

Entrevista com **Laura Araujo Geszti** (CRP 05/31442), psicóloga e pesquisadora da Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP).

1) De que formas os manicômios judiciais violam os direitos humanos dos indivíduos neles encarcerados?

Na verdade, a instituição total por si só anula o sujeito no sentido de essa pessoa não poder escolher como vai ser sua rotina. Essa pergunta não é própria dos manicômios judiciais, mas do sistema prisional como um todo. Apesar de não percebermos a mesma super lotação dos presídios tradicionais, as condições físicas e dos recursos humanos são precárias. No hospital onde eu trabalho, a falta de profissionais da justiça, como defensores públicos, dificulta que os processos sejam agilizados e prolongam a permanência dos pacientes. Se essa pergunta fosse feita para eles, acho que responderiam que, apesar de ser uma unidade de custódia, de segurança, a justiça se apresenta pouco nesse sentido. A percebemos de uma maneira mais sutil, como na presença de muitas grades, mas a defensoria pública não está muito próxima dos pacientes. Isso os deixa angustiados porque eles não sabem como anda o processo. Isso é, inclusive, impeditivo para o bom fluxo do tratamento, pela angústia, pela insatisfação que gera.

Os peritos estão respaldados caso assinem uma liberação e o sujeito volte a cometer um delito. Na verdade, hoje eles estão mais abertos ao parecer da equipe que acompanha um determinado grupo de pacientes. Ela é formada por assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional. O mais comum é que se peça o Exame de Verificação da Cessaçao de Periculosidade. A equipe atesta ao perito que o paciente já está em um momento interessante para começar um processo de saída do hospital e sugere que o exame seja realizado. Apesar disso, o tramite é lento.

Atualmente, existem três hospitais de custódia no Rio de Janeiro. O Heitor Carrilho, no Estácio, que tem uma média de 150 pacientes entre homens, mulheres e acautelados (pessoas que não formam julgadas e esperam a perícia). Eles vêm de todo o estado do Rio para cá, encaminhados de delegacias ou do sistema prisional- caso apresente algum transtorno mental. No segundo caso, a equipe do presídio pede para que façam um exame de sanidade mental no preso para que ele seja realocado num manicômio judicial. Caso aconteça, o sujeito passará a cumprir uma medida de segurança, mas isso não é bom, já que se sai mais rápido mantendo a pena. Esse é um grande paradoxo porque as penas têm um tempo determinado; na medida de segurança, você fica no mínimo um ano e a partir do 3º ano você pode realizar o EVCP. Há uma bivalência porque se entende que a pessoa não pode responder por aquilo, mas o tratamento vira uma eternidade.

Então, às vezes, o defensor público verifica que a pessoa apresenta distúrbios psiquiátricos, mas prefere pedir para que ele seja tratado na enfermaria da unidade prisional do que transferi-lo para um hospital de custódia. Temos muitos pacientes que também preferem. Há o Henrique Roxo, em Niterói, e o Roberto Medeiros, em Bangu, que, inicialmente, servia como um hospital de emergência psiquiátrica do sistema penitenciário, mas hoje funciona como um centro de dependência química. São pacientes que têm ligação com o uso de

substâncias ilícitas. Estamos em um momento muito importante porque estamos mudando a configuração, acho que isso tem muito a ver com a questão da reforma psiquiátrica, que agora está começando a tocar nesse ponto da medida de segurança. A Lei 10.216, de 2001, da reforma, não era aplicada a essa realidade e, agora, muitos profissionais estão fazendo com que essa lei também seja efetiva para essa realidade.

A porta de entrada da medida de segurança vai ser no Henrique Roxo, e no Heitor Carrilho estão os pacientes que já estão desinternados, mas não têm para onde ir, e existe uma responsabilidade ética por eles. Então, está se criando uma estratégia para acelerar a sua saída. Provavelmente, o HC irá fechar e ficaremos com o HR e o RM como os hospitais de custódia do Rio de Janeiro. A diferença é que o projeto terapêutico desse paciente que está entrando vai ser cuidado desde o início pela equipe, então, a partir do momento que ele entra, a equipe já começa a pensar na saída dele. Porque até então, só depois de três ou quatro é anos que se começava a fazer o contato com a rede para essa pessoa sair. Aí, até conseguir uma vaga em um CAPS (Centro de Assistência Psicossocial), que é um dispositivo da rede de cuidado intensivo, demorava. Então, agora vai se fazer um movimento para que esse sujeito fique naquela instituição só o tempo necessário para ele se estabilizar e as relações sociais serem retomadas para ele poder retornar.

Como a equipe não tem funcionários suficientes, os pacientes são hipermedicados. Muitos deles reclamam que estão marchando. Então, eles querem melhorar, mas sem que isso os deixe letárgicos.

2) De que forma se deu essa transferência de poder sobre o “louco delinquente” da Saúde para Justiça? Quais são as consequências disso?

Os manicômios judiciais surgem em um momento na Europa em que a Justiça ficava intrigada com alguns crimes. Tem um caso que (Michel) Foucault cita em que o sujeito mata a família toda e continua lá. A Justiça viu que tinha alguma coisa nisso e começou a convocar os alienistas, que eram os médicos responsáveis pelo cuidado aos loucos – se entendia na época que a doença mental era uma alienação de si mesmo. (Houve uma internação geral, porque além dos loucos, ficam encarcerados as prostitutas e todos os desviantes. Aí, houve um movimento que os separou dos demais).

Esses alienistas começaram a se aprimorar e uma vertente se transformou nos psiquiatras forenses. Há toda uma ligação com outras escolas, como a italiana com (Cesare) Lombroso, que tentava caracterizar os tipos físicos. Ele fala disso num livro chamado “O Homem Delinquente”. Antes, havia o campo do alienismo, que cuidava das pessoas com transtornos mentais, e a Justiça, que cuidava dos presos. E formou-se um campo híbrido, o que eu acho que é a característica mais marcante do hospital de custódia - já é uma instituição híbrida e de um sincretismo que junta dois estigmas grandes: o criminoso e o doente mental. E essa transferência do poder é o que a Reforma tenta redirecionar com as suas ações - que a saúde e o tratamento venham antes da custódia.

Quando um sujeito que tem um transtorno mental comete um delito, ele é considerado absolvido pela Justiça. Ele vai a uma audiência onde o juiz fala para ele: “você está absolvido

pelo seu crime, mas vai ter que cumprir a medida de segurança – que é um tratamento compulsório”. A sociedade entende que o sujeito foi absolvido e não precisa cumprir uma pena privativa de liberdade, como se ele estivesse numa unidade prisional comum; ele está fazendo um tratamento psiquiátrico compulsório. O equívoco é remeter essas pessoas diretamente ao hospital de custódia quando elas poderiam estar cumprindo essa medida de segurança em ambulatório.

Só a partir da Escola Antropológica Criminal é que se começa a indicar que a periculosidade está na falta da assistência. Hoje em dia, pensamos em transferir esse termo “periculosidade do sujeito” para “vulnerabilidade social”. É a falta de tratamento que vai tornar esse sujeito suscetível a reincidir. Em geral, os pacientes que atendemos nos hospitais cometeram o delito ou porque não tinham tratamento na rede pública ou porque moram em lugares ermos, em que a penetração da rede pública ainda não chegou. Por incrível que pareça, temos um índice baixíssimo de reincidência criminal entre os pacientes com transtornos mentais.

3) Qual é a diferença entre os ambulatórios e os manicômios?

A diferença começa com o próprio lugar. Existe ambulatório de Saúde Mental em postos de saúde espalhados pela cidade. Eles são equipamentos da rede de Saúde que estariam nos postos, então teria a equipe para atender esse sujeito: um psicoterapeuta e um médico. Então, ele teria uma consulta marcada de tanto em tanto tempo e, depois, voltaria para casa, continuando inserido no seu contexto social, e não sofreria essa ruptura - porque quem está internado em uma instituição total faz uma ruptura importante na sua biografia e, para o sujeito voltar para aquela trama social fica mais complicado.

É claro que para o sujeito estar no ambulatório também depende do delito que ele cometeu; se ele cometeu um homicídio, ele não pode ficar em casa e indo para o ambulatório. Mas há muitos casos de pequenos furtos em que eles acaba, indo para o manicômio judiciário ao invés de serem atendidos na rede pública, tendo uma rotina prisional.

Para os delitos mais graves, algumas coisas já estão sendo feitas aqui no Rio e em outros lugares. Tem o PAI-PJ, que é um projeto de Belo Horizonte ligado ao Tribunal de Justiça, e o PAI-LI, que é um programa de Goiás. Aqui no Rio, uma vez verificado que o sujeito cometeu um delito grave e isso estava relacionado com a doença (naquele momento, ele não conseguia se autodeterminar, escolher se fazia ou não aquilo, ou se ele não tinha capacidade de entender que aquilo era um ato ilícito), ele é enviado ao hospital de custódia. Na hora em que ele comete o delito, ele chega à delegacia e, caso apresente um comportamento inadequado, o delegado pede para que seja levado para fazer um exame de sanidade mental. Nesse momento, se o responsável por assinar esse laudo verifica que o sujeito é, por exemplo, esquizofrênico, e que a doença está relacionada ao ato, o perito fala que o sujeito vai cumprir a medida de segurança num hospital de custódia.

Dentro do manicômio, a alternativa que vai surgindo é que a equipe que o atende comece a acompanhá-lo e indicar saídas terapêuticas que têm ajudado muito a facilitar o retorno do paciente ao meio social quando ele estiver desinternado. Sem esse dispositivo, o sujeito ficava ali, anos, porque a medida de segurança é diferente de uma pena normal. A cada três anos, a periculosidade desse sujeito é verificada por um perito. Agora, você imagina como é

complicado um perito que não está acompanhando o tratamento dessa pessoa e atestar uma responsabilidade de que ele não vai mais cometer o delito. Ninguém assina. Houve um caso, no Heitor Carrilho, de um paciente que entrou com 18 anos e saiu com 60 porque tinha furtado mantimentos. Ninguém assinava para o sujeito sair. Hoje, ele teve um final feliz, está em uma residência terapêutica em São Gonçalo.

As alternativas que temos encontrado são as saídas terapêuticas para acelerar o retorno do sujeito ao meio social, fazendo novos contatos. Nós temos muito pacientes com situação de rua, que já não têm mais laços familiares. Essas saídas servem para reaproximar o sujeito dos dispositivos que a cidade oferece. É um dispositivo que tem tido efeito nesse momento.

Outras alternativas são projetos como o que foi feito no Heitor Carrilho, ano passado, sobre cinema e debate. Era um grupo de pacientes que saía semanalmente com profissionais e ia ao cinema. A partir disso, iam comentando suas experiências, tornando essa internação mais ágil. Quando uma pessoa entra em um hospital de custódia, tem que ficar no mínimo um ano e, depois disso, você já pode provocar o juiz para uma desinternação, se a equipe entende que o paciente tem possibilidade de apoio fora, familiar ou outro, para poder sair mais rápido.

4) O que são saídas terapêuticas?

Com a Reforma Psiquiátrica, quando se acredita que o lugar mais interessante para se tratar o sujeito não é fora do contexto social, como uma espécie de estufa, no qual você cria uma situação artificial. O sujeito fica ali, não pode deliberar sobre o que vai comer, a que horas vai dormir. A internação tem uma importância num momento agudo da doença, mas não podemos entender que ali está todo o potencial do tratamento. Entendemos que ele deve ser feito próximo à família, na cidade.

Essas saídas que eles saem acompanhadas de um profissional ou de um acompanhante terapêutico. Há pacientes que estão lá há anos. Aí, você imagina o sujeito sair de uma situação prisional em que não escolhe nada, vê as mesmas pessoas e, de repente, sair na rua. Ele tem quem ser acompanhando para além do ponto de vista prático, além de colher os efeitos clínicos. O sujeito vai produzir subjetividades para o profissional trabalhar com esse material. É uma retomada da cidadania de maneira mais plena.

5) Os manicômios judiciais desfavorecem a integração da pessoa à sociedade? Como?

Pensando no sujeito, os hospitais de custódia são disruptivos, como uma internação psiquiátrica de longa data, mesmo sem ser em situação judiciária. No primeiro caso, como ele vive nessa situação de hibridismo de ser hospital e cadeia – as pessoas dizem que é hospital, mas se você chegar lá, vai ser que é cadeia -, acho que tem todo esse movimento que tenta fazer com que o retorno seja mais rápido e com uma melhor qualidade. A internação não é o lugar mais interessante para se fazer um tratamento. É um momento para uma fase aguda, mas não é ali que se deve concentrar todo o tratamento como se pensava na época dos alienistas, quando o foco era o bem estar da sociedade para ter as pessoas longe, do que com o sujeito.

Com a Reforma, começa-se a perceber esse sujeito como um cidadão que tem direito a receber um tratamento digno e interessante. No hospital de custódia, há pacientes que vão para casa no na sexta-feira e regressam na segunda-feira de manhã. Quando a família vai ao hospital, a equipe conversa para saber como foi o final de semana, há todo um trabalho para essa reintegração ser mais possível. Mas isso quando a família o quer de volta. Porque muitas vezes esses delitos são cometidos contra pessoas próximas. Imagina se o pai vai querê-lo de volta quando ele matou a mãe? Então, é feito um trabalho árduo com a família para fazê-la entender que esse ato estava num contexto de vulnerabilidade social, que ele estava sem tratamento e como isso é importante, além da implicação da família.

A nova direção dos hospitais de custódia é no sentido de tentar favorecer o retorno de uma maneira que dê ao sujeito cidadania. Antes da Reforma, os manicômios só desfavoreciam. Hoje em dia, se o sujeito chega lá sem um documento, por exemplo, é inserido no mundo, porque antes o Estado nem sabia da existência dele. É a inclusão pela exclusão: o sujeito passa a ser incluído depois de realizar um delito. É claro que se tivéssemos uma equipe grande e satisfeita, inclusive financeiramente, teríamos isso de uma maneira mais interessante. Porque são muitos pacientes para poucos técnicos, que estão cansados com a má remuneração, com a falta de políticas de governo para com eles. A ideia dos hospitais de custódia é no sentido de favorecer o retorno do sujeito à sociedade, com as saídas terapêuticas, com a implicação da família, com a busca por espaços na rede de saúde.

6) Que alternativas ao manicômio judiciário são possíveis?

Alternativas são possíveis. Temos uma experiência pioneira e muito importante para o mundo acontecendo em Belo Horizonte que é o PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário). Minas Gerais não tem hospitais de custódia e, na Comarca de Belo Horizonte, existe uma equipe volante ligada ao Tribunal de Justiça que vai até as unidades prisionais e atende os pacientes que lá estão. Muitos são encaminhados para a rede pública de Saúde, como ambulatorios - lá não é CAPs é Cersam. Então, é notório que há uma alternativa. Outro projeto é o PAI-LI, acontece em Goiás, com os mesmos formatos e tão importante quanto. Aqui no Rio, estão surgindo essas opções de atendimento em ambulatorios, saídas terapêuticas etc.

7) De que forma o conceito de periculosidade corrobora uma punição pelo que pode acontecer, ao invés do acontecimento em si?

Ainda há muita resistência devido à questão da periculosidade porque eles são pessoas que conjugam dois estigmas: o do louco (por acharem que eles são imprevisíveis) e do presidiário. Claro que, se você sabe que uma pessoa matou três e foi ao cinema, isso provoca medo, mas se transferimos esse conceito de periculosidade de que o sujeito carrega esse mal, se vemos pela ótica da vulnerabilidade social, o perigo está em tratar aquele sujeito.

Se você chegar aos hospitais, vai ver que grande maioria cometeu delitos porque morava na roça, nunca teve assistência nenhuma de saúde. Aí, houve um dia em que abriu um surto mais sério. Se a pessoa vem sendo acompanhada, ela dificilmente chega ao ato porque consegue controlar o impulso a partir de conversas com o psicoterapeuta. Quando se faz uso da

medicação, consegue-se criar uma distância entre as vozes inquietantes e o ato. A medicação, quando bem dosada, é interessante por isso, porque consegue manter o sujeito distante desses pensamentos avassaladores. O perigo é a falta de tratamento. Por que eu sou menos perigosa do que um sujeito que já tenha cometido um delito? Talvez se ele tivesse os mesmos recursos que eu... Então, estamos tentando ressignificar essa ideia de periculosidade.

8) Como se dá a inserção do louco infrator na série “Perigosos”, que será produzida pelo CRP-RJ?

Conjugar essa coisa da loucura com atos imprevistos, porque, na verdade, vemos com a experiência que eles dão sinais e sintomas antes de um momento de desruptura com uma crise. Pensamos em colocá-lo porque há aquela coisa de serial killer. Outro dia, eu vi no Discovery Channel que fizeram um programa sobre um paciente nosso no HR, chamaram-no de “vampiro de Niterói”. Depois de conversar com ele, você vê que transformaram aquilo tudo num grande espetáculo de horror, como se o sujeito fosse mal, puramente mal, que estuprou, matou e tirou o sangue de todos aqueles meninos por nada, por ser mal.

Quando você contextualiza e vê o que ele fala daqueles delitos, você vê que é uma pessoa que tem um sofrimento mental agudo a ponto de não ter conseguido barrar aquilo. Por incrível que pareça, quando fomos verificar se as pessoas tinham medo deles, fomos para a frente do hospital, ninguém falou dos loucos infratores. Constatamos que o medo, em geral, é da polícia, de tiros, dessa violência deflagrada. Mas quando eu falo que trabalho dentro de manicômio judiciário, como pesquisadora, as pessoas ficam assustadas. Eu não tenho medo porque ali existe um contexto de tratamento. Quando eles estão em crise, ficam em uma enfermaria separada. Claro, você corre o risco de levar um tapa, o sujeito está ali precisando de uma contenção, então você é exposto a essas coisas.

Tentamos achar uma personagem que conjugasse a loucura e o preso, porque são duas coisas que dão medo. Estamos com uma campanha na Seap que diz que “Errar é humano e ajudar que errou é mais humano ainda”, tentando inserir esses presos no mercado de trabalho. Claro que contratar alguém que cometeu um delito é difícil, imagina para louco infrator? Nós conseguimos, mas é uma ralação danada!