

V Seminário Internacional de Pesquisa em Prisão

09 a 11 de dezembro de 2019

FFLCH-USP
São Paulo/SP

Grupo de Trabalho: Prisões, Saúde Mental e Exclusão

As medidas de segurança no cenário paulista: um olhar a partir da criação da Ala Especial de Medidas de Segurança na Penitenciária III de Franco da Rocha

Andrea Saraiva de Barros – PUC/SP

Maria Cristina Gonçalves Vicentin – PUC/SP

Resumo:

Desde o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº10.216/01), no Brasil, as pessoas diagnosticadas com transtorno mental são consideradas sujeitos de direitos. No entanto, quando entram em conflito com a lei experimentam a exceção nos campos da Saúde e da Justiça, encontrando um contexto de constantes violações. A essas pessoas a lei atribui o estatuto da inimputabilidade, que as retira do ordenamento jurídico, e da periculosidade presumida. Identificada a relação crime-loucura através de perícia psiquiátrica, recebem, ao invés da pena, a determinação de tratamento compulsório – a medida de segurança – que deverá ser cumprido em regime ambulatorial ou em internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico/HCTP, assegurando uma controversa relação com os modelos de cumprimento de pena (regimes aberto e fechado). No Estado de São Paulo haviam centenas de pessoas com determinação de medida de segurança aguardando por vagas em HCTP, pulverizadas por unidades prisionais comuns e completamente desassistidas. Assim, a partir de uma aliança entre Psiquiatria e Justiça, estabeleceu-se um termo de cooperação que ensejou na criação, em 2014, de uma ala psiquiátrica, no interior da Penitenciária III de Franco da Rocha, que pudesse concentrar essas pessoas (ainda) em situação irregular. Tomamos, então, a trajetória de criação dessa Ala como um dispositivo essencial que nos abre caminhos para a compreensão das estratégias que vem sendo pensadas e propostas para esse circuito das medidas de segurança no cenário paulistano, uma vez que essa história carrega as disputas e as tensões entre aqueles que atuam com relativo poder na construção das políticas públicas nesse campo e aqueles que resistem às práticas de exclusão e violação de direitos. Pudemos compreender que os manicômios judiciários e alas especiais consistem em espaços que compõem um modelo de gestão dos sujeitos ingovernáveis, marcados por uma nova noção situacional de periculosidade.

Palavras-chave: medidas de segurança; louco infrator; periculosidade; reforma psiquiátrica; PIII de Franco da Rocha

1. Introdução:

Para pensarmos o cenário das medidas de segurança no estado de São Paulo é necessário, inicialmente, assinalar que se trata de um contexto de dupla exclusão. Por ser a exceção no campo da justiça criminal e no campo da saúde mental, o modelo de tratamento oferecido aos loucos infratores¹ sempre esteve à margem das discussões e das ações da Justiça e também pouco foi alcançado pelas ações da Reforma Psiquiátrica brasileira. A existência de espaços de segregação sob gestão da Secretaria de Administração Penitenciária – SAP (os manicômios judiciários que formalmente são denominados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs, num eufemismo que visa abrandar seu caráter e suas práticas) ainda subtrai esses indivíduos do convívio social e dos serviços de saúde pública tornando-os invisíveis e sem voz. Além disso, esses sujeitos são marcados pelo estigma de uma periculosidade presumida, forjada a partir de alianças históricas entre os saberes psis e jurídicos, que constitui mais um elemento para a defesa de práticas violadoras de seus direitos, sob o pretexto da proteção social e manutenção da ordem.

Foi diante desse cenário e buscando compreender as condições das pessoas em sofrimento mental dentro do sistema penitenciário que o Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade², coordenado pela Pastoral Carcerária, passou a realizar, no ano de 2014, visitas periódicas aos três manicômios judiciários do estado: os HCTPs I e II de Franco da Rocha (estes visitados quinzenalmente) e o HCTP de Taubaté.

Por meio da escuta dos pacientes-presos, dos funcionários, da compreensão das lógicas institucionais e da observação de mudanças no espaço físico, foi possível perceber, ao longo do tempo, certo recrudescimento nos aparatos de segurança daquelas instituições que as aproximavam cada vez mais dos espaços prisionais

¹ A opção por utilizar termos como *louco infrator* ou *manicômio judiciário*, longe de pretender legitimar os estigmas que marcam a existência desses sujeitos ou justificar a existência dessas instituições apoiadas sobre a lógicas de segregação e violações de direitos, se faz para apresentar de maneira explícita o imaginário social hegemônico que os atravessa bem como a essas instituições que, historicamente, serviram aos desejos de apartá-los do convívio social. Além disso, é importante marcar que a mudança da nomenclatura não é acompanhada, necessariamente, pela mudança de paradigma que ela propõe; hospitais de custódia não abandonaram suas práticas manicômias, ainda que formalmente a mudança de nomenclatura busque abafá-las.

² A pesquisadora é psicóloga na Regional Criminal da Capital, na Defensoria Pública do Estado de São Paulo, desde abril de 2010. Em decorrência dessa atuação, passou a integrar o Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade, coordenado pela Pastoral Carcerária, cujo objetivo inicial era compreender as condições/situações de Saúde Mental dentro do Sistema Penitenciário e ampliar os debates sobre as formas de tratamento dispensadas aos loucos infratores. Para tanto, foram eleitos, enquanto espaços privilegiados para esse fim, os HCTPs do Estado, os quais passaram a receber visitas periódicas do Grupo.

comuns. Parte dessas estratégias eram justificadas pela presença cada vez mais constante de pessoas declaradas inimputáveis (ou semi-imputáveis) por questões relacionadas ao uso e dependência de drogas, pessoas que circulavam também por outros espaços de encarceramento e que muitas vezes já traziam consigo uma gramática e hábitos prisionais que não eram habituais naqueles espaços manicomiais que supostamente privilegiariam o tratamento em relação à segurança ou à punição.

Muitos daqueles pacientes com perfis e hábitos diferenciados em relação à população usual daquela instituição vinham transferidos de uma nova ala criada na Penitenciária III de Franco da Rocha, a PIII, que estaria recebendo preliminarmente todos os pacientes sentenciados à medida de segurança e que aguardavam por suas vagas de internação nos HCTPs³ bem como os novos casos de execução dessas medidas, até que as vagas fossem disponibilizadas. Outro diferencial dessa população era o fato de terem menor indicação de uso de medicação psiquiátrica e de acompanhamento específico em Saúde Mental, especialmente quando superada a fase de abstinência, quando o caso. Alguns deles estavam há anos sem qualquer tipo de avaliação, cuidado ou acompanhamento e também sem que este tempo de espera pudesse ser computado em seu cumprimento de pena, visto que as medidas de segurança apenas são determinadas em relação ao seu tempo mínimo, nunca com um limite máximo para soltura ou desinternação.

Podemos afirmar que a criação e a manutenção da existência dessa ala de medidas de segurança na PIII (e de outras similares)⁴, como parte de um fluxo das medidas de segurança, nos oferece pistas importantes para compreender o cenário de aplicação e cumprimento das mesmas no estado de São Paulo e também seu papel político e ideológico na gestão de uma população que se deseja apartar do convívio social.

³ Vale ressaltar que os HCTPs não recebem pacientes para além de sua capacidade máxima, ao contrário de suas “salas de espera”, como a PIII e outras unidades prisionais para onde pessoas sentenciadas a tratamento eram encaminhadas para aguardar o cumprimento da sentença.

⁴ Além da PIII, existem outros dois espaços que também recebem pessoas com determinação de medida de segurança: o Centro de Detenção Provisória – CDP III de Pinheiros, na Capital, e o CDP Feminino de Franco da Rocha; no entanto, além de concentrarem um número bastante inferior de pessoas nessas condições, são espaços voltados para públicos específicos, sendo do CDP III voltado a receber pessoas acusadas de crimes sexuais (que encontrariam na Penitenciária III de Franco da Rocha um espaço de convivência bastante hostil, devido à natureza dos crimes) e o CDP Feminino voltado a receber mulheres com determinação para cumprimento de internação. Assim, mesmo sem deixar de assinalar a existência desses outros espaços, voltaremos nossa atenção à Ala Especial da PIII, que ocupa lugar central nas ações e discussões aqui abordadas.

A partir do acompanhamento desta situação por meio de minha inserção no Grupo de Saúde Mental e Liberdade, de entrevistas realizadas com atores públicos em disputa por modelos mais adequados de cuidado (ou de controle) para essa população e da análise de documentos, pudemos remontar essa história para reunir pistas que nos permitem compreender ao que responde hoje esse modelo punitivo sob a roupagem de um tratamento compulsório.

Foram entrevistados, entre fevereiro e março de 2018, um juiz – o juiz da 5ª Vara de Execuções da Capital – e um defensor público – que estava à frente do Núcleo de Situação Carcerária – NESC, da Defensoria Pública – diretamente implicados no debate da Ala e analisados documentos relativos às disputas que se travaram neste período (Termo de Cooperação Técnica entre as secretarias Estadual de Saúde, de Administração Penitenciária e Segurança Pública e suas renovações; documento de propositura de Ação Civil Pública pelo NESC; exames de verificação de cessação de periculosidade; entre outros). A (re)construção dessa história se deu, na perspectiva da análise institucional, a partir da identificação de eventos críticos ou situações analisadoras⁵ (Lourau, 1993) que são indicativas de tensões e permitem circunscrever certas relações de saber-poder. Esta pesquisa foi desenvolvida no âmbito do mestrado em Psicologia Social na PUC-SP. (Barros, 2018)

2. Primeiros arranjos e condições de possibilidade para criação da Ala Especial

Na última metade da década de 90, com a criação de Varas de Execução Criminal – VECs descentralizadas pelo interior do Estado, todos os processos de execução, incluídas as medidas de segurança que antes eram de responsabilidade da VEC da capital, passaram a tramitar nas próprias comarcas onde o preso se encontrava. As pessoas sentenciadas a medidas de segurança eram mantidas em equipamentos do Sistema Penitenciário e seus processos – ou suas vidas – recebiam apenas a atenção burocrática de seus juízes naturais que faziam a solicitação de vagas para a capital, ainda competente pelos Hospitais de Custódia, e aguardavam pelo seguimento da fila de espera.

⁵ Os analisadores estão destacados ao longo do texto, sendo eles: concentração; “puxadinho”; Ação Civil Pública e a problematização da noção de periculosidade; Aliança entre a Justiça e a Psiquiatria; Inovare e; perfil.

Na época observavam-se filas superiores ao montante de vagas que o Estado dispunha para oferecer⁶, o que fazia com que esses pacientes-presos fossem alocados por longos períodos em espaços prisionais onde causassem o mínimo de incômodo à dinâmica carcerária da unidade, como em celas isoladas das enfermarias das mesmas, permanecendo sem a devida garantia de tratamento ou mesmo de cuidados básicos.

Em 2007, a pedido do Juiz a quem entrevistamos, foi criada na capital uma vara para cuidar especificamente das medidas de segurança do estado, a 5ª VEC da Capital. Foi este mesmo juiz quem criou, no ano seguinte, um grupo de trabalho envolvendo as gestões da Saúde, Justiça, Administração Penitenciária e pesquisadores da área, a partir do qual foi elaborado um Termo de Cooperação Técnica entre as secretarias Estadual de Saúde, de Administração Penitenciária e Segurança Pública buscando equacionar o problema de ausência de vagas nos hospitais de custódia, visando a realização de exames de verificação de cessação de periculosidade – instrumento principal para a desinternação desses pacientes – nesses sujeitos presos de maneira juridicamente irregular, a fim de definir se seguiriam aguardando vaga de internação ou se, afastados os tais indícios de periculosidade, poderiam aderir a outros formatos de tratamento, como o ambulatorial.

O cenário, no entanto, permaneceu o mesmo nos anos que se sucederam, pois não encontravam formas de realizar tais exames, especialmente pela pulverização na distribuição daqueles presos por todo o estado, entre outros entraves de formalização e financiamento das ações.

Em 2013, a lista de espera contava com uma fila de 917 pessoas (Gomes, 2014), das quais 500 estavam aguardando vagas de maneira irregular no Sistema Penitenciário. O Núcleo de Situação Carcerária – NESC, da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, que já fazia um trabalho de identificação dos sujeitos que eram mantidos em condição ilegal durante a espera por essa internação compulsória, decidiu então, com a finalidade de criar um desconforto junto ao Judiciário e de dar visibilidade ao tema, impetrar habeas corpus em favor de cada uma dessas pessoas absolvidas impropriamente, mas postas em situação análoga ao cumprimento de um encarceramento formal. Assim, em cerca de duas semanas, encaminharam

⁶ Atualmente os hospitais de custódia contam com cerca de 1000 vagas, sendo apenas cerca de 100 vagas oferecidas ao público feminino.

aproximadamente 500 pedidos de habeas corpus – HC ao juiz desembargador, para que essas pessoas tivessem acesso a tratamento ambulatorial. Caberia assim, a esse juiz (de 2ª instância), diante das ilegalidades apontadas, requisitar informações ao juiz da 1ª instância – no caso, o juiz da 5ª VEC –, já que este seria a autoridade responsável por fiscalizar excessos e desvios no cumprimento das penas.

Com aquele montante de HCs, a ação do NESC inviabilizou o trabalho do cartório da 5ª VEC, que deveria responder a todas as requisições de informações do juiz desembargador, recebidas também nesse curto intervalo de aproximadamente 15 dias. Ocorre que em poucos meses os pedidos de HC começaram a ser negados sob a justificativa de que, segundo informações do juiz da 1ª instância, aqueles indivíduos já estariam com suas situações regularizadas, uma vez transferidos para a ala psiquiátrica da PIII de Franco da Rocha, idealizada pelo juiz da 5ª VEC e, até então, desconhecida pelos defensores públicos e por outros profissionais que atuavam no campo das medidas de segurança fora dos muros dos hospitais.

Esse arranjo de juntar pessoas que deveriam estar em tratamento em uma penitenciária causou grande estranhamento e fez com que os defensores levantassem uma hipótese que logo se confirmaria em visitas à unidade prisional e também em fiscalização posterior, realizada pelo Conselho Regional de Psicologia – CRP e pelo Conselho Estadual de Direitos da Pessoa Humana – CONDEPE: pacientes mantidos de maneira irregular por todo o estado de São Paulo, agora estariam sendo mantidos de maneira irregular em um local específico para esse fim. A tal ala não contava com corpo médico ou técnico disponível para cuidar das necessidades de cuidado daquela população e, tão grave quanto isso, ela mantinha as mesmas características da maioria dos espaços penitenciários: superlotação das celas, ambiente insalubre com esgoto escorrendo no mesmo espaço onde os pacientes presos comiam e dormiam, infestação de pragas (como percevejos), equipe de segurança sem condições técnicas para lidar com sujeitos em sofrimento mental e nenhum projeto terapêutico estabelecido (o que era agravado pela ausência de prontuário de diversos sujeitos), embora muitos pacientes acusassem excessos na prescrição de medicação psiquiátrica. (Conselho Regional de Psicologia, 2015; Conselho Regional de Psicologia, 2016, Barros, 2018)

3. As estratégias de gestão dos sujeitos ingovernáveis

Através da reconstrução desses cenários e de sua análise, é possível compreender sobre que solo ideológico foram pensados e colocados em práticas modelos específicos de gestão pública dessas vidas em questão e também que campos de tensões e de lutas se constituem a partir desse contexto.

O primeiro aspecto que nos toma a atenção é o desejo de concentrar os loucos infratores. A ideia de trabalhar a questão de maneira centralizada aparece em diversos aspectos dessa história que se inicia por um desejo de concentrar os processos em uma única vara (e, assim, concentrar também o poder decisório sobre aquelas vidas) e culmina na concentração dos corpos a serem geridos, ainda que não se garanta um modelo de cuidado.

Essa **concentração** remonta aos desejos do Juiz, que podia observar e se inquietar diante das irregularidades iniciais – para ele apoiadas, em parte, na dispersão dos sujeitos ou dos processos que não estariam sendo adequadamente cuidados por seus juízes naturais. Assim, vai encontrando apoio junto ao Tribunal de Justiça e junto à SAP para tomar aqueles casos para si e dar os andamentos que ele julgasse mais adequados. Afirma que durante 3 anos, teria solicitado a disponibilização de um espaço para essa finalidade e que, diante do cenário de irregularidades e da necessidade de um novo fluxo de atendimento, encontrou o apoio necessário, oferecendo sua interpretação das normas de serviço e das leis de organização judiciária de São Paulo a quem podia apoiá-lo em seu projeto (Barros, 2018, p. 80).

A escolha do espaço na PIII se deu por sua proximidade em relação aos Hospitais de Custódia que poderiam oferecer sua estrutura e corpo médico quando necessário. Assim, entre março e abril de 2014, o espaço foi designado para concentrar quem ainda não tinha acesso garantido aos HCTPs. Com a determinação da SAP para que alguns raios fossem esvaziados para esse fim, em cerca de 1 mês foram feitas as transferências de aproximadamente 500 pessoas que revelaram ao Defensor, logo em uma primeira visita deste à unidade, que não compreendiam o que estava sendo proposto, pois haviam sido informados que iriam para um local de tratamento, mas encontravam-se em ambiente similar, em estrutura física e condições, ao de origem.

Para falar sobre a precariedade desse espaço bem como de sua implementação e manutenção, tomamos um termo empregado pelo Defensor em sua

entrevista: ele nomeia esse espaço de “*puxadinho*”⁷. Inicialmente é importante dizer que não há ato formal que nomeie a Ala da PIII para sua nova finalidade ou que especifique sua lógica de funcionamento. Não há indicação de quais seriam as adequações necessárias para que aquele espaço de encarceramento se tornasse um espaço de tratamento para pessoas em sofrimento mental; não existem especificações oficiais e de domínio público sobre a maneira mais adequada de administração daquele espaço ou seus requisitos mínimos para funcionamento. Não parece haver, enfim, interesse na publicização desses pontos ou na determinação dos contornos para o funcionamento da Ala Especial de Medidas de Segurança da PIII⁸.

O Juiz a define como uma “*obra divina*” e “*de alcance inimaginável*”, uma vez que ela também se presta a outros arranjos e intercâmbios. Ele justifica o emprego desses termos por sua serventia para receber pacientes dos HCTPs em situações emergenciais⁹ e também como algo que, à época da entrevista, ainda não estava em funcionamento, mas que fazia parte de seus projetos: um espaço de internação cautelar (ou seja, antes de um julgamento e de uma sentença) para usuários de drogas, para desintoxicação e realização de avaliação técnica para verificar se seria caso de “*prisão ou de saúde*” ou “*para quem tem suspeita de ser portador de doença mental*”. (Barros, 2018, p.102).

Sobre esses arranjos, o Juiz afirma ter chamado os processos para si e criado uma nova rotina de atuação, que ficou completa com a nomeação – feita também por ele – de peritos psiquiatras vinculados à SES para realização dos exames de verificação de cessação de periculosidade. Diz que deram conta de cada processo, um por um, exigindo e juntando os novos laudos, para que ele, o Juiz, pudesse arbitrar sobre o futuro de cada uma daquelas pessoas.

⁷ “Puxadinho” é popularmente definido como uma construção irregular, que se apresenta como uma extensão ou um anexo de um imóvel. É considerada uma construção informal e atribuída especialmente à população de baixa renda, uma vez que não prevê muito investimento, mas a resolução de um problema de espaço.

⁸ Esse material foi solicitado ao Juiz, que declarou que seriam documentos da SAP. Solicitamos então à SAP, através do Serviço de Informação ao Cidadão – SIC, em março de 2018, e recebemos apenas uma das versões do Termo de Cooperação Técnica para realização das perícias (que não oferece as informações solicitadas), o qual havia sido publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo em julho de 2017,

⁹ Como foram as enchentes que ocorreram nos HCTPs I e II de Franco da Rocha em 2011 e 2016 ou o incêndio que ocorreu também em 2016 no HCTP I. Esses eventos interditaram diversos pavilhões para manutenção e reconstrução e, durante esses períodos, muitos pacientes foram transferidos temporariamente para a PIII de Franco da Rocha. (ver Barros, 2018, p.100)

Tais práticas de especialização e de concentração configuram um campo *biopolítico*¹⁰ de governo das vidas. Não de quaisquer vidas, mas de vidas específicas com determinadas características que não se desejam livres. Por outro lado, também são essas práticas que criam condições para que novas lutas tomem lugar, sustentadas por outros modelos de pensamento e por práticas que busquem a garantia de direitos.

Partindo do documento gerado pela inspeção conjunta realizada pelo CRP e pelo CONDEPE na Ala da PIII – e se aproveitando de um período em que a atribuição pelas medidas de segurança havia sido novamente colocada para o município de Franco da Rocha (entre 2015 e meados de 2016), sob a responsabilidade de um juiz aparentemente mais permeável a uma discussão sobre cuidado e reforma psiquiátrica – o NESCS propôs uma **Ação Civil Pública – ACP** cujos objetivos iniciais eram a interdição da Ala Especial e a substituição do modelo de averiguação psiquiátrica da periculosidade do sujeito por uma avaliação biopsicossocial realizada por equipe multidisciplinar aos moldes da equipe de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei – EAP, equipe e procedimento previstos em uma portaria, à época, recém lançada pelo Ministério de Saúde (Portaria nº 94/2014¹¹), da qual o Estado de São Paulo era signatário.

Como desdobramento desse processo, foi agendada uma audiência de conciliação, na qual formalizou-se um Termo de Ajustamento de Conduta – TAC¹², assinado em fevereiro de 2016.

O NESCS idealizava que os exames passassem a responder a um único quesito: se haveria recurso extra-hospitalar, ainda que em tese, que pudesse oferecer atenção adequada àquele sujeito. O objetivo era de que fossem indicados encaminhamentos para cada caso, no âmbito do SUS, e que a internação compulsória se mostrasse, de

¹⁰ De acordo com Foucault (1999, 2008), foi a partir do séc. XVIII na Europa que a arte de governo alcançou um desenvolvimento expressivo com a emergência da população como objeto privilegiado de governo, para zelar por seu bem-estar e em defesa da vida. Serão os corpos dos indivíduos os novos alvos do poder que se exercerá em duas direções complementares: a do corpo máquina (disciplinas) e a do corpo espécie (biopoder), configurando uma biopolítica.

¹¹ O Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria nº 94/2014. O Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito do SUS. Ela prevê a criação de equipes interdisciplinares, as EAPs, compostas, no mínimo, por 5 profissionais, sendo um médico psiquiatra ou com experiência em saúde mental, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e um profissional com formação em ciências humanas, sociais ou de saúde. (Brasil, 2014)

¹² Assinado pelos diretores dos HCTPs e da PIII, coordenação de Saúde da SAP, SES, Defensores Públicos, Promotor de Justiça do município e Procurador do Estado e homologado pelo Juiz de Franco da Rocha.

fato, a última opção diante do esgotamento dos recursos da rede, como prevê a Lei da Reforma Psiquiátrica. No entanto, foi necessária uma grande flexibilização dessas ideias para que fosse viável alcançar denominadores comuns que permitissem algum avanço, ainda que pequeno, e a assinatura do Termo por todos os envolvidos.

O TAC definiu, por fim, que qualquer paciente que fosse incluído naquela ala deveria ser submetido à avaliação em até 60 dias e que ela deveria responder a três quesitos, tornando o documento um híbrido pré e pós reforma psiquiátrica: o nexo causal entre o quadro clínico e a prática do ato (que definiria ou redefiniria sua imputabilidade); a avaliação da periculosidade (se cessada ou persistente); e a existência de recurso extra-hospitalar, de acordo com o art. 4º da Lei 10.216/2001.

A proposta inicial de mudança de paradigmas, suprimindo o conceito de periculosidade e deslocando o objeto da avaliação, encontrou grande resistência não apenas por “estar na lei” a necessidade de avaliação da periculosidade, mas porque, como nos mostra Leonardis (1998), é exatamente o estatuto da periculosidade que garante a vinculação entre o saber psi e a justiça. Ele é condição de desenvolvimento do sistema de direito penal moderno, uma vez que na medida em que se reconhece o patológico ou a exceção, é possível estabelecer o padrão, a regra, o “normal”.

De modo geral, a psiquiatria endossa a certeza universal do direito porque, aceitando suas engrenagens de exceções, pode delimitá-las precisamente. Segundo a autora, a psiquiatria não pode substituir a justiça e seus poderes de julgar e sancionar, mas cabe ao saber psi a garantia da definição e do deslocamento daquilo que é incoerente em relação aos pressupostos racionalistas e universalistas da sanção, cabendo a ela o tratamento do resíduo “perigo”.

Ainda que se discuta a competência e a capacidade preditiva da psiquiatria em matéria de periculosidade social e o próprio conceito de periculosidade, ele segue operando no plano prisional. Assim, a coação continua sendo uma presença constante em suas práticas, principalmente diante de casos crônicos que denunciam certo fracasso do saber psi. (Leonardis, 1998, p.94)

O Juiz da 5ª VEC, a quem logo em seguida foi devolvida a atribuição de responder sobre os processos de medidas de segurança (e que não participou do TAC), avalia a ACP como “*o maior equívoco jurídico possível*”, atestando que ele próprio já havia criado uma rotina, nomeado peritos, chamado os processos para si e sido premiado (pelo instituto Innovare, sobre o que discutiremos mais adiante). Também defende que caberia a ele, o Juiz, a fixação do prazo para que a avaliação

fosse realizada, não cabendo o prazo mínimo determinado pelo TAC, e, por fim, critica duramente o que chamou de um mau uso da Lei nº 10.216 na proposição daquela ACP, no sentido de que seria difícil promover desinternações sem contar com a rotina estabelecida que se apoiava na concentração daquelas pessoas na Ala Especial.

Porque para eu cumprir a lei antimanicomial... eu tinha uma sentença impondo internação. Para retirar alguém da internação eu tenho que ter um exame, não tenho? Como é que eu ia fazer um exame com todo mundo no interior? Então foi realmente muita burrice. (trecho de entrevista com o Juiz, Barros, 2018, pg. 90)

Os exames psiquiátrico-forenses, realizados com o objetivo de prever – amparados pelo saber médico – quem são os virtualmente perigosos, aos quais os loucos criminosos são periodicamente submetidos, têm, em última instância, a função de informar no processo se o indivíduo segue perigoso ou não, se há a persistência ou a cessação da periculosidade no/do sujeito em questão.

Embora o exame inicial para a aplicação de uma medida de segurança – incidente de insanidade mental – seja pautado apenas na verificação de um diagnóstico psiquiátrico que o impediria total (inimputável) ou parcialmente (semi-imputável) de perceber o caráter ilícito de sua ação ou de se autodeterminar em relação a ela, a característica periculosidade vem acoplada a essa inimputabilidade, tornando-se o critério principal para o encerramento da medida de segurança.

Esses sujeitos ficam isentos de cumprir uma pena, mas são encaminhados para um tratamento compulsório que carrega uma estreita relação com a pena que seria aplicada para o ato de que são acusados, em detrimento de uma real avaliação de suas necessidades de cuidado e tratamento. Esse tratamento pode, portanto, ocorrer em “regime fechado”/internação em HCTP ou em “regime aberto”/tratamento ambulatorial com comprovação periódica ao juízo.

As medidas de segurança, então, por não serem uma pena com um tempo previsto para o seu cumprimento, apenas podem se encerrar baseadas na avaliação psiquiátrica que verificará a cessação dessa periculosidade presumida. Aqueles cuja periculosidade persiste devem permanecer compulsoriamente no hospital-prisão até que, diante de nova avaliação psiquiátrica possam ser considerados inofensivos e socialmente adaptados.

Para Mecler (2010) a psiquiatria se encarrega de avaliar virtualmente a estimativa de que novos crimes venham a ser cometidos e a liberdade ou o encarceramento nas instituições de internação ficam à mercê dessa análise, ainda que, em última instância, sejam determinados pelo juiz. Foucault (2014), no entanto,

vai qualificar esses peritos como “*juízes anexos*”, uma vez que a sentença que condena ou absolve deixa de ser apenas um julgamento da culpa, mas inclui uma apreciação da normalidade e uma prescrição técnica para uma normalização possível, cabendo a eles indicar qual o melhor caminho penal para aquele sujeito.

Sobre o papel do psiquiatra em matéria penal, Foucault (2014) vai afirmar que a ele cabe o papel

(...) de conselheiro de punição; cabe-lhe dizer se o indivíduo é “perigoso”, de que maneira se proteger dele, como intervir para modifica-lo, se é melhor tentar reprimir ou tratar. (Foucault, 2014, p.16)

O título de perito confere aos que se pronunciam e aos documentos que produzem um estatuto de cientificidade, cujos enunciados assumem um efeito de verdade e poder, diferente das provas legais no sentido em que eram entendidas pelo direito clássico, no final do séc. XVIII. Castel (1987) analisando a relação da Psiquiatria com a Justiça, aponta para o papel diagnóstico médico-psiquiátrico como uma referência de saber científico, uma expertise, essencial ao processo de tomada de decisões na medida em que serve como fundamento de legitimidade de uma temática cujo domínio escapa aos profissionais do campo das Leis. Se trata de uma divisão de trabalho entre os que avaliam e os que decidem.

Descritos como potencialmente perigosos, podem passar a ser submetidos à vigilância constante e preventiva, devendo ser neutralizados antes que possam hipoteticamente passar à ação. O desejo de neutralizar o indivíduo em questão justificaria alguns excessos, pois a partir da ideia de periculosidade seria sempre possível pensar que o sujeito poderia ter passado à ação caso não fosse antecipadamente impedido. (Foucault, 2014)

Ainda que há mais de 4 décadas, em 1974, a Associação Americana de Psiquiatria tenha ponderado que os médicos deveriam renunciar a julgamentos conclusivos nesse campo, por não se ter estabelecido, na psiquiatria, uma competência ou consistência científica no prognóstico da periculosidade, no plano operativo e prático este conceito parece ainda arquitetar respostas para inúmeras práticas, solucionando o campo objetivo no conjunto das leis e na instituição Manicômio Judiciário. Leonardis (1998) aponta a periculosidade como um conceito em crise no discurso científico e diante das práticas antimanicomiais, mas que claramente se sustenta como um instrumento para o controle social.

Foucault (2010) ao observar esse sistema de dupla partida médico-judiciário, classifica o exame médico-legal como “*ridículo*” (p.35) e não apenas estranho; um

instrumento que cumpre a função de costura, de ajuste institucional, entre o judiciário e o médico, através do qual tanto a psiquiatria quanto a justiça são adulteradas.

Foi com o objetivo de viabilizar a realização dos exames médico-legais para avaliar a persistência da periculosidade dos sujeitos mantidos na PIII que se promoveu uma forte ***Aliança entre a Justiça e a Psiquiatria***, que, como já apontamos, no contexto paulista começa a ser formalizada em 2008, ganhando contornos mais definidos diante da nomeação de peritos vinculados à SES em fevereiro de 2014, como parte do projeto de novos fluxos de trabalho, do qual faz parte a Ala Especial.

O Juiz conta que desde 2008 teriam iniciado articulações com a finalidade de aproximar as medidas de segurança das previsões da Lei 10.216/2001.

Ali começamos a plantar muita coisa. A gente começou a ter uma ligação maior com equipe, começamos a pensar em equipe multidisciplinar. Pela primeira vez, desde a vigência da LEP, o juiz começou a explicar, a conversar com o perito o que ele entendia por periculosidade. O perito começou a diferenciar o conceito médico. Então ali começou uma comunicação saudável. O processo, em razão da especialização, começou a andar melhor, porque a comunicação era melhor. É o que faz muito país com problemas de saúde mental. (trecho da entrevista com o Juiz, Barros, 2018, p. 94)

Ele também enaltece a figura de um Médico Psiquiatra¹³, o qual teria sido um de seus grandes parceiros na elaboração desse projeto, que foi figura central nas nomeações que ocorreram em 2014.

Naquele momento (2014) eu nomeei uma equipe de peritos capitaneados pelo Dr. Médico Psiquiatra – o Dr. Médico Psiquiatra também foi um anjo na história. A Segunda pessoa que apareceu e me apoiou com a ideia. (trecho da entrevista com o Juiz, Barros, 2018, p. 95)

O Defensor, no entanto, oferece outra interpretação sobre essa presença central dos arranjos estabelecidos que supostamente buscariam aproximação com a Lei da Reforma Psiquiátrica e a presença de profissionais de outras áreas técnicas:

Em São Paulo, quem assumiu isso foi o Dr. Médico Psiquiatra com uma equipe composta exclusivamente por psiquiatras, o que é muito ruim, porque afinal de contas isso desnatura completamente a própria ideia de EAP. Mas entre psiquiatra da SAP e o psiquiatra da Saúde, a gente achou que era, pelo menos, um passo à frente a Secretaria de Saúde começar a assumir essa demanda que é dela. (...) A gente já conhecia o Médico Psiquiatra, sabia que ele era uma pessoa conservadora, ideologicamente comprometida e etc. –

¹³ Este psiquiatra que vamos chamar ao longo do texto de Dr. Médico Psiquiatra é uma figura pública, vinculada à Sec. Estadual de Saúde, bastante presente neste e em outros arranjos políticos que envolvem sua área. Diante da relevância de sua participação torna-se importante destaca-lo em relação a outros médicos que atuaram nesse contexto.

Esse profissional foi diretor da Unidade Experimental de Saúde – UES, que consiste em equipamento público destinado a jovens autores de atos infracionais diagnosticados com Transtorno de Personalidade Anti-Social (ver Gramkow, 2011). Também é ex-perito em convênio da Fundação para o Bem-Estar do Menor – FEBEM com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica – NUFOR, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas. Atualmente é responsável pelo serviço de eletroconvulsoterapia na Santa Casa de Misericórdia, da qual estava afastado por ter assumido cargo político no campo da Saúde Mental.

mas os laudos vieram muito melhores do que eram os laudos de cessação de periculosidade produzidos no próprio hospital de custódia. A grande maioria, se eu não me engano uns 70% dos laudos, vinham pela cessação de periculosidade e, uma coisa importante, mesmo antes do período de 1 a 3 anos, que é o prazo mínimo das medidas de segurança. (trecho da entrevista com o Defensor, Barros, 2018, p. 96)

Apesar de assinalar a melhora na condição técnica dos laudos, o Defensor aponta para a ausência de coerência teórica na equipe responsável pelas avaliações dos pacientes. Isso ele também atribui à forma como foram estabelecidos os quesitos através do TAC, que dava abertura para que aparecessem num mesmo documento o conceito periculosidade e a Lei da Reforma Psiquiátrica, algo que seria teoricamente incompatível.

Você não consegue entender qual a linha ou qual movimento ou qual modelo de psiquiatria está sendo desenvolvido, porque alguns laudos parecem que foram feitos no séc. XVIII, alguns no séc. XIX, alguns no século XX e alguns até que estão adequados. E você vai ver quem assina o laudo é o mesmo psiquiatra¹⁴. Então o mesmo psiquiatra que em algum caso recomenda a internação de pelo menos um ano em HCTP – o que eu duvido que você consiga encontrar, na literatura mais recente, isso reconhecido como tratamento psiquiátrico –; por outro lado, esse mesmo psiquiatra, trazia num outro lado a ideia “há recursos extra-hospitalares, então essa internação, quando muito, deve ser episódica em casos de surtos e em hospitais gerais”. A gente vê que parece que teorias psiquiátricas acabam funcionando como uma caixinha de ferramentas que não necessariamente tem uma coerência interna. Então o psiquiatra olha para aquele paciente e escolhe uma ferramenta do menu, que não importa se é do século XV, XVI, XVII, XVIII ou XIX; ou se é alguma coisa mais recente. Porque há, não só uma certa subjetividade, mas uma certa arbitrariedade mesmo. Não só no diagnóstico que a gente já sabe que é bastante arbitrário, mas, sobretudo, na sugestão de encaminhamento e de tratamento desse paciente. (trecho da entrevista com o Defensor, Barros, 2018, p. 97)

É baseado nessa aliança que o Juiz afirma ter criado uma “verdadeira Corte de Saúde Mental”: uma Vara especializada em processos que envolvem questões de Saúde Mental, referência no estado; uma equipe de peritos psiquiatras de confiança dessa Vara, prontos para atuar em franca conexão com ela; um espaço onde pessoas com características processuais semelhantes podem ser concentradas. Ele afirma, sob um enfoque salvacionista que:

Muita coisa ainda está em andamento e em aprimoramento. O alcance é inimaginável. Hoje nós temos integração. Hoje a gente tem uma rede que controla, mas não no sentido de... aquela coisa do Estado Polícia, não. É o Estado Assistente. É um juízo realmente focado na questão da Saúde Mental. (trecho da entrevista com o Juiz, Barros, 2018, p. 97)

¹⁴ Cabe informar que tivemos acesso a 86 exames de verificação de cessação de periculosidade. Tais exames também haviam sido analisados pelo NESC e ajudam a justificar a afirmação de que eles seriam assinados pelo mesmo psiquiatra. Destes exames mencionados, 55,8% foram assinados pelo Dr. Médico Psiquiatra na condição de perito e 38,4% na condição de co-perito, somando 94,2% da amostra. Os exames em questão nos indicavam a atuação de um todo de 6 peritos/co-peritos.

Leonardis (1998) nos auxilia a compreender esse formato aparentemente confuso de gestão que se vale de modelos diversos para o controle daqueles que não cabem precisamente em lugar nenhum. Seria justamente esse caráter de ingovernabilidade o que vai dar forma a uma nova ordem de ameaça. O modelo de internação psiquiátrica vai perdendo, de modo geral, suas funções de coerção e “*segregação estática*” de seus ultrapassados modelos de confinamento duradouro, sendo substituído por um modelo “*dinâmico*” de funcionamento em circuitos. (Rotelli, 1990).

Cabe observar que toda desinternação de pacientes inseridos em manicômios judiciários é uma desinternação condicional, o que significa que a condição de sua liberdade encontra-se na comprovação periódica (geralmente mensal) de realização de tratamento ambulatorial compulsório pelo período mínimo de 1 ano, quando deve ser submetido a nova perícia com fins de encerrar sua medida, que, a depender de sua condição, pode ser prorrogada por mais um ano.

O controle da Justiça interfere na lógica de cuidado que pode ser ofertada pelo serviço da rede, da mesma forma que quaisquer intercorrências que fujam de um ideal de vinculação entre paciente e serviço – que inclui se afastar ou se desentender com a equipe, abandonar o tratamento ou deixar de fazer uso da medicação prescrita – podem ensejar uma recaptura do paciente pelas instituições fechadas

O defensor define esse sistema como uma malha punitiva que se retroalimenta das mesmas pessoas. Um formato de gestão que impede que elas consigam, de fato, sair do circuito das medidas de segurança, uma vez que qualquer “*fato indicativo de periculosidade*” durante o período da desinternação condicional pode ensejar seu retorno ao manicômio; como se dissessem “*qualquer coisa que você pareça maluco no curso desse um ano, você será reinternado*”, num paralelo à regressão de regime penal. Sob uma atenta supervisão dos saberes psi e da justiça, define-se para esses sujeitos ingovernáveis que o preço da liberdade está na normatização e na docilidade na vinculação com a rede ambulatorial (muitas vezes incapaz de responder aos seus anseios).

Nesse formato de circuitos transinstitucionais – que se desenha entre setores psiquiátricos, sanitários, assistenciais e judiciais, cada um com suas estruturas e saberes especializados – os manicômios representam um ponto de passagem que, embora recorrente, tende a ser de menor duração em relação a outros tempos. Nessa circulação, os hospitais psiquiátricos, incluindo os de custódia, absorvem aquilo que

extrapola as respostas das diversas redes de serviços, como um “*resíduo institucional*” (Leonardis, 1998). Assim, a gestão em circuito ou a transinstitucionalização será a resposta “inovadora” diante da reedição da noção de periculosidade.

É denominado resíduo por ser aquilo que escapa, que não encontra lugar nas redes socioassistenciais, familiares, comunitárias; cuja complexidade não pode ser reduzida a um único código institucional. Trata-se de uma subjetividade que se expressa através de indivíduos concretos; sujeitos que demandam cuidados para si e, ao mesmo tempo, rechaçam qualquer tipo de tutela, as normas que elas incorporam, o pertencimento e as codificações.

Leonardi (1998) defende que há algo de ameaçador nesse circular uma vez que o resíduo não mais permanecerá excluído, mas passa a ocupar espaços dentro do campo social: uma periculosidade que, assim como a enfermidade mental, se socializou. Assim, anuncia que a periculosidade social, nos códigos institucionais da interação entre Psiquiatria e Justiça, vai se transformando em um contexto “*situacional*”. O sujeito não é visto como intrinsecamente perigoso, mas dentro de um contexto ou dentro de um tecido de relações e condições no qual está inserido.

A Corte de Saúde Mental de São Paulo foi nacionalmente reconhecida quando, em 2016, lhe foi atribuído um prêmio oferecido anualmente pelo Instituto **Innovare**, que é uma associação sem fins lucrativos que busca identificar, premiar e divulgar práticas do Sistema de Justiça no Brasil que estejam contribuindo para a modernização, a democratização ao acesso, a efetividade e a racionalização deste. Anualmente, diversas práticas são premiadas a partir da análise dos projetos inscritos, privilegiando os critérios de eficiência, qualidade, criatividade, exportabilidade, satisfação do usuário, alcance social e desburocratização, visando incentivar uma mobilização nacional em favor da modernização da Justiça. (Instituto Innovare, sem data)

O Projeto para as medidas de segurança do qual falamos foi inscrito como Projeto de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica no Estado de São Paulo – PJUR e premiado na categoria Justiça e Cidadania. O Juiz, durante a entrevista, faz algumas menções orgulhosas sobre ter sua prática premiada pelo “*maior prêmio que a Justiça brasileira pode receber*”.

Através do documento de inscrição para concorrer ao prêmio – a inscrição foi realizada pelo Médico Psiquiatra sobre quem já falamos – podemos ter uma ideia mais clara sobre sua estrutura. A prática é inicialmente descrita como um “*projeto de*

melhoramento das execuções das medidas de segurança, em conjunto com o fortalecimento de ações periciais e de assistência em saúde". Aponta para a especialização da 5ª VEC e para o convênio estabelecido entre SES e SAP, criando a possibilidade de realização de "mutirão" de avaliações de cessação de periculosidade para aqueles que aguardavam pelas vagas de internação nos HCTPs; explica os avanços alcançados com a eliminação das filas para realização dos exames – apresentando uma média de 500 perícias realizadas por ano – e informa que, entre os pacientes avaliados, mais da metade – 55% – teria recebido a indicação para tratamento ambulatorial. (Prêmio Innovare, 2016)

Ele assinala a criação, em 2013, de uma "Central de Atenção ao Egresso e Família – CAEF Pós Custódia¹⁵ e Ambulatório Forense" a partir de um esforço conjugado entre Tribunal de Justiça, SAP e a Santa Casa de São Paulo, onde se estruturou a unidade. Afirma que esse serviço, que, segundo ele, ainda estava em fase de consolidação de sua rotina à época da inscrição, complementa o trabalho pericial por antecipar a política nacional, referindo-se à Portaria nº 94/2014 do Ministério da Saúde. Ele explica através do documento de inscrição que

A unidade objetiva auxiliar o Poder Judiciário no acompanhamento da medida de segurança ambulatorial, direcionar o paciente psiquiátrico comum e de baixo risco para a rede de saúde mental do Sistema Único de Saúde quando possível e criar modelo psi-jurídico para o Estado de São Paulo, focado nas práticas baseadas em evidência e na promoção da cidadania e inclusão social das pessoas privadas de liberdade com transtornos mentais. (Prêmio Innovare, 2016)

Sobre a contribuição dessa prática para o aperfeiçoamento da Justiça – que é um dos itens a serem preenchidos no ato da inscrição – aponta para a celeridade dos procedimentos através da boa comunicação entre uma equipe coesa (o que ele afirma se aproximar dos modelos do Canadá e do Reino Unido de "Mental Health Courts"); para a possibilidade de uniformização dos laudos psiquiátricos; para a opção de um local de encaminhamento dos casos de desinternação condicional; e que o Projeto facilitaria a implementação das Equipes de Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, as EAPs¹⁶, conforme prevê a Portaria nº 94/2014.

¹⁵ Apesar da existência da CAEF pós-custódia, ela não chegou a ser nomeada durante as entrevistas. Ela também não atendia à época, a integralidade dos casos de desinternação ou tratamento ambulatorial. Sua atribuição era acompanhar o cumprimento das desinternações condicionais de pacientes referenciados à rede da capital ou região metropolitana, mas conhecemos diversos casos que não chegaram a acessar aquele serviço.

¹⁶ No estado de São Paulo, a única EAP em atividade teve sua equipe definida e nomeada apenas entre maio e outubro de 2018 e passou a atuar no "monitoramento e rastreamento" (sic.) dos casos desinternados

Para analisarmos esse contexto a partir de tal premiação é importante olhar para uma outra prática premiada também no campo das medidas de segurança. Trata-se do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI, premiado pelo Instituto Inovare, em 2009, na categoria Ministério Público. O PAILI consiste em uma nova interpretação das medidas de segurança a partir do advento da Lei nº 10.216/2001, e foi instituído no ano de 2006, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

Partindo do pressuposto legislativo de que a medida de segurança não possui caráter punitivo, o programa abandona o caráter exclusivo de segurança pública, delegando ao SUS, espaço democrático de atendimento a esses pacientes, o cuidado com a população em sofrimento mental em conflito com a lei, através da implementação da reforma psiquiátrica nesse campo historicamente marcado pela violação de direitos fundamentais. (Silva, 2010)

Sem a existência de hospitais de custódias ou instituições análogas, no Estado de Goiás os processos de execução das medidas de segurança seguem na competência da Justiça, mas os médicos e equipes psicossociais das unidades de serviços ambulatoriais e das clínicas conveniadas ao SUS passam a ter autonomia para definir as necessidades terapêuticas dos pacientes, retirando essa atribuição das mãos do juiz. À equipe do PAILI – formada por técnicos vinculados à Secretaria de Saúde – resta a importante responsabilidade de acompanhar o tratamento, mantendo contato com as famílias e fazendo a interlocução e a articulação com o sistema de Saúde Mental.

Quando, durante a entrevista, o Juiz nos apresenta seu projeto, destacando as parcerias para a criação da Ala e para os demais arranjos que se fizeram possíveis a partir dela, ele pontua algo bastante significativo para a análise desse contexto.

A Ala Especial eu considero uma obra divina. O (Diretor da PIII) fala que ele foi diretor de presídio no interior e que ele tinha doente mental que ele nem contava que fosse para o hospital de custódia. E que hoje, ele sendo diretor da PIII, que ele se sente honrado com isso. Que ele veio aqui contribuir para solucionar um problema seríssimo da execução penal. (trecho da entrevista com o Juiz, Barros, 2018, p.110, grifo nosso)

Para compreender quão significativa é essa colocação, podemos analisa-la juntamente com a apresentação do PJUR, quando o Médico Psiquiatra inicia sua inscrição para o Prêmio Inovare afirmando se tratar de um “*projeto de melhoria das execuções das medidas de segurança*”. Para além disso, as informações

condicionalmente. Em reunião realizada em setembro/2019, a equipe, composta por 5 profissionais conforme previsto na Portaria nº94/2014, informou que acompanhava, naquele momento, cerca de 300 casos.

fornecidas pelo Juiz durante a entrevista dão conta de que praticamente foi solucionada a “questão da fila”, reconhecida por todos como um problema, alvo de tantos questionamentos e disparador de ações que transformaram o cenário paulista das medidas de segurança num campo de lutas pautadas em saberes e poderes psis e jurídicos.

É curioso que o cenário paulista das medidas de segurança tenha ganhado um prêmio equivalente (o mesmo prêmio) ao que foi atribuído ao cenário goiano que rompeu efetivamente com a lógica carcerária-manicomial, construindo, de fato, outros circuitos e outras possibilidades de existência em liberdade para seus loucos infratores. Enquanto a inovação premiada pelo PAILI consiste em uma *mudança de paradigma da execução* das medidas de segurança, colocando no centro de suas ações o sujeito em sofrimento mental, pensando a garantia de direitos fundamentais e o atendimento em liberdade; o PJUR direciona seus esforços no sentido de solucionar o *problema da execução* das medidas de segurança, materializado pelos pacientes que inicialmente estavam dispersos e mantidos de maneira irregular no Sistema Penitenciário comum e que, na sequência, passaram a ser concentrados – ainda sem garantia de cuidado e atenção em saúde mental – em novas alas ainda em condições muito semelhantes.

O Projeto inova, portanto, nas tecnologias de gestão dessa população através da (re)organização dos aparatos e das alianças psi-jurídicas. Em última instância, isto é o que é apresentado como ponto central do projeto que visa resolver o problema da execução e que foi premiado como prática inovadora.

Apesar das referências à Lei da Reforma Psiquiátrica e da menção explícita à Portaria nº 94 do Ministério da Saúde, diante do que foi relatado e observado, podemos afirmar que o Estado de São Paulo, ao invés de prescindir dos manicômios judiciários, ainda se apoia neles como centro de uma política pública violadora de direitos, idealizando novos espaços de concentração e segregação de sujeitos indesejáveis ao convívio social.

Por fim, merece destaque algo que foi disparador das inquietações que culminaram neste trabalho: a seleção de pessoas compondo um *perfil* daqueles que são submetidos às medidas de segurança e que vem justificar diversas das estratégias de gestão dessas vidas.

Desde as primeiras visitas do GT aos manicômios judiciários pudemos perceber a inserção de aparatos de controle mais intensos, que ofereciam à

instituição, cada vez mais, a feição de cadeia, com suas estratégias de controle e segregação. Também acompanhamos a divisão física dos internos, que era justificada pela necessidade de separar pacientes com histórico de uso/dependência de drogas (que muitas vezes carregavam outras histórias de vivência carcerária) dos demais pacientes, o que já havia sido noticiado pelo relatório de inspeção do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura – MNPCT

Os homens que estão internados na Unidade Masculina I têm um perfil significativamente diferente das características asilares tradicionais, uma vez que parte relevante foi submetida à medida de segurança por causa de um quadro de uso de drogas. Assim, são homens jovens e com menor nível de escolaridade. (Brasília, 2015, p. 5)

As narrativas de nossos entrevistados também localizam o crescimento dessa população nas instituições manicomiais no sistema penitenciário, atribuindo justificativas diversas para tanto. O Defensor aponta para uma perigosa estratégia de defesa de muitos advogados que buscam vincular práticas de roubo, furto ou mesmo de tráfico à dependência química, de forma que sugerem que seus clientes se autodeclarem usuários/dependentes com a ilusão de que serão encaminhados a um tratamento ao invés de cumprirem uma pena de condenação. Junto a isso aponta para uma má aplicação da Lei de Drogas, de 2006¹⁷. Essa lei, segundo ele, oferece um discurso diferenciador entre traficante (alvo de combate e repressão) e usuário (alvo de atenção e reinserção social) que, embora busque descriminalizar o porte para uso pessoal, também é chave para aumentar a pena pelo tráfico de drogas, o que reflete em todo o Sistema Penitenciário, inclusive em seus manicômios.

A Lei define que

Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atentarà à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente. (Art. 28, inciso 2º, Brasil, 2006)

Assim, ao contrário de possíveis critérios objetivos, temos como um dos focos as *circunstâncias sociais e pessoais do agente*; critérios interpretativos que criam a possibilidade para ampla especulação, capaz de subsidiar as decisões do juiz a partir de estereótipos. (Scisleski et al, 2013)

¹⁷ Lei Federal nº11.343, de 2006, que “Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências (Brasil, 2006)

O Juiz, por sua vez atribui o aumento dessa população no circuito das medidas de segurança à falência ou à falta de instituições como o Estado, a família, a educação e a falta de autoridade, considerando este um contexto causador de adoecimento mental:

A privação, a sensação de falta de organização, o lixo na rua, a falta de governo, a falta de Estado, a roubalheira. Isso tudo causa mais problema mental sim. Eu não tenho dúvida. E a droga principalmente. A droga principalmente! (trecho da entrevista com o Juiz, Barros, 2018, p. 122)

Podemos observar, então, um deslocamento da lógica de cuidado para a lógica de encarceramento manicomial das pessoas usuárias de drogas, que se estrutura através dos mecanismos de interpretação legal, respaldados pelo saber psiquiátrico. É importante pontuar que essa forma de operar não se inscreve apenas na letra fria da lei, mas em suas diversas possibilidades de aplicação, que se organizam em nome de uma lógica social que está a serviço da segregação (ou da eliminação) de uma população que causa incômodos importantes e que é alvo de políticas de Estado que respondem a uma suposta necessidade de proteção do corpo social contra aqueles sujeitos indesejáveis ao convívio.

A intervenção da justiça, em especial da justiça criminal, ocupa o posto de garantir a compulsoriedade de inclusão desses sujeitos nas instituições fechadas (manicômios, cadeias, centros de detenção provisória), deixando à margem a potencialização das redes e a responsabilização do poder público por fortalecer políticas que sejam efetivamente voltadas às necessidades e à garantia de direitos dessa população. Pitch (2003) defende que o sistema de justiça penal e os recursos sociais – Saúde e Assistência Social – operam num processo de referências recíprocas, produzindo um intercâmbio entre elas e num contínuo jogo de retroalimentação.

Na medida em que o funcionamento em circuito aciona mecanismos de desresponsabilização das redes, podemos encontrar nas internações compulsórias diferentes composições entre um *modelo de tutela*, evocado nas redes sociais pelo abandono dessa população, e um *modelo de custódia*, operado pelo sistema de justiça em face à periculosidade social. Esse modelo de aprisionamento que se compõe nas sutis fronteiras entre o abandono e a periculosidade são sustentados por discursos que autorizam as internações diante da falência das instituições familiares e da rede de atendimento e que se alternam – e, por vezes, se sobrepõem – com aqueles que apontam para o potencial ameaçador de uma determinada população

(que ofereceria riscos para si e para a sociedade), justificando tais práticas de segregação. (Pitch, 2003)

Não há, no entanto, mecanismos formais que sustentem a permanência eterna dessa população de usuários de drogas nos manicômios judiciários e alas especiais, visto que, quando são submetidos aos exames de cessação de periculosidade, já se encontram, muitas vezes, abstinentes e organizados para o convívio em sociedade e, assim, são postos – ainda sob tutela da Justiça – para circular pelos serviços da rede de atenção, como pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Comunidades Terapêuticas, Centros de Acolhida, Serviços de Residência Terapêutica, entre outros. Sair dos manicômios judiciários ou das alas especiais não significa, portanto, sair desse circuito do qual essas instituições são parte integrante e, mesmo quando elas são acessadas, o manicômio, como parte do circuito, não abandona o horizonte de possibilidades.

Se não conseguimos, no entanto, definir quem sai desse circuito (por entendermos que ele, da forma como se organiza, não possui uma saída efetiva), o Juiz nos oferece algumas pistas, ao falar sobre as desinternações condicionais, sobre quem dificilmente será colocado para fora das internações; aqueles que apresentam significativamente reduzidas suas possibilidades de fazer até mesmo essa transposição de dentro para fora dos muros dos hospitais-prisões para experimentar outros pontos desse continuum.

A soltura condicionada vem com uma gama de informações que permitem assegurar tanto a equipe quanto o juiz. Tanto que a gente não... Graças a Deus!... Vou bater aqui... nenhum maníaco foi... (...) Te garanto, só está recolhido em hospital de custódia, casos que não tem jeito, (...) que não dá pra jogar na rua... As pessoas que... Ela tá aqui, se você abrir a porta, ela vai atacar alguém. É uma coisa da natureza, que não tem como fazer. Ela precisa ser medicada para ficar amainada. (trecho da entrevista com o Juiz, Barros, 2018, p.130)

Assim, os sujeitos usuários de drogas são incluídos nos circuitos, mas ainda não se pôde, como regra, captura-los pela lógica atemporal das internações, como se faz com outros grupos. Fica claro que esses sujeitos têm sido alvo dessa política de Estado, o que se mostra através de todas as indicações sobre as mudanças do perfil e da lógica de gestão das instituições. No entanto, essas mesmas políticas de Estado ainda não encontraram formas consistentes de justificar essa suposta periculosidade permanente para mantê-los nos manicômios judiciários na condição de reféns da justiça em sua aliança com a psiquiatria.

Enquanto determinado tipo de paciente – os que apresentam quadros mais cronificados devido aos longos períodos de institucionalização ou aqueles que supostamente sairiam atacando pessoas na rua, de acordo com os relatos do Juiz – tende a não encontrar as portas de saída dos manicômios, os usuários de drogas ocupam de maneira mais integral esse circuito complexo (e completo) que os permite circular por dentro e por fora dos muros do Sistema Penitenciários, sem nunca, de fato, estarem completamente livres desses equipamentos de contenção, mesmo alcançando outros pontos desse circuito também composto por equipamentos de Saúde e Assistência Social.

4. Referências Bibliográficas

BARROS, A. S. **Trajetória de Criação da Ala Especial de Medidas de Segurança na Penitenciária III de Franco da Rocha**: o circuito da periculosidade. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

BRASIL. **Lei 11.343/2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. **Portaria nº 94/2014**. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, 2014b.

BRASÍLIA. **Relatório de Visita ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Professor André Teixeira Lima” – HCTP I**. Brasília: Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, 2015.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos**: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Publicações**: Notícias – Defensoria Pública de SP pede interdição da ala psiquiátrica na Penitenciária III de Franco da Rocha, 2015. Disponível em: <http://www.crpsp.org/site/fique-de-olho-interna.php?noticia=1107&titulo=Defensoria%20P%20Fablica%20de%20SP%20pede%20interdi%20E7%E3o%20da%20ala%20psiqui%20E1trica%20da%20Penitenci%20E1ria%20III%20de%20Franco%20da%20Rocha>.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Relatório de Inspeção da Campanha Estadual de Direitos Humanos do CRP SP** – Locais de Internação para Pessoas em Cumprimento de Medida de Segurança, 2016.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **Segurança, Território, População**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: história da violência nas prisões. 42ªed. Petrópolis,RJ: Vozes, 2014.

GOMES, C. De forma irregular, cadeias abrigam centenas de "loucos infratores". **Carta Capital**, Sociedade, 04 de ago de 2014. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/de-forma-irregular-cadeias-abrigam-centenas-de-loucos-infratores-4820.html>. Acesso em: ago/2016.

GRAMKOW, Gabriela. **Fronteiras psi-jurídicas na gestão da criminalidade juvenil**: o caso Unidade Experimental de Saúde. 2012. 278 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

INSTITUTO INNOVARE. **O Instituto**, (Sem data). Disponível em: <http://www.premioinnovare.com.br/sobre>

LEONARDIS, O. Estatuto y figuras de la peligrosidad **social**. Entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. **Revista Ciencias Penales**. N. 4, Montevideo, 1998, p. 429-449

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993.

MECLER, K. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. In: **Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo: v. 20, n. 1, p. 70-82, abril/2010.

PITCH, T. **Responsabilidades limitadas**: actores, conflitos y justicia penal. Buenos Aires: Ad-Hoc, 2003.

PRÊMIO INNOVARE. **PJUR – Programa de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica no Estado de SP**. Inscrição, 2016. Disponível em: <http://premioinnovare.com.br/praticas/pjur-projeto-de-psiquiatria-forense-e-psicologia-juridica-no-estado-de-sp>

ROTELLI, F. A instituição negada. In: NICÁCIO, F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

SILVA, H. C. Reforma Psiquiátrica nas Medidas de Segurança: a experiência goiana do PAILI. In: **Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo: v. 20, n. 1, p. 122-125, abril/2010.

SCISLESKI, A. et al. Polícias em Saúde: quem tem medo do usuário de drogas? In: **Rev. Polis e Psique**, v.3, n.3, p. 106-124, 2013.