sentença, antes do estigma ser produzido. Isto é um ponto muito importante que pode favorecer a diminuição dos estigmas associados ao louco infrator.

A capacidade de influência da Equipe Multi no fechamento da porta de entrada dos manicômios judiciais se dá por esta equipe atuar um pouco antes da medida de segurança ser aplicada e já realizar uma articulação, dentro de suas possibilidades, com os familiares e com as redes de saúde do território das pessoas. E pode sugerir que seja aplicada uma medida

de segurança de caráter ambulatorial, levando a um aumento do número de casos que devem ser acompanhados pela RAPS e uma diminuição das indicações para instituições asilares.

Recentemente houve um movimento que buscou acabar com a EAP, foi publicada a Portaria nº 1.325 de 18 de maio de 2020, que revogava o capítulo da PNAISP, que tratava da EAP. A partir disso, houve uma grande mobilização da sociedade civil, com o Observatório de Saúde Mental, Justiça Criminal e Direitos Humanos (UFF) aliado ao movimento de resistência, que não abria mão das conquistas efetivadas pela PNAISP e exigia a revogação da portaria 1.325 de 18 de maio de 2020. Novamente, o que podemos ver é o exercício desta política genocida que atua em nosso país na tentativa de provocar a diminuição de direitos já conquistados por nossa população.

Felizmente, em 14 de julho de 2020 o Ministério da Saúde revogou esta portaria e recomendou a ampliação do serviço para todos os estados do país. Esta decisão de manutenção e futura ampliação da EAP é necessária para que continuem a ocorrer mudanças na sociedade em geral sobre um tema tão fortemente marcado pelo preconceito. A EAP fortalece o cuidado em meio aberto e pode contribuir para diminuição da porta de entrada do manicômio judiciário, sendo desta forma, um dispositivo importante para consolidação da Reforma Psiquiátrica no país e conseqüentemente, um dispositivo que fortalece a Rede de Atenção Psicossocial.

Portanto, as três iniciativas, PAILI, PAI-PJ e EAP são equipes que trazem experiências exitosas na articulação do cumprimento das medidas, assim como a Equipe Multi, que se faz numa potência de intervenção na tomada de decisão de juiz e na articulação do sujeito com seu território de referência, antes da medida ser aplicada, o que demonstra uma estratégia que contribuiria bastante com as ações da EAP no Rio de Janeiro.

3. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO INSTITUTO DE PERÍCIAS HEITOR CARRILHO

A exclusão das pessoas em manicômios é utilizada como forma de “tratamento” dos transtornos e doenças mentais, porém, neste momento em que boa parte da população mundial se vê em quarentena, temos visto que muitos estão adoecendo em função do isolamento. Por que ainda utilizamos a internação em manicômio judiciário como forma de tratamento, quando se vê que ela traz mais agravos à saúde e adoecimento para vida das pessoas?

É preocupante a situação que os loucos infratores se encontram neste momento de quarentena, depositados em celas, sem poder receber o suporte afetivo das visitas familiares²⁰, sem cuidados mínimos de higiene, com medo da contaminação, além da falta habitual de cuidados, de medicação e de profissionais.

É neste momento que me deparo com a dificuldade de escrever sobre o encontro com este campo de pesquisa, como é difícil começar a escrever diante do contexto miserável e injusto em que vivem as pessoas internadas nos HCTPs!

Este encontro começou em 2015, quando passei em um processo seletivo, que durou quase dois anos até que eu fosse convocada para iniciar o estágio acompanhando o trabalho que a equipe técnica do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo (Niterói, RJ) desenvolvia com os pacientes no local. Lembro-me de entrar no prédio principal do Henrique Roxo pela primeira vez e notar o muro alto, muitas grades, um ar gelado, paredes brancas e frias, cadeados, portas batendo, enormes corredores e um cheiro forte característico.

Comecei a estagiar em uma instituição total sem ter ideia do que consistia o trabalho naquele espaço. Fiquei por dois anos no Henrique Roxo, ali conheci e pude aprender com profissionais, descobri uma nova versão sobre a Reforma Psiquiátrica, descobri o louco infrator, o SUS, a RAPS, o CAPS... Com isso descobri o meu desejo em aprofundar meus estudos sobre o tema e decidi que eu queria pensar sobre isso na minha vida acadêmica, sobretudo porque é um tema tão relevante para a sociedade, pois é necessário se pensar a desconstrução da forma que nos relacionamos com a loucura.

²⁰ Governo suspende visitas em presídios: < <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-5-de-16-de-marco-de-2020-249490711> e <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/03/governo-suspende-visitas-a-detentos-de-presidios-federais-por-15-dias.shtml> > Acesso em: 13/04/2021.

Conforme dito anteriormente, atualmente o tratamento mais eficaz neste âmbito é o oferecido pela RAPS, que se localiza na contramão do ilusório tratamento ofertado pelos HCTPs. Na medida em que esta pesquisa enseja contribuir com o fechamento de tais HCTPs, decidi acompanhar o trabalho da equipe Multidisciplinar do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, justamente por encontrar-se localizada na porta de entrada do manicômio judiciário do Rio de Janeiro. Pois entendo que qualquer ação para fechar o manicômio que não contemple a porta de entrada deste é insuficiente, pois se não há uma intervenção na entrada dos novos pacientes, ainda que se desinterne todos os já submetidos à medida de segurança, o manicômio nunca deixará de existir. A ideia é intervir neste momento inicial da judicialização para acelerar o processo de fechamento.

A escolha pela Equipe Multi se deu por sua capacidade de intervenção neste encaminhamento de possíveis candidatos para serem internados no HCTP, já serem encaminhados para cumprimento da medida na RAPS, em meio aberto. Então, protocolei em fevereiro de 2019 o pedido junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SEAP para conseguir a autorização para poder acompanhar a Equipe Multidisciplinar do Instituto de Perícias Heitor Carrilho.

O processo durou aproximadamente um ano entre o pedido e a aprovação da autorização. Este é um dado importante, pois diz da especificidade de um sistema que funciona através da invisibilização de vidas e de práticas opressivas e violentas comumente exercidas nestas instituições. Ficam algumas perguntas: Por que a SEAP demora tanto para autorizar um pesquisador associado a uma universidade federal a pesquisar dentro de seus estabelecimentos? Esta demora serve a quem? Quem poderia estar interessado na desistência dos pesquisadores em acompanhar tais instituições? É bastante comum a proibição da entrada de qualquer pessoa que não os funcionários ou os próprios “internos” nestas instituições do sistema prisional, afinal, o isolamento cumpre muito bem a função de exclusão social de uma determinada parcela da sociedade (DINIZ, 2015).

“Sabemos, através de diferentes relatórios de visitas e inspeções aos ECTPs, das práticas arbitrárias, frequentemente punitivas, muitas vezes tipificadas como crimes de tortura que acontecem nas instituições lacradas à visibilidade pública” (TEDESCO, 2016, p. 284).

A quem poderia interessar que estas práticas não sejam publicadas? Ao nos falar sobre uma pesquisa²¹ desenvolvida nos anos 2013 e 2015, Tedesco (2016) comenta sobre as dificuldades de realização da pesquisa:

Foi preciso importante esforço e muito tempo para localização das informações. Além de muito fragmentadas e contraditórias, elas se encontravam dispersas ao longo de cada processo pericial pesquisado. A ausência de dados variou entre 20% a 70 % nos 61 itens do instrumento utilizado, reafirmando a invisibilidade produzida pelas instituições asilares, mantidas como verdadeiras caixas pretas, cujas fronteiras bem marcadas pela inacessibilidade impedem a quase total circulação de informações (p. 275).

Contudo, depois de muita insistência, consegui a autorização, que saiu somente em janeiro de 2020. A escrita deste texto se desenvolverá através de uma articulação entre o encontro com esta equipe, o acesso a documentos, a processos de trabalho, a realização de perícias, a materiais produzidos no meu diário de campo e a entrevistas realizadas com alguns dos membros que compõem esta equipe.

3.1 Gênese

É importante resgatar a história de construção desta equipe, seus fundamentos e pretensões para entender como se dão as práticas atualmente. Para isso, trarei informações colhidas em um artigo (não publicado)²² disponibilizado pela equipe, que contém seu projeto de apresentação feito na época de sua criação e dados colhidos na entrevista realizada com a Assistente Social e com o Psiquiatra da equipe.

O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, fundado em 1921, para recepcionar as pessoas consideradas inimputáveis pela Justiça Criminal, somente em 1984 passou a se chamar Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho. A história de surgimento da equipe começa em 2013 com a desativação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (HCTP-HC). Antes disso, o serviço de perícias era uma pequena parte do hospital. O HCTP- HC recebia pessoas que estavam cumprindo a medida de segurança por dependência química e psicóticos. Segundo a assistente social, eles tinham em torno de 300 pacientes.

²¹Referência à pesquisa Kolker, T., Tedesco, S., Peret, R., “Estudo do perfil dos presos ou internados em estabelecimentos do sistema prisional por envolvimento com drogas e apoio técnico para a implementação de estratégias, dispositivos e parcerias para a desinstitucionalização e reorientação do modelo de atenção aos pacientes em cumprimento de medida de segurança e demais pessoas submetidas à internação compulsória, de acordo com a lei 10.216/2001”, realizada na parceria entre FIO-CRUZ/UFF/MS.

²²“Projeto: Inserção de equipe multiprofissional no Serviço de Perícias do Instituto de Perícias Heitor Carrilho”.

No ano de 2015 houve uma fuga no hospital e após isso, houve uma necessidade de mudança no organograma do HCTP-HC, em que os usuários de álcool e outras drogas foram transferidos para o Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros. Dentre outras mudanças, o diretor do HCTP- HC nesta época, realizou o censo dos pacientes que ficaram no hospital, como intuito de desativar o hospital.

“Esse censo revelou que a grande maioria esta[va] há mais de 10 anos lá; tinha gente de 50 anos, 30 anos, 25 anos. [...] Com esse censo, vimos como que tinha uma configuração de pessoas institucionalizadas há muito tempo” (Assistente social da equipe em entrevista).

O longo tempo de internação é uma prática comum em instituições totais que, além de ser parte da política de segregação e exclusão social, é também uma consequência da falta de articulação com a rede de saúde mental do território. Atento a esta configuração, o diretor incentivou o contato das equipes com as redes municipais e estaduais de saúde.

As equipes do HCTP-HC começaram a fazer o trabalho de desinternação dos pacientes lá depositados. Foi um trabalho que durou anos, cerca de 7 (sete) à 8 (oito) anos, tendo sido finalizado em 2016. Em meio ao trabalho voltado para a desinstitucionalização, neste mesmo ano foi feita uma troca em que foram enviados os pacientes considerados menos graves pelas equipes do hospital e com menos tempo de internação para HCTP-Henrique Roxo, e No HCTP-HC ficaram os pacientes mais adoecidos e com mais tempo de internação.

Anos depois da publicação da Lei 10.216/2001, intensificou-se o trabalho das equipes técnicas do HCTP Heitor Carrilho no caminho da desinstitucionalização de seus pacientes. O hospital foi oficialmente extinto em 20 de março de 2013 através de parcerias com as famílias e com a rede de saúde mental e assistência social dos territórios de origem de seus pacientes. Com a desativação do HCTP-HC, o Instituto de Perícias Heitor Carrilho foi inaugurado no dia 08 de outubro do mesmo ano.

Com a inauguração do instituto, os conflitos velados existentes entre as equipes assistentes e os psiquiatras peritos foram se intensificando e aparecendo cada vez mais. A equipe questionava a forma em que a perícia era realizada, pois se detinham muito mais ao fato do ato delituoso em si do que a história do indivíduo e o contexto do crime. O que contribui com o caráter punitivista da medida de segurança.

A realização de perícias passou a ser a finalidade principal do novo instituto e com as novas determinações legais do país, entendeu-se que a perícia do réu não se distanciava dos seus antecedentes de saúde mental, ou seja, entender o contexto do delito, os antecedentes de tratamentos em saúde mental, a história de vida do sujeito, entre outros, passou a ser importante em função do adoecimento das pessoas que se encontravam em conflito com a lei. Para isso seria necessário haver uma coleta de dados junto aos familiares e à rede de saúde mental e conseqüentemente, passou a existir a necessidade de ampliação da composição da equipe técnica que realizava as perícias.

Com isso, foi se percebendo a necessidade de ampliação de profissionais na realização das perícias que pudessem introduzir e fornecer novos olhares e práticas com a finalidade de promover mudanças estruturais que qualificassem a perícia no trato com questões de saúde. Para que pudessem desempenhar uma função que pressupõe conhecimento na área de saúde mental, no sentido de entender o delito, em seu nexos com a história do paciente, segundo a perspectiva psicossocial da área da saúde mental, como o ápice de uma situação de desassistência e de fragilização dos nexos psicossociais. A desassistência advém da ausência de uma história de tratamento adequado, que fragiliza os laços afetivos/psicossociais do sujeito e o coloca numa situação de vulnerabilidade sem o cuidado necessário ao seu estado de saúde.

É importante ressaltar que a legislação ainda não incluiu na confecção dos laudos a participação de outros profissionais da saúde além dos médicos psiquiatras (Código Penal, 1940). Os peritos médicos são entendidos como os principais atores neste campo de conhecimento, porém, a criação da Equipe Multi visa mudar esta realidade, pois se percebeu que abordar somente o transtorno mental a partir do delito, produz uma visão limitada sobre o indivíduo e sobre o contexto do ato infracional. Após um processo histórico de lutas, a Lei 10.216 (2001) na busca de direitos aos portadores de transtornos mentais, colocou outros profissionais da área da saúde e assistência juntamente com os psiquiatras na construção de novas práticas de cuidado. É necessária uma leitura ampliada do contexto socioeconômico e cultural do sujeito para auxiliar a Justiça Criminal na tomada de decisão sobre o desfecho do processo criminal.

Percebeu-se que a produção do delito está implicada ao contexto familiar, ao contexto social e cultural do indivíduo, aos valores e níveis de informação e de formação que este tem

acesso, a qualidade de laços afetivos, ao acesso aos serviços básicos de saúde e de saúde mental, à educação e ao alcance das políticas públicas do país. A produção do crime e do transtorno está intimamente ligada à desassistência. Negligenciar tais informações reduz o processo criminal a uma culpabilização do sujeito pelo delito, sem considerar o contexto em que ele vive e as responsabilidades do Estado.

Os embates entre equipe e peritos ficaram mais evidentes, as equipes achavam um absurdo a perícia funcionar daquela forma, nos moldes ortodoxos, em que se entrevistava os pacientes por cerca de 30 minutos, mas não se buscava nada sobre a família do sujeito, sobre o contexto do delito. Sentiram uma necessidade de que a perícia fosse diferente.

Então, em setembro de 2016 a equipe escreveu um projeto piloto, que surgiu a partir de tais embates.

“Na verdade a ideia de criar uma equipe multi na perícia surgiu a partir desses embates anteriores, por causa da nossa divergência em relação aqueles pacientes que a gente [tinha] na assistência. Divergência com os peritos. A gente pensava ‘não é possível eles desprezarem, por exemplo, a história familiar’. Às vezes o paciente não consegue contar nada, ou tá longe de casa já há um tempo. Então, surgiu basicamente porque a gente entendia que a psiquiatria não dava conta sozinha de buscar um pouco mais essa biografia desse sujeito. Então a gente escreveu o tal do projeto [...]. A gente só se baseou numa necessidade que a gente sentiu, a gente não se baseou em lei, em nada disso. [...] Não era só o delito que caracterizava aquela pessoa” (Assistente social da equipe em entrevista).

A equipe entendeu que não se podia ignorar as questões que apareciam, como os valores culturais, a religião, as diferentes situações de vulnerabilidade social a que estão expostos, o apoio familiar, a falta de moradia, pois essas questões influenciam na compreensão e contextualização do delito.

Após a realização de algumas reuniões entre as equipes, os peritos e a direção do instituto, ocorreram algumas mudanças e rearranjos institucionais. Mesmo com grande resistência por parte dos peritos, alguns profissionais das equipes começaram a operar como Equipe Multidisciplinar da Perícia Forense ao final de 2016, outros foram realocados para outras instituições do sistema prisional do Rio de Janeiro. Também houve resistência das coordenações da SEAP em manter as profissionais atuando no Instituto de Perícias ao invés de realocá-las para demais unidades do sistema prisional que carecem de psicólogas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

A instauração da Equipe Multidisciplinar da Perícia Forense intrainstitucionalmente não significou necessariamente um reconhecimento do seu lugar como necessária na realização das perícias. Dentro da instituição, a maioria das perícias continuaram sendo realizadas sem a participação da equipe. Porém, algumas parcerias foram se estabelecendo. Na medida em que a Defensoria Pública do Rio Janeiro foi entendendo a importância desta equipe e a apoiou, a equipe passou a ter alguma visibilidade. Inclusive, foi solicitada por alguns juízes e pela Defensoria Pública para que a equipe se pronunciasse em alguns processos, independente de terem realizado a perícia do caso. Entretanto, por mais que a equipe tenha ganhado alguma visibilidade dentro no judiciário, percebemos que é ainda muito incipientemente e que a ampliação do diálogo com a justiça é fundamental para dar continuidade ao trabalho de implementação da Reforma Psiquiátrica no campo das medidas de segurança.

A inserção da Equipe Multi no Serviço de Perícias facilita o diálogo com os peritos e possibilita a ampliação do conhecimento sobre a trajetória do paciente, sobre quem é este sujeito que praticou o delito e sobre suas necessidades terapêuticas, sobre as possibilidades de tratamento futuro e inserção social do mesmo em seu território, numa articulação entre família, amigos e RAPS.

Esta articulação é muito importante, pois sabemos que em muitos casos as pessoas são direcionadas a cumprir medidas de segurança no HCTP pela falta de apoio familiar, o que é inaceitável, pois como já dito anteriormente, de acordo com a Lei 10.216/2001, que diz que os serviços territoriais são as prioridades de tratamento para uma pessoa que precisa de cuidados em saúde mental, a internação só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e devem ser avaliadas e justificadas por equipe multiprofissional qualificada de saúde mental, apenas para fins de acolhimento e estabilização da crise.

Com isso justifica-se a ampliação da equipe, que passou a agregar aspectos mais abrangentes da vida do sujeito ao processo e pôde fornecer informações mais fundamentadas e qualificadas para auxiliar ao juiz na tomada de decisões sobre a medida de tratamento a ser aplicada em cada caso.

A experiência de desinstitucionalização na extinção do HCTP Heitor Carrilho mostrou que conhecer mais sobre o contexto sócio-econômico-cultural do réu e a articulação com a

rede de saúde mental é necessária para o estreitamento dos fluxos da “porta de entrada” do manicômio judiciário.

3.2 Objetivos

O objetivo geral da criação desta equipe é instituir uma nova lógica de elaboração de laudos/relatórios e de assessoria ao Juízo, Ministério Público e Defensoria Pública alinhada às novas recomendações do Conselho Nacional de Justiça e à Lei 10.216/2001.

Já os objetivos específicos são agregar profissionais de psicologia, serviço social e terapia ocupacional ao Serviço de Perícias; oferecer esclarecimentos acerca da culminância do delito, sobre o quadro de transtorno mental, de retardo mental ou de dependência de drogas e propor um Projeto Terapêutico Singular para cada caso de acordo com a legislação vigente.

Para isso é necessária uma metodologia, que consiste em realizar uma pesquisa qualitativa e uma problematização dos determinantes da constituição de subjetividade do sujeito. A apreensão destes dados empíricos se dá através de: 1) entrevista com o réu para conhecer sobre sua narrativa de vida, sobre suas relações afetivas, trajetória de tratamento e sobre seu quadro psíquico atual; 2) entrevista com os membros da família/amigos; 3) contatos com os equipamentos de saúde mental que já assistiram o sujeito em algum momento de sua vida para conhecer seu projeto terapêutico e pensar em novas estratégias de cuidado ao mesmo; 4) exame das referências legais no campo da justiça, da saúde mental e da assistência social, como por exemplo, a legislação do SUAS e Previdência Social para concessão de benefício ou retirada de documentos, que possam auxiliar e contribuir na produção dos laudos e relatórios; 5) e da sistematização dos dados e problematização do contexto do crime através da elaboração do relatório, que fornece subsídios ao perito, que será anexado ao laudo pericial enviado ao juiz; 6) tratar o ato pericial como definidor de caminho futuro e não como mero ato burocrático que compõe o processo criminal;

A equipe também pode ser solicitada junto às ações da Vara de Execuções Penais para: 1) esclarecer os casos de proposta de desinternação com pareceres divergentes procedentes da equipe técnica do HCTP Henrique Roxo e do perito forense e 2) realizar juntamente com o perito forense as perícias de superveniência de doença mental.

3.3 A prática do trabalho

No instituto, as perícias são realizadas pelos psiquiatras peritos com a presença da Equipe Multi. Esta é uma situação particular na realização das perícias que acontece no estado do Rio de Janeiro, a equipe conta com a presença de uma equipe multidisciplinar, composta por uma assistente social, uma psicóloga, e uma terapeuta ocupacional, que trabalham em parceria com um perito. Essa iniciativa busca desconstruir a forma tradicional em que frequentemente é realizada a perícia, através da ampliação da qualificação do laudo a ser enviado ao juiz, de mudanças significativas no ato da entrevista pericial, no decorrer da parte inicial do processo jurídico e da produção do relatório, que também será enviado ao juiz.

Inicialmente a equipe recebe a lista de perícias a serem realizadas no mês correspondente, verifica o processo do incidente de sanidade mental e confere os documentos necessários ao exame pericial, realiza a leitura e estudo do processo do incidente pericial.

Após o entendimento da importância em ir até o local onde o periciando se encontra, a Defensoria introduziu este “protocolo” no Rio de Janeiro e com isso a equipe passou a ir até o Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros, ao invés do periciando precisar ir até o Instituto de Perícias Heitor Carrilho transportado pelo SOE. Pois no transporte do SOE, as pessoas ficam em condições desumanas, o que além do estresse natural causado pela expectativa da realização da perícia, desestabiliza os pacientes pelas condições de transporte, a saber, pessoas amontoadas dentro de um carro de ferro sem ar condicionado no calor de 40° do Rio, dando voltas pela cidade para cumprir as demandas do dia. Para evitar que isto aconteça, uma vez por mês a equipe se desloca até o Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros, que fica no Complexo Penitenciário de Bangu, para realizar todas as perícias agendadas para aquele mês.

Depois ocorre a realização conjunta da entrevista pericial (perito forense e Equipe Multi) no Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros. Durante a entrevista compete ao perito psiquiatra coletar informações que o auxiliem na investigação acerca das condições psíquicas que a pessoa se encontrava no momento do crime, bem como no ato da entrevista. As demais integrantes da equipe coletam dados acerca dos endereços familiares, contatos telefônicos, tratamentos anteriores, fazem eventuais trocas de informações com a equipe técnica assistente do Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros, que faz o

acompanhamento da pessoa que é internada lá a espera da perícia, com a finalidade de melhor contextualizar as condições psicossociais de cada pessoa.

Posteriormente, a equipe realiza entrevistas com familiares e amigos, visitas domiciliares e institucionais, ainda para coleta de dados e esclarecimentos sobre o transtorno e o contexto de vida do paciente. O contato com os serviços de base territorial acontecem como uma avaliação e recuperação, se necessária, de vínculo, para que os serviços possam acompanhar o usuário e recebê-lo posteriormente para futura reinserção da pessoa em seu território, a fim de viabilizar o tratamento em meio aberto. Por fim, a equipe constrói a redação do relatório final a ser encaminhado em anexo ao laudo do médico psiquiatra que será enviado ao juízo.

Com isso, podemos ver que a equipe realiza uma série de atividades que vão além de um simples exame pericial, tal como acima descrito, o que deixa o relatório mais rico de informações que possam auxiliar o perito e, posteriormente, o juiz nos esclarecimentos sobre a história de vida, de tratamento do sujeito e sua relação com o delito. Buscam trazer maiores elementos para as condições em que o delito aconteceu, fazem articulações com a RAPS, fornecem informações que possam auxiliar no tratamento e inserção social futura do sujeito.

3.4 Resolução: um debate sobre a institucionalização

A criação da Equipe Multi incluída no Serviço de Perícias foi uma iniciativa inovadora que demanda decisões político-administrativas que visem à ampliação da política pública em relação ao louco infrator. Porém até hoje a equipe ainda não foi instituída juridicamente, isso porque é necessário que haja uma resolução da SEAP instituindo-a formalmente, nos moldes da Resolução 113 do CNJ. Em 2017 e 2018 a equipe trabalhou na redação desta resolução juntamente com a Defensora Pública Patrícia Magno, que é uma grande parceira da equipe. Depois de pronta, a resolução foi para a mão do secretário para oficializar em julho de 2018 e ficou nas mãos da assessoria jurídica para ver se estava tudo certo, com isso houve uma troca de secretários e subsecretários duas vezes, e a resolução não foi publicada até hoje.

Segundo a Assistente Social que compõe a Equipe Multi, o que apoia a equipe é a resolução 35 do CNJ, que diz que uma equipe multidisciplinar precisa assessorar os juízes nas decisões. Só não diz a forma como deve ser feita a assessoria. Então a equipe foi criada e se apoia nesta resolução para sustentar sua existência. Porém, a assistente social nos afirma que

não há estrutura de pessoal para dar conta de fazer todas as perícias. Há necessidade de um carro para levar a equipe até o Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros para acompanhar as perícias e com a aproximação da aposentadoria de suas integrantes, há uma tendência de que a equipe deixe de existir. Portanto, o risco de que o trabalho que a equipe desenvolve seja extinto pela falta de apoio é iminente, por isso a urgência para que haja a publicação da resolução, que a institua formalmente.

A assistente social nos fala do risco do trabalho que a equipe desenvolve ser extinto por falta de apoio. Ressalta ainda, que a equipe não precisaria necessariamente estar localizada ali no Instituto de Perícias Heitor Carrilho, poderia estar localizada no Tribunal de Justiça ou na Secretaria de Saúde do Estado, o que, por exemplo, seria até melhor.

A equipe trabalha como um projeto piloto através de uma única equipe dentro do IPHC e já mostra muitos avanços na realização das perícias, como será demonstrado no conteúdo do texto a seguir. Em 2017 quando a equipe se dispôs a ir ao Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros uma vez por mês para realizar as perícias, o combinado intrainstitucional foi que com isso fariam um número menor de perícias, mas também poderiam aprofundar mais o estudo dos casos e evitariam que pacientes já muito comprometidos fossem prejudicados na hora de realização da perícia em função do desgaste causado pelo deslocamento. A escolha de ir ao Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros se deu porque lá está o maior número de presos provisórios, que são baixados lá por determinação judicial, que aguardam a perícia e não somente usuários de álcool e outras drogas, como costumava ser antigamente, portanto, é o lugar com maior número de presos aguardando a perícia. O Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros não é um HCTP, é um hospital que recebe emergências psiquiátricas de internos do Sistema Prisional. A função de receber pessoas candidatas à medida de segurança é um desvio de função deste hospital, que se tornou uma parte do enredo informal do manicômio judiciário.

O trabalho que a equipe desenvolve mostrou que a qualificação das informações contidas no relatório dão mais subsídios ao juiz para tomada de decisão sobre o tipo medida a ser indicada. Nos relatórios, a equipe já começa a estruturar um PTS, o que auxilia no PTS futuro do paciente a ser criado pela RAPS; contribui também para o melhor entendimento sobre o contexto do crime e favorece uma indicação mais coerente com as necessidades do sujeito, o que pode evitar as indicações inadequadas ao cumprimento de medida de segurança

por internação, que geram um gasto financeiro público desnecessário, que poderia ser investido em outra área.

Portanto, este trabalho desenvolvido pela equipe tem se mostrado um trabalho de extrema importância na qualificação do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico em conflito com a lei aqui no Rio de Janeiro, além disso, contribui para a consolidação da reforma, fortalecendo os serviços substitutivos ao manicômio, sobretudo na transformação do imaginário social acerca da loucura e do louco infrator. A extinção desta equipe seria uma perda muito grande para a nossa sociedade, por isso a urgência de formalização da resolução para institucionalização da Equipe Multi.

4. ATRAVESSAMENTOS DO CAMPO

Trarei a partir de agora as questões que permearam o acompanhamento à equipe multidisciplinar do Instituto de Perícias Heitor Carrilho que se tornaram “figura” para mim pelos atravessamentos a elas associados.

4.1 Neutralidade médica

A partir de um combinado institucional entre as equipes do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, um único psiquiatra se dispôs a ir à Bangu com a equipe para realizar as entrevistas periciais. Desde então, ele passou a compor a equipe desta maneira. Os demais peritos do IPHC continuam fazendo as perícias no IPHC nos modos antigos, aqueles mais ortodoxos, sem o auxílio da equipe. O psiquiatra que atua juntamente com a Equipe Multi faz uma crítica a esta forma de atuação, conforme descrição abaixo:

“Via de regra, se eu atuo de modo ortodoxo, eu deixo também o meu trabalho pobre, a partir do momento em que não há empatia alguma, há um distanciamento total e muito menos uma proposta de uma solução distinta da reclusão. A equipe entra decisivamente nesse momento trazendo também os seus olhares. Na nossa equipe temos: terapeuta ocupacional, psicóloga e assistente social. Isso alarga a percepção inclusive na busca por garantia aos direitos sendo ele paciente com transtorno mental” (Psiquiatra em entrevista).

Existe uma limitação nesta forma ortodoxa de realizar as perícias e por isso existem exceções, por exemplo, quando a Equipe Multi é solicitada para fazer um relatório de um caso em que a forma tradicional de abordagem da perícia é insuficiente para colher informações acerca daquele sujeito, que ocorre quando o relatório é solicitado pelo defensor, ou quando os peritos solicitam um auxílio da Equipe Multi para realização da perícia, em virtude de considerarem o periciando como “inabordável” (que são aqueles em que não se consegue colher informações no momento da perícia, seja pelo paciente não conseguir falar, estar muito delirante, ou por não ser possível o entendimento de sua fala, entre outros). Isso também aponta para importância de se ter uma Equipe Multi no momento da perícia, pois a mesma é solicitada a auxiliar nas situações de maior complexidade, que evidenciam que a forma tradicional de realização da perícia não se mostra suficiente para a construção do laudo solicitado pelo juiz em vários casos.

A Equipe Multi conta com a parceria de um médico perito que mostra-se mais coerente com a sua proposta de trabalho, no sentido de compreender que o tratamento mais

eficaz se dá na rede de saúde ao invés das internações em manicômio judiciário. Juntos realizam as entrevistas periciais, que servirão de material para a construção dos laudos periciais e dos relatórios multidisciplinares. Porém, mesmo que a equipe tenha como direcionamento realizar a discussão, integração e a troca dos saberes, percebemos que na prática, não há uma articulação efetiva entre o psiquiatra e os outros profissionais da equipe. Por mais que o perito faça parte da equipe, percebemos que há alguns momentos em que a parceria poderia ser ainda mais fortalecida e integrada, a saber: na discussão e elaboração conjunta para a construção do laudo e relatório.

Ao final de cada exame, a equipe troca algumas palavras sobre a entrevista pericial e logo entra a próxima pessoa na sala para realização de outra perícia. Quando todas as perícias terminam, o psiquiatra faz um pequeno resumo das impressões dele sobre os casos e diz o que está pensando indicar em cada laudo, se considerará a pessoa imputável ou inimputável, se precisará de internação, tratamento ambulatorial ou prisão. É interessante, pois há uma conversa na tentativa de consenso, só que quando a equipe discorda do perito, ela segue no seu relatório um raciocínio com argumentos diferentes aos do perito. Com certa frequência percebemos que nesta conversa, que acontece muito rapidamente e sucintamente, muitas vezes não há tempo suficiente para uma discussão mais aprofundada em equipe, reduzindo as possibilidades de trocas e reflexões conjuntas que poderiam auxiliar na construção de laudos e relatórios mais qualificados.

Quando perguntado se faz parte da equipe, o psiquiatra nos disse que seria o quarto integrante e aquele que assina o laudo. Existe uma exigência de que ele seja o único a assinar o laudo, em virtude da suposta neutralidade médica. Ele nos alerta que é preciso haver uma separação entre ele e a equipe, por isso não fica claro para o juiz que ele faz parte da Equipe Multi. *“Não sou apresentado como integrante da equipe, até por que eu preciso ter também a minha isenção. É uma exigência do laudo, que eu tenha este distanciamento”*, disse ele. Infere-se que para o juiz o perito é responsável pela perícia e a equipe seria apenas auxiliar. A Justiça mantém a hierarquia – a equipe é subordinada ao “chefe” psiquiatra – e uma separação entre eles.

Portanto, é ambígua esta participação do perito na equipe, em alguns momentos ele aparentemente faz parte como “chefe”, em outros não. Na entrevista falamos sobre isso e ele nos disse que no *modus operandi* da equipe, ele faz parte, mas juridicamente, ele não pode

fazer, pois ainda se exige que o médico psiquiatra preserve a neutralidade nos exames periciais. Por isso ele se detém às informações colhidas no ato da perícia, não participa do trabalho que o restante da equipe realiza, que contempla a tentativa de articulação com os serviços, entrevistas familiares, busca de dados de tratamentos anteriores, entre outros, que é justamente o diferencial da equipe.

Como já foi dito acima, a proposta de trabalho da equipe vai muito além da entrevista pericial. Sabemos que, historicamente, é exigida uma suposta neutralidade do saber médico, porém o direcionamento da equipe se dá no sentido de questionar o equívoco desta “neutralidade”, pois há o entendimento de que quanto mais informações pudermos obter acerca da história e contexto sociocultural da pessoa, mais se poderá entender que o delito não é um ato isolado de infração, mas sim o ápice de uma situação de desassistência.

Questionar o sentido atribuído ao termo “neutralidade” parte do entendimento de que “ser neutro” não deveria impedir o profissional de elaborar a história clínica do paciente, item básico e fundamental para diagnóstico e para decisão do tratamento a ser seguido. O equívoco da neutralidade acarreta um mal desempenho da função profissional, um desconhecimento da história clínica do sujeito, que tem uma função técnica e não parcial. Pois assim como na saúde somática é preciso construir o caso clínico para diagnóstico, na saúde mental também é necessária a elaboração da história clínica. Portanto, não há motivo ou argumento para que na área da Justiça a atividade profissional de construção de história clínica seja considerada parcialidade - falta de neutralidade.

Esta necessidade de neutralidade médica é uma influência dos primórdios da Psiquiatria, que isolava o louco e se debruçava sobre ele como se ele fosse um objeto e a neutralidade era exigida, pois eles acreditavam que as informações para além das obtidas no momento do isolamento do louco poderiam contaminar a percepção do médico com relação aos sintomas das doenças. Como já vimos, isto gerava um empobrecimento do cuidado ao adoecimento psíquico.

É imperativo que apareça nos laudos e relatórios essa posição crítica para que não haja uma redução do processo criminal a uma culpabilização do sujeito, mas questionamentos sobre os atravessamentos que compõem a situação do delito, como a responsabilidade do Estado, a falta de cuidados em saúde, a desassistência e a desigualdade social que interferem

no estado de saúde mental do indivíduo. Sem esta postura crítica continuaremos operando pelos moldes ultrapassados do passado.

Alguns pontos ainda são importantes abordar aqui, a equipe pode até tentar argumentar com o perito, mas como o laudo é um documento e o relatório é outro, o perito pode indicar caminhos diferentes no laudo independente da equipe concordar ou não. O que podemos questionar é que num cenário em que o poder médico vigora há séculos, como garantir que o relatório possa ter a mesma relevância que o laudo para o juiz nos casos em que há divergência de posicionamento entre perito e equipe?

O laudo é solicitado pelo juiz e o relatório da Equipe Multi geralmente é enviado como anexo ao laudo psiquiátrico. Esta é uma brecha que a equipe encontra para se constituir como um projeto piloto numa tentativa de qualificar a assessoria ao juiz. No entanto, podemos perceber que o relatório ainda não é necessário no processo criminal, como é o laudo, evidenciando a diferença de relevância que os dois documentos têm diante do judiciário. Por mais que o psiquiatra diga “que o relatório da Equipe Multidisciplinar do Instituto de Perícias Heitor Carrilho foi lido e devidamente anexado a este laudo” nos documentos que escreve, o relatório ocupa uma posição secundária no processo, não é imprescindível para o judiciário assim como o laudo. Por isso, volto a afirmar a importância de se institucionalizar a equipe, justamente para que laudo e relatório possam ter o mesmo peso ao juiz. É importante que o perito diga que leu o relatório, tal como o faz, porém, se também houvesse referência do conteúdo disposto nos relatórios, ou que o relatório fosse requisitado pelo juiz em todos os casos, mais relevância para o juiz o relatório poderia ter.

Isto está relacionado ao saber médico soberano encarnado no biopoder. Historicamente, o médico ocupa uma posição de poder e de destaque em relação às outras profissões, sobretudo no cuidado à loucura. Neste exemplo, mesmo tendo um médico parceiro da equipe que busca fortalecer o relatório escrito pela equipe, a sua voz tem mais peso diante do juiz e da sociedade e é por isso que, mesmo depois de anos de existência da Equipe Multi, ainda não há a necessidade de que todas as perícias tenham um relatório produzido pela Equipe Multi. É necessário que haja uma desconstrução desta relação de poder, em que o médico tem a palavra principal, para que ocorram mais mudanças e haja uma valorização da Equipe Multi como um todo. Os outros profissionais da equipe cientificamente tem tanto embasamento para se debruçar sobre estas questões assim como os médicos psiquiatras. Após

a mudança da perspectiva da loucura, não mais vista como doença isolada numa pessoa, para transtorno ou sofrimento mental decorrente de fatores provenientes das relações psicossociais com o território existencial, a composição das equipes de Saúde Mental passou a ser multidisciplinar, em função da qualificação das contribuições das diferentes práticas e saberes relacionados a este campo.

A inserção, os participantes e o contexto da equipe são marcados pela heterogeneidade. Isto ficou claro através das falas dos participantes, o que me levou a perceber que as profissões dos integrantes da equipe são fundamentadas em parâmetros diferentes, profissões estas que historicamente serviram a movimentos diferentes, mas que se encontraram no entrecruzamento das profissões que se debruçam sobre o campo da Saúde Mental. Trata-se de disciplinas que são produtos da relação saber/poder que foram formadas por perspectivas diferentes, com funções sociais diferentes e que serviram a mandatos diferentes. É possível observar conflitos que aparecem no dia-a-dia da equipe em que podemos ver os efeitos deste entrecruzamento de saberes. A transdisciplinaridade é multiplicar e compor os diferentes pontos de vista e é um desafio diário no campo de atuação da equipe.

Nas perícias, surgiram situações de atrito que evidenciavam qual a noção mais importante para aquele sujeito que estava ali fazendo a pergunta, por exemplo, o discurso da assistente social e da psicóloga geralmente mostrava-se mais interessado nas informações acerca dos tratamentos anteriores, dos contatos com familiares, do contexto do crime, já o psiquiatra se mostrava interessado pelas informações que indicavam o estado psíquico daquele sujeito no momento da perícia e no momento do ato delituoso.

Contudo, como já comentado, nota-se um desinvestimento em gerar agenciamentos nesta prática de equipe que estimulem à discussão/comunicação. Quase não há espaço para discussão entre todos os integrantes, há um protocolo de realização de perícia a ser feito e não há uma abertura para se mudar isso. Há também uma demanda grande de entrevistas e pouco tempo para serem realizadas.

4.2 A perícia

Uma experiência impactante: a chegada ao manicômio para a perícia!

Nos reunimos às 9h no Heitor Carrilho para pegarmos o carro que nos levaria ao Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros para a realização das perícias daquele dia. É a primeira vez que vou ao Complexo Penitenciário de Bangu, estou um pouco ansiosa e apreensiva. Ao chegar ao portão de entrada logo vemos uma fila de mulheres ao lado esquerdo, cada uma com várias sacolas nas mãos. É quinta-feira, dia de visitas. Alguém faz um comentário:

- Percebam que a maioria dos familiares que vem às visitas são mulheres.

Olho ao redor e percebo que havia apenas poucos homens, eu poderia contá-los nos dedos das minhas mãos. As mulheres superavam, e muito, o número de homens.

- Muitos homens abandonam suas mulheres aqui.

Em seguida um silêncio se faz presente.

Logo os guardas da guarita pedem para que o nosso motorista abra as janelas e o porta-malas. Eles nos observam e nos dão a permissão para prosseguir.

Ao chegar ao Hospital Penal Roberto de Medeiros, entramos numa salinha onde há guardas que nos pedem para assinar o livro de entrada e deixar nossos celulares. Noto que há um detector de metais à direita, me pergunto se vamos ter que passar por ele. Mas não. As portas se abrem.

- Bom trabalho doutores!

- Para vocês também! Doutores, haha!

- O que me chama atenção são os muros enormes, muros brancos e portas gradeadas. Ao entrar no Roberto de Medeiros me vem à cabeça a imagem daqueles filmes americanos de manicômios clássicos e percebo a semelhança: corredores estreitos, muros altos, tudo branco dentro, portas que se fechadas nos levam a corredores infinitos, me senti novamente dentro de um manicômio. Me lembro que havia uns três anos desde a última vez que estive no HCTP Henrique Roxo. Me sinto estranha, a minha cabeça começa a doer como nunca antes. Tudo ali é sufocante, um lugar meio escuro, quase como se tivesse uma fumaça nos cobrindo. Os guardas falam alto na entrada, riem como se estivessem em suas casas. Internos que fazem trabalho de limpeza circulam pelo ambiente. É um lugar deprimente, me pergunto se seria possível viver ali e me lembro que provavelmente estamos na parte "bonita" do hospital. As celas geralmente são bem piores. Mas vamos lá! Entramos na sala reservada para nós, separamos os prontuários, as folhas de denúncia, sinopses e logo começamos a leitura dos prontuários para coletar informações importantes sobre a vida dos periciandos.

Logo um guarda interrompe:

- Posso chamar o primeiro preso?

-Sim

-Pode entrar!

Começamos a perícia!

A perícia é apenas o início do trabalho, onde vamos conhecer a pessoa e pensar em estratégias que possam nos ajudar em seu caso. Aqui todas as informações sobre tratamentos antes feitos, moradia, relações familiares, contatos telefônicos, renda, auxílio e estado psíquico são importantes para Equipe Multi.

No início o médico toma a palavra, nos apresenta como equipe, explica que irá ler a acusação da denúncia e que depois o periciando poderá falar a sua versão dos fatos. Mas deixa claro que não estamos ali para julgar ninguém. Em seguida, o médico faz algumas perguntas sobre identificação, por exemplo, nome, data de nascimento, e também sobre orientação,

como noções sobre o dia de hoje, dia da semana, ano, presidente e lugar que estamos, entre outros. Após estas perguntas, lê a acusação da denúncia e pergunta: “O que você tem a dizer sobre isso?”. Então o periciando começa a dizer sua versão sobre o que aconteceu.

Muitas vezes pelo nervosismo ou por estarem muito comprometidos por sua condição psíquica, alguns não conseguem desenvolver uma comunicação inteligível. É importante dizer que possivelmente isso se deve a uma limitação das formas de abordagem no ato da entrevista, indicando a importância da busca de mais informações que auxiliem na construção dos documentos, seja através do contato e entrevistas com os familiares e profissionais de saúde dos serviços de saúde de referência ou de visitas institucionais e familiares.

Aqui fica claro que o papel da equipe é a coleta de informações que possam ajudar a ampliar as possibilidades de vida do sujeito. Onde houver uma simples pista, a equipe irá atuar no sentido de indicar o melhor tratamento possível ao sujeito.

Os tipos de perícias realizadas pela equipe são: de sanidade mental, que é pra saber o estado psíquico do sujeito, se ele era ao tempo da ação/omissão (crime) capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento; de superveniência de doença mental, que ocorre quando um preso do sistema prisional entra em crise dentro da cadeia e percebem que ele tem algum transtorno/doença mental, então ele é indicado para fazer a perícia e checar se de fato tem uma doença/transtorno para só então haver a conversão de sua pena para medida de segurança; exame toxicológico, referente aos usuários abusivos de álcool e outras drogas, que verifica se o mesmo encontrava-se sob efeito de alguma substância psicoativa no ato infracional. Estes são os exames da porta de entrada das medidas de segurança, sendo que na porta de saída existe ainda o EMPAP (já citado neste trabalho), mas este não é realizado pela Equipe Multi, porém, há exceções, quando há divergência entre a equipe que o assiste no HCTP Henrique Roxo e o perito do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, como por exemplo em situações em que o perito do Heitor Carrilho vê indicação para a continuidade da medida de internação no HCTP-HR e a equipe que o assiste no hospital discorda, ou seja, vê a necessidade de uma desinternação.

O laudo psiquiátrico tem um tempo para ser criado, a ser cumprido entre elaboração e entrega. Existe o processo, a leitura dos autos, o encontro com o periciando e a entrevista psiquiátrica propriamente dita. Também há a quesitação apresentada e as respostas, os documentos, a elaboração e conclusão do laudo. O psiquiatra nos relata que o momento da

entrevista não é uma simples entrevista psiquiátrica, “não é um simples dizer entendimento e determinação: preservados ou não; inimputabilidade: sim ou não; manicômio judiciário: sim ou não” ou um momento em que se “tira uma foto” e faz as conclusões. “Cansei de ver laudos serem realizados assim”, ele nos diz. Reitera que o trabalho desenvolvido com a equipe tem esta proposta de um olhar ampliado. Conforme descrito abaixo:

“É um momento em que a gente não se limita a uma foto e sim a um filme, você compreende muito mais tendo acesso pelo menos uma parte de um filme, que é a existência daquele que está sendo examinado. Desse olhar. E como eu venho de formação assistencial isso me dá também um diferencial nesse olhar” (Psiquiatra em entrevista).

Mais uma vez fica claro que a Equipe Multi se faz extremamente importante nestes casos, pois através do contato com as famílias, com a rede de saúde, com amigos, consegue-se informações que foram impossíveis de se obter somente com os minutos de realização da entrevista pericial. Presenciamos em um momento o relato da assistente social da Equipe Multi, que foi solicitada por uma colega perita, que não participava da Equipe Multi, que a ajudasse procurando informações sobre o caso que ela periciava, pois o sujeito era “inabordável” para ela. A perita usou esta palavra, pois não conseguia se comunicar com o sujeito, que não falava, era deficiente auditivo e se comunicava, quando muito, por gestos, mas que no dia da perícia estava muito mal e nem isso conseguia fazer. Estava preso e era um caso de superveniência de doença mental e a assistente social da Equipe Multi precisou ir à cadeia onde ele estava preso, conversou com seus colegas de cela que disseram que quase não conseguiam se comunicar com ele, precisou, quase como se fosse uma detetive, procurar informações que pudessem ajudar na construção do seu relatório e do laudo que a perita precisava enviar ao juiz.

Podemos ver nesta situação que a perita, que não fazia parte da equipe, somente pôde enviar seu laudo ao juiz após o auxílio da assistente social que compõe a Equipe Multi, sem este auxílio, provavelmente, o processo deste preso ficaria parado até que houvesse uma melhora do paciente, e se tratando de uma prisão sem tratamento de saúde, muito menos de saúde mental, e de uma pessoa que tem uma deficiência auditiva não tratada, esta melhora poderia nunca acontecer e a pessoa morrer com seu processo suspenso. Fica perceptível aqui a necessidade de se ter uma equipe multidisciplinar neste momento de realização das perícias, pois há momentos em que é inviável se praticar uma perícia tradicional.

Como já falado, observa-se que na realização da perícia há uma diferença, para o perito psiquiatra, o mais importante é a forma como o sujeito irá conversar, suas ideias, seu estado mental, a forma que irá se expressar; já para a Equipe Multi, o mais importante são as informações que nos levam a entender o contexto do delito, a história de vida daquele sujeito, informações que nos levem para fora daquela sala, pras famílias, para as instituições que assistiram o periciando anteriormente, para rede de saúde mental. Há todo um trabalho de coleta de dados, de entrevistas, de articulação com a Rede que vai muito além do momento da perícia, que faz com que, mesmo que os sujeitos sejam considerados “inabordáveis” pelos psiquiatras, ainda assim consigam que o relatório possa ser produzido com informações riquíssimas que possam auxiliar ao juiz no caminhar do processo. Não se pode dizer a mesma coisa de uma perícia tradicional, existem limitações que são supridas somente pela Equipe Multi. E mesmo nas perícias em que o sujeito consegue se comunicar facilmente, ainda assim o trabalho que a Equipe Multi desenvolve em todos os momentos após os 20 ou 25 minutos de entrevista pericial, torna o documento enviado ao juiz com informações mais qualificadas, através da ampliação da história clínica, da articulação com serviços, contato com as famílias, subsídios para produção do PTS, entre outros.

4.3 Perigosa desassistência

A seguir, tratarei brevemente de uma discussão acerca da desassistência e da suposta periculosidade que está relacionada a muitos casos que recebem a medida de segurança. Para isso, trarei o caso do Antônio, nome fictício dado a um caso verídico que acompanhei na perícia para nos ajudar a pensar sobre esta temática.

Na sala entra Antônio, homem grande, forte, com movimentos rápidos, trêmulos, apresentando características tipicamente ansiosas. Muito educado, nos cumprimenta. E enquanto o psiquiatra fala, olho para ele e vejo um ser em extremo sofrimento, seus pés balançam, ele treme, tenta se segurar para não desabar na nossa frente. O psiquiatra lê que ele havia matado seu filho de sete anos a facadas. Eu fico ali procurando a humanidade naquela figura e encontro muita fragilidade, desespero, culpa, medo... é difícil estar ali naquele momento e vivenciar aquela cena.

- No momento eu não estava consciente, não consigo lembrar o que aconteceu, eu surtei.

Antônio chorou muito, desabou na nossa frente. Ele carrega muita culpa por ter matado seu filho. Depois do assassinato, foi preso, mas só recobrou a consciência dias depois na cadeia e quando lhe disseram que ele havia matado seu filho, ele tentou se suicidar. Algumas vezes. Experimentou um período muito difícil de depressão profunda. A culpa por ter matado o filho o consome, ele só quer pagar pelo que fez, mas insiste, não sabia o que estava fazendo, em suas palavras:

- Estava em casa com minha filha recém-nascida e meu filho de sete anos, vi uma multidão de gente querendo entrar em minha casa e aí tive um

apagão. Fugi com meus filhos, fui para o pé de um morro perto de casa com minha filha nua nos meus braços e meu filho ao meu lado, correndo comigo.

Começaram a me bater e tiraram minha filha de mim, então fugi somente com meu filho. E aí só acordei na cadeia sabendo que eu havia matado o meu filho querido. Não lembro que eu matei ele, eu amo meu filho. Eu não aguento quando descubro que matei ele, eu fazia tudo por ele.

Antônio ouve vozes e devido à falta de cuidados e de medicação, é muito instável. A psicóloga que o assiste no Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros confirma que ele ficou muito mal quando descobriu que matou o filho e que ele tentou se matar várias vezes.

Pra mim enquanto pesquisadora é muito difícil presenciar este momento, ver uma pessoa ali em extremo desespero é desconfortável, tento desviar o olhar, mas uma lágrima escorre... Percebo que as outras pessoas da equipe também interrompem o contato em alguns momentos, respiram fundo, desviam o olhar, mastigam chiclete, anotam... é um momento difícil de se vivenciar.

Familiares disseram que quando ele entrou em surto, ele fugiu para o pé de um morro perto de casa e as pessoas ficaram assustadas, bateram nele com uma pá e tiraram sua filha dele, mas seu filho se recusou a deixar o pai. Algumas pessoas evangélicas que conheciam o Antônio avisaram a população que ele “era doente” para que não matassem ele. Então ele fugiu pra casa com seu filho, se trancou. Mas as pessoas foram ao seu portão, um familiar dele ficou tentando entrar na casa, mas quando conseguiu já era tarde. Antônio já havia esfaqueado o seu filho.

Na perícia Antônio falou com a voz embargada entre lágrimas soluços: “Eu quero ser uma pessoa melhor, quero estudar ou trabalhar”, mas logo lembra e chora “me deixaram sozinho com meu filho”.

Ao final da perícia ele recebe um aperto de mão.

Sua esposa havia ido trabalhar e costumava deixar os filhos com ele. Ele tinha uma boa relação com os filhos. Ele era “apaixonado” por este filho que matou, nos disseram que o filho ficou com ele enquanto surtava para o proteger. O filho o acompanhava nestes momentos.

Ele havia dado sinais dias antes que estava mal, mas a esposa precisava trabalhar para sustentar a casa e não tinha ninguém para deixar os filhos. Posteriormente em conversa com a família, descobrimos que ele fazia tratamento no CAPS João Ferreira há anos em virtude de seu adoecimento psíquico, mas o casal havia se mudado há dois anos para Caxias e na época do crime Antônio não estava fazendo acompanhamento de sua saúde mental na RAPS, mesmo depois de algumas tentativas. Ficou sem tomar medicação, sem ser cuidado, vulnerável, desassistido. Alguns diziam que ele era perigoso, mas perigoso é ele ou perigoso é o Estado que deixa uma pessoa que necessita de cuidados em crise sem assistência?

Ao final das perícias, quando conversamos sobre os casos, o médico diz,

- para ele será internação.

- Mas por que?

- A gravidade do delito, nenhum juiz vai dar ambulatorial. Ele precisa de um PTS mais estruturado, até para fortalecê-lo. Ele tá um bagaço.

Muitas perguntas surgem em minha cabeça neste momento, então vamos partir do que ficou explícito aqui. Antônio se encontra numa situação muito comprometida a nível psicossocial, ficou anos desassistido, sua família vive em condições de extrema vulnerabilidade social e desassistência. Se ele tivesse tido acesso ao tratamento que

necessitava e que é oferecido pela RAPS, ele teria cometido este crime? Se seus vínculos afetivos e redes de saúde estivessem preservados e fortalecidos, poderiam intervir antes dele entrar em crise? A prática do trabalho em saúde mental nos mostra que quando a pessoa está sendo cuidada e acompanhada por uma equipe na RAPS, isso reduz a frequência de episódios de surto. Através do controle dessas crises, ao reduzir sua intensidade e frequência, podemos diminuir os delitos, que são decorrentes dos surtos, conforme pesquisa citada abaixo.

Já vimos aqui que a presunção da periculosidade faz uma associação entre loucura e perigo, ou seja, estabelece uma regra geral a partir da incidência no mundo. A partir desta noção, Costa et al. (2018), nos trazem que a Filosofia define a presunção como um “juízo antecipado e provisório que se considera válido até prova em contrário” (p.11) e por isso, fizeram um estudo da reiteração criminosa, para saber “se há uma razoável incidência de transtornos psíquicos reincidentes que justifique presumi-los como perigosos” (*ibidem*, p.11). Eles coletaram dados de 2002 à 2012 da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro (SEAP), relacionados ao HCTP-HC e dados de 2000 à 2013 da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Observaram os pacientes, de maneira indireta, que foram desinternados de uma medida de segurança no período acima descrito e analisaram quantos receberam outra condenação, ou medida de segurança ou retornaram ao HCTP-HC pela nova prática delituosa. Obtiveram os seguintes resultados:

[...] no HCTP Heitor Carrilho, em um universo de 580 desinternados, no período de 2002 a 2012, foram apenas 14 as reiterações, ou seja, somente 14 pacientes retornaram ao estabelecimento por motivo de prática de fato típico-ilícito, o que gera um índice de reincidência da ordem de 2,41%. Já na base da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, em um universo de 572 desinternados nas medidas de segurança, no período de 2000 a 2013, 46 reincidiram, o que nos conduz a uma taxa de reiteração de 8,04%. Como se observa, os números encontrados não são apenas pequenos, mas estão muito abaixo da reincidência apresentada pela população egressa do sistema penitenciário comum, que em 2011 era de 70%, segundo declaração do então Ministro do Supremo Tribunal Federal Cezar Peluso (COSTA et al., 2018, p. 12).

Esta pesquisa nos mostra que mesmo que as pessoas em sofrimento psíquico possam entrar em conflito com a lei por motivos diversos, considerá-las a priori como propensas a cometer mais delitos se comparadas à população em geral, é uma atitude preconceituosa, pois os números mostram, sobretudo, uma taxa mínima e inferior à população em geral com relação a reincidências de atos delituosos. É importante ressaltar também que na pesquisa

observou-se “que a totalidade do grupo que reiterou na prática delitiva não se encontrava inserida na rede de apoio psicossocial” (COSTA et al., 2018, p. 12).

Assim como em outros casos, percebo que o único penalizado foi o Antônio, mas ele também é vítima. Vítima deste sistema que deveria proteger, mas desprotege e faz matar, como já falado anteriormente, esta é a necropolítica.

Na perícia ficou claro que Antônio é considerado inimputável, porém, mesmo sabendo que o melhor tratamento para o Antônio é na Rede de Saúde Mental do seu território, Antônio provavelmente receberá uma medida de segurança de internação. Seus laços fora do manicômio, já enfraquecidos, ficarão cada vez mais frágeis, pois a internação em um manicômio judiciário produz mais mortificação do que vida, produz a perda de laços afetivos como já foi abordado anteriormente.

Mas por que ele irá para lá se sabemos o melhor a fazer? Porque ele é perigoso! Ou melhor, é importante que as pessoas o vejam como perigoso, se não [a gente] não justifica a existência do manicômio, se não [a gente] tem que tratar, se não [a gente] tem que cuidar em liberdade e claro que o sistema não quer isso. É importante criar a figura do perigoso, do monstro que mata seu filho, para justificar a exclusão e o disciplinamento dos corpos (já abordado nesta pesquisa anteriormente na seção 4).

A fala do psiquiatra sobre ele ter que receber medida de segurança porque nenhum juiz concederia uma medida ambulatorial me chocou e várias perguntas me atravessaram. Como furar isso? Somos profissionais qualificados com embasamento científico para indicar o melhor tratamento mais eficaz, por que não indicar? Porque um perito precisa dar um parecer que concorde com a posição do juiz? Não seria o perito que deveria munir o juiz de conhecimento e assim influenciar com esse saber o julgamento do juiz? O que nos diz essa inversão na qual a posição a ser tomada pelo juiz já de antemão determina o posicionamento do perito? Na aliança citada por Foucault (1987), trata-se mais uma vez da parceria inconfessa, criada há séculos atrás e ainda presente hoje, em nome do punitivismo abjeto.

Sobre este caso o psiquiatra nos disse que o correto seria chegarmos para realizar a perícia e encontrarmos o PTS do paciente já elaborado pela equipe do Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros, porém dado o desinvestimento na assistência nas unidades penais, encontramos uma equipe fragilizada, o Estado investe pouco em recursos humanos,

técnicos e até há falta de medicações, por isso a equipe não consegue dar conta de construir os PTS de todos os pacientes.

O psiquiatra relata que a morosidade pública acaba resultando em um interno mantido por 2 (dois) anos no cárcere *“num hospital psiquiátrico penal, que sequer medicamentos tem a oferecer, muito menos uma equipe de tratamento potente para fazer as articulações com a rede para desenvolver e resgatar laços familiares”*. Ele nos explicou que dada a gravidade do delito, ele precisaria *“cumprir a medida de segurança naquele que tem como missão desenvolver esse projeto terapêutico [HCTP], para que então a desinternação dele se desse nos trâmites da máquina, do sistema”*. É importante ressaltar que, nesse caso, o motivo da indicação da medida de segurança se dá pela gravidade do delito e pelo argumento de construção do seu PTS, mas porque em 2 (dois) anos não se conseguiu construir um PTS? O que está em jogo aqui é uma culpabilização do sujeito em virtude da gravidade do delito, a construção do PTS é apenas uma justificativa dada para sustentar uma indicação de internação, internação esta que deveria se dar pela via de cuidado na RAPS, afinal, a construção do PTS faz parte do escopo de trabalho da RAPS.

Neste caso, a Justiça acaba tomando uma decisão que faz parte do âmbito da Saúde, pois, como se trata de uma questão de cuidado em saúde, cabe a RAPS atuar, mesmo que este cuidado inicialmente se dê via internação (num dispositivo hospitalar da rede), a RAPS tem mais qualificação para gerir este cuidado do que o sistema judiciário.

Ele ainda nos esclarece que o manicômio judiciário não é solução para nenhum paciente, que é preciso entender que o PTS deve contemplar a desinstitucionalização do paciente. O problema é que muitas pessoas entram no manicômio judiciário por uma justificativa de construção do PTS desnecessária, já que a RAPS tem o papel de construí-lo, passam por uma série de privações que fragilizam seus laços sociais, ocorre o agravo de sua saúde mental e algumas inclusive morrem antes de serem desinternadas, isso porque a medida de segurança tem somente o prazo mínimo fixado, ou seja, a PPL (Pena Privativa de Liberdade) tem data pra acabar, mas a medida de segurança não. Não há como prever na determinação da medida de segurança o tempo que ela durará.

Muitas vezes por causa da gravidade do delito e da extrema situação de vulnerabilidade social que se encontra o sujeito – seja por não ter uma família que o acolha, ou condições de se sustentar sozinho, ou algum benefício financeiro, ou algum lugar para

morar – e pela suposta periculosidade (inexistente) do sujeito, ele acaba ficando muitos anos no HCTP, e com isso, muitos adoecem fisicamente e vem a óbito.

O que justifica a medida de segurança perpétua muitas vezes se refere ao que o psiquiatra nos disse abaixo: *“E se a pergunta for: voltará a delinquir? E a resposta for ‘talvez’, isso numa visão ortodoxa, não cessa a periculosidade do interno e ele simplesmente permanece anos e anos e a cronificação vai cada vez mais aumentando no manicômio”*. Após ouvir esta explicação, ecoou em mim um questionamento “existe alguma possibilidade da resposta ser diferente de ‘talvez’?”.

Devido à presunção de periculosidade, o preconceito e a gravidade do delito, as pessoas acabam fazendo uma previsão de que a pessoa necessariamente voltará a delinquir quando for desinternada, só que não há como saber, pois todos os seres humanos que já tenham cometido algum delito em sua vida ou não, tem a capacidade de delinquir. Não há como prever isso. A realidade que se mostra é que hoje, no século XXI, ainda estamos trabalhando com a noção de periculosidade para justificar a internação de muitas pessoas nos HCTPs, isso é velado, mas infelizmente, ainda é real. Mesmo com anos de Reforma Psiquiátrica, ainda trabalhamos com previsões.

O entrevistado ainda reitera que:

“O conceito de periculosidade passa atualmente por uma revisão, tanto que o EMPAP busca romper com a cessação da periculosidade. Se você tem uma visão ortodoxa, enquanto estiver delirante não pode sair. A rede de proteção é que precisa ser a garantida para ele. [...] por isso que muitas das vezes, a resposta à pergunta padrão “voltará a delinquir?” é sim, pode-se supor que sim. Agora se isso é suficiente para [não] garantir o acesso à liberdade, por quê? Dentro da proposta de viver a melhor vida possível, a oferta precisa ser feita. A exclusão não é solução” (Psiquiatra em entrevista).

Por mais que num primeiro momento esta noção influencie o perito a sugerir uma medida de internação com a finalidade de construção de um PTS, que inclua o sujeito no paradigma de cuidado da RAPS somente após a internação, ele também afirma que a exclusão não é a solução. Diante de tal contradição, como fazer sobressair os agenciamentos antimanicomiais em detrimento dos processos segregacionistas? Este hibridismo/contradição acomete as pessoas que trabalham neste meio, existem “forças” que os atravessam o tempo todo, a questão é como fazer com que a indicação que mais favoreça o sujeito e a sociedade sobressaia mais do que as indicações que fortalecem os estigmas, cronificam o sujeito e submetem a sociedade a um poder normalizador dos corpos.

Ele ainda nos alerta que a periculosidade está muito mais ligada à desassistência e cita um estudo da Kátia Mecler (citado acima) que faz esta constatação de que o retorno ao manicômio judiciário se dá muito mais por uma falha na rede assistencial, na proteção familiar e social. Se essa articulação não acontece, as chances de reincidência aumentam. Perigosa é a desassistência.

Em sua opinião *“é preciso entender que se trata de réu inimputável que precisa ser protegido pela lei, mas que precisa ter um tempo mínimo de construção [do seu PTS], que já deveria ter sido iniciado, para que ele já estivesse em condições favoráveis à desinternação”*. E volto a questionar, porque em dois anos este PTS não foi construído? O sistema não dá possibilidades de construção, pois a este interessa punir essa pessoa para que se produza na sociedade subjetividades capturadas por este sistema, que produz medo, subordinação, normalização e controle dos corpos.

Podemos ver que o sistema não oferece condições adequadas de cuidado para aquele sujeito, despotencializa a equipe que poderia já fazer o PTS do paciente na porta de entrada para que este venha cumprir sua medida no local de tratamento adequado; além disso, o fato do delito ser considerado grave, isso o encaminha necessariamente para cumprir a medida de segurança no HCTP.

Mais uma vez podemos ver que quando o sistema falha, ou melhor, cumpre o seu papel de exclusão, além de desassistir, ele pune a pessoa duas vezes, por não possibilitar condições adequadas de cuidados a ela e por uma ação que ela não pode ser culpada.

O indivíduo que padece de transtornos mentais não pode continuar sendo duplamente punido, seja pela perda da liberdade física em razão do encarceramento na unidade hospitalar, seja pela privação mental em razão dos medicamentos que lhe são impostos que o torna prisioneiro dentro do próprio corpo. Ao paciente com transtorno psíquico deve o Estado assegurar tratamento adequado, de acordo com a proteção da dignidade humana fundamento do Estado Constitucional de Direito, conforme o art. 1º, III, da Constituição Federal (COSTA et al., 2018, pág. 8).

Porém existem casos em que a equipe do Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros consegue fornecer as bases pra um PTS, como neste exemplo que o psiquiatra nos traz:

“Um dos laudos que eu estou entregando hoje[...] o relatório psicossocial elaborado pelo psicólogo do Roberto de Medeiros, ele já dá as bases mínimas de um PTS e de um apontamento para que ele seja encaminhado à rede, então a tendência é que seja aplicado a ele uma medida de segurança de tratamento

ambulatorial no CAPS, já articulado e sugerido pelo profissional técnico de referência. Mas aí a gente está falando da importância de técnicos de referência e serviços de tratamento potentes” (Psiquiatra em entrevista).

Isso mostra que existe um trabalho possível que pode ser realizado na porta de entrada, que em parceria com a Equipe Multi, podem diminuir as indicações das medidas de segurança via internação hospitalar.

4.4 A precariedade do sistema

José, morador de rua, costumava andar pelas ruas de São Gonçalo. Cantava, chorava, gritava, comia, corria, conversava, pedia dinheiro, vendia bala, era conhecido como o “Maluquinho na rua da feira”. Negro, pobre, sua família vivia em uma comunidade da mesma cidade. Uma vez foi agredido e esta violência deixou sequelas. José perdeu 85% de sua visão e passou a andar de muletas. Certo dia em um ponto de ônibus, ouvi uma voz gritar bem longe. Conforme se aproximava a voz, uma lamentação ia fazendo eco. Era José suplicando a Deus que o matasse. A cada passo que dava, era mais difícil ouvir, seu pranto até hoje ecoa em minha mente. Ele dizia gritando “Meu Deus, me mata, me mata!”, “Eu não aguento mais viver esta vida desgraçada”, “Por favor, me mata”. Começou a chover. Um carro na calçada atrapalhou sua passagem. Enquanto ele tentava prosseguir com muita dificuldade para contornar um carro que estava na calçada, uma mulher branca se aproximou, mas não muito. Parou próxima a ele e disse algo, mas aparentemente foi tão baixo que ele não conseguiu perceber. Ela foi embora. Ele continuou seu pranto. Era um choro doído, uma voz desesperada pedindo socorro, pedindo a morte. Ele tropeça. Cai numa poça de água e fica ali jogado, no meio da chuva, no meio da rua, no frio, desamparado. Implorava a morte como quem implorava para existir... Meses depois soube que ele havia sido preso. Estava aguardando a perícia. O covid-19 interrompeu as visitas na prisão. José dormia numa cela superlotada e já não tinha mais o afago de sua família. Se virava do jeito que dava. Um por um foi sendo contaminado em sua cela. Ele também. E morreu. Seu pranto teve fim.

O psiquiatra nos alerta que enquanto não houver um quadro técnico da saúde do sistema penitenciário verdadeiramente reconhecido, estruturado e valorizado esse será só mais um ponto dramático do que é a assistência aos presos. Ele diz que a massa carcerária está aumentando, é fundamental no tratamento penitenciário um serviço de Classificação que consiga gerir eficientemente as questões envolvendo a custódia e o tratamento. Os presos continuam se matando, tendo problemas de saúde graves, como a tuberculose. O desmonte é enorme, os recursos são finitos, sem concurso há anos e com a aposentadoria de muitos, o número de profissionais de saúde no sistema penitenciário vem diminuindo drasticamente, inclusive ele mesmo já pediu exoneração, mas reverteu para participar desta proposta de projeto piloto da Equipe Multi.

Oliveira (2019) nos mostra que os reflexos históricos da escravidão aqui no Brasil ainda operam muito fortemente em nossa sociedade, sendo o tratamento submetido aos negros pobres moradores das periferias e favelas justificado por sua “natureza preguiçosa e negligente”. Neste sentido se constrói aí uma diferença entre os pobres dignos, que mantêm os costumes religiosos e trabalham e os pobres viciosos, que não se enquadram ao mundo do trabalho e, portanto, são considerados um estorvo, passam a ser vistos como vadios, libertinos, perigosos. E, portanto, foi necessário criar dispositivos disciplinadores para ambos, a escola, a igreja, a prisão, o manicômio. Este passado segregacionista do Brasil nos indica uma construção de uma cultura em que ocorre uma legitimação das políticas de controle. Por isso é tão importante refletirmos sobre a produção “cultura do medo”.

Como já dito, a mídia tem um importante papel nesta produção cultural do medo, e essa difusão do medo e da desordem, das áreas perigosas, tem servido às estratégias de disciplinamento das massas, sobretudo, as mais empobrecidas. O medo é necessário para se fortalecer as políticas de lei e ordem, como no exemplo das favelas no Rio de Janeiro. A polícia entra com esta política de controle dos corpos e de produção de morte, que faz morrer e faz matar e que é justificada pela proteção social de tais indivíduos perigosos. E a mídia, por sua vez, produz um ideário social que legitima a formulação de políticas direcionadas ao controle social das classes perigosas, que corresponde aos negros, pobres, loucos, entre outros. Isto culmina em instituições e políticas de encarceramento que segregam tais populações.

O *slogan* da instituição penal carcerária é o da ressocialização, porém, vemos através de suas características sub-humanas que não há um interesse em ressocializar as pessoas que lá são tuteladas. É importante ressaltar que isto não significa um fracasso, pois o real objetivo da instituição de correção penal é produzir a delinquência e o medo na sociedade, que faz com que se produza um controle fora dos muros das instituições penais e dos manicômios judiciários em que cada um se torna seu próprio carcereiro. O medo produz subjetividades capturadas por este sistema que cria a delinquência e controla os corpos.

A seletividade, a reprodução da violência, a criação de condições para maiores condutas lesivas, a corrupção institucionalizada, a concentração de poder, a verticalização social e a destruição das relações horizontais ou comunitárias *não são características conjunturais, mas estruturais do exercício de poder de todos os sistemas penais.* (ZAFFARONI, 1991, p. 15 *apud*. OLIVEIRA, 2019, p. 118).

O sistema de correção penal não está falido, mas funciona a todo vapor, por que o objetivo na verdade é punir, excluir nos manicômios, criar o medo na sociedade, produzir a delinquência e não cuidar. Podemos ver estes efeitos na falta de recursos humanos, muito comum nos estabelecimentos penais. Lembro-me de uma situação em que havíamos ido ao pátio no momento das visitas das famílias, eu e a assistente social da equipe Multi, e lá pude perceber que as mães, mulheres e parentes dos internos faziam fila para tirar algumas dúvidas com a assistente social. Me choquei pela evidenciada carência de informações, muitas vezes simples que qualquer profissional de equipe naquele hospital poderia dar e que nós estávamos dando, sendo que nossa presença ali se dava em uma vez por mês e as equipes do hospital estavam ali toda semana.

Foi interessante ver como a presença da assistente social se fazia notar. O seu modo de escutar, o seu modo de fazer e de orientar anunciava uma prática, já conhecida pelos familiares. Foi possível observar as mulheres se aproximando umas das outras e dizendo baixinho “*é aquela ali?*”, “*fala com ela, ela vai te explicar direitinho*”, “*eu já perguntei aqui e ninguém me explicou nada*”. Ela era muito requisitada e eu ficava ali mediando para que todas fossem ouvidas na sua vez e para que desse tempo e ninguém deixasse de ser atendida. Afinal, não havia nenhuma indicação de que elas pudessem tirar estas dúvidas com outros profissionais. A falta de pessoal, muita demanda de trabalho, poucos recursos ficou evidenciado naquele momento.

4.5 A questão dos usuários de drogas

Segundo os profissionais da Equipe Multi, atualmente tem ocorrido o aumento do número de usuários de drogas que recebem a medida de segurança para tratamento pela via da internação hospitalar, em função das comorbidades psiquiátricas e da não existência de tratamento para os dependentes de drogas no sistema prisional. Porém, como podemos ver abaixo,

O envolvimento com álcool e outras drogas justifica agora o asilamento nos ECTPs. Ganham-se mais vagas com essa parceria, agora na forma de leitos, para realização do projeto de higienização da sociedade. O encarceramento como parte da trajetória de vida imposta a esses indivíduos está se tornando mais eficiente a cada momento. (TEDESCO, 2016, p. 274)

Ao longo dos meses de campo de pesquisa realizamos as perícias de vários dependentes de drogas. Muitos deles já bastante debilitados pelo uso abusivo de drogas,

outros um pouco menos. Isso gerou uma discussão entre os membros da equipe. Parecia haver uma “questão” sobre a indicação de imputabilidade nos laudos feitos pelo psiquiatra. Para entender esta questão, é preciso retomar a explicação sobre o exame toxicológico.

O exame toxicológico é realizado na tentativa de entender se no momento do ato delituoso, o sujeito era capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento. Como o sujeito estava sob o uso de drogas, objetiva-se entender se o efeito das drogas o comprometia ao ponto dele não entender o que estava fazendo, e se ele teria algum transtorno relacionado a isso ou outras comorbidades psiquiátricas.

Caso o perito tenha o entendimento de que ele estava comprometido a este nível, ele pode considerar o sujeito inimputável. Ficou claro existir um “acordo” entre os membros da equipe em relação a isso. Há um posicionamento ético do psiquiatra, que devido a sua experiência como gestor de HCTP, ele percebeu que os usuários de drogas que são internados dentro desta instituição se “aproveitam” dos outros internos que são mais comprometidos em função das doenças psiquiátricas. O que gera muitos conflitos dentro do funcionamento da instituição total.

Com o inchamento da porta de entrada do manicômio judiciário, foi necessário haver um acordo, que consiste em declarar como inimputável somente o sujeito que tiver, além do transtorno mental por uso abusivo de drogas, alguma outra comorbidade psiquiátrica associada ou não ao uso. Sendo assim, os usuários de drogas seriam considerados imputáveis, e por conseguinte, não receberiam a medida de segurança e iriam pra cadeia cumprir PPL (de acordo com cada processo).

Tal acordo inconfessável mais uma vez desrespeita a perspectiva da Saúde Mental, que inclui os portadores de transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas no direito a tratamento adequado, ou seja, em meio aberto. Desrespeitando uma decisão de Saúde, psiquiatra/Justiça decidem pela imputabilidade, negando o direito ao tratamento ao sujeito.

O fato de não haver um programa dentro do sistema prisional no Rio de Janeiro destinado aos usuários abusivos de drogas, agrava esta situação, pois muitos deles adoecem e

acabam indo para o manicômio judiciário, onde continua não havendo um tratamento específico para eles.

Muitas vezes o preso está bastante debilitado, e por uma estratégia de cuidado a equipe tende a considerá-lo inimputável para que este receba uma medida de tratamento via ambulatório e possa com isso fazer o tratamento na RAPS através dos CAPS Ad (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas) que são os dispositivos de tratamento disponíveis hoje na rede mais qualificados para o tratamento de usuários abusivos de álcool e outras drogas e suas comorbidades, portanto, o mais indicado.

Quando o psiquiatra, em virtude do seu entendimento, tem um posicionamento diferente, isso gera uma discordância dentro da equipe. Mesmo que os integrantes da equipe discordem do entendimento do psiquiatra, caso ele o considere imputável, o periciando provavelmente não receberá a medida de segurança e poderá cumprir pena na prisão. O que está em jogo aqui novamente é o peso que a voz do psiquiatra tem em relação à equipe. Mesmo a equipe sendo qualificada para contribuir nesta decisão, ter conhecimento técnico e embasamento da perspectiva da Saúde Mental, ainda assim, a voz que se sobrepõe é a que representa a Psiquiatria na aliança com a Justiça, do punitivismo penal.

A assistente social da Equipe Multi nos diz em relação a esta discordância entre os membros da equipe que, em geral, nos casos de dependência, eles discordam. Disse ela, “a gente não diz nem que discorda nem que concorda, mas a gente problematiza de que, esse tipo de comportamento decorrente do uso abusivo de drogas, que existe uma compulsão enorme, que leva ao delito”. Para ela, o delito é resultado do uso abusivo de drogas, a pessoa pode roubar, por exemplo, porque não consegue parar de consumir ou por que tem uma dívida e precisa pagar. *“Assalta um celular para ir lá pagar. Ele não quer aquele celular, ele não precisa daquele celular. Ele não furta porque precisa do aparelho, furta para negócio”*.

Trata-se de crise de abstinência, que é o sofrimento agudo de uma vida (corpo/mente) que não mais teria a substância presente em seu organismo (TEDESCO, 2018). Para a Assistente Social, a capacidade de decisão do indivíduo está comprometida pela compulsão pela droga (crise de abstinência), então ele cometeria o delito, para sustentar seu uso. Isso por si só já seria suficiente para considerá-lo inimputável. Só que na visão dela, ele não deve cumprir medida de segurança pela via da internação, mas pela via ambulatorial, em que o sujeito possa fazer o tratamento na RAPS pelo CAPS Ad.

Para o psiquiatra este é um ponto crítico das medidas de segurança, em suas palavras, *“se eu tenho um manicômio judiciário, esse espaço é na sua missão voltado para o louco infrator, para o psicótico”* e pela insuficiência na construção de espaços adequados, os juízes acabam colocando no manicômio judiciário as pessoas portadoras de transtorno mental em virtude do abuso de álcool e outras drogas, o que gera uma discussão sobre a responsabilidade parcial ou da inimputabilidade de um dependente de drogas. *“Isso causa divisão até mesmo no Instituto de Perícias”*, pois alguns peritos entendem que *“a dependência de drogas é uma ‘perturbação’ da saúde mental e que isso tem impacto na determinação do indivíduo, mesmo com entendimento preservado”* e por isso, não se aplicaria o cumprimento de uma PPL ao indivíduo, mas sim uma medida de segurança de tratamento.

Porém, ele discorda e justifica sua postura através do princípio de Direito *actio libera in causa*:

“Você acaba recebendo psicopatas com medida de segurança para tratamento de dependência de drogas e daí vocês já sabem da minha posição, que trabalha com a ação do livre na causa: é o desejo com vontade de potência e se eu, à luz da psiquiatria, faço sempre referência a isso, se eu tenho o entendimento preservado e eu volitivamente também estou preservado, usar ou não é uma escolha toda minha, então, por que, qual o sentido de aplicar uma medida de segurança de internação psiquiátrica em um dependente de drogas, e mais, com esse desdobramento de colocá-lo no manicômio judiciário onde ele vai conviver com psicóticos, com os loucos infratores? Isso gera um problema grave na segurança, inclusive, na gestão dos espaços. [...] Então o actio libera in causa, esse é o princípio – a ação livre na causa, ele tem esse posicionamento bem claro de que, livre para agir, logo deve arcar com as consequências” (Psiquiatra em entrevista).

Mas ele reconhece que *“se você tem uma unidade prisional em que o que mais se tem é droga, se você não tem a oferta do tratamento, você não está dando nenhuma alternativa a este dependente de drogas, senão, ele está entregue à própria sorte”*.

Reitera ainda a assistente social, *“o sistema penal existe para segregar e punir e não para oferecer condições mais humanas”*, a cadeia não tem esta proposta de tornar as pessoas melhores, a melhor indicação nos casos de dependência de drogas é a via do tratamento ambulatorial; *“a cadeia não tem possibilidade nenhuma, [tem a capacidade de destruir mais o sujeito], a rede ainda tem alguma”*, a rede de saúde mental tinha que acolher essas pessoas pelo tempo que precisarem ser acolhidas e caso a pessoa esteja em surto, deve ser internada em dispositivo de emergência psiquiátrica; quando o sujeito estiver bem, deve ser feita a desinstitucionalização para que ele use algum equipamento da rede e finaliza, *“mas acho que a gente não pode mandar pra cadeia”*.

É importante ressaltar que a desinstitucionalização é um processo longo e complexo, que não termina com o uso de um equipamento da rede, mas inclui diversos equipamentos em todo o processo. Aqui está em jogo uma visão punitivista sobre o uso de drogas e essa divisão entre: responsáveis – imputáveis – incapazes – inimputáveis - requer uma discussão crítica que traga a perspectiva da redução de danos.

O tratamento ofertado para os usuários de drogas pela RAPS é garantido ao sujeito independente do caráter de legalidade ou ilegalidade da droga ou da presença ou não de delito, todo indivíduo tem direito ao acesso a um tratamento adequado e eficaz. Compreender o contexto de vida do usuário, as circunstâncias e oportunidades são necessários para o entendimento sobre a produção do sentido mortífero atribuído à droga e é no território existencial do usuário que ocorre a busca por estratégias e parcerias para transformação do quadro geral de vida do sujeito. Pois o transtorno não decorre de uma natureza maléfica, mas das relações psicossociais estabelecidas pelo sujeito em seu território existencial. Ocorre a construção de outros modos de relação com a droga num processo em que o usuário é o protagonista, sendo escutado como dono de sua própria existência.

Há um equívoco que considera a internação como forma de cuidado mais intensivo, sabemos que a descentralização provocada pela redução de danos retira a droga do centro de atenção para dar lugar à subjetividade e à multiplicidade de opções disponíveis, mas não experimentadas. Porém, é comum encontrar a ilusória ideia de eficácia da internação no imaginário da sociedade, que serve para atender, de forma velada, a contenção dos considerados perigosos em isolamento social, com punições disfarçadas de tratamento, produzindo uma invisibilidade dos indesejáveis. Conforme nos explica a autora abaixo:

Sem perspectivas de vida, legiões de jovens são empurradas para o tráfico, morrendo antes dos 25 anos ou engordando as estatísticas penitenciárias. Como apontam Batista (1998) e Baratta (1997), não é a toa que nesse momento as drogas se convertem na nova justificativa para a criminalização da pobreza e a reedição de legislações de emergência: para esta nova ordem, é muito mais funcional alimentar o medo e o conflito quebrando todas as antigas formas de sociabilidade e solidariedade. [...] Movidas por esses novos desígnios, as políticas de segurança pública intensificam o controle, o encarceramento e até o extermínio das classes vistas como perigosas, atingindo especialmente aos pobres, jovens e negros, moradores das áreas pobres. Para sociedades excludentes e elitistas, [...] uma polícia violenta e corrupta é absolutamente funcional. Assim, favelas e bairros populares são invadidos a qualquer hora e sob qualquer pretexto por uma polícia que extorque, forja flagrantes, tortura e mata, e é nesse contexto que vai sendo construído o imaginário social que permite que grande parte de nossa população seja percebida como perigosa e não como beneficiária dos direitos mais essenciais. [...] Adotando-se, mais uma vez, a lógica da guerra, os excessos são considerados inevitáveis, seus alvos preferenciais são tratados como ameaças à segurança dos verdadeiros

cidadãos, e nesses locais onde a ordem jurídica normal é suspensa – e a suspensão é tornada a regra –, o Estado se comporta como se estivesse desobrigado a observar a lei. Desprovidos de proteção jurídica, os habitantes destas áreas, especialmente os jovens, pobres e negros, podem ser presos por mera suspeição ou até eliminados, se assim a segurança da sociedade o exigir. Pelos mesmos motivos, ganham vulto os movimentos que pedem mais lei e ordem, abusam-se das medidas preventivas e cautelares, entopem-se os manicômios judiciários de pequenos usuários/revendedores de drogas, clama-se pela redução da maioridade penal ou aplicam-se simulacros de medidas de segurança a adolescentes infratores. (KOLKER, 2004, p. 228 e 229)

Trata-se da política segregacionista, punitiva, que tem nos usuários de drogas um alvo que pretende banalizar o medo na sociedade, legitimando práticas de silenciamento e de controle da sociedade. Não podemos deixar de ressaltar também que a internação em HCTP é uma fonte inesgotável de lucros com o paciente eterno para os que investem e trabalham com as instituições totais.

4.6 Entrevistas com as famílias

Uma face muito importante do trabalho da Equipe Multi é a entrevista realizada com as famílias dos periciandos. Nesta entrevista são coletadas informações sobre o contexto do crime; sobre os tratamentos anteriores; sobre as possibilidades de vida do paciente; a família é indagada sobre o acolhimento e apoio ao paciente caso receba uma medida de segurança de regime ambulatorial.

É comum nos depararmos com casos considerados difíceis. O que estou chamando de casos difíceis? São casos em que o paciente não tem o apoio da família numa possível ida para casa, ou casos em que a família vive em extrema pobreza e não tem condições de acolher o paciente, casos de uma situação de extrema vulnerabilidade social, ou casos em que a família não quer ter mais vínculos com o paciente, ou casos em que a milícia e/ou os traficantes impedem que o sujeito volte para a comunidade através de ameaças.

Conheci uma família em que foram entrevistados a mãe e o pai de um jovem pela assistente social da Equipe Multi, diagnosticado com esquizofrenia, esfaqueou o pai e agrediu gravemente algumas pessoas de sua comunidade em momentos de crise aguda. A assistente social os convidou para uma conversa, para que pudesse contribuir na construção do relatório da equipe e pensar em possíveis encaminhamentos do jovem caso ele ganhasse uma medida de segurança a ser cumprida em liberdade. É importante observar que os delitos foram cometidos em uma época em que o paciente não fazia um acompanhamento de sua saúde

mental, em que a família estava desassistida, sem o apoio necessário ao cuidado em saúde mental de seu filho.

Os pais começaram a falar e rapidamente ficou claro o medo de receber este filho em casa. Medo por dois motivos, o primeiro é que o pai não se sente confortável próximo ao filho, tem medo de que a agressão ocorra novamente e o segundo motivo é que o filho foi ameaçado pela milícia que domina a sua comunidade. Os pais receberam um ultimato: caso seu filho volte à comunidade será morto. Eles não têm condições de custear um aluguel para o filho em outro lugar e o filho não tem indicação para o dispositivo de Residência Terapêutica (RT). Diante de tais informações, a falsa questão se impõe a todos nós: existe algum lugar possível fora do manicômio para este rapaz que está em sofrimento psíquico e precisa de um cuidado constante de sua saúde mental? Esta questão silencia a crítica à sociedade de excluir os indesejáveis e assim desresponsabilizar as instituições envolvidas, as forças de poder conservadoras instituídas, que não querem lidar com esta interrogação. A sociedade, muitas vezes, não dá possibilidades de existência ao indivíduo. Porém, existe um lugar, este é o desafio de um cuidado potente em saúde mental, que compete a RAPS: construir com o sujeito soluções, recomeços, novos territórios, novas referências, outros pertencimentos. Este lugar é a rede de Saúde Mental, a Assistência.

É muito comum encontrar pessoas depositadas em manicômios por não terem um lar que possa acolhê-las. Isso é muito grave, pois estas pessoas têm seus direitos roubados, por suas famílias não terem condições financeiras de acolhê-las ou de custear um aluguel, ou por estarem ameaçadas pelas milícias e traficantes, ou por serem moradores de rua. É como se não existisse um lugar no mundo para essas pessoas, fruto da falta de assistência do Estado e da situação de vulnerabilidade social que se encontra o louco infrator no nosso Estado.

Ficamos nos perguntando sobre o que fazer com este rapaz, sobre qual seria seu destino de vida, onde ele encontraria lugar. Os pais disseram que perguntaram a um dos técnicos que assistiam seu filho no hospital sobre o que iriam fazer com o filho quando este saísse do hospital, pois não tinham ideia do que fazer com ele, e, segundo eles, o técnico respondeu que, provavelmente, teriam que dopá-lo. Infelizmente esta é a realidade em que vivem muitos dos pacientes que encontrei ao longo de minha vida. Dopados dentro de um manicômio ou dentro de suas casas.

É através das entrevistas com as famílias que podemos ver a situação que o sujeito se encontra e pensar juntos em estratégias que favoreçam o paciente e que vão influenciar o seu futuro. O CAPS é o dispositivo que deve criar estratégias de construção do cuidado, conforme nos fala os autores abaixo:

[...]é imprescindível a mediação e implicação das equipes no cuidado às famílias, uma vez que se constata, com muita frequência, o adoecimento e a vulnerabilidade social de grande parte dos familiares dos pacientes. Como operador de transformação do paradigma manicomial, cabe aos CAPS a criação de estratégias de ampliação do acesso aos familiares mais envolvidos com o paciente, criando espaços de acolhimento e construção de demanda de tratamento, quando houver indicação. No que tange à especificidade dos HCTPs, em muitas situações as famílias foram alvos do delito do paciente. É necessário considerar como trabalho clínico a ser desenvolvido, aquele que possa incidir sobre as dificuldades da família em enfrentar o acontecimento delituoso, produzindo deslocamentos simbólicos que permitam ao paciente-sujeito, autor do delito, retomar lugares possíveis no novo arranjo familiar. O trauma, experimentado pela família, advindo do acontecimento da passagem ao ato infracional deverá, também, encontrar espaço clínico de trabalho e elaboração, no qual novas e possíveis dimensões existenciais possam se reconstruir. (TEDESCO et al., 2014, p.77)

Com relação às estratégias para os pacientes que não tem suporte familiar, sem vínculo com seu território de origem, ou que estão impedidos de voltar para lá por algum motivo de ameaça, é importante que as equipes que assistem ao paciente pensem sobre a construção de novos territórios de referência. Isto requer o envolvimento do sujeito e é uma oportunidade de ativar processos de subjetivação e investir na criação de novas possibilidades, que possam se tornar territórios subjetivos e materiais que se sustentem.

Embora seja comum, nesses momentos, ouvir das equipes dos CAPS que só podem receber os pacientes com território definido, ou que contam com moradia e apoio familiar, aceitar essa condição e paralisar diante deste tipo de dificuldade só adia indefinidamente o processo. Pelo contrário, diante desse tipo de alegação é preciso produzir intervenções clínicas ampliadas e intersetoriais (Saúde, Justiça, Assistência Social, Direitos Humanos, Educação) e, uma vez definido o território, insistir na inserção dos pacientes no serviço extra-hospitalar de referência, ainda durante a internação. Essa medida possibilita que algum vínculo se construa e a equipe do serviço extra-hospitalar se implique com o caso, assim como também favorece que famílias que antes recusavam o contato com o paciente, se aproximem progressivamente, ao perceberem que o paciente está sendo efetivamente assistido. Assim, muitos casos que iniciam sem qualquer expectativa de suporte familiar, exigindo necessariamente o recurso da RT, acabam evoluindo para a reconstrução do laço com a família, que muitas vezes resolve acolher o paciente em casa, ou consentir em alguma modalidade de apoio, em que ele passa a viver em moradia próxima, contando com a assistência da RAPS e o apoio da família. (TEDESCO et al., 2014, p.78).

Outra possibilidade é o dispositivo de Residência Terapêutica para pleitear uma vaga para o paciente. E caso a equipe encontre alguma dificuldade em função da reduzida oferta de RTs, outra possibilidade é o recurso de “moradia assistida”, que pode ser uma opção para

algumas pessoas em função de ser uma saída mais ágil frente à burocracia de implantação de RTs em alguns territórios. Portanto, vemos aqui que existem alternativas frente à internação, para isso é importante que existam parcerias engajadas, profissionais da RAPS, famílias, equipes de acolhimento, entre outros, que junto à Equipe Multi possam pensar em estratégias que evitem a internação de pacientes já no momento da porta de entrada, para que se possa oferecer o melhor cuidado possível, que como já dito, é em liberdade!

4.7 Relatório Multiprofissional

Um dos objetivos da equipe é diminuir as internações e por isso está localizada na porta de entrada do manicômio judiciário. A ideia é resgatar um pouco da história do sujeito, absorver informações sobre tratamentos anteriores e fazer o encaminhamento no relatório para todos que possam ser tratados na RAPS. A equipe tenta fazer a desconstrução da denúncia nos relatórios, oferece os fundamentos para a criação do PTS do sujeito, pois objetiva ampliar possibilidades de existência, através do questionamento dos lugares que aquele sujeito é convidado a ocupar, lugares que carregam o estigma de perigoso, que limitam, segregam, desassistem e adoecem as pessoas. Porém, é necessário ressaltar que nos relatórios a equipe faz uma indicação para assessorar o juiz, não há nenhuma garantia de que de fato os periciandos receberão uma medida de caráter ambulatorial, pois quem julga é o juiz.

Após a entrevista de perícia realizada no Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros pelo perito e acompanhada pela equipe, esta começa a construção do relatório propriamente dito. Para isso, se utilizam dos documentos e números de contatos disponíveis no processo ou disponibilizados pelo periciando. Fazem a consulta do processo do incidente de insanidade mental, pesquisam os prontuários clínicos do periciando, entram em contato com as famílias para marcar uma entrevista e com os serviços de saúde ou instituições que o atenderam anteriormente, ou seja, tentam buscar contatos que as auxiliem nesta busca de informações sobre o histórico do paciente. Caso seja necessário, realizam visitas domiciliares e visitas institucionais.

Feito estes contatos, marcadas e realizadas as entrevistas, seja com os familiares ou com equipes de cuidado, a equipe conversa entre si e começa a pensar na melhor estratégia de indicação de prosseguimento do caso que será descrita no relatório.

O relatório geralmente é composto por diferentes itens: 1) Identificação, 2) Versão do acusado sobre o delito, 3) História pessoal, familiar e psicossocial do sujeito e 4) Considerações finais.

Na parte de identificação constam dados como o nome, data de nascimento, documentos civis, filiação, estado civil, cor, naturalidade, escolaridade, endereços, contatos de familiares, contatos de instituições, entre outros. Estes dados são necessários para identificar o caso, mas também para trazer os dados pessoais, os endereços e contatos, que são importantes para facilitar os encaminhamentos futuros de articulações com outros serviços da Rede de Saúde Mental. Fazer articulações, entender sobre os tratamentos anteriores, encaminhar para serviços da Rede é um dos pilares mais importantes para o futuro do periciando, pois é um dos pontos mais utilizados para justificar a internação. Vimos aqui que quando o sujeito não tem uma família que o acolha após a sentença ou uma equipe disponível para acompanhá-lo no território e pensar nas estratégias de acolhimento, dificilmente ele ganhará uma medida para cumprimento em liberdade. Fazer articulação com os serviços disponíveis no território também é muito importante para vincular o paciente, criar redes afetivas no seu território familiar/existencial. As informações necessárias para isso ser argumentado na terceira parte do relatório, são registradas nesta primeira parte.

Na segunda parte é trazida a versão do acusado sobre o delito, sem a intenção de dar um juízo sobre a fala do sujeito, o que interessa é a forma que o acusado compreende o ato cometido por si. A sua narrativa sobre como as coisas aconteceram pode oferecer alguns subsídios para construção de seu PTS e as equipes podem se utilizar desta parte para construir as estratégias futuras de responsabilização em seu tratamento.

A terceira parte em que se debruçam sobre a história pessoal, familiar e psicossocial do acusado é de extrema importância, pois é nela em que vai se desenvolver a contextualização da história de vida do sujeito, o contexto do delito, a relação dos tratamentos anteriores, as relações familiares. A equipe busca trazer a história de vida do sujeito contextualizada ao delito, longe de ser uma visão simplista da história do sujeito, busca-se construir uma visão crítica acerca da realidade vivida pelo sujeito. Interessa aqui o contexto de produção do delito e há a tentativa de desconstruir a visão estigmatizada que se tem do periciando como alguém perigoso e descontrolável, além de oferecer muitos elementos para construção futura de seu PTS.

Entender o contexto de vida, histórico de cuidados e assistências anteriores é extremamente importante para não haver uma culpabilização do sujeito e isto propicia uma discussão crítica acerca das linhas de produção de subjetividade que produzem aquele sujeito enquanto criminoso perigoso. Aqui a equipe busca compor o que se conhece tecnicamente como o processo de construção do caso clínico, que se coloca em todo prontuário clínico-institucional. Estranho que para a ótica da Justiça, esse levantamento do histórico do paciente, item tecnicamente argumentado, seja motivo para desqualificar o valor do parecer da Equipe Multi sobre a situação a ser avaliada pelo perito.

Nas considerações finais é feita referência às necessidades futuras, como por exemplo, necessidade de viabilizar a documentação, busca por familiares ou tratamentos anteriores. Também se coloca qual o entendimento da equipe sobre o quadro saúde psíquico que o sujeito apresenta. Também ocorre a indicação de serviços futuros de acompanhamento, com endereços e telefones para contato, que já esboçam uma estruturação do PTS do sujeito.

Um dos pontos mais importantes do relatório, que vem como pano de fundo para construção do relatório como um todo, é a desconstrução da denúncia que a equipe objetiva fazer. Para a equipe importa a desconstrução dos fatos narrados na denúncia e para isso recolhem informações sobre o sujeito e visam construir uma narrativa que vá além da situação em que ocorreu o delito, que traga a história daquele sujeito, que muitas vezes é ignorada nas denúncias. Efetivam uma desconstrução de uma visão que opera como produção da verdade daquele sujeito como alguém perigoso ou incapaz de ter uma perspectiva diferente de vida.

Ao fazer esta desassociação, a equipe provoca a ampliação dos processos de subjetivação no território existencial do indivíduo, não mais visto como um criminoso ou delinquente, mas como uma pessoa, um ser humano que, de acordo com a singularidade de cada sujeito, vai precisar de cuidados que ampliem suas possibilidades de existência. No relatório incidem as linhas de força que visam à ampliação/produção de vida, ampliação de uma discussão crítica que longe de legitimar práticas de estigmatização e de exclusão, visam dar lugar à multiplicidade de existências, às possibilidades futuras de cuidado e responsabilização subjetiva.

O crime é visto como um ato construído nas relações psicossociais, que deve ser considerado, mas não como uma prova incontestável da índole maléfica do sujeito, mas como

uma produção social dentro das possibilidades de existência daquele sujeito no momento do delito, pois como vimos, o crime decorre de situações extremas de vulnerabilidade e desassistência. Com isso a equipe opera nas linhas de força estigmatizantes que atravessam o indivíduo e o destina à condição de criminoso.

Portanto, ao desconstruir esta visão do criminoso, a equipe busca potencializar as linhas de força que rompem com esta noção, ou seja, ao se ter uma visão crítica sobre a produção de visibilidade e dizibilidade que constroem e produzem nossa realidade, buscam desviar de forças estigmatizantes, homogeneizantes e que reproduzem a necropolítica, que como já foi dito acima (Subitem 4), opera na produção de mortificação dos corpos que não servem ao modo de produção capitalista e, portanto, são descartáveis. Ao oferecer novos caminhos que construam um percurso diferente ao da institucionalização, ampliam-se as linhas que multiplicam modos de resistência, criam possibilidades de reinvenção de cada sujeito e a favorecem a implicação tanto do sujeito como da família no tratamento. Tratamento este que consiste em um cuidado territorial, que fortaleça seus laços sociais, afetivos e de cuidado, que opera na contramão deste sistema genocida e que por isso sofre tanta repressão e ataques.

4.8 Desafios

É importante trazer aqui a visão dos entrevistados sobre os desafios a serem enfrentados pela Equipe Multi para avançar no desenvolvimento do seu trabalho. O psiquiatra nos diz que é necessário que o judiciário avance na criação dos quesitos para que se progrida na qualificação dos laudos:

“[...] novos quesitos, fugindo da pobreza da abordagem do exame, [...] você fica limitado apenas a entendimento e determinação e capacidade total, parcial ou incapacidade total. Melhores perguntas, melhores respostas. O processo passa também por essa revisão. Agora, se você entende que são aquelas mesmas perguntas, elas vão continuar gerando as mesmas respostas. Novas perguntas para novos caminhos também. Mas é preciso ter uma visão mais ampliada do que é a rede, do que se está buscando construir, isso é fundamental”.

Quando perguntado como se sente hoje trabalhando na equipe, ele nos disse que se não fosse desta forma, sua exoneração teria seguido o curso, e o que o mantém é uma esperança de que haja uma mudança no quadro geral da situação penitenciária:

“[...] haja uma guinada no olhar para o sistema penitenciário. Nós estamos em tempos de muitas trevas, tempos muito difíceis em que você entende que bandido

bom é bandido morto [...]. A guerra contra as drogas é uma guerra perdida, esse olhar da segurança pública precisa ser ampliado. Você liberta [territórios] avançando na educação, avançando nos serviços públicos, avançando na saúde, na oferta e no desenvolvimento econômico. Sem isso, a miséria continua, o muro continua alto”.

Para a assistente social a principal dificuldade é a questão ideológica e filosófica, a Enfermagem, o Serviço Social, a Psicologia, a Terapia Ocupacional, são profissões mais recentes, já a Medicina é uma ciência mais antiga que sempre teve um status. “Médico cuidando da vida e da morte, algo extremamente empoderado”. Foucault (1978) nos fala sobre isso quando escreve sobre o poder do médico. Quando surgiram, as outras profissões giravam em torno da Medicina e ainda hoje percebemos que dentro das instituições há uma falta de reconhecimento das outras profissões como tão capazes de contribuir, assim como a Medicina. Há a necessidade de haver uma horizontalidade maior em relação às profissões.

Sobre isso, o psiquiatra nos disse que o desafio é o da boa comunicação, que quando se fala do olhar ampliado se fala sobre poder ouvir e não se colocar no lugar de suposto saber por ser ele o médico e o único a assinar o laudo e pelo relatório vir em anexo, caso contrário, o sentido do trabalho em equipe se perderia. Mas diz que precisam estar atentos ao risco de “serem advogados” dos periciados. Aqui podemos ver um discurso muito comum, que diz que equipe não pode ser advogada de defesa, mas poderia ser carcereira! Ora, a saúde mental responde pelo tratamento e não pela segurança, porém isso lhe é exigido o tempo todo. Tal responsabilização/confusão deve ser ultrapassada, pois esta serve ao punitivismo penal, que deposita pessoas nestas instituições de sequestro e as pune. O objetivo do cuidado em saúde mental vai na contramão deste pensamento, é necessário que a Justiça, os psiquiatras, os peritos, entendam que os profissionais da saúde mental estão lá para cuidar da saúde e não para punir!

Ele entende que o trabalho da equipe não é atenuar penas, mas sim esclarecer e ampliar possibilidades para um viver melhor. Ressalta ainda que manter o manicômio não é solução e que pode, *“quando muito, ser transição com projeto terapêutico sólido, voltado pra desinstitucionalização, pra reinserção social, para o resgate de laços familiares, criação de projeto terapêutico, para uma melhor vida possível”.*

Podemos ver aí que a indicação de internação indica uma visão contraditória, que aparece atravessada na fala do psiquiatra. É isso que o sistema faz, as linhas de força que competem para manutenção do manicômio nos mostram que precisamos dele para transição

para um cuidado em liberdade, como se a internação fosse propiciar isso, quando na verdade, vemos na prática, que a internação empobrece os laços afetivos do sujeito e retarda a construção de um PTS potente.

O risco que se corre com utilizar o manicômio como transição é manter o HCTP eternamente em funcionamento, a justificativa que seria para criação de um projeto terapêutico válido é desnecessária, pois, como já dito antes, a rede de saúde mental tem por função a criação do PTS do paciente, bem como as articulações dele advindas. Usar o manicômio para uma função, que não é necessariamente dele é apenas mais uma justificativa que é dada para eternizar este espaço e que precisa ser desconstruída.

Sobre as estratégias utilizadas para suportar o cotidiano de embates a assistente social nos fala que é importante ter uma visão crítica do contexto em que vivemos. “O preso é considerado inimigo da sociedade” e como se vê cada vez mais violência nas ruas, a cada vez se corrobora este pensamento de que estas pessoas são os grandes inimigos da sociedade. E com isso se cria uma cultura do medo, que gera uma reação agressiva a esta população já muito estigmatizada. Aumenta-se a ideia de que estas pessoas não tem jeito, que são o mal da sociedade e de que é preciso políticas para combatê-las, para proteger a sociedade delas.

Ela nos disse ainda que para escapar desta lógica que acomete a Justiça, os profissionais da segurança e a sociedade em geral, é importante estudar. Ela nos conta que encontrou um suporte nos estudos da Criminologia Crítica e que esta estratégia de aprofundamento dos estudos somada à vigilância sobre si a ajudou a escapar dessa lógica que reproduz a cultura do medo. Através da vigilância de si, ela passou a perceber os momentos que reproduzia o punitivismo, a questionar suas ações, os lugares que era convidada a estar e com isso passou a rever seus conceitos e agir ocupando o lugar de cuidado exigido pela perspectiva da saúde mental. Ela entende que mesmo o crime sendo praticado por um indivíduo, ele é uma produção social, o trabalho que desenvolve parte disso e foge da culpabilização do sujeito. Ela nos relata que também adota uma postura de distanciamento em relação aos profissionais da segurança para evitar conflitos. “*Muitos deles nos olham como pessoas defensoras dos presos*”. Esta postura tem sido eficaz para preservar as relações de trabalho e diminuir os conflitos historicamente existentes dentro da instituição entre equipe técnica e equipe de segurança.

Voltar a ter supervisão é uma das estratégias que ajudava a Equipe Multi no desenvolvimento do trabalho. Sem supervisão a Equipe Multi acaba ficando isolada sem muita troca de experiências com outros profissionais. A assistente social nos diz que isto tornaria mais rica a experiência de trabalho.

A entrevistada nos fala ainda da necessidade de instituição da resolução, da contratação de pessoal para ampliação e criação de novas equipes, e o fortalecimento das parcerias como estratégias necessárias para se avançar no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa vimos que a Equipe Multi atua como facilitadora do fechamento da porta de entrada no manicômio judiciário no Rio de Janeiro atualmente; também vimos que a internação asilar além de ser ineficaz ao tratamento do sujeito, produz efeitos perversos, como a produção de agravos e em decorrência disso, a permanência dessa população na situação de isolamento por período indeterminado; e que a utilização de investimentos financeiros públicos nas instituições totais poderiam ser melhores utilizados na RAPS, que contém os dispositivos que são destinados ao acompanhamento psicossocial, tecnicamente mais eficiente, que é aquele que é cientificamente reconhecido por seus efeitos terapêuticos.

Para isso, foi necessário abordar a história da loucura desde o século XVIII, demonstrando a mudança de visão que a sociedade teve acerca da loucura. Foi preciso retomar a história de exclusão do leproso, depois a história de inclusão na exclusão do pestífero até a criação do Hospital Geral de Alienados em Paris. Foi importante abordar a figura do monstro humano com os grandes casos de crimes considerados monstruosos que contribuíram para que uma aliança entre a Justiça e a Psiquiatria se formasse. Através disso, a Psiquiatria foi se apropriando da loucura como um saber necessário para proteção e controle da sociedade. Com isso, podemos ver que houve uma patologização da loucura e uma associação da loucura ao crime, colando a esta o estigma de periculosidade associado ao louco. Sendo um perigo para a sociedade, o louco deveria ser internado em manicômios com a falsa justificativa de tratamento, e desta forma, criou-se o manicômio judiciário.

Após, foi desenvolvido acerca dos efeitos da institucionalização que experimenta os indivíduos que são submetidos às instituições totais, conforme nos explica Goffman (1961). Com isso podemos ver que o indivíduo submetido às normas da instituição, é aquele em que se operou uma mortificação do seu eu através da perda dos nexos afetivos que existiam antes da internação. A internação é incompatível com a direção do tratamento ofertado pela RAPS. O cuidado não pode ser exercido dentro de uma instituição fechada, pois o fortalecimento de vínculos em seu território existencial é o tratamento mais eficaz e, portanto, não pode ser realizado quando se isola o indivíduo de tudo que conhece como sendo sua vida, sua rotina, seus pares, seus afazeres, seus afetos.

A partir disso, surgiram movimentos opostos que buscavam a desinstitucionalização dos loucos, as experiências de Reforma Psiquiátrica influenciaram a reforma que ocorreu no

Brasil. O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) impulsionou a Reforma Psiquiátrica Brasileira no fim da década de 70 e aprofundou as lutas e discussões por uma sociedade sem manicômios. No texto foram destacadas as mais importantes, incluindo os dispositivos que foram criados na prática antimanicomial aqui no Brasil. A questão da tomada de responsabilidade pelo território, pelo usuário, pelos serviços e atores sociais envolvidos também foi abordada, sendo vista como uma estratégia que contribui para o fortalecimento das práticas de cuidado integrais no território que substituem as internações.

Em seguida, foi abordada a questão da necropolítica, que dita quem deve viver e morrer, através de um sistema capitalista, racista e segregacionista. Conceito trazido por Mbembe (2016), que como vimos, exerce sua ação sobre os corpos loucos, negros, pobres, entre outros, através de uma política genocida do Estado, que faz matar quem não está dentro dos padrões de produção e consumo em nossa sociedade. Tornando-os descartáveis atribuindo-lhes uma inumanidade para justificar as atrocidades que lhe são impostas.

Algumas estratégias que são exercidas na RAPS também foram abordadas, como o acompanhamento terapêutico no território, a capacidade de intervenção na crise, entre outros, que demonstram que o cuidado em saúde mental exige repensar a noção de doença mental, de saúde e de sofrimento a partir de novas perspectivas, que estimulem a autonomia, o compartilhamento do cuidado e a garantia de direitos. Há também referência à atitude ético-política da clínica em saúde mental, que exige um compromisso de respeito à autonomia do usuário, traz questionamentos acerca da produção de subjetividade e não está a serviço da reprodução de estigmas associados à loucura.

Posteriormente foi abordada as Medidas de Segurança com esclarecimentos acerca das suas especificidades, suas modalidades de cumprimento e realizada uma articulação com o Código Brasileiro. A Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216 (2001), também foi abordada, pois dispõe sobre a proteção e garante os direitos à pessoa em sofrimento psíquico. Também redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil e proíbe a internação de pessoas em sofrimento psíquico em instituições com características asilares.

Em seguida a questão da periculosidade atrelada ao louco foi retomada. Vimos que o surgimento da noção de periculosidade associada à loucura aconteceu devido a uma aliança entre a Psiquiatria e a Justiça, que juntas fomentaram esta ideia de que todo louco é perigoso, que serviu a um jogo de poderes que visou instituir a Psiquiatria como uma disciplina

detentora do saber sobre a loucura, bem como as instituições totais, que se multiplicaram na sociedade disciplinando os corpos, patologizando comportamentos, produzindo a delinquência e disseminando o medo na sociedade. Esta noção de periculosidade ainda hoje tem impedido o louco infrator de receber um tratamento adequado, o que consiste numa prática preconceituosa, que está na contramão do cuidado em saúde mental. É necessária a produção de discussões na sociedade para que se promova uma mudança no imaginário social acerca da loucura.

As experiências exitosas que são modelos que influenciaram a criação da Equipe Multi, o PAILI, PAI-PJ e EAP foram trazidas, comentando suas principais características, aproximações e diferenças com a Equipe Multi do Instituto de Perícia Heitor Carrilho.

Em seguida foi abordada a Equipe Multi propriamente dita, remontando sua história desde a extinção do HCTP Heitor Carrilho, até a inclusão da Equipe Multi na realização das perícias no novo Instituto de Perícias Heitor Carrilho, pois viu-se a necessidade de qualificação deste momento da perícia como necessária para contextualizar o delito e, desta forma, auxiliar melhor o juiz na tomada de decisão sobre a medida de segurança a ser aplicada em cada caso. Também foram expostos seus objetivos e sua prática de trabalho. Mas também sobre a urgência de publicação da resolução que institui a Equipe Multi formalmente, para que esta não continue correndo o risco de ser extinta.

Após foi feita uma discussão sobre a necessidade de neutralidade médica na composição/assinatura dos laudos/relatórios, que é uma noção forjada na criação da Psiquiatria, que via a necessidade de se isolar o louco e esquadrihá-lo como um objeto sem que ele tivesse contato com nada exterior ao manicômio, para que desta forma o exame pudesse ser mais confiável. Da mesma forma o psiquiatra precisava se limitar às informações que observava dentro do hospital para não se contaminar com o que vinha de fora. Hoje vemos que esta suposta neutralidade, além de não ser necessária, atrapalha o desempenho das perícias, pois sabemos que quanto mais informações tivermos sobre o contexto do delito, a história de vida do paciente, histórico de tratamentos, entre outros, isso contribui para uma qualificação das informações que são necessárias para indicação de uma medida de tratamento mais eficaz.

A perícia foi apresentada discorrendo sobre seu modo de realização, bem como suas limitações. O modo tradicional de realização da perícia é questionado por ser insuficiente na

coleta de informações pertinentes que podem contribuir para o encaminhamento do caso. Foi constatada a incapacidade de realização da perícia tradicional em alguns casos, o que leva a uma necessidade de pronunciamento, pesquisa e coleta de dados que somente a Equipe Multi pode realizar. O que demonstra a importância da sua atuação junto às perícias forenses.

Vimos também que o perigo está na desassistência e não na suposta periculosidade atribuída à pessoa em sofrimento psíquico. Foi citado um estudo que mostra que a reincidência dos delitos ocorre quando as pessoas não estão sendo acompanhadas por algum serviço de saúde mental. As pessoas que cometem delitos considerados graves, muito provavelmente serão enviadas para cumprimento de medida via internação em manicômio judiciário, muitas vezes com a falsa justificativa de construção de seu PTS, que é uma atribuição da rede de saúde mental. O que vemos, muitas vezes, é o punitivismo penal, que faz parte deste sistema que desassiste e culpabiliza o sujeito.

A precarização do sistema demonstrada pela falta proposital de recursos nos mostra que o sistema de correção penal não está falido, mas funciona a todo vapor, por que o objetivo na verdade é punir, excluir nos manicômios e nas prisões, criar o medo na sociedade, produzir e reproduzir a delinquência através da desassistência e da precarização dos serviços. A partir disso, foi falado sobre os usuários de drogas, que incham a porta de entrada dos manicômios judiciários, o que, novamente, faz parte desta política segregacionista e punitiva que tem nos usuários um alvo que pretende banalizar o medo na sociedade, legitimando práticas de silenciamento e de controle dos corpos.

Na entrevista com as famílias que a equipe realiza, podemos ver que há uma discussão no sentido de entender o histórico do sujeito com o intuito de já começar a se esboçar um PTS futuro para o paciente. Vimos que mesmo em casos em que há uma grande dificuldade em se pensar a liberdade, os dispositivos da RAPS devem ser capazes de acolher e se responsabilizar pelo cuidado. Isto torna algumas justificativas de internação pela falta de apoio territorial descartáveis. Uma articulação deste momento de entrevista com as equipes de cuidado do território pode ser muito potente na diminuição das internações em HCTPs.

O relatório que a equipe produz também foi abordado. Seus principais elementos foram trazidos e explicados. Vimos que um dos pontos mais importantes da construção dos relatórios é a desconstrução da denúncia que a equipe visa oferecer. O que pode ser utilizado

pelo juiz para compreender o lugar que o delito teve na vida do sujeito e para indicar o melhor tratamento possível.

A equipe se faz numa iniciativa exitosa, realiza um trabalho com um grupo pequeno, mas com uma qualidade superior, através de um olhar ampliado e da busca por melhores destinos possíveis, tratando o louco infrator não como perigoso e sim como um indivíduo que precisa ser acolhido e deve sim viver em sociedade. Uma das diretrizes do trabalho da equipe é o encaminhamento para rede. A pessoa que recebe uma medida de tratamento ambulatorial já é direcionada à rede e mesmo aquelas que têm uma indicação de internação, no relatório a Equipe Multi já coloca os dados para que seja feita uma articulação com a RAPS.

A proposta da equipe de dar celeridade ao processo tem se concretizado, pois em dezembro de 2019 eles chegaram a realizar as perícias agendadas para janeiro de 2020, devido a rapidez que a equipe tem desempenhado no acompanhamento das perícias, produção e entrega dos relatórios.

Alguns avanços se fizeram notar, como a tentativa de ampliação de modos de vida que a equipe tenta sugerir, e como vimos, a desconstrução das denúncias nos relatórios, mas sobretudo, na realização conjunta da perícia, que tradicionalmente, se refere a um ato restritamente médico.

Além de trazer transformações na porta de entrada, esta equipe tem a proposta de sensibilização de gestores e legisladores, através de ações necessárias para avançar na assistência penitenciária. Os ganhos são perceptíveis, pois as Varas e os defensores já estão requisitando o acesso ao relatório, perguntando se o PTS foi elaborado e sempre indagando se há ou não características asilares no HTCP em que o interno se encontra. Isso mostra que os avanços estão acontecendo muito lentamente e que o judiciário tem sido informado sobre tais discussões tão importantes para avançarmos.

Na comparação com outras iniciativas, vimos que enquanto o PAILI atua após a sentença, quando a pessoa já recebe a “marca” do louco infrator, a Equipe Multi atua na porta de entrada, subsidiando a perícia com a perspectiva da saúde mental, ou seja, atua antes da sentença, antes do estigma ser produzido. Isto se faz numa potência enorme em diminuir a marca que o estigma produz na vida dos indivíduos, e conseqüentemente, na ampliação deste movimento para a sociedade.

Uma sugestão é a Equipe Multi atuar junto a EAP numa articulação em que a Equipe Multi por já conhecer a perícia, ter uma vinculação com a rede e já iniciar a produção do PTS dos pacientes, poderia contribuir bastante na construção das estratégias de acompanhamento das medidas terapêuticas.

Portanto, vimos através da sistematização de suas ações que a Equipe Multi se faz numa potência de intervenção na porta de entrada, pois mesmo com poucos recursos, trazem uma inovação a este momento da perícia, que fortalece o cuidado em saúde mental; fazem encaminhamentos e indicações que visam oferecer o cuidado mais eficaz, o que também diminui gastos desnecessários com internações prejudiciais. Porém precisa de estímulos que garantam o seu funcionamento e a sua ampliação. Podemos ver que existem alguns desafios a serem superados, que abordamos ao longo deste trabalho e é necessário retomá-los abaixo.

É importante salientar que ainda enfrentamos o desafio de efetivar a reorientação da perspectiva da saúde mental na sua interface com a justiça criminal, pois ainda há a necessidade de dialogar com os atores da justiça e construir juntos a reorientação do cuidado em saúde mental implementado pela atenção psicossocial.

Para se avançar na reorientação do cuidado/assistência em saúde mental, é necessária uma mudança de paradigma. Diferentemente do modelo hospitalocêntrico, que aposta nas instituições totais e na noção de periculosidade, é necessário apostar na desinstitucionalização, e que ela ocorra já na porta de entrada, com a produção de encaminhamentos, articulações com serviços, a implicação dos usuários na produção do seu PTS e no seu cuidado. Também é necessária a problematização das práticas e discursos que se derresponsabilizam do cuidado e reduzem a loucura a uma doença mental.

É necessário a publicação da resolução que institui a Equipe Multi formalmente para que ela de fato seja reconhecida como tal, seja ampliada e passe a atuar em todos os casos do Rio de Janeiro. Inclusive, para que não continue correndo o risco iminente de sua extinção pelo fato de seus profissionais terem anos de atuação neste campo de trabalho e estarem em processo de aposentadoria.

Também é importante ressaltar a necessidade de se desenvolver uma melhor comunicação entre os membros da equipe, pois isto tornaria o trabalho que a Equipe Multi desenvolve mais rico pela articulação dos saberes e práticas. É imprescindível que haja um

momento reservado para discussão sobre os casos que a equipe realiza as perícias, para uma melhor definição em equipe das estratégias que serão argumentadas nos relatórios e laudos.

É imprescindível que haja uma articulação entre os membros da equipe para produzir uma horizontalidade maior das profissões, pois sabemos que, historicamente, as outras profissões foram submetidas à Medicina, o que gerou uma supervalorização do saber médico em detrimento das demais profissões, que em nada contribui para a qualificação do trabalho, pelo contrário, empobrece o trabalho a ser desenvolvido. As outras profissões tem tanto embasamento científico e técnico para abordar a loucura como a Psiquiatria, por isso também é urgente que haja o mesmo peso para o laudo e relatório, que devem ser solicitados pelos juízes como imprescindíveis igualmente aos processos.

É necessário que haja uma valorização da Equipe Multi, com investimento em mais recursos humanos, para ampliação e maior cobertura de realização das perícias, inclusive englobando outros peritos que não fazem parte atualmente da Equipe Multi.

Uma questão importante trazida pelos entrevistados é uma melhor estruturação dos laudos, com melhores quesitos para oferecerem melhores respostas e uma maior liberdade no relatório para explorar o necessário. Na opinião da assistente social, o relatório tem que ser descritivo e não quesitado, pois é importante que eles estejam livres para poder explorar o que acharem necessário. Quando um documento tem quesitos, ou seja, perguntas a serem respondidas, isso limita um pouco a construção dos argumentos, que devem se ater às respostas. Outro ponto é que para ela não há problema que se tenha dois documentos, o importante é que os dois tenham o mesmo peso para o juiz.

Retomando as estratégias que contribuem para diminuição da porta de entrada, vimos que os encaminhamentos dos pacientes para cumprirem a medida de segurança na RAPS devem diminuir bastante os leitos nos manicômios judiciários; bem como a existência de uma parceria entre a Equipe Multi e a equipe multiprofissional do Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros, para construção do PTS dos pacientes já na porta de entrada, o que também pode diminuir as justificativas de internações asilares para construção do PTS.

Ainda nesta articulação entre as equipes, seria muito potente se houvesse a possibilidade de existência de um grupo com as famílias realizado em parceria pelas duas equipes, para fortalecer os vínculos e fazer as articulações necessárias. Também é importante

citar que a construção do relatório com os elementos que fornecem a desconstrução da denúncia é um documento que fornece informações suficientes para que o juiz esteja melhor informado e indique a medida de tratamento mais eficaz para cada sujeito.

Por último, é necessário frisar o comprometimento e investimento que os profissionais da Equipe Multi desenvolvem seu trabalho, sem o engajamento deles, com certeza não teríamos avançado tanto na qualificação do trabalho neste momento da perícia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

BARROS, Fernanda Otoni. **Posfácio**. In: VENTURINI, E; CASAGRANDE, D; TORESINI, L, **O Crime Louco**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2012; p. 336-354.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. **Cartografar é acompanhar processos**. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. 207 p. 52-75.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº94, de 14 de janeiro de 2014**. Disponível em: < [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br) > Acesso em 14 de abril de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.325 de 18 de maio de 2020**. Disponível em: < [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br) > Acesso: 14 de abril de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. **Portaria interministerial MS-MJ nº 1, instituída em 2 de janeiro de 2014**. Disponível em: < [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br) > Acesso em: 14 de abril de 2021.

BRASIL, Conselho Nacional de Justiça. **Resolução 113 do CNJ**. Disponível em: < <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/136> > Acesso em 14 de abril de 2021.

BRASIL. Lei 8.848/1940. **Código Penal**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm > Acesso em: 14 de abril 2021.

BRASIL. Lei 10.216/2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília: Senado Federal, 2001. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm > Acesso em: 08 de janeiro de 2019.

BRASIL. **Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm >. Acesso em: 08 de janeiro de 2019.

CAETANO, Haroldo. **LOUCURA E DIREITO PENAL: Pistas para a extinção dos manicômios judiciários.** Tese (Doutorado em Psicologia)– Programa de Pós-graduação – Universidade Federal Fluminense. Niterói. 2018. Págs. 216.

CASTEL, R. **Os médicos e os juízes.** In: FOUCAULT, M (1973). **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão... um caso de parricídio do século XIX.** Rio de Janeiro, Graal, 1984; p. 259-75.

COSTA, C. A. L. et al. **Perigo real ou imaginário: uma reflexão crítica e uma proposta de modelo alternativo ao Exame de Verificação de Cessação da Periculosidade vigente no Código Penal Brasileiro.** Revista Brasileira de Ciências Criminais, vol. 144, Jun. 2018

DESVIAT, Manuel. **Coabitar a diferença. Da Reforma Psiquiátrica à Saúde mental Coletiva.** São Paulo: Editora Zagodoni. 2018. Pág.248.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011.** Brasília: Letras Livres; Editora UnB, 2013.

_____, Debora. **PESQUISAS EM CADEIA.** Revista Direito GV, São Paulo, p. 573-583, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rdgv/v11n2/1808-2432-rdgv-11-2-0573.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

FOUCAULT, Michel. **A ética do cuidado de si como prática de liberdade.** In: *Ditos & Escritos V- ÉTICA, Sexualidade, Política.* Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2004.

_____, Michel. **História da loucura.** São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1978.

_____, Michel. **Os Anormais.** Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____, Michel. **Vigiar e punir.** Petrópolis: Editora Vozes, 1987. 288 p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1961.

KASTRUP, Virgínia; BARROS, Regina Benevidez. **Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia.** In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. *Pistas da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.* Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 76-91.

KEMPER, Maria Lenz Cesar. **PERCURSOS E NARRATIVAS DA EXCLUSÃO: Medidas de segurança e pessoas inseguras - uma análise do laço social.** Tese em regime de cotutela apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e à EA3071 – Subjectivité, Lien Social et Modernité de la Faculté de Psychologie de la Université de Strasbourg. Tese de doutorado. Rio de Janeiro. 2019. Págs. 293.

KOLKER, Tania. **A atuação do psicólogo no sistema penal.** In: GONÇALVES, Hebe Signorini; BRANDAO, Eduardo Ponte. *Psicologia Jurídica no Brasil.* Rio de Janeiro: NAU, 2004.

MAGNO; P. **E assim morre o exame de cessação de periculosidade.** In: Livro de teses e práticas exitosas: DEFENSORIA PÚBLICA: EM DEFESA DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE / 13. Congresso Nacional dos Defensores Públicos. – Santa Catarina, 2017.

MARTINS, Beatriz Adura; COELHO, Daniela Albrecht; PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia. **(Ainda) Por uma sociedade sem manicômios: experiências do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro.** *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 221-238, abr. 2017.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica.** *Revista do ppgav/eba/ufrj*, Rio de Janeiro, n. 32, p. 123-151, dez. 2016.

MECLER, K. **Periculosidade: evolução e aplicação do conceito.** *Rev.Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 20 (1), p. 70-82. 2010.

MIZOGUCHI, Danichi; PASSOS, Eduardo. **Epidemiologia Política.** Niterói, 2020. Acesso em 01 jun. 2020.

MOREIRA, L. R. et al. **A Construção da Psicopatia no Contexto da Cultura do Medo.**

In: Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, vol. 2, n. 1, pp. 297-306, Jun. 2010.

MOREL, B. A. **Tratado das degenerescências na espécie humana (1857)**. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. 111, n. 3, São Paulo, Set 2008. p. 497-501.

OLIVEIRA, L. F. **Questão social e criminalização da pobreza: o senso comum penal no Brasil**. Rio de Janeiro _ 1o Semestre de 2019 _ n. 43, v. 17, p. 108 – 122.

OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres; RODRIGUES, Walteísa. **A política, social e a clínica enquanto saídas para a desconstrução dos manicômios e do mito da periculosidade**. In: VENTURINI, Ernesto; OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres; MATTOS, Virgílio de. O louco infrator e o estigma da periculosidade. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2016. Cap. 12. p. 314-352.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção**. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. Pistas da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 17-31.

PEREIRA, M. E.C. **Morel e a questão da degenerescência**. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. 111, n. 3, São Paulo: 2008.

RAUTER, C. **Por que o manicômio ainda existe?** In: VENTURINI, Ernesto; OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres; DE MATTOS, Virgílio.(Orgs). Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade/ Conselho Federal de Psicologia - Brasília: CFP, 2016, p. 13-43.

RODRIGUES, C; TEDESCO, S.H. **Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado no contemporâneo**. In: TEDESCO, S; NASCIMENTO, M.L. (Org) Ética e Subjetividade: Novos impasses no contemporâneo. Porto Alegre. Sulinas, 2009, v11, p. 74-95.

ROLNIK, Suely. **Esferas da Insurreição: notas para uma vida não cafetinada**. São Paulo: N-1 Edições, 2018. 208 p.

SAÚDE, Ministério da. **Serviço de Avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.** Campo Grande: Fiocruz Pantanal, 2014.

SILVA, Martinho. B. B. **Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental.** In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. III, n. 2, São Paulo: 2005.

_____. Martinho. B. B. **Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental.** In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n 1. Rio de Janeiro: 2009.

SILVA, Haroldo Caetano. **PAILI PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR.** 2013. Goiania. Disponível em: <
http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15_33_20_501_mioloPAILI_Layout.pdf
 >. Acesso em 08 de janeiro de 2019.

TEDESCO, Silvia Helena. **As políticas públicas sobre droga no Brasil e as medidas de segurança: encarceramento ou atenção integral à saúde?** In: TEIXEIRA, M. A. C.; JUNIOR, A. C. A.; LIMA, M. de. C. (Orgs). *Direitos Humanos e Execução Penal: estudos em homenagem ao Desembargador José de Ribamar Froz Sobrinho.* (Org.). Maranhão, EDUFMA: 2018, p. 455-475.

_____, Silvia Helena. **A função ético-política das medidas de segurança no Brasil contemporâneo.** In: VENTURINI, Ernesto; OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres; DE MATTOS, Virgílio. (Orgs). *Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade/ Conselho Federal de Psicologia - Brasília: CFP, 2016, p. 258-287.*

_____, Silvia Helena. **Pensando a ética da clínica das drogas: linguagem, subjetivação e a experiência das drogas.** Tese para Concurso para Professor Titular de psicologia Social e Institucional. 2012. UFF. 135 p.

_____, Silvia Helena (org.). **RELATÓRIO FINAL DO PROJETO: CRIAÇÃO DO OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E JUSTIÇA CRIMINAL/UFF.** Niterói: Observatório Nacional de Saúde Mental e Justiça Criminal/UFF, 2016. 138 p.

_____, Sílvia Helena. **Repensando as políticas públicas na interface entre saúde, justiça e direitos.** In: RANGEL, Claudia; MIRANDA, Angelica Espinosa; COSTA-

MOURA, Renata (org.). *Questões sobre Direitos Humanos: Justiça, Saúde e Meio ambiente*. Vitória: Proex/ufes, 2018. p. 84-101.

TEDESCO; S. KOLKER; T. ANTUNES; J; R; P. (Orgs). **Construindo metodologia para a desinstitucionalização das pessoas internadas em hospitais e custódia e tratamento psiquiátrico**. Convênio ENSP-049-FIO-14. Rio de Janeiro. 2014. 89 págs.

TEDESCO, S; SADE, C; CALIMAN; L.V. **A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer**. *In: Rev. Psicol. Fractal*, v. 25, n-2, p. 299-322. Mai/Ago, 2013.

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. **Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território**. *In: Revista Polis e Psique*, Porto Alegre, RS, v.8, n.1, p.173-190, fev. 2018.