

Entrevista com **Wilma Fernandes Mascarenhas** (CRP 05/27822), psicóloga e conselheira do CRP-RJ

01. Em que contexto surgiram os manicômios judiciários?

Existia aquela pessoa com um transtorno mental, mas que não tinha cometido nenhum delito que pudesse ser considerado como crime a partir da sua doença; e tínhamos situações de pessoas que, por conta da sua patologia, em um momento de crise, cometiam algum delito. Criou-se, a partir disso, uma necessidade de controlar esses “desviantes” que são identificados como doentes mentais e que não estão dentro da ordem, da norma.

Vale ressaltar que essa norma diz que, para ser reconhecido como cidadão pela sociedade, o sujeito deve ser produtivo no campo do trabalho, que pode ser fabril, empresarial ou familiar. Se, por conta de uma patologia, rompe-se esse status de normalidade, a sociedade tem que dar conta do sujeito de alguma forma. Só que essa forma nunca é no sentido de repensar os parâmetros de normalidade. Pelo contrário, ou há uma adequação ou se é excluído. Tradicionalmente, seria excluído para o campo dos manicômios normais.

O paciente com transtorno mental que cometeu um delito rompe com as regras não só pelo seu comportamento, mas também por cometer um crime. É nesse contexto que se criam os manicômios judiciários, onde essas pessoas são encarceradas. Em geral, isso é feito de maneira contrária a todas as leis vigentes.

02. De que formas os manicômios judiciários violam os direitos humanos dos indivíduos neles encarcerados?

A lista é praticamente infindável. Em um primeiro momento, podemos pensar na questão jurídica. Ano passado, fizemos um evento no Hospital de Custódia Henrique Roxo. Um dos convidados foi um procurador público de Goiás, estado que tem uma proposta de substituição dos manicômios judiciários por serviços alternativos, como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). Nele, o usuário seria atendido por uma equipe que procuraria, dentro da rede da cidade, um hospital psiquiátrico ou um serviço substitutivo para que ele cumprisse a medida de segurança. Ainda não é o modelo ideal, mas o usuário consegue, pelo menos, romper com o poço sem fim que são os manicômios judiciários atuais, nos quais se entra e, possivelmente, não se sai mais.

A violação dos direitos humanos não aborda apenas questões como a tortura física. Só por não haver acesso aos direitos que a coletividade assume como universais, eles já estão sendo violados. No campo jurídico, isso se dá de maneira mais etérea. Somente ao entrar em um manicômio judiciário se dá conta dos crimes contra humanidade que acontecem lá, de maneira sistemática, e com todo o conhecimento do aparato estatal.

Apesar de todas as leis sobre o assunto, é notório para quem trabalha, visita e organiza os manicômios judiciários que os fatos ocorridos lá são de conhecimento do Estado. As pessoas com transtornos mentais vivem em celas imundas, sem banheiro (só tem o “boi”- buraco no chão, sem nada em volta, para fazer as necessidades). No Henrique Roxo, existia uma enfermaria especial, ao meu ver, denominada de maneira irônica. Era um conjunto de seis celas solitárias imundas, sem banheiro, iluminação adequada, ou chuveiro. Ali, eram colocados os pacientes que apresentavam problemas de comportamento, categoria na qual se pode colocar qualquer um, desde um preso que agride outro ou um funcionário até um paciente que tenta reivindicar os seus direitos, às vezes de modo violento, ou algum que abriu surto psiquiátrico.

Então, além de todo o sofrimento por que essas pessoas passam, elas são jogadas em um buraco, sem água, por dias, meses a fio, completamente abandonadas à sua loucura. É claro

que existem diferenças entre as instituições, mas, no cerne de todos, a desumanização do indivíduo é a mesma. Em uma visita que fizemos ao Henrique Roxo, vimos um paciente que estava vindo do Instituto Phillippe Pinel e esperava para ser avaliado em um lugar nos moldes da “enfermaria especial”. Então, a violação começa desde a entrada do paciente na instituição. A mensagem deles é muito clara: “aqui, tudo o que você tem de individual, suas particularidades, serão anuladas, nem que seja na base da força”. Existem movimentos de resistência na instituição, tanto de presos como de trabalhadores, mas ainda é muito incipiente. A primeira intervenção em um paciente em surto é do agente penitenciário; a equipe de Saúde é acionada depois. Por mais que ele faça o trabalho de forma ética, ele é a corporificação de mensagem que os manicômios judiciários passam. O usuário está ali para ser punido, não para ser tratado ou acolhido em sua dor.

Mas é muito importante pensar nos resultados que o rompimento dessa lógica traz. Vamos constituir um híbrido sistema prisional e manicômio humanizado? Será uma instituição asséptica que nem já existe nos EUA? Eles não estão mais fazendo questão de diferenciar manicômios judiciários dos presídios comuns, já superaram essa hipocrisia! É todo mundo na prisão. Já existem instituições assépticas, em que não há tortura de presos, no sentido mais comum que conhecemos (eletrochoques, surras, saco na cabeça). Mas o preso não tem contato com outras pessoas, com o guarda, com os advogados. Ele fica preso, numa cela 2m x 2m, com tudo informatizado. Ao comparar essa instituição com um manicômio judiciário, podemos pensar que ela está humanizada, já que o sujeito tem o direito a ler um livro, não apanha etc. Mas, na verdade, é uma instituição violenta porque ela chega quase ao ápice de deixar a vida nua. Eles estão mantendo aquelas pessoas vivas apenas no conceito de sobrevivência biológica. A custo de quê? Não acredito que se chegue a isso aqui no Brasil, porque caminhamos para o lado do aumento da violência e da repressão. Mas, ao pegar esse exemplo americano e comparar com os manicômios judiciários, corremos o risco de defender “humanizações” de instituições de sequestro.

É importante levarmos em conta os riscos que corremos ao implementar a Reforma Psiquiátrica. A nossa luta precisa ser pelo fim da instituição de sequestro porque, na lógica do capital atual, ela só vai servir como lugar de depósito de excluídos, de forma mais “humanizada”, para fingirmos cumprir as normas estabelecidas pelos pactos internacionais assinados. Outro risco que corremos com os reformismos das instituições é o que está acontecendo na França. Eles estão tentando implementar no sistema de Saúde Mental uma prática que já acontece no sistema carcerário, que são as coleiras eletrônicas. A proposta é que todos os portadores de transtorno mental grave a usem, não apenas os que cometerem delitos. Aí, entra a noção de periculosidade, do que ele pode vir a fazer contra si e contra as pessoas que o cercam – integridade física e material-, que é um dos critérios de internação, inclusive aqui no Brasil.

03. De que forma a Reforma Psiquiátrica se dá no Brasil e no mundo?

A Reforma Psiquiátrica aconteceu e teve efeitos diferentes nos diversos países do mundo. No Brasil, ela aconteceu a partir do final da década de 1960, em um momento em que o capitalismo sofria uma virada, um movimento de captura do que foi colocado em cheque nessa década.

Quais são as possibilidades que nós temos de travar a questão da reinserção social no contexto do capital atual? A França está abrindo mão de suas instituições psiquiátricas e colocando seus pacientes em serviços territoriais. Isso é uma conquista, mas, na realidade, a lei que eles estão aprovando é que as pessoas podem estar, sim, em suas comunidades, mas com o preço de serem monitoradas o tempo todo. Elas terão um dispositivo eletrônico que dirá o local em que elas estão e o que estão fazendo. Temos que pensar o que estaremos produzindo, em termos

de controle a céu aberto, quando disseminamos dispositivos pelo seio da sociedade, quando se criam serviços que possam inserir sujeitos que ela mesma excluiu.

04. Os manicômios judiciais desfavorecem a integração da pessoa à sociedade?

O que temos que pensar primeiro é que o manicômio judicial é uma instituição híbrida porque abrange as piores taras do manicômio comum - da gestão direta da saúde, no qual todas as discussões são teoricamente clínicas - e do sistema prisional. Temos que lidar com a complexidade dessas duas instituições disciplinadoras. Quando o sujeito consegue sair do manicômio judicial por algum motivo, ele ainda leva a marca do louco criminoso que, dificilmente, será apagada.

Vemos isso nas dificuldades de manter os laços com a família. Discutir as relações familiares com um paciente com transtorno mental grave já é uma situação delicada porque corremos o risco de cair na dicotomia vítima-culpado. É uma visão simplista que faz com que se perca a sutileza das dinâmicas sociais que existem ali. Ser familiar de um paciente com transtorno mental não é fácil, principalmente quando o crime incide diretamente sobre a família. Eu tive um caso de um paciente que morava em uma comunidade e ficava no meio da rua falando, expondo seus delírios. Os traficantes acionaram a família avisando que, caso não o controlasse, iriam matá-lo. Então, esse é mais um dilema para a família.

Hoje, no Rio de Janeiro, temos três manicômios, que recebem pessoas de todo o estado. Um paciente que reside em Campos ficaria preso aqui, dificultando o mecanismo de visita e da participação familiar no tratamento do paciente. A equipe tenta manter esses laços ou resgatá-los ainda durante a internação porque não dá para esperar a determinação do juiz de liberação do paciente para começar a pensar nisso. Outra dificuldade é o hibridismo dos hospitais de custódia. Para os familiares visitarem um paciente, eles passam pela famigerada revista íntima, que é constrangedor ao último. Isso faz com que eles evitem fazer visitas.

Outra questão é que os pacientes sofrem “preconceitos” dentro da própria rede de Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica demorou muito, se é que chegou de fato a discutir os manicômios judiciais. Esse grupo de pessoas submetido a eles foram, durante muito tempo, esquecidos, deixados em segundo plano dentro das discussões da Reforma. Ainda hoje, apesar da tentativa de construção de modelos alternativos e da iniciativa dos trabalhadores de superação dos manicômios judiciais, considero que discussão é solitária, que não foi realmente assimilada e assumida pelo corpo da Reforma como um todo. Quando um paciente que já tem um atendimento em um serviço como o CAPS, por exemplo, comete um delito e vai parar em um manicômio judicial, em geral, a equipe do CAPS deixa de acompanhá-lo.

Por outro lado, um paciente que nunca recebeu atendimento em um serviço substitutivo, a discussão para a entrada do paciente no serviço também é muito difícil, principalmente se for um de residência terapêutica. O mito da periculosidade pesa sobre esses pacientes de uma maneira mais forte do que naqueles que não cometeram crimes reconhecidos. O conceito da periculosidade está presente até na rede de Saúde Mental. É difícil o trabalho com os próprios moradores e a equipe. É um estigma por terem sido inseridos nessa instituição híbrida.

05. Que alternativas ao manicômio judicial são possíveis?

São possíveis alternativas como a experiência de Minas Gerais, que não trabalha com internação. Eles utilizam o atendimento ambulatorial ou serviços substitutivos por acreditarem que a medida de segurança visa ao tratamento, não à punição. Essas alternativas existem; a questão com a qual nos deparamos, em primeiro lugar, é a disponibilidade do Estado em investir nelas, porque é uma bobagem pensar que não há investimento por desconhecimento.

Devemos pensar na resistência ao desmonte do hospital psiquiátrico dentro da lógica das contradições do Estado. Durante muito tempo, o Estado brasileiro fez um movimento a favor do desmonte dos hospitais psiquiátricos, que, neste momento, ao meu ver, vem recuando a passos largos. Não é mais interesse do Estado desmontar essas instituições; ele pode estar aberto à Reforma, mas fechá-las para a abertura de dispositivos na comunidade ainda é muito refratário. A mensagem hoje não obedece mais a lógica disciplinar de Michel Foucault, de que as pessoas são mantidas em instituições de sequestro sob o falso motivo de correção. Agora, a mensagem é mais clara e direta: é depósito de excluídos. Ninguém mais tem a “cara de pau” de dizer que os presos do sistema carcerário, nos manicômios judiciários, estão em processo de ressocialização. Na verdade, sempre foram, mas antes se revestiam de um discurso de que o trabalho era de reinserção e de cura. Hoje, isso não existe mais.

As alternativas existem, mas elas não podem ser pensadas de maneira diferenciada da questão penal do Brasil como um todo. Quem se prende, quem se pune, quem está dentro das cadeias? Também tem a judicialização da vida. Por que todas as questões da nossa vida têm que passar pela Justiça?

Outra coisa que temos que prestar atenção são as pesquisas que acontecem aqui no Brasil sobre o mapeamento cerebral dos jovens infratores. Está-se tentando identificar o foco da violência no cérebro, acreditando que ela seria resultado de uma disfunção cerebral. Isso é estender o manicômio para fora de seus muros. Então, pensar simplesmente na destruição concreta do manicômio judiciário é importante, mas é uma faca de dois gumes se não forem levadas em conta as outras formas de manicômio que estão sendo geradas. Pensando um pouco em Gilles Deleuze, poderia se dizer que seriam manicômios a céu aberto, controle a céu aberto, que vai entrando em cada um de nós.

É urgente pensar no desmonte daquela “fábrica de horrores”, mas sem a ingenuidade de que simplesmente fechá-lo e abrir serviços territoriais vão resolver o “x” da questão, que é a exclusão contínua de parcelas da população que não se adequam à ordem do capital vigente, à maneira como essas exclusões são operadas e como o psi atua como ferramenta dessa exclusão exatamente aonde eles pensam estar abrindo lugares potentes de liberdade. Esse é o nosso principal desafio, sem deixar de levar em conta a situação atual dos manicômios. Quando um conhecimento psicológico faz uma avaliação desses pacientes no manicômio sem levar em conta a situação da sua inclusão social no mundo, só percebendo questões clínicas, cria-se outro manicômio. As questões sociais e a clínica têm que estar juntas, elas só são separadas em textos acadêmicos, não na vida cotidiana.

Fechar manicômios, hoje, significa ter uma rede substitutiva que funcione. Só que isso não é simples. Para que ela funcione pelo SUS, o Estado precisa querer, o que não é real porque, se ela funciona, mesmo aos trancos e barrancos, é por um desejo dos trabalhadores, que colocam dinheiro do próprio bolso para sustentar serviço, comprar remédio. Não interessa ao Estado que as coisas funcionem. Na conjuntura atual, o Brasil é um dos maiores países da América Latina e um dos primeiros “emergentes”. Você acha que existe interesse nacional e internacional de que o SUS funcione? Não é interessante, porque se isso acontecer, dá ideia! O pobre norte-americano vai pensar: “se um país como o Brasil consegue ter um serviço de saúde que funcione, por que a maior potência do mundo não consegue?”. O que tem que ser vendido é que o Estado é incompetente no gerenciamento, essa a mensagem que precisa prevalecer. Mas nem por isso precisamos jogar a toalha. Temos que encarar essa realidade básica: não é de interesse do Estado que o sistema de Saúde funcione, muito menos o de Saúde Mental. Ele serve para manter, também, a revolta sob controle, por diversos meios. O medicamento pode, ao mesmo tempo, tamponar o que a revolta poderia ter de ruptiva para a ordem social, e sustentar a pessoa, evitando que a sua derrocada seja sem freio.

O fim da violência nos manicômios judiciários é necessário, mas temos que ficar atentos para avaliar os efeitos que o fim da instituição vai ter, porque eles não são naturais, nem para o

bem e nem para o mal. Vamos torná-los mais “humanos”? Vamos acabar com eles e criar serviços substitutivos dispersos na rede, inseridos no corpo social? Quais são os efeitos dessa prática? Que outros controles serão produzidos com o nosso saber? Esse é o ponto principal. Eu tenho muita preocupação com essa proposta de Reforma. Reformar significa uma forma de manter as coisas como elas estão, com um arranjo mais agradável. Somos contra os manicômios judiciários enquanto instituição de sequestro, achamos que um paciente com transtorno mental pode e deve ser atendido nos serviços substitutivos, mas não podemos acreditar que eles são imunes à produção de exclusão, de controle e de outras violências que, por não serem tão visíveis, são até mais perigosas.

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

Não vou nem entrar na prática da sensação de periculosidade de um preso normal. Vamos dizer que o sujeito com transtorno psiquiátrico tenha matado a mãe. Como esse sujeito não pode ser punido, porque, devido à sua patologia, ele não seria responsável no momento do seu ato – ele é inimputável -, é dado a ele o que se chama de medida de segurança. Ela poderia ser de, no máximo três anos. Então, ele é enviado para um hospital psiquiátrico para receber um tratamento e o juiz determina o tempo desse tratamento. Para liberar esse paciente, é preciso fazer uma avaliação para determinar a cessação de periculosidade, a partir da avaliação de um corpo técnico, composto por médicos, assistentes sociais e psicólogos. Eles dariam um parecer dizendo que aquele sujeito não é mais perigoso, ou seja, que ele não apresenta indícios, reconhecidos pelas técnicas, de que, no futuro, cometerá aquele ou qualquer outro crime. Isso é impossível porque o comportamento humano não é passível de previsões, por ser algo que recebe influências internas e externas.

Para medir a cessação de periculosidade, tenho que atestar que, naquele momento da avaliação, o quadro psicopatológico daquele sujeito foi curado ou está estabilizado; preciso dizer que, ao retornar ao campo social, ele tem suporte familiar e de trabalho que possibilitem que ele tenha uma vida equilibrada. Vemo-nos num beco sem saída. Primeiro, porque, no quadro da psicopatologia, não se fala de cura. Então, um sujeito esquizofrênico, por exemplo, pode criar modos de estar no mundo que sejam potentes para ele e para as pessoas que estão com ele; se for um doente de longa data, dificilmente irá cessar a história psicopatológica dele. Ele pode passar a vida inteira sem abrir um surto novamente, mas isso não significa que ele está curado.

Quando avaliamos a questão social, temos outro problema. Como trabalhar a reinserção social de um paciente que vem com dois estigmas, o da loucura e o do crime? O Estado cobra que o sujeito tenha um suporte familiar e social, sem que, de fato, construa possibilidades para que essa inclusão e suporte existam. Se o sujeito rompe com a família porque ficou muito tempo internado – só a partir de oito anos internado é que eles são reconhecidos como estando em longa permanência (para manicômios normais, esse tempo é de seis meses) -, os vínculos sociais que ele tinha se esgarçaram completamente e não se vê nenhuma política pública que atue diretamente na construção desses vínculos. Então, o que acontece é que essas pessoas ficam em prisão perpétua, porque o que é cobrado pelo Estado para liberá-lo é negado pelo próprio Estado.