

HOSPITAIS-PRISÃO

NOTAS SOBRE OS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS DE SÃO PAULO



PASTORAL
CARCERÁRIA

“Estive preso e vieste a visitar”

HOSPITAIS-PRISÃO: NOTAS SOBRE OS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS DE SÃO PAULO

Relatório produzido pelo
Grupo de Trabalho Saúde Mental
e Liberdade Pastoral Carcerária
da Arquidiocese de São Paulo



São Paulo
Agosto de 2018



PASTORAL CARCERÁRIA

“Estive preso e vieste me visitar”

Coordenação da Pastoral Carcerária da Arquidiocese de São Paulo

Coordenação Nacional da Pastoral Carcerária

Pe. Valdir João Silveira *Coordenador Nacional*

Pe. Gianfranco Graziola *Vice-coordenador Nacional*

Ir. Petra Silvia Pfaller *Coordenadora Nacional para a questão da Mulher Presa*

Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade

Ana Carolina Sá de Faria

Andrea Saraiva de Barros

Caio Mader

Catarina Pedroso

Cristina Garcia Senlle

Fábio Mallart

Francisco Crozera

Luisa M. Cytrynowicz

Maria Orsi Cembranelli

Monike de Oliveira Rocha

Sara Vieira Antunes

Diagramação

George Victor Schall

SUMÁRIO

- 13 1. Introdução: um convite ao debate
- 17 2. Saúde Mental e Liberdade: formação e consolidação do grupo de trabalho
- 21 3. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: onde entram os hospitais de custódia?
- 25 4. Medida de segurança: mecanismos e fluxos
 - 25 — 4.1. Portas de entrada
 - 28 — 4.2. Indeterminação temporal e periculosidade
- 33 5. Hospitais-prisão: as unidades de cumprimento de medida de segurança
 - 34 — 5.1. “Professor André Teixeira Lima” – HCTP I
 - 37 — 5.2. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II – HCTP II
 - 38 — 5.3. “Dr. Arnaldo Amado Ferreira” – HCTP de Taubaté
- 41 6. Arranjos institucionais: a emergência de alas psiquiátricas nas prisões
- 45 7. Dinâmicas manicomiais
 - 45 — 7.1. Medicamentalização: punição e desorientação
 - 48 — 7.2. Perfil populacional: ressonâncias com o sistema carcerário
 - 49 — 7.3. A chamada dependência química
 - 52 — 7.4. Sobre atividades cotidianas, eventos e fachadas
 - 53 — 7.5. Entre o dentro e o fora: o efeito “porta giratória”
- 57 8. Restrições aos “olhares de fora”
- 61 9. Considerações finais
- 64 10. Referências Bibliográficas

AGRADECIMENTOS

O Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade agradece e dedica este relatório às pessoas privadas de liberdade nos manicômios judiciários e nas demais unidades prisionais do estado de São Paulo. Esperamos que este documento, fruto de intensa troca com essa população ao longo dos últimos anos, possa lhes ser de alguma serventia.

À Coordenação Nacional da Pastoral Carcerária e à Coordenação da Pastoral Carcerária da Arquidiocese de São Paulo em São Paulo, pelo imenso suporte e incentivo ao trabalho do GT, sobretudo ao Pe. Valdir João Silveira por apostar no trabalho desenvolvido e por generosamente transmitir a sua experiência ao grupo.

Para Margaret Gaffney e Heidi Cerneka, lutadoras incansáveis da Pastoral Carcerária, que muito antes do GT existir já dedicavam as suas energias aos internos e internas dos hospitais de custódia. À Fernanda Matsuda por participar do processo de elaboração do relatório quando de seu início, cuja contribuição foi essencial para o produto final.

O presente relatório é fruto de um longo trabalho coletivo. Agradecemos às pessoas que fizeram parte da caminhada do GT em diversos momentos, especialmente à Nice Rocha, Maria Lucia, Pe. Júlio Gotardo, Camila Ribeiro, Gláucia Almeida, Fernanda Matsuda, Luísa Luz, Marília Fernandez, Priscila Rodrigues e Andrea Lua. Obrigado pela dedicação e parceria!

Às entidades e aos profissionais parceiros, com quem mantemos contínua interlocução e com quem travamos uma luta conjunta.



“

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão (...) A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

”

*(Manifesto de Bauru, dezembro de 1987 –
II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.)*

APRESENTAÇÃO

O lema da Pastoral Carcerária está no Evangelho: “Estive preso e vieste Me visitar”. No mesmo capítulo 25 de Mateus, Jesus afirma: “Cada vez que o fizestes a um desses meus irmãos mais pequeninos, a Mim o fizestes”. Isso implica encontrar a face de Jesus no rosto de cada excluído: é o próprio Jesus quem está preso, marginalizado e maltratado pela sociedade.

Tendo isso como pedra fundamental de seu trabalho, a Pastoral Carcerária tem o compromisso com a defesa da vida e da dignidade das pessoas consideradas portadoras de transtornos mentais que se encontram depositadas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e, alarme-se, no sistema prisional comum.

A Igreja não se omite frente a essa realidade e nos ensina que “todo processo evangelizador envolve a promoção humana” (CELAM, 2007)¹. Neste sentido, convoca todas as pastorais e membros das comunidades a julgarem a realidade à luz da fé, tendo em conta a Palavra de Deus, o Magistério e a Doutrina Social da Igreja.

É em atenção a esse chamado de Cristo e da Igreja que se constituiu o Grupo de Trabalho (GT) “Saúde Mental e Liberdade” da Pastoral Carcerária da Arquidiocese de São Paulo, que atua em ambiente de confinamento de pessoas provenientes de uma realidade marcada pela pobreza, desigualdade, preconceito, discriminação, injustiça e exclusão.

O Antigo Testamento expressa que Deus criou todos os seres humanos à Sua imagem e semelhança e, portanto, toda pessoa “reflete algo da grandeza e dignidade de uma Realidade Absoluta, que as religiões judaico-cristãs chamam de Deus” (cf. Gn 1, 27). Isso significa garantir a igualdade em dignidade de todas as pessoas, criadas à imagem de Deus.

¹ No mesmo sentido, sobre a ação da Igreja, o Documento de Puebla, 1270-1272: “A declaração dos direitos fundamentais da pessoa humana, hoje e no futuro, é e será parte indispensável de sua missão evangelizadora”.

A Doutrina Social da Igreja (DSI), no capítulo III parágrafo 34, nos diz que “a revelação em Cristo do mistério de Deus como Amor trinitário é também a revelação da vocação da pessoa humana ao amor. Tal revelação ilumina a dignidade e a liberdade pessoal do homem e da mulher, bem como a intrínseca sociabilidade”². É Deus presente na pessoa humana em toda a profundidade: “Deus mesmo, uno e trino, é comunhão do Pai, do Filho e do Espírito Santo”.

A Trindade é diversa na unidade e una na diversidade. Portanto, assim como Deus é um só em três Pessoas, mas com atributos próprios, cada ser humano é universalmente igual na dignidade, mas com particularidades que manifestam ampla e rica diversidade. É a garantia da igualdade, respeitando e defendendo as particularidades.

A passagem de Fl 2, 6-8 exprime que Jesus Cristo “estando na forma de Deus” tornou-se “semelhante aos homens e reconhecido em seu aspecto como um homem”. Isto posto, por meio da Encarnação do Verbo, Jesus assume a condição humana - comportando também as suas fraquezas e limitações - para cumprir o plano salvador de Deus. Assim, Ele também foi categorizado, estigmatizado e criminalizado, assim como os pequenos e excluídos de outrora e de hoje.

O Evangelho, por excelência, é um programa inclusivo (CNBB, 2005, n. 314). Nele, as pessoas com deficiência e transtorno mental ocupam lugar de destaque, visto que são beneficiárias da atenção e da atividade libertadora de Jesus³. O sentido evangélico das curas promovidas por Jesus significa a presença libertadora de Deus junto às multidões necessitadas e que clamam por vida em plenitude. Ou seja, é a promoção da vida e a recusa de tudo o que agride a criação divina, incluindo os sistemas ideológicos que submetem as pessoas mais vulneráveis às classificações arbitrárias e violentas de suas identidades e subjetividades.

Dando destaque a isso, em 1995, a Campanha da Fraternidade, promovida pela CNBB, tematizou “A Fraternidade e os Excluídos”, voltando a atenção para os que ainda não tinham sido contemplados com empenho exclusivo por Campanhas anteriores. Partindo da menção feita pela Conferência Episcopal Latino-americana de Puebla de feições sofredoras de Cristo na América Latina⁴, a Campanha tratou dos rostos dos excluídos: moradores de rua, idosos, encarcerados, prostituídos, doentes, pessoas que vivem com o vírus HIV, pessoas com deficiência, *dependentes químicos*, desempregados e outros⁵.

Nos idos dos anos 2000, a Pastoral Carcerária de São Paulo deu um primeiro passo ao constituir um grupo específico para acolher e acompanhar as pessoas consideradas com transtornos mentais custodiadas pelo Estado. Formado por agentes pastorais, psicólogos, profissionais do direito, da saúde pública e da própria Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de SP, o grupo pautou em várias instâncias do governo e da sociedade civil o grito de socorro dessas pessoas. Mas, por vários motivos, a equipe se desfez. Por um tempo, a Igreja ficou distante dessa população, o que escondeu ainda mais a situação desumana à qual essas pessoas estão entregues.

2 (JOÃO PAULO II, 1988).

3 Apenas para exemplificar, Mt 15, 30-31 narra a cura de coxos, cegos, aleijados, mudos e muitos outros; Mc 8,23-25 narra a cura de um cego em Betsaida; Lc 13, 11 narra um caso de deformação da coluna vertebral de uma mulher corcunda há dezoito anos, que não podia levantar a cabeça.

4 (CNBB, 1994, p. 31-39).

5 (PEREIRA; RIBEIRO, 2014).

O presente relatório marca a retomada de uma missão – o trabalho do GT “Saúde Mental e Liberdade” da Pastoral Carcerária, composto por agentes pastorais, mulheres e homens, comprometidos com a promoção da dignidade humana e com a defesa da vida. Mesmo enfrentando incontáveis desafios, próprios da missão pastoral, o GT assumiu ser presença fraterna junto às pessoas privadas de liberdade, orientado pela Palavra de Deus, pela Doutrina Social e pelo Magistério da Igreja. No cotidiano do seu trabalho, as mulheres e homens que animam o GT são instrumentos de Deus na atenção, no consolo, na esperança de inclusão e na ajuda da autonomia social destes irmãos e irmãs que vivem nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e no sistema carcerário comum.

Para a espiritualidade que guia a Igreja e a Pastoral Carcerária, a promoção da dignidade de toda pessoa e da pessoa toda é um imperativo da fé em Jesus Libertador e Ressuscitado que, em Sua vida, fez clara opção pelo fim de toda e qualquer opressão e pela libertação dos cativos⁶. O que importa é a condição humana, própria de todos, a qual deve ser elevada ao mais alto nível de dignidade.

Agradeço a este grupo, voluntariamente comprometido, que não desiste perante tantos desafios e barreiras encontradas para a realização deste trabalho, que tem como objetivo o **fim de todos os manicômios**, completamente inserido na luta antimanicomial. Este relatório é um dos frutos desse trabalho, tão bem elaborado e de grande ajuda para a transformação dessa realidade. A perseverança, a dedicação e a fidelidade ao compromisso assumido por vocês enche de alegria toda a Igreja e renova o ardor pela causa que move todos nós - Povo de Deus comprometido com um mundo mais igualitário e justo; comprometido com **um mundo sem cárcere!**

Pe. Valdir João Silveira
Coordenador Nacional da Pastoral Carcerária – CNBB



INTRODUÇÃO

um convite ao debate

O presente relatório, baseado em ações desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade, da Pastoral Carcerária da Arquidiocese de São Paulo, debruça-se sobre o funcionamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) de São Paulo. Tendo em vista que tais instituições não operam isoladas, também serão consideradas as dinâmicas manicomiais e prisionais presentes em outros espaços de restrição de liberdade.

Na medida em que se trata de espaços institucionais fechados ao olhar externo – recobertos de certo segredo –, sendo que tal invisibilidade não é produto do acaso, mas o efeito deliberado das próprias políticas de Estado, um dos objetivos deste relatório consiste em lançar um pouco de luz sobre corpos, espaços, práticas, discursos e saberes que enredam e produzem essas instituições.

Todavia, antes de abordar a operação cotidiana de tais HCTPs, algumas marcações que atravessam o texto do início ao fim tornam-se necessárias. Vinculados à Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) do Estado de São Paulo, os três hospitais de custódia deste estado são destinados às pessoas que cumprem *medidas de segurança*. Essa categoria captura os sujeitos cujos crimes não lhes podem ser outorgada a responsabilidade, uma vez que são compreendidos como “portadores de transtorno mental” pelo discurso médico-jurídico. Sendo assim, tais sujeitos passam a cumprir *medida de segurança* em hospitais de custódia, ao invés de uma pena em presídios comuns.

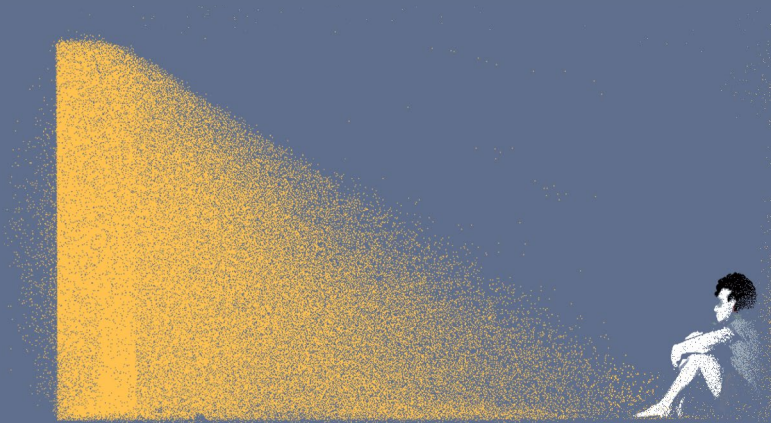
De partida, é importante observar que se trata de instituições nomeadas como *hospitais*, mas submetidas aos mecanismos e procedimentos da Secretaria de Administração Penitenciária, espaços nos quais a lógica carcerária se conjuga às práticas, discursos e saberes da saúde, sobretudo, psiquiátricos. Locais que abrigam, teoricamente, pessoas em sofrimento psíquico, numa junção – uma espécie de híbrido – entre duas das grandes instituições históricas voltadas para o controle de determinadas parcelas da população: as prisões e os manicômios.

Uma vez que o presente relatório é resultado, essencialmente, das experiências de visita, este não se propõe a apresentar o que deveriam ser os hospitais de custódia ou mesmo o que o ordenamento jurídico determina em relação ao seu funcionamento. O enfoque adotado busca compreender como o sistema de justiça criminal, e as medidas tomadas por seus múltiplos atores, incidem nos corpos e nas vidas de homens e mulheres que se encontram confinados nesses *hospitais-prisão*. Trata-se de abordar as dinâmicas de funcionamento tal como elas se apresentam na prática, a partir dos relatos das pessoas lá custodiadas e das observações de visita da Pastoral Carcerária, e não como deveriam ser ou como gostaríamos que fossem.

Entre outros deslocamentos, a adoção dessa perspectiva implica, por exemplo, em não se referir às pessoas custodiadas nos HCTPs apenas como meros pacientes – o que seria reconduzir o discurso institucional como se, de fato, estes estivessem submetidos apenas ao tratamento. Se tais instituições operam como *hospitais-prisão*, conjugando lógicas carcerárias e manicômiais em um mesmo espaço institucional, aqueles que são por elas capturados emergem como *pacientes-detentos*, da mesma forma que os medicamentos psicotrópicos utilizados parecem operar na chave *tratamento-disciplina*.

Se o caminho adotado para a construção deste relatório é o funcionamento das instituições “na ponta”, ao longo do texto mobilizam-se narrativas de internos e funcionários, tendo como objetivo central conferir materialidade aos espaços descritos. A escolha por não identificar indivíduos se deve à leitura de que as mazelas observadas dentro dos muros não são de responsabilidade de uma ou outra pessoa, embora bem saibamos que determinadas condutas individuais – e aqui nos referimos ao corpo funcional – têm influência, por vezes decisiva, no destino das pessoas internadas. Porém, o enfoque aqui adotado privilegia as lógicas, as estruturas e os mecanismos que sustentam tais espaços.

Nas próximas linhas não se pretende esgotar o debate, mas, ao contrário, clarificar algumas questões que seguem de fora das pautas de discussão de agentes do campo da saúde, da assistência social e até mesmo de movimentos antimanicômiais que – por motivos distintos – desconhecem ou desconsideram o que se passa nessas instituições. Acima de tudo, os capítulos apresentados trazem percepções e elaborações de quatro anos de existência do Grupo de Trabalho (GT) Saúde Mental e Liberdade, trazidas a público como sistematização desses anos de atuação e como um convite ao debate e à luta.



SAÚDE MENTAL E LIBERDADE

formação e consolidação do grupo de trabalho

A Pastoral Carcerária, em função de seu trabalho dentro das unidades prisionais, sempre teve conhecimento acerca da realidade dos internos que cumprem *medida de segurança* em instituições de confinamento ao redor do país, apesar de, até alguns anos atrás, não ter uma atuação específica – e estratégica – direcionada para tal população.

Foi a partir de visitas realizadas aos HCTPs de São Paulo, assim como em unidades do sistema penitenciário, que surgiu a iniciativa de questionar tal realidade de maneira mais incisiva. Buscou-se, então, o estabelecimento de diálogos com atores de instituições parceiras, bem como do sistema de justiça criminal (juízes e defensores).

Tendo em vista a invisibilidade que caracteriza os hospitais de custódia, no início de 2014 formalizou-se a constituição de um Grupo de Trabalho coordenado pela Pastoral Carcerária da Arquidiocese de São Paulo, formado por representantes da Ouvidoria da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, do Centro de Atendimento Multidisciplinar da Regional Criminal da Defensoria Pública de São Paulo (CAMCrim), do Conselho Regional de Psicologia (CRP) de São Paulo e do Instituto Terra, Trabalho e Cidadania (ITTC). Todas e cada uma dessas organizações contribuíram, à sua maneira, para que a ideia de formar um grupo de trabalho se transformasse em ação.

Desde então, o GT Saúde Mental e Liberdade, que atualmente conta apenas com membros da Pastoral, realiza visitas frequentes aos hospitais de custódia de São Paulo, tendo como objetivo o oferecimento de assistência humanitária e religiosa, garantida às pessoas confinadas por meio de *normativas* nacionais e internacionais, tais como a Constituição Federal⁷, a Lei de Execução Penal⁸ e a Declaração Universal dos Direitos Humanos⁹.

7 Art. 5º, VII – é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva.

8 Art. 41 - Constituem direitos do preso: (...)VII - assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa.

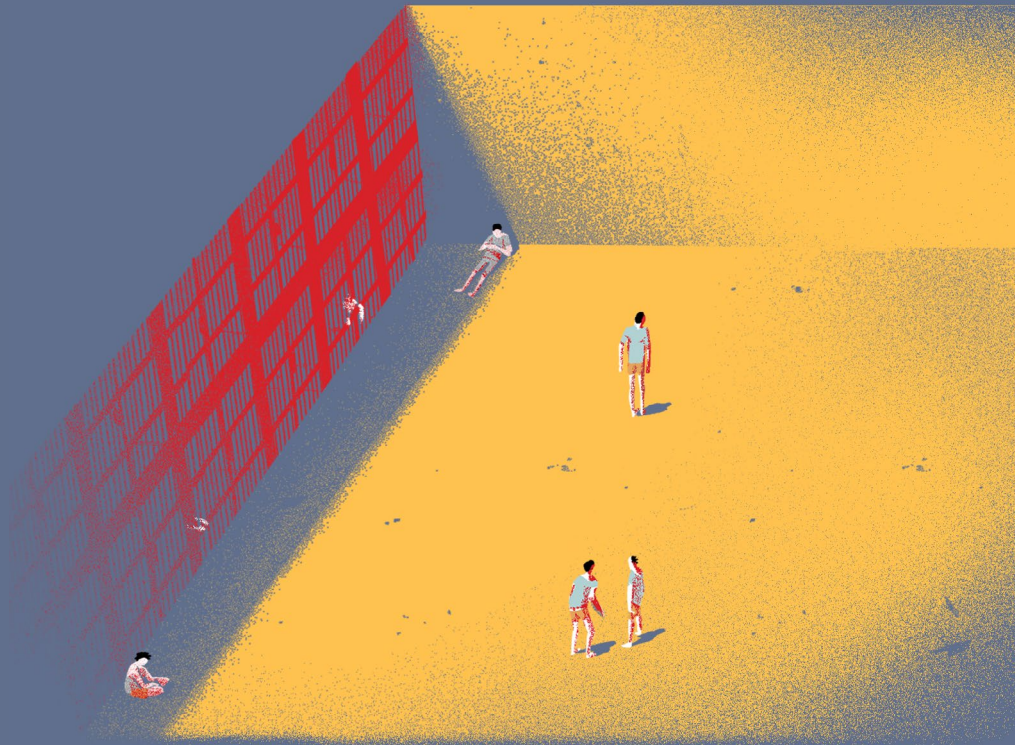
9 Art. 18º - Toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito implica a liberdade de mudar de religião ou de convicção, assim como a liberdade de manifestar a religião ou convicção, sozinho ou em comum, tanto em público como em privado, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pelos ritos.

Ressalta-se que a Pastoral Carcerária entende que tal assistência deve, necessariamente, envolver a escuta e a observação das condições materiais e espirituais das pessoas privadas de liberdade, bem como dar seguimento a eventuais denúncias de violações de direitos, demandas jurídicas, contatos com familiares etc. Dessa forma, durante as visitas são realizadas observações dos distintos espaços institucionais, conversas com internos e funcionários, trabalhos de espiritualidade, encaminhamentos de casos aos setores de serviço social e enfermagem, dentre outras ações. Tais visitas buscam atender o maior número de pessoas e acessar o maior número de espaços, embora ocorram frequentes restrições que, conforme será discutido adiante, dificultam a realização do trabalho.

Se os integrantes do Grupo de Trabalho consideram fundamental a observação sobre os espaços de internação, assim como as conversas e o contato com os vários atores que transitam por esses locais, vale dizer que as ações propostas não se restringem ao lado de dentro dos muros, uma vez que a lógica asilar e punitiva, que enreda esses espaços faz-se presente para além deles. No entanto, considera-se urgente ventilar o que ocorre nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Sabe-se pouco, fala-se pouco, grita-se pouco em relação à persistência desses espaços de internação.

Desse modo, para além de visitas sistemáticas, o GT realiza reuniões frequentes entre os seus membros, a fim de consolidar as observações realizadas, encaminhar as demandas dos *pacientes-detentos* e refletir sobre o encarceramento hospitalar. Ademais, debates e discussões com entidades da sociedade civil organizada, pesquisadores, trabalhadores da saúde e outros interessados na temática também já foram realizados. Desta mobilização, surgem articulações com os mais variados atores do poder público e da sociedade civil, bem como ações que visam construir outros horizontes políticos, com o intuito de somar ao debate sobre a questão de saúde mental.

Em sintonia com movimentos da luta antimanicomial, o GT Saúde Mental e Liberdade compartilha da crítica ao uso amplamente disseminado em nossa sociedade das instituições de privação de liberdade, estratégicas no controle de parcelas específicas da população consideradas como desviantes, indesejáveis e perigosas. Ademais, em total alinhamento político com a luta da Pastoral Carcerária por um *mundo sem cárceres*, materializada em sua Agenda Nacional Pelo Desencarceramento¹⁰, o Grupo de Trabalho também argumenta que os HCTPs, como tantos outros espaços de contenção, retroalimentam ciclos de violência.



A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

onde entram os hospitais de custódia?

A existência de *manicômios judiciais*, nome pelo qual também são conhecidos os HCTPs, é contestada por aqueles que, acompanhando mudanças nas políticas destinadas às pessoas consideradas com transtorno mental, entendem que esta população deve ser contemplada com o acesso a serviços comunitários de saúde, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

No Brasil, ainda que novas iniciativas tenham ganhado corpo desde a década de 1980, foi apenas em 2001 que a Lei Federal 10.216, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, foi aprovada. A proposta, em ressonância ao que ocorreu em outros países e que, em parte, reflete a luta de movimentos antimanicomiais acerca das instituições asilares, cujo funcionamento é baseado em internações de longo prazo, propõe a substituição das práticas de internação por outros tipos de serviços, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e as oficinas e residências terapêuticas. Ao invés do confinamento que, como atestado historicamente, implica em diversas situações de violência, reivindica-se o tratamento em meio aberto, a autonomia dos pacientes e o convívio social mais amplo (Melo, 2012; Barros, 2013).

Contudo, se os motes primordiais dos movimentos ligados à luta antimanicomial pautavam justamente a desinstitucionalização, os tratamentos junto à comunidade e a reintegração sociofamiliar, a realidade existente nos manicômios judiciais evidencia um dos limites da Reforma Psiquiátrica, uma vez que tais espaços continuam mantendo pessoas encarceradas em ambientes degradantes, que atualizam a lógica manicomial.

Em um contexto de encarceramento massivo, aqueles e aquelas que se encontram em *medida de segurança*, cumprindo uma espécie de tratamento-pena em *hospitais-prisão*, permanecem invisíveis à nova política, bem como esquecidos por parte de movimentos da sociedade civil organizada que, nesse sentido, apenas reconduzem tal invisibilidade. Soma-se a isso a repulsa que as pessoas consideradas como doentes mentais em conflito com a lei ocupam em nossa sociedade, sendo classificados e produzidos como *loucos-infratores*, efeito de dois saberes-poderes: o psiquiátrico e o jurídico-penal.

Embora esse relatório não tenha como objetivo apresentar propostas de substituição dos manicômios judiciários, sublinha-se que, antes de qualquer discussão dessa natureza, é imperativo entender que o combate à malha jurídico-psiquiátrica na qual os *pacientes-detentos* estão enredados não deve se ater apenas à substituição de espaços, mas ao enfrentamento de lógicas¹¹.

Ademais, o fechamento de antigos espaços de confinamento – que sequer foi totalmente realizado nos últimos anos – não elimina lógicas manicomiais que, ainda sob outros procedimentos, parecem se reatualizar em novos equipamentos e práticas da chamada *rede substitutiva*.

Em Sorocaba, por exemplo, cidade localizada no interior de São Paulo, chama a atenção que antigos diretores de manicômios venham assumindo serviços da nova rede de assistência de saúde mental¹². Não se trata aqui de culpabilizar indivíduos, mas de compreender que este é apenas um dos possíveis canais através dos quais as lógicas manicomiais avançam para além dos antigos muros. Da mesma forma, se os CAPS representam avanços na direção do tratamento junto à comunidade, é preciso notar que estes, salvo exceções, juntamente com a rede de atenção primária, tornaram-se polos de distribuição de psicofármacos que, em regiões marcadas pela pobreza e precariedade, são prescritos em resposta aos problemas sociais da população¹³.

Diante desse quadro, deve-se focar na crítica aos aparelhos e leis em sua existência prática, evitando apontar supostos culpados de deturpar o que está previsto no papel. O ponto, nos parece, é compreender o que faz com que um sistema erroneamente classificado como falido – mas que do ponto de vista da gestão das desigualdades e do confinamento da pobreza é um sucesso – se mantenha e se perpetue. É por esse motivo que a busca de uma resposta pontual para a substituição dessas instituições somente a partir de seu fechamento pode contribuir para a criação de arranjos renovados de uma mesma lógica. Fechar as portas de entrada dessas instituições, alargando as portas de saída, sem dúvida, constitui um passo relevante. Contudo, também é preciso estarmos atentos para aquilo que será proposto em seu lugar.

11 Aqui faz-se importante salientar apenas que, na esteira das discussões da Reforma Psiquiátrica e do Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP, o Ministério da Saúde – através da Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014 – institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, um serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei através de equipes interdisciplinares (as EAPs) que deveriam ser compostas minimamente por um médico (psiquiatra ou com experiência em Saúde Mental), um psicólogo, um assistente social, um enfermeiro e mais um profissional com formação em ciências sociais ou da saúde. Suas atribuições básicas seriam fazer o acompanhamento técnico das *medidas de segurança*, realizar as conexões necessárias entre o sujeito, os serviços de saúde – com ênfase nos serviços da rede pública ambulatorial – e a justiça, e contribuir para a realização da *desinternação* progressiva dos pacientes, apoiando-se nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No entanto, o que podemos observar no Estado de São Paulo é a existência de uma equipe de médicos psiquiatras – nomeados a partir de um termo de cooperação técnica entre as Secretarias Estaduais de Administração Penitenciária, de Segurança Pública, de Saúde e o Tribunal de Justiça – com a incumbência de realizar perícias (os exames de *cessação de periculosidade*) e apontar possibilidades de tratamento.

12 <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/em-extincao-manicomios-podem-voltar-disfarcados-7374.html>

13 Estudos realizados pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp evidenciam que, se por um lado, houve avanços na Reforma Psiquiátrica, por outro, vê-se a hipermedicação de pacientes pertencentes às classes menos favorecidas. Sobre isso, ver: <http://www.unicamp.br/unicamp/ju/530/pesquisas-revelam-hipermedicacao-de-pacientes-com-transtorno-mental>.



“

*Dizem que não tem prisão perpétua,
mas sabe onde tem aqui no Brasil? É aqui.*

”

Interno do HCTP I, ala masculina).



“

*Tudo que acontece na vida deles vai para
o relatório deles para o judiciário”*

”

*Funcionário do setor administrativo
de um dos HCTPs.*

MEDIDA DE SEGURANÇA

mecanismos e fluxos

A permanência de pessoas nos hospitais de custódia se dá por meio de alguns mecanismos que serão brevemente explorados no decorrer desta seção. Trata-se das portas de entrada, isto é, as diversas maneiras que o sistema de justiça encontra para inserir alguém em um manicômio judiciário, e do instituto da *periculosidade*, ou seja, o suposto perigo que a pessoa representaria para a sociedade caso estivesse em liberdade.

A *desinternação*, como veremos, depende da constatação da *cessação da periculosidade*, o que implica na indeterminação do período que a pessoa ficará confinada. Aqui, novamente, a sobreposição entre as dimensões criminal e psiquiátrica redundam em uma indefinição temporal que marca decisivamente a experiência de quem passa por um hospital de custódia.

4.1 Portas de entrada

A partir das visitas realizadas pelo GT Saúde Mental e Liberdade foi possível observar a existência de distintas situações processuais, evidenciando os canais que desembocam no interior dos três hospitais de custódia existentes no estado de São Paulo. São elas: I) *medida de segurança* atribuída pela absolvição imprópria; II) conversão da pena de prisão em *medida de segurança*; III) determinação de tratamento ao preso em cumprimento de pena; IV) internação provisória; V) outras *teses* forjadas para a manutenção da prisão, ainda que sem qualquer processo regular de execução penal.

Há diversos mecanismos através dos quais o confinamento das pessoas internadas se mantém, mesmo sem a previsão legal, de modo que não faria sentido mencionar, aqui, apenas as formas expressamente previstas em lei para a entrada nos HCTPs. Limitar-se à previsão legal seria – em outras palavras – desviar o olhar em relação ao que essas instituições apresentam como funcionamento ordinário.

Por outro lado, não se trata de estabelecer distinções entre formas legais e ilegais de

entrada e permanência, uma vez que a situação dos *hospitais-prisão* enquanto espaços de tortura estrutural, tal como será abordado no decorrer do relatório, impede a consideração de qualquer forma de legalidade, independentemente da porta de acesso.

Seguem, adiante, os canais que levam homens e mulheres para dentro dos muros.

I) *Medida de segurança* atribuída pela absolvição imprópria

Para que o judiciário condene alguém pela prática de um crime, é necessária, em tese, a constatação de que o autor tinha capacidade de entender a ilicitude do fato e determinar-se de acordo com esse entendimento. É isso que caracteriza o que se denomina de *imputabilidade*. Em casos nos quais o indivíduo é diagnosticado com alguma “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado”¹⁴, o que o tornaria incapaz de saber e controlar seus atos, conclui-se pela *inimputabilidade*, gerando a isenção da pena. Esse processo é chamado de absolvição imprópria. Nesses casos, o juiz deixa de aplicar a pena, mas aplica uma *medida de segurança*, que pode ser a internação em hospital de custódia ou tratamento ambulatorial em meio aberto¹⁵.

Vale lembrar que, para constatar a *inimputabilidade* ao longo do processo criminal, qualquer uma das partes (juiz, defesa ou acusação) pode solicitar a instauração do *incidente de insanidade mental*, procedimento através do qual o acusado será avaliado por um psiquiatra. Mesmo se o laudo psiquiátrico acusar doença mental ou incapacidade causada por outros fatores, a aplicação da medida não é automática: o juiz deverá aplicá-la se entender que ficou comprovada ao longo do processo a ocorrência do delito, bem como a autoria.

Uma vez aplicada a *medida de segurança*, o juiz determinará o período mínimo de internação de um a três anos, sem, contudo, qualquer previsão de cessação da medida (o caráter da indeterminação temporal será abordado adiante).

II) Conversão da pena de prisão em *medida de segurança*

Dispõe o art. 83 do Código Penal que “quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz (...) poderá determinar a substituição da pena por *medida de segurança*”. Assim, estão incluídos nesses casos os sujeitos que estavam cumprindo pena, porém, no decorrer do cumprimento da pena, tiveram sua conversão em *medida de segurança*. Tal substituição não leva em conta o tempo de pena ao qual a pessoa havia sido condenada, tampouco o período desta já cumprido. É determinado período mínimo de um a três anos de internação, e o processo de execução segue como uma *medida de segurança* “comum”. Não é raro que o sujeito a quem se considera

14 Art. 26 do Código Penal Brasileiro (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm).

15 Em certos casos, mesmo com a determinação de tratamento ambulatorial, a pessoa é encaminhada a um HCTP. De acordo com o documento *A Custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil – Censo 2011*, de Débora Diniz, no “HCTP II-Franco da Rocha, 4% (6) das pessoas internadas cumpriam *medida de segurança* de tratamento ambulatorial” (p. 326). O documento encontra-se disponível na íntegra em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO_CustodiaTratamentoPsiquiatrico.pdf>.

que “sobreveio doença mental ou perturbação da saúde mental” seja mantido no hospital de custódia para além do tempo de pena ao qual havia sido inicialmente condenado.

III) Determinação de tratamento ao preso em cumprimento de pena

É possível, também, que o preso em cumprimento de pena seja encaminhado a um dos hospitais de custódia para a realização de um suposto tratamento por período determinado. Assim, após uma passagem pelo estabelecimento, o preso é reavaliado para que ou retorne à unidade prisional na qual cumpria pena, ou tenha o pedido de conversão da pena em *medida de segurança* formalizado em seu processo de execução. Esses casos, assim como os trabalhados nos pontos (IV) e (V), são registrados nos HCTPs como *trânsito*, ou seja, que não têm uma vaga regular no interior do estabelecimento.

IV) Internação provisória

Entre as medidas cautelares previstas pela Lei 12.403/11, consta a internação provisória, medida restritiva de liberdade tal como a prisão provisória, mas voltada àqueles classificados pelos peritos como inimputáveis e semi-imputáveis, nos casos de crimes praticados com violência ou grave ameaça e com risco de reiteração. A lei não prevê de que forma se dará a constatação de *inimputabilidade* ou *semi-imputabilidade*, tampouco a averiguação do risco de reiteração, procedimento que se torna ainda mais questionável ao considerarmos que o ato sequer foi julgado, logo, sequer teve autoria e materialidade confirmados.

V) Outras *teses forjadas para a manutenção da internação*

Não são raros os internos que não se enquadram em nenhuma das situações descritas e, no entanto, se encontram nos HCTPs. Dentre esses casos estão aqueles em que, embora a *medida de segurança* já tenha sido extinta, há uma determinação genérica do juiz para que o tratamento prossiga em hospital comum ou, então, quando há uma suposta preocupação da unidade com relação ao interno, que faz com que o tempo de espera por vagas em outras instituições – na prática, inexistentes – ocorra nos próprios *hospitais-prisão* por tempo indeterminado¹⁶.

Mesmo reconhecendo que a soltura de alguém que passou anos apartado do convívio social é uma situação complexa, por conta dos efeitos da institucionalização, as preocupações com um suposto cuidado não podem, em hipótese alguma, justificar a manutenção de seu confinamento para além da extinção da *medida de segurança*. Além disso, existem casos nos quais uma interdição civil (isto é, a declaração de incapacidade da pessoa de comandar seus

16 Em 2011, havia 55 indivíduos no país com a *medida de segurança* extinta e que eram mantidos “em regime asilar de restrição de direitos” (p. 16), de acordo com o relatório *A Custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil – Censo 2011*, de Débora Diniz, já citado anteriormente.

atos na vida civil, o que enseja a nomeação de um curador que proteja e exerça seus interesses e administre seus bens), que não tem qualquer relação com as medidas restritivas de liberdade impostas no âmbito penal, é utilizada para legitimar a perpetuação do aprisionamento de quem não tem uma pena ou *medida de segurança* para cumprir. Não há nada que justifique, do ponto de vista legal, que alguém interditado civilmente permaneça confinado. Ainda assim, há pessoas nestas condições internadas nos hospitais de custódia.

Ora, trata-se de manobra jurídica que tem como objetivo a continuidade desses sujeitos nas dependências dos HCTPs, por mais que a *medida de segurança* tenha cessado. Tais casos, além de evidenciar aberrações jurídicas quando se trata de manter confinados *pacientes-detentos*, demonstra a dificuldade da equipe psicossocial dessas instituições em articular a saída de tais sujeitos junto aos equipamentos que constituem a rede de saúde e assistência, cujo funcionamento, em muitos casos que acompanhamos, também se mostra ineficaz e resistente quanto à acolhida dessa população específica.

4.2 Indeterminação temporal e periculosidade

Conforme apontado anteriormente, na determinação da *medida de segurança* é definido o prazo mínimo, mas não o máximo de internação. Portanto, a *medida de segurança* não dispõe de um limite temporal pré-determinado tal como a pena, podendo prolongar-se durante anos conforme os laudos psiquiátricos e as decisões do judiciário¹⁷.

O entrelaçamento entre o jurídico e os “saberes psi” produz efeitos controversos: se, por um lado, a *medida de segurança* é determinada por conta do crime atribuído ao sujeito, por outro, a sua soltura só é possível após a chamada *cessação de periculosidade*, ou seja, a constatação de que o indivíduo não oferece mais riscos à sociedade. Se o critério da prisão, que, por vários meios, pode transformar-se em *medida de segurança*, é o suposto crime praticado no passado, o término da medida depende de um laudo psiquiátrico que ateste a cessação do suposto perigo, fundamentado através de argumentos questionáveis e imprecisos. Nesse sentido, a soltura daqueles submetidos às *medidas de segurança* não é avaliada a partir do que, supostamente, estes teriam feito no passado, mas, a partir de um cálculo sobre aquilo que eles podem vir a fazer. Ora, como é possível avaliar as chances de qualquer pessoa vir a cometer algum ato considerado criminoso no futuro?

Ao final do período mínimo de internação, deve ser realizada a primeira avaliação do interno da qual resultará o referido laudo de *cessação de periculosidade*, que pode sugerir

17 O levantamento feito por Débora Diniz apurou que o tempo médio de cumprimento da *medida de segurança* era de sete anos para os dois HCTPs de Franco da Rocha e de cinco anos para o de Taubaté (pp. 330, 343 e 357).

a *desinternação* ou então a manutenção da internação¹⁸. O *paciente-presos* em *medida de segurança* só obtém a *desinternação* após a decisão favorável do juiz, sendo-lhe facultativa a indicação do laudo. Em geral, as avaliações da equipe técnica¹⁹, depois do período mínimo de internação determinado pelo juiz, ocorrem anualmente, prazo que não encontra respaldo jurídico ou terapêutico.

Ressalta-se ainda que o Código Penal (art. 75) determina que o tempo de cumprimento de pena restritiva de liberdade não pode exceder trinta anos. Apesar de não estar expressamente previsto na legislação, o Supremo Tribunal Federal (STF) entende que tal limite se aplica também às *medidas de segurança*. O teto de trinta anos de internação impediria a aplicação de penas perpétuas.

Ademais, a Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça (STJ) determina que “o tempo de duração da *medida de segurança* não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”. Assim, as *medidas de segurança* não poderiam ter duração maior do que a pena máxima a ser aplicada ao delito em questão, de modo a impedir tratamento ainda mais severo ao inimputável do que seria dado ao imputável em relação ao mesmo crime. Não é o que se observa nos HCTPs, nos quais é comum a presença de pessoas internadas por períodos mais longos do que os previstos nas penas dos crimes pelos quais foram sentenciados.

Ademais, não é apenas a custódia estendida indefinidamente que caracteriza as penas perpétuas. As marcas indelévels deixadas pelos HCTPs, como a deterioração da saúde física e psíquica, o rompimento dos laços familiares, o afastamento do convívio social e a impossibilidade de construir horizontes de vida e trabalho extramuros, não deixam de simbolizar os traços de uma pena interminável, sem contar os casos de destituição do pátrio poder, os quais impedem a retomada de laços com os próprios filhos e filhas.

Destaca-se que a *desinternação* é um processo progressivo, realizado através das chamadas Visitas Domiciliares Assistidas (VDAs), saídas temporárias em que os internos deixam a unidade por períodos temporais que aumentam progressivamente para ficarem

18 Em julho de 2010, o Conselho Federal de Psicologia publicou a Resolução nº 009/2010, que regulamenta a atuação do psicólogo no sistema prisional e estabelece princípios a ser seguidos por este profissional. Nesta, é “vedado ao psicólogo que atua nos estabelecimentos prisionais realizar exame criminológico e participar de ações e/ou decisões que envolvam práticas de caráter punitivo e disciplinar” (Art.4). Em nota publicada pelo CFP, em 27/07/2010, justifica-se que:

“os Conselhos de Psicologia têm claro que este exame nunca contribuiu para o desenvolvimento de políticas de continuidade, ou seja, acompanhamento do preso ou atendimento psicológico. Ao contrário, ele leva à substituição de acompanhamento sistemático e contínuo dos indivíduos pela simples rotulação, que pode beneficiar ou prejudicar os sujeitos, sem que contribua com soluções para os problemas identificados pelos profissionais psicólogos – presentes no comportamento dos indivíduos, mas também no contexto, na sociedade, nas relações em que cada ser está inserido. Ademais, o exame criminológico gera expectativas reducionistas e simplistas quanto à possibilidade de prever o comportamento futuro do preso, visto que o comportamento é fruto de um conjunto amplo e diversificado de determinantes”. Posteriormente, em 25 de maio de 2011, foi publicada a Resolução 012/2011, que proíbe a elaboração de prognóstico criminológico de reincidência, a aferição de *periculosidade* e o estabelecimento de nexos causais a partir do binômio delito-delinquente. O CFP posicionou-se no sentido de que o conceito de *periculosidade* não encontra respaldo na ciência psicológica, mas advém do campo jurídico criminal e que tal instrumento seria algo voltado exclusivamente à suposta defesa social, violando direitos e garantias. Não obstante o posicionamento da categoria, a resolução 012/2010 foi suspensa por decisão proferida pela Justiça da 1ª Vara Federal de Porto Alegre frente a uma ação civil pública movida pelo Ministério Público Federal. [NOTA: <https://site.cfp.org.br/nota-sobre-a-resolucao-cfp-que-ao-regulamentar-a-atuacao-do-psicologo-no-sistema-prisional-impede-a-realizacao-do-exame-criminologico-pela-categoria/>]

19 Os laudos, conforme relatos dos funcionários dos HCTPs, são feitos por equipes multidisciplinares. No caso do HCTP I de Franco da Rocha, o laudo é feito conjuntamente por psiquiatras, profissionais de serviço social e técnicos do setor educacional. Já em Taubaté, além dos profissionais de serviço social e psiquiatria, a equipe de segurança também compõe a elaboração do laudo.

junto de seus familiares, sendo o comportamento avaliado pelo hospital. Caso as visitas ocorram sem maiores problemas, aumentam as chances de *desinternação*.

Além disso, para que a internação seja completamente extinta, é previsto um processo de *desinternação condicional*. Durante o período de um ano, a pessoa libertada, caso pratique “fato indicativo de persistência de sua *periculosidade*”, pode ser obrigada a retornar aos hospitais de custódia, tendo que passar novamente por todo o processo de avaliação psiquiátrica para uma nova soltura.

Nesse período de *liberdade condicional* – e o termo não é aleatório, mas, antes, simboliza a ressonância com o sistema prisional – é recorrente que o “ex-interno” seja obrigado, por decisão judicial, a comprovar o comparecimento nos atendimentos ambulatoriais realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ou ainda, que tais serviços produzam relatórios mensais que atestem a participação nas atividades do serviço. Ao estabelecer um atendimento compulsório, o judiciário perverte a lógica das políticas de saúde mental, que respeitam – ou pelo menos deveriam respeitar – o desejo da pessoa de ser acompanhada ou não pela equipe terapêutica, bem como a possibilidade da equipe estabelecer a forma e a periodicidade do acompanhamento. De outra parte, os próprios funcionários dos serviços de saúde mental são impedidos de exercer princípios básicos de suas atividades, tais como confidencialidade e construção de vínculo de confiança com os usuários, ao serem enquadrados em uma função de avaliação e controle. Assim, vê-se que os CAPS passam a operar como extensões dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e isso ocorre sob as determinações do judiciário.

As VDAs, bem como a *desinternação* através do processo de *liberdade condicional*, são apenas dois dos mecanismos que remetem à progressão de regime típica do cumprimento de pena, importados e incorporados ao cumprimento das *medidas de segurança* como marcas do entrelaçamento entre o manicomial e o penal.

Por fim, destaca-se que há possibilidade de extinção da *medida de segurança* por meio do indulto²⁰. Nos indultos decretados ao longo dos últimos anos há previsão de extinção da *medida de segurança* quando, independentemente da constatação da *cessação de periculosidade*, a pessoa suportou privação de liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta da qual ela foi acusada no processo. Ou, então, nos casos da substituição da pena por *medida de segurança*, por período igual ao remanescente da condenação cominada. Entretanto, pelo que pudemos observar durante nossas visitas, não parecem muitos os casos nos quais o indulto foi de fato aplicado.

²⁰ *Indulto* é um ato de perdão ou absolvição concedido pelo poder público, extinguindo o cumprimento de uma sentença imposta. No Brasil, os indultos costumam ser decretados próximo ao período do Natal.



“

“Porque cada dia representa uma página do livro de sua vida, faça com que cada uma se torne memorável!”

”

(Frase estampada em uma das paredes do HCTP II, ala feminina)



HOSPITAIS-PRISÃO

as unidades de cumprimento de medida de segurança

Como apontado anteriormente, existem três hospitais de custódia no estado de São Paulo: dois localizados no município de Franco da Rocha e um na cidade de Taubaté. Cumpre destacar que a localização dessas unidades não é desprovida de significado. Franco da Rocha é um município situado na região metropolitana de São Paulo e que possui uma história marcada pela privação de liberdade. Além de dois hospitais de custódia, a cidade possui três penitenciárias, um Centro de Detenção Provisória (CDP) Feminino, um Centro de Progressão Penitenciária (CPP) e unidades de internação da Fundação CASA, além do conhecido Hospital Psiquiátrico do Juqueri, concentrando, assim, milhares de pessoas confinadas. Por sua vez, o HCTP de Taubaté funciona em um edifício datado de 1914 e que, ao longo da história, já abrigou distintas instituições de privação de liberdade, que vão desde o encarceramento correccional de crianças e adolescentes, até o *Piranhão*, como era conhecido o *anexo* destinado aos presos considerados de alta *periculosidade*.

Em outras palavras, o funcionamento dos HCTPs guarda estreita relação com uma larga tradição de segregar determinadas parcelas da população em espaços prisionais e manicomiais que vão, não obstante, renovando-se e ganhando novos contornos no decorrer dos anos, uma espécie de composição entre o velho e o novo. Assim, se por um lado os hospitais de custódia têm as marcas dessa história, por outro, são um retrato do momento histórico atual, com especificidades que serão abordadas nas próximas seções.

Vale ressaltar que as configurações dos espaços e as dinâmicas descritas a seguir estão situadas temporalmente e se referem a alguns dos momentos observados pelo GT; ademais, estão sujeitas a modificações constantes, uma vez que esses espaços passam por permanentes transformações.

5.1 “Professor André Teixeira Lima” – HCTP I

O HCTP I, situado em Franco da Rocha, é destinado àqueles e àquelas que cumprem *medida de segurança* em uma espécie de *regime fechado*, isto é, sem poder realizar saídas pontuais da unidade. Até o início de 2016, o hospital contava com uma população, sempre variável, de cerca de 500 *pacientes-detentos*²¹, distribuídos em três alas.

A ala masculina era composta por oito pavilhões, cada qual ocupado por um perfil específico. Ao passo que os pavilhões 1, 2 e 3 operavam como triagem, haja vista que após análises iniciais os *pacientes-detentos* eram redistribuídos, o pavilhão 4 era destinado, segundo os funcionários, aos esquizofrênicos medicados. Já no pavilhão 7, habitavam, exclusivamente, os chamados *dependentes químicos*. Como veremos adiante, a questão dos *dependentes químicos* é uma das tensões que atravessam todos os hospitais de custódia atualmente.

Na ala masculina localiza-se o espaço conhecido como *Clínica*, que merece especial atenção: até o início de 2016, esse local era utilizado para a realização das chamadas *contenções química e física*, nos casos em que a pessoa internada demonstrava-se *agitada* ou quando tinha algum desentendimento com funcionários ou outros *pacientes-detentos*. A pessoa contida através da ação de agentes penitenciários e de profissionais de saúde permanecia no espaço por horas ou dias, até que se mostrasse *calma* e pudesse retornar ao convívio. Na *Clínica*, portanto, ocorriam, conforme relatos das pessoas internadas e de órgãos de fiscalização²², parte das agressões praticadas na instituição.

A reconfiguração dos espaços do HCTP I e a alteração do local destinado às contenções, hoje realizadas na *enfermaria* da atual ala masculina, não significa o término de práticas torturantes; ao contrário, tais violações apenas mudaram de endereço.

Próximo à ala masculina, separada por alguns passos, grades e cercas, encontrava-se a ala feminina, composta por um único pavilhão que, em média, concentrava cerca de 75 mulheres. Chama atenção o fato de que entre as mulheres, hoje alocadas em outro local, pululam relatos acerca do uso excessivo de antidepressivos e de medicamentos para acalmar e dormir. Muitas delas enfatizam que basta chorar para que sejam imediatamente medicadas, sob alegações de sensibilidade e fragilidade, evidenciando estereótipos de gênero. De fato, o uso de psicotrópicos junto às mulheres coloca questões específicas, não devendo ser explicado porque as mulheres, em tese, *gritam mais e choram mais*. Esses são os argumentos proferidos por alguns agentes institucionais, psiquiatras, enfermeiros e pelas próprias internas, narrativas que acabam por produzir um feminino. Não surpreende, nesse cenário, que a ala feminina, à época, fosse pintada de rosa, ao passo que a ala masculina era da cor azul.

21 Em 9 de setembro de 2015, dia da visita realizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), o HCTP I contava com uma população total de 593 internos, sendo 512 homens e 81 mulheres (p. 29). O relatório está disponível em: <http://www.mdh.gov.br/sobre/participacao-social/comite-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura/representantes/hospital-de-custodia-e-tratamento-psiquiatrico-prof-andre-teixeira-lima>.

22 Ver relatório de visita do MNPCT para mais detalhes sobre as práticas de tortura realizadas na *Clínica*.

Para além dessas duas alas, destaca-se a existência de outro espaço institucional nas dependências do HCTP I, a saber, a chamada *Normativa*²³. Essa ala, destinada apenas aos homens, também é composta por um único pavilhão, no qual, até 2016, aglomeravam-se os *pacientes-detentos* ditos crônicos²⁴, assim como aqueles em processo de progressão do *regime fechado* para o *regime semiaberto*, este último cumprido no HCTP II, também situado em Franco da Rocha. Na *Normativa*, local que abrigava, em média, 70 pessoas, notavam-se os efeitos nefastos de longos períodos de institucionalização²⁵, haja vista que havia homens – e na *nova Normativa* ainda há – confinados há 10, 12, 15 e até 20 anos ininterruptos. Após longos períodos, a própria institucionalização mostra-se como a principal barreira para a soltura, mesmo com laudo favorável. Além de contribuir para o corte dos laços familiares e sociais do indivíduo, a institucionalização afeta a autonomia, dificultando-lhe sobremaneira o retorno aos espaços extramuros.

Desde março de 2016, algumas partes do HCTP I encontram-se desativadas. No dia 11 daquele mês, em decorrência de fortes chuvas na região e da abertura das comportas de uma represa, o município de Franco da Rocha ficou parcialmente submerso, inclusive o hospital de custódia. Este foi o terceiro alagamento ocorrido no HCTP, sendo que, em 2011, houve uma vítima fatal entre os internos.

Diante de tal alagamento, os internos da ala masculina foram, então, transferidos para a Penitenciária III (P III) de Franco da Rocha e para o CDP III de Pinheiros, ao passo que as mulheres passaram a ser custodiadas no CDP de Franco da Rocha, unidades que não apresentam as condições mínimas sequer para os presos e presas que já se encontravam confinados; ao receberem um contingente populacional extra, tornaram-se, tanto para os presos, quanto para os *pacientes-detentos*, e mesmo para os funcionários que ali trabalham, ainda mais insalubres. São comuns os relatos, daqueles que dali retornaram, de ocorrências de doenças de pele, como sarna, assim como a presença de ratos e baratas nas celas.

Essa sucessão de negligências evidencia que o Governo do Estado e a SAP insistem em alocar pessoas sob a sua responsabilidade em áreas de risco²⁶. Contudo, nota-se que isso não é exclusividade do HCTP, haja vista que em diversos locais a população prisional também é confinada em espaços, no mínimo, questionáveis, como é o caso do CDP da Vila Independência, construído em cima de um terreno contaminado onde operava um lixão, assim como as diversas unidades espalhadas pelo interior do estado, o que dificulta o deslocamento dos familiares de presos e presas que, em alguns casos, precisam viajar mais de dez horas para visitar os parentes. Essa situação não é muito diferente da realidade de visitas dos HCTPs, cuja concentração em apenas duas cidades do estado – Franco da Rocha e

23 A respeito da antiga *Normativa*, denominada pela direção de “Unidade Masculina II”, o MNPCT traz em seu relatório que tal ala era “constituída por um salão central coberto (...) cujo lado direito dá acesso a um corredor de alojamentos. Cada alojamento abriga em média oito pessoas (...) Em geral, são espaços sujos, mal iluminados, com mau cheiro e pouco arejados. Em cada quarto há um banheiro muito precário, contendo uma pia e um vaso sanitário. Ao fim do corredor dos dormitórios, há um banheiro coletivo onde os homens tomam banho. (...) Essa ala do HCTP I é voltada para homens em sofrimento psíquico mais grave e, com isso, muitos pareciam bastante medicados, tinham uma aparência muito degradada, usavam roupas sujas e apresentavam mau cheiro. Tampouco tinham contato com familiares e amigos, apesar de visitas serem permitidas pela direção” (pp. 5 e 6).

24 Tal termo é utilizado pelos funcionários do HCTP para fazer referência aos *pacientes-detentos* há mais tempo internados e considerados mais vulneráveis, sobretudo por apresentarem dificuldades de fala e/ou mobilidade. São referidos também pelos termos “cronificados” e “rebaixados”.

25 A este respeito, ver o relatório de visita do MNPCT, especialmente nas páginas 09 e 12.

26 Ver nota da Pastoral Carcerária sobre esse assunto em: <http://carceraria.org.br/combate-e-prevencao-a-tortura/pccr-de-sao-paulo-emite-nota-sobre-a-situacao-dos-pacientes-do-hctp-de-franco-da-rocha>.

Taubaté – impõe longas e custosas viagens para as famílias vindas do interior.

O quadro de superlotação e precariedade, agravado pelo acréscimo de pessoas em *medida de segurança* em alas específicas de CDPs e penitenciárias, voltou a se agravar diante de um motim realizado no HCTP I em outubro de 2016, que resultou no incêndio de várias alas da unidade, fazendo com que o hospital, atualmente, permaneça funcionando com número reduzido de internos devido à inutilização de vários espaços institucionais²⁷.

As demais áreas não prejudicadas pelo incêndio sofreram alterações com relação à população abrigada e suas dinâmicas. Pela primeira vez, também notou-se superlotação no HCTP I, algo não observado anteriormente²⁸.

Após essa sequência de acontecimentos, uma nova configuração foi estabelecida na unidade: atualmente, cerca de 70 mulheres encontram-se alojadas no antigo espaço da *Normativa*. Já os homens que lá se encontravam, foram enviados ao espaço onde antes eram alojadas as mulheres. A ala masculina, onde havia os pavilhões que abrigavam a maior parte dos homens custodiados na unidade, está desativada e sendo reformada.

Para além daqueles que antes estavam na *Normativa*, diversos homens que passaram um longo período de estadia na P III de Franco da Rocha e no CDP III de Pinheiros estão regressando nos últimos tempos, sendo alocados no antigo espaço da ala feminina, a *nova Normativa*. Finalmente, outra parcela da população masculina encontra-se na *Clínica*, sendo que parte dessa população realiza atividades laborais nas oficinas de trabalho.

Cumprir destacar que o espaço da *Clínica* é especialmente restrito em comparação com os demais alojamentos da unidade, possuindo apenas um pequeno pátio onde os internos tomam o chamado *banho de sol*. Essa categoria, mobilizada por funcionários e internos, mais uma vez, evidencia o caráter carcerário do suposto tratamento.

Tal espaço é restrito, igualmente, em termos de acesso. A regulação da entrada da Pastoral Carcerária nesse setor, comparativamente a outros setores da unidade, é particularmente intrigante. Ora somos permitidos a entrar, porém com limitação ao espaço de refeitório ou ao pátio, sem que possamos visualizar os quartos; ora nosso acesso é completamente restringido, com base em motivos arbitrários.

Curioso notar que os discursos referentes à função daquele setor são variáveis. Já nos foi explicado que se tratava de um espaço de trânsito dentro do HCTP, ou seja, local onde ficariam, temporariamente, *pacientes-detentos* oriundos de unidades prisionais ou em tratamento psiquiátrico temporário. Segundo essa informação, os recém-chegados permaneceriam somente até o resultado de exames que avaliariam suas condições de saúde, para então serem alocados a outros setores.

Outra explicação seria de que ali estariam aqueles que dariam mais trabalho, sendo um espaço menor, apartado dos internos considerados mais cronificados, os quais seriam alvo de práticas de extorsão pelos primeiros. Uma terceira narrativa, ainda, atribui sua função à alocação dos que trabalham na fábrica de manutenção de carteiras escolares, adjacente ao

27 <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-10/resgatados-40-dos-55-presos-de-hospital-psiquiatico-de-franco-da-rocha>

28 No site da SAP, em 21/03/2018, constava, na ala de *Desinternação Masculina* do HCTP I (*Normativa*), uma população de 198 pacientes para uma capacidade de 60 pessoas.

setor. Embora as restrições sofridas pela Pastoral Carcerária sejam abordadas em outra seção deste relatório, cumpre destacar que os impedimentos de visitação na *Clínica* se prestam a obscurecer a compreensão sobre quem são as pessoas que lá estão alojadas, bem como quais práticas são direcionadas a elas.

5.2 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II – HCTP II

O HCTP II, também localizado em Franco da Rocha, próximo ao HCTP I, opera como uma espécie de *regime semiaberto* para aqueles e aquelas que cumpriram determinado tempo de *medida de segurança no regime fechado*, tanto no HCTP I quanto no HCTP de Taubaté. Após certo período, no qual são produzidos laudos psicológicos e psiquiátricos, alguns *pacientes-detentos* obtêm o direito de progredir de regime²⁹.

O espaço físico do HCTP II conta com mais áreas externas e locais para circulação, porém, a escassez de atividades diárias de estudo, trabalho e lazer tornam a vida no local uma repetição inerte de dias e horas à espera do próximo laudo ou, para aqueles que têm o benefício da saída, da visita domiciliar.

Atualmente, segundo dados da SAP, existem, na ala de *desinternação* masculina, 208 *pacientes-detentos* para 188 vagas, ao passo que na ala feminina há 21 mulheres para 22 vagas³⁰. Na ala masculina, os pavilhões A e B são destinados aos considerados *dependentes químicos*, ao passo que os pavilhões C e D são voltados para aqueles que possuem diagnóstico de transtorno mental. Aqui, outra vez, nota-se que a própria separação institucional destina lugares específicos aos usuários de drogas.

Em um dos pavilhões, chamado *enfermaria*, segundo narrativas dos próprios internos e conforme as observações realizadas pela Pastoral Carcerária, existem duas pequenas celas para onde são levados aqueles que *estão em surto* ou que se envolvem em conflitos. Conhecidos como *quartinhos*, tais espaços inserem-se na lógica de controle característica dos HCTPs: ao passo que funcionam como isolamento, semelhante ao que seria o *castigo* numa unidade prisional comum, as medidas adotadas passam pelas contenções física e química. Aos olhos da instituição, tais medidas parecem conferir um grau de legitimidade às violações a quem ali está isolado e à interdição da equipe Pastoral ao seu acesso, sob a justificativa de que são espaços que oferecem, ao mesmo tempo, risco à nossa segurança e ao agravo da desestabilização psíquica do indivíduo. Trata-se, sem dúvida, de espaços nos quais cada segundo, cada minuto, cada hora e cada dia tornam-se – como sugere a expressão que abre o presente item – memoráveis, inapagáveis do corpo e da mente.

29 Em 2011, de acordo com o censo realizado por Débora Diniz, e já citado anteriormente, “no HCTP II-Franco da Rocha, pelo menos 87% (150) dos indivíduos em *medida de segurança* não deveriam estar internados por cumprirem *medida de segurança* com a *periculosidade* cessada ou por terem sentença de *desinternação*, *medida de segurança* extinta ou internação sem processo judicial, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou *desinternação progressiva*” (p. 322).

30 Dados extraídos do site da SAP (<http://www.sap.sp.gov.br/>) em 21/03/2018.

5.3 “Dr. Arnaldo Amado Ferreira” – HCTP de Taubaté

Como tantas instituições de confinamento, o edifício que abriga o HCTP de Taubaté já encarcerou, ao longo de sua história, públicos variados. Se os perfis submetidos às muralhas variaram no correr dos anos – *menores*, presos e presas, *loucos infratores*, além de presos considerados de alta *periculosidade* – invariável é sua função estratégica de punir, reprimir e torturar.

Foi nesse espaço institucional, mais especificamente, ao lado da unidade psiquiátrica que já operava no local, no chamado *Anexo* da Casa de Custódia de Taubaté, o *Piranhão*, que, em 1993 – ao menos teria sido essa a narrativa que se consolidou entre os presos – surgiu o Primeiro Comando da Capital (PCC), organização que atua dentro e fora das prisões de São Paulo e, atualmente, em distintos estados da federação e mesmo em países vizinhos³¹. Ademais, pode-se dizer que o regime de detenção que operava no *Piranhão*, a prisão mais dura em todo o estado de São Paulo naquele momento, e, por isso, utilizada como castigo, continha traços do agora disseminado Regime Disciplinar Diferenciado (RDD), na medida em que antes mesmo da institucionalização de tal dispositivo em 2003, os internos ali confinados já permaneciam trancados 23 horas por dia, sem atividades profissionais ou educacionais³².

No início da década 2000, o *Anexo* da Casa de Custódia de Taubaté foi finalmente desativado, sendo que apenas o hospital de custódia seguiu em pleno funcionamento. Entretanto, o *Anexo* passa atualmente por reformas para que abrigue, nas 160 futuras celas individuais, pessoas em cumprimento de *medida de segurança*.

O espaço arquitetônico no qual permanece o hospital de custódia não apenas lembra uma prisão, mas faz com que, literalmente, se esteja dentro de uma. Com capacidade para abrigar 244 internos, o HCTP de Taubaté conta com 264 homens³³, divididos em quatro pavilhões com celas para uma ou duas pessoas. Quando da reinauguração do antigo *Anexo*, prevista para o final de 2018, a capacidade será de 404 pessoas.

Os pavilhões são formados por dois andares que se comunicam através de uma escada e de um grande vão interno. Ainda que haja alguma circulação dos *pacientes-detentos* nos pavilhões ou nos pátios, as pessoas passam a maior parte do dia trancadas nas celas, nas quais permanecem em espécies de solitárias. Vale ressaltar que os pátios – espaços vazios onde as pessoas ficam sentadas ou vagando – permanecem trancados durante o chamado *banho de sol*.

31 Para uma análise do surgimento, expansão e consolidação do PCC, ver Biondi (2010) e Dias (2011).

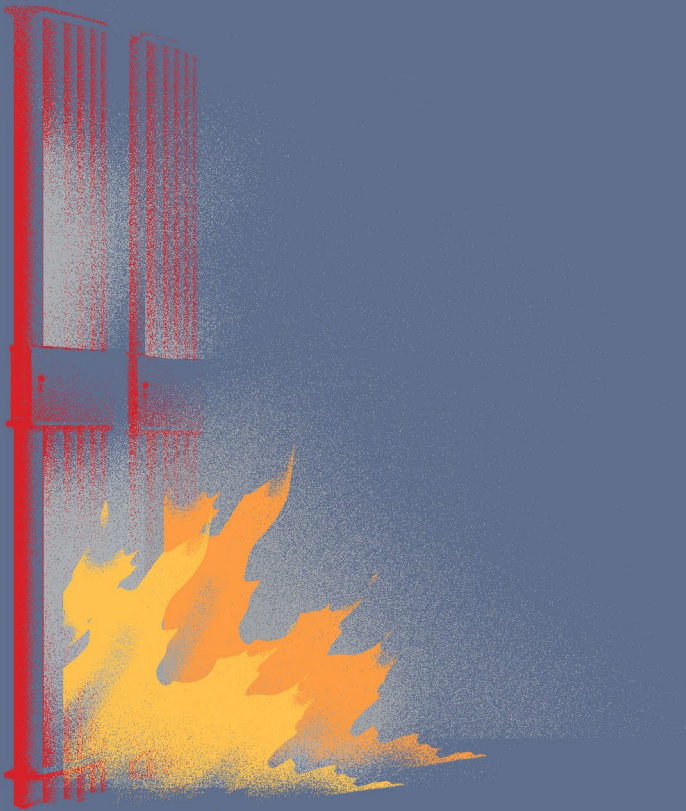
32 Foi no *Anexo* da Casa de Custódia que, em dezembro de 2000, após mais de 36 horas de rebelião, 9 presos foram mortos, alguns deles tendo sido decapitados. Este foi apenas um dos eventos sangrentos que marcaram a história local (http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/maniaco_do_parque.shtml).

33 Segundo informações prestadas pela unidade no dia 19/04/2018. Nas ocasiões da visita do Conselho Regional de Psicologia (CRP) em parceria com o Núcleo Especializado de Situação Carcerária (NESC) da Defensoria Pública, em 07 de junho de 2016, e da realização do Censo de 2011, os números eram próximos: 247 e 270 internos, respectivamente.

As celas pequenas servem, simultaneamente, de dormitórios, banheiros e refeitórios, de modo que os internos não só dormem, mas devem lá fazer suas necessidades pessoais – na entrada da cela está o *boi*, espécie de vaso sanitário bastante insalubre na altura do chão –, bem como realizar as refeições, que são entregues de cela em cela em horários determinados. O mau cheiro que exala das celas acompanha os internos, assim, durante todo o tempo. Em nossas visitas, o contato se estabelece, em regra, por meio de uma pequena abertura nas portas de ferro, que permanecem fechadas. Para que a conversa entre quem está do lado de dentro e quem está do lado de fora se dê, é necessário permanecer com as costas abaixadas, em posição de marcante desconforto.

Basta observar o ambiente para constatar que o HCTP de Taubaté, em comparação com os *hospitais-prisão* de Franco da Rocha, é um local mais “duro”, propício para ser utilizado como uma espécie de “unidade castigo”. Não é à toa que, certa vez, um agente institucional, ao discorrer sobre o fluxo de internos entre Franco da Rocha e Taubaté, disse: *deu problema no I e no II de Franco, manda pra Taubaté*.

Assim como nos outros dois HCTPs, em Taubaté a *enfermaria* também é utilizada como local para cumprimento de castigos, mesmo que sob a roupagem supostamente terapêutica da *contenção*. É para lá que são destinados e onde são medicados aqueles que tiveram algum tipo de desentendimento com funcionários ou outros *pacientes-detentos*, permanecendo no local por até dez dias, ficando clara a configuração da utilização do espaço para aplicação de sanção disciplinar. É importante frisar que a cela da *enfermaria* é ainda mais precária em termos materiais que as demais; além disso, o *paciente-detento* que lá se encontra não tem acesso ao banheiro, dependendo de um funcionário que lhe atenda e abra a porta que dá acesso ao sanitário externo.



ARRANJOS INSTITUCIONAIS

a emergência de alas psiquiátricas nas prisões

Não é possível compreender o funcionamento dos HCTPs de São Paulo sem considerar os diversos espaços que, de maneiras variadas, se conectam a eles. Se, por um lado, o cumprimento da *medida de segurança* é marcado por longos períodos, que duram, por vezes, a vida toda, por outro, há trajetórias individuais que contemplam deslocamentos entre instituições, conformando uma espécie de rede prisional-manicomial.

Como mencionado, os danos causados pelo alagamento e pelo incêndio ao HCTP I ocasionaram a transferência de parcela significativa dos internos para prisões comuns, intensificando o trânsito entre tais instituições. As unidades prisionais para onde tais pessoas foram transferidas – sobretudo a P III de Franco da Rocha e o CDP III de Pinheiros – já funcionavam, até então, como *antessala* dos HCTPs, custodiando presos que aguardavam vagas nos hospitais de custódia.

Até o fim de 2013, segundo informações do Núcleo Especializado de Situação Carcerária (NESC), da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPE-SP), havia uma lista com cerca de 1400 pessoas cumprindo *medida de segurança* fora dos HCTPs, cerca de 500 pessoas espalhadas por prisões do estado, e o restante cumprindo tratamento ambulatorial em meio aberto.

Diante desse quadro, os integrantes do NESC realizaram uma série de ações estratégicas para retirar tais pessoas das unidades prisionais comuns, em especial com a impetração de centenas de habeas corpus – cerca de 500 – com o objetivo de que tais sujeitos encarcerados tivessem tratamento ambulatorial em liberdade, caso não houvesse vaga disponível em HCTP³⁴.

Em abril de 2014, o NESC obtém a resposta de que alguns habeas corpus haviam sido julgados prejudicados, pois os sujeitos em questão já estavam em local adequado, isto é, na

34 Referimo-nos aqui a Bruno Shimizu, Patrick Cacicedo e Verônica Sionti, defensores públicos a quem agradecemos pelas conversas acerca do surgimento da PIII de Franco da Rocha como ala psiquiátrica.

ala psiquiátrica da P III de Franco da Rocha. Em visita ao local, os defensores do Núcleo constataram que se tratava de dois pavilhões que haviam sido esvaziados para receber os *pacientes-detentos*³⁵. Os presos que cumpriam sentença foram realocados em outros pavilhões da unidade, enquanto dois desses espaços passaram a concentrar apenas os homens que cumpriam *medida de segurança*, antes espalhados pelas prisões do estado.

Se as diversas ações do NESC implicaram na soltura de algumas dessas pessoas, outras não foram contempladas pelas decisões judiciais de tratamento ambulatorial em meio aberto, o que demonstra os limites de atuação junto à máquina judiciária. Ademais – e como um efeito imprevisto de todo o processo – as *alas psiquiátricas* da P III, que funcionam como pavilhões comuns, passaram a ser utilizadas, e continuam sendo, para o cumprimento de *medida de segurança*, espaços institucionais reconhecidos e legitimados para tal fim. Na prática, o arranjo temporário criado para suprir as ilegalidades do próprio judiciário – entre as quais, manter pessoas em *medida de segurança* confinadas em presídios – institucionalizou-se³⁶.

Contudo, vale destacar que o funcionamento de pavilhões da P III de Franco da Rocha como *alas psiquiátricas* não constitui exceção. Atualmente, como dito, há pessoas em *medida de segurança* confinadas também no CDP III de Pinheiros. A conformação de tal espaço institucional como *prisão provisória-hospital* deve ser compreendida no ponto de cruzamento entre as políticas estatais e as políticas criminais. Ao concentrar uma série de *pacientes-detentos* na P III, que opera a partir de políticas e princípios do PCC, produziu-se uma tensão entre a população presa: como alocar, nos pavilhões da unidade, aqueles sujeitos que – por conta de terem sido internados por atos considerados inaceitáveis pelos outros presos – costumam ser separados da massa carcerária nas prisões, permanecendo especialmente em locais conhecidos como os *seguros*? A resposta para tal impasse foi a realocação desses indivíduos no CDP III de Pinheiros que, há tempos, opera como um espaço destinado aos que não possuem convívio em cadeias tidas como “do PCC”.

Em 2016, diante dos acontecimentos já mencionados – alagamento e incêndio – ocorre um novo rearranjo da população dos HCTPs, sendo que as *alas psiquiátricas prisionais* passam a receber um número ainda maior de pessoas. Somente na P III, cerca de 450 novos *pacientes-detentos* foram confinados, contribuindo para a superlotação ainda maior da unidade. Todavia, tanto a PIII como o CDP III só podem abrigar homens. Nota-se, então, e isso não é mera coincidência, o surgimento de novas *alas psiquiátricas* em prisões femininas, essas de caráter completamente informal. Esse parece ser o caso de mulheres que passam a aguardar as suas transferências para a ala feminina do HCTP I de Franco da Rocha tanto no Regime de Observação (RO) da Penitenciária Feminina de Santana (PFS), quanto no pavilhão 1 do CDP feminino de Franco da Rocha, conhecidos, respectivamente, como *pavilhão das doidas e raio das loucas*.

Embora esses espaços não figurem nas classificações oficiais, eles cumprem um papel institucionalmente reconhecido pela administração prisional e pelo sistema de justiça

35 Em visita do CRP-SP em parceria com o NESC e o CONDEPE ao local, foram encontrados, em 14 de outubro de 2014, 268 internos em *medida de segurança* na referida ala psiquiátrica. Observaram à época que não havia psiquiatras ou outros médicos na unidade, tampouco psicólogos e funcionários de serviço social.

36 A esse respeito, censo realizado por Débora Diniz em 2011 apontou que existiam no Brasil três alas de tratamento psiquiátrico localizadas em presídios ou penitenciárias, para além dos 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

criminal. Vale ressaltar que a criação de *alas psiquiátricas* na P III para encaminhamentos menos morosos das pessoas para avaliações psiquiátricas – por incrível que pareça – rendeu o prêmio Innovare de 2016 ao “Projeto de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica do Estado de São Paulo”, na categoria “Justiça e Cidadania”³⁷, no qual uma equipe permanente de peritos avalia os novos casos de execução de *medidas de segurança*. Resta claro como o funcionamento cotidiano dos manicômios judiciários extrapola seus espaços originalmente previstos, produzindo uma série de arranjos e fluxos que ultrapassam os muros dos hospitais de custódia.

³⁷ Para ver mais detalhes, basta acessar: <http://www.premioinnovare.com.br/media/imprensa/vencedoras-da-13a-edicao-do-premio-innovare>



“

*Tô tirando cadeia há tanto tempo que eu
faço laudo, nem lembro mais quando.
Confundo as datas, dá branco.
É muito remédio*

”

Interno do HCTP I, ala masculina



“

*Tem gente que toma remédio muito forte,
daí fica caíndo. Dá medo né? Eu tenho medo*

”

Interna do HCTP I de Franco da Rocha, ala feminina

DINÂMICAS MANICOMIAIS

Como já demonstrado, os hospitais de custódia conjugam, em sua estrutura física e em seu funcionamento cotidiano, as dimensões manicomial e prisional. Sendo assim, são espaços marcadamente asilares, caracterizados – ainda que com o emprego de novas tecnologias – pela aridez própria das instituições tradicionais de segregação das pessoas classificadas como *loucas*. As alas, por exemplo, possuem grandes pátios vazios, nos quais os internos passam a maior parte do tempo vagando de um lado para o outro. Os alojamentos, por sua vez, possuem dezenas de camas enfileiradas, reforçando o perfil homogeneizante e massificador dos manicômios³⁸. Soma-se a esse cenário a dimensão prisional, seja através dos equipamentos de segurança – tais como detectores de metal, trancas, ouriços e arames farpados –, seja através da presença marcante de agentes penitenciários, que são responsáveis pela vigilância e disciplina das pessoas encarceradas.

7.1 Medicamentação: punição e desorientação

No suposto tratamento oferecido no interior dos hospitais de custódia, os psicofármacos ocupam um lugar central e – muitas vezes – exclusivo. O uso excessivo da medicação provoca evidentes efeitos colaterais que, somados às características manicomiais da instituição, têm como resultado um processo de aniquilação das pessoas³⁹. A equipe do GT já presenciou, a título de exemplo, pessoas que sequer conseguiam se manter de pé ou estabelecer um diálogo em função dos efeitos dos medicamentos administrados pela instituição.

38 Para informações sobre a rotina e as características do HCTP I, ver o relatório de visita do MNPCT.

39 A respeito da questão, pontuou o MNPCT após a visita ao HCTP I: “as (os) pacientes não se constituem como sujeitos do seu próprio processo terapêutico. O tratamento oferecido às pessoas internadas se dá basicamente pela medicalização. Nesse sentido, a prática institucional é predominantemente homogeneizante e cronificadora” (pp. 8 e 9).

Nos *hospitais-prisão*, relata-se que os medicamentos também são utilizados como forma de punição e controle daqueles que causam incômodos à instituição. Assim, segundo narrativas dos próprios internos, é comum que pessoas que tenham se envolvido em algum conflito ou desrespeitado as arbitrárias regras institucionais sejam medicadas e contidas por longos períodos, em macas ou celas de castigo, com relatos, inclusive, de violências físicas por parte das equipes de saúde e segurança nesses processos, em especial no HCTP I⁴⁰.

Ao conjugar o suposto tratamento à punição em uma mesma substância – o medicamento – o manicômio judiciário reconduz uma prática presente em toda a história da psiquiatria (Foucault, 2006). O uso de medicamentos como forma de *acalmar* os internos e como forma de resolução de conflitos permite afirmar, portanto, que a administração de tais substâncias atende antes aos interesses da gestão jurídico-prisional do que a um projeto terapêutico.

Contudo, esse cenário de disseminação de psicofármacos entre populações reclusas não é uma exclusividade dos HCTPs. Ao mesmo tempo que faltam equipes médicas nos estabelecimentos prisionais paulistas⁴¹, o que contribui, entre outros fatores, para a alta taxa de mortalidade dentro do cárcere, no que concerne aos psicofármacos, não há os mesmos problemas de oferta⁴². Se anteriormente as camisas de força eram uma das ferramentas tradicionais para a gestão e controle dos indesejáveis, hoje em dia, essa contenção se dá, essencial e cotidianamente, por meio de pílulas e injetáveis.

Assim, não se trata, em absoluto, de uma instituição voltada para uma perspectiva terapêutica, tal como se almejou com a política de saúde mental após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica. Ao contrário, trata-se de uma instituição que realiza de maneira sistemática práticas torturantes; mais do que isso, a tortura é um pilar que atravessa e estrutura todas as características institucionais dos HCTPs.

Entendida em sentido mais amplo, a tortura opera como um conjunto de práticas e concepções que extrapolam ações impingidas diretamente sobre o corpo, tais como agressões físicas ou privações de circulação. A relação que a instituição mantém com a sua população é atravessada pela violência em níveis variados, em diversas camadas, desde o rompimento com o mundo exterior, passando pela construção dos sujeitos como *perigosos*, até a administração de medicamentos como meios contentivos, além do

40 A respeito da questão, o MNPCT relatou, em relação ao HCTP I, que: “recebeu inúmeros relatos de agressões cometidas por funcionários da instituição, tanto os ligados à segurança da unidade quanto os da área de saúde. Agressões verbais, humilhações, espancamentos, uso da contenção como punição e como rotina institucional fazem parte do tratamento violador dispensado às (aos) pacientes. De acordo com os relatos, diante de qualquer mal-entendido entre as (os) pacientes, as (os) envolvidos são levadas (os) às *clínicas* médicas, onde são medicadas (os) e contidas (os) no leito através de faixas nos pés, mãos, peito e boca (...)”. Ademais, o CRP-SP, de acordo com o relato de um interno do HCTP de Taubaté, apontou que “quando há desentendimento entre eles ou desacato a funcionário, são fortemente medicados, permanecem dopados e isolados muito tempo, mais de 15 dias” (p. 16; relatório disponível em: < <http://www.crpssp.org/fotos/pdf-2016-09-09-12-38-34.pdf>>). Finalmente, as *contenções física e química* produzem sérias consequências nos *pacientes-detentos*, como atestou o mesmo relatório do MNPCT: “(...) ao retornar ao convívio, a pessoa normalmente apresenta sequelas como lentidão ou feridas causadas pelo contato prolongado com urina e fezes expelidas durante a contenção” (p. 15).

41 Uma das principais causas para a indisponibilidade de medicamentos é a falta de equipes médicas ou sua insuficiência diante da superlotação nos estabelecimentos prisionais. Disso decorre que, mesmo quando estão disponíveis, não há como prescreve-los, restando analgésicos como alternativa.

42 Sobre o uso de psicotrópicos no sistema penitenciário, como tecnologia de gestão de populações, de espaços superlotados e de condutas individuais, uma espécie de gestão neuroquímica, ver Mallart (2017).

caráter de indeterminação temporal da *medida de segurança*. Entender o seu significado dessa forma é não isolá-la como um *desvio* de conduta, seja de um agente de segurança, seja de um enfermeiro, ou como corrupção dos fins a que a instituição serve. A operação dessas instituições, seus protocolos e as diretrizes imperantes corroboram com uma lógica perniciosa que não se restringe, necessariamente, às intencionalidades do corpo burocrático. Estender a concepção de tortura tal como demonstra Rafael Godoi (2017), isto é, como uma violência contínua e difusa, entranhada no coração das várias agências que compõem o sistema de justiça criminal, é questionar o punitivismo que baliza a existência de HCTPs, penitenciárias, CDPs, forças policiais, entre outros aparatos⁴³.

Uma vez que a *desinternação* depende da realização de laudos e do recebimento de uma sentença favorável do juiz, a espera por exames, decisões e notícias é motivo de grande angústia e ansiedade, haja vista que o cotidiano do local é atravessado integralmente pela esperança de um dia estar em liberdade. Porém, a administração de psicotrópicos em grande quantidade, o que, entre outros efeitos, gera confusões e esquecimentos, produz um processo que inviabiliza os internos de acompanhar o seu próprio quadro médico-jurídico.

Além da desorientação causada por conta de tal fato, há também uma prática recorrente nos HCTPs de não informar às pessoas custodiadas a respeito dos andamentos de seus processos e prazos e, inclusive, de procedimentos médicos e outras necessidades. Diferentemente de outras experiências semelhantes em unidades prisionais comuns, nas quais os presos restam em presídios por meses e anos sem obter informações, nos HCTPs é sempre o suposto cuidado com a integridade dos indivíduos que justifica o não repasse de informações, sob a justificativa de que a comunicação lhes causaria ansiedade. Tal atuação, além de manter as pessoas em estado de preocupação e agonia, dificulta com que elas mesmas questionem violações como, por exemplo, a manutenção do confinamento apesar da extinção da *medida de segurança*.

Nesse sentido, a experiência da espera – seja ela pelo resultado do laudo de *cessação de periculosidade* ou por informações precisas acerca da situação processual – também compõe o quadro de violações a que essa população está submetida. São constantes as deslegitimações de suas demandas, sendo “poliqueixoso” o termo utilizado pelo corpo funcional para designar aqueles e aquelas que mais acionam a enfermagem por conta de problemas de saúde, como se a busca por atendimento fosse mais um sintoma patológico.

Não se trata, porém, de culpabilizar os agentes de saúde dos HCTPs e, com isso, tirar o foco da instituição e de suas conexões com a malha burocrática do Estado, incluindo *alas psiquiátricas* em prisões comuns e, sobretudo, o poder judiciário. Vale ressaltar que muitos agentes institucionais relatam problemas como insônia ou ansiedade ocasionados pelo trabalho nesses locais, sendo também usuários de psicotrópicos. Na medida em que tais hospitais, pelas dinâmicas intrínsecas ao seu funcionamento cotidiano, operam como manicômios que produzem adoecimento físico e mental, não há sentido em acreditar que apenas os internos são castigados.

43 Para maiores reflexões sobre as diversas formas de tortura perpetradas pelo sistema prisional brasileiro, ver o relatório produzido pela Pastoral Carcerária, divulgado em 2016, “Tortura em Tempos de Encarceramento em Massa”.

Ainda que deva ser reconhecida a evidente e inegável assimetria de poder entre *pacientes-detentos* e funcionários, é preciso compreender que o sofrimento mental e a medicamentação em resposta à própria existência dessas instituições são fenômenos mais complexos do que uma simples polarização entre posições institucionais, o que significa que os servidores não estão completamente imunes aos efeitos da lógica penal-manicomial reiterada nessas instituições, cuja perpetuação é garantida também às expensas da saúde de seus corpos e mentes.

7.2 Perfil populacional: ressonâncias com o sistema carcerário

É importante tecer comentários, ainda que breves, sobre o perfil das pessoas submetidas à pena-tratamento. É possível afirmar que a população que compõe os manicômios judiciários é formada majoritariamente por pessoas negras, pobres e residentes de áreas periféricas. Há, portanto, uma enorme semelhança com o perfil da população do sistema prisional, revelando que tais instituições se somam às demais unidades penitenciárias na função de gerir amplos contingentes populacionais marginalizados socialmente. No caso dos HCTPs, especificamente, o estigma da loucura se sobrepõe à imagem do criminoso, o que implica em dificuldades ainda maiores no retorno ao convívio comunitário e no acesso a serviços, trabalho, etc.

Quanto à idade, a média etária nos HCTP I de Franco da Rocha e de Taubaté, em 2011, era de 38 anos, ao passo que, no HCTP II, era de 39 anos⁴⁴. Porém, não é incomum encontrar pessoas idosas nos hospitais de custódia, muitas vezes cumprindo *medidas de segurança* há anos e vivendo um processo de aceleração do envelhecimento em função das características institucionais⁴⁵.

Soma-se a isso a presença de pessoas com deficiência visual, auditiva e cadeirantes, cujo sofrimento nessas instituições é ainda mais agravado por suas especificidades. Sem qualquer estrutura de auxílio, deficientes visuais, por exemplo, são avisados por outros companheiros sobre qual direção tomar ao andar no pátio, para garantir que não baterão em colunas e mesas.

A tensão maior nos HCTPs atualmente, contudo, reside no fato de que nos últimos anos tem ocorrido uma intensificação da aplicação das *medidas de segurança* aos casos de consumidores de drogas. Essa alteração no perfil populacional, sublinhada, inclusive, pelos próprios funcionários, tem produzido um fluxo de jovens a tais instituições. Novamente, o que se vê é uma aproximação do perfil populacional dos HCTPs com o perfil do sistema penitenciário. Para além da gravidade de submeter pessoas que são consumidoras de

44 De acordo com o *Censo 2011*.

45 A este respeito, o *Censo 2011* encontrou, no país, “dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos. Jovens, eles atravessaram os muros de um dos regimes mais cruéis de aparceria social. Idosos, eles agora esperam que o Estado os corporifique para além dos números aqui apresentados e reconheça-os como indivíduos singulares com necessidades existenciais ignoradas em vários domínios da vida” (p. 13).

substâncias psicoativas às violações características dos manicômios judiciários, esse dado reforça a compreensão de que os hospitais de custódia funcionam de maneira harmônica e integrada com o sistema penitenciário comum, ambos em ressonância ao *modus operandi* das forças policiais e do sistema de justiça criminal.

Ora, é preciso recordar que a questão do uso de drogas nos grandes centros urbanos, cujo exemplo é a chamada cracolândia paulistana, vem sendo amplamente mobilizada como justificativa para diversas políticas de higienização, repressão e criminalização. Assim, enquanto alguns são incluídos no sistema penal pela tipificação de tráfico, outros são absorvidos por meio das *medidas de segurança*.

7.3 A chamada dependência química

Ao contrário do que se intui, os mecanismos de criminalização e patologização são tão variados quanto as trajetórias de homens e mulheres custodiados nos HCTPs. Muitas pessoas são enviadas aos HCTPs sob a acusação de crimes contra o patrimônio e, cada vez mais, de práticas ligadas ao uso e comércio de substâncias consideradas ilícitas.

O número de internos que possuem envolvimento com drogas – sobretudo crack – tem se mostrado crescente ao longo dos últimos anos, constatação observada pelos sujeitos confinados e, principalmente, por funcionários. Muito embora suas trajetórias de vida sejam variadas, alguns marcadores são comuns ao novo perfil dos *pacientes-detentos*, referidos como *dependentes químicos*. Em geral, são pessoas provenientes de classes menos favorecidas, negros e pobres, perfil esse historicamente selecionado pelo sistema penal. As políticas pautadas pela lógica da guerra às drogas mostram-se relevantes na produção desse perfil populacional específico. No caso das *medidas de segurança*, a seletividade do sistema de justiça criminal articula-se aos saberes médicos que entram em jogo na produção do *incidente de insanidade mental*, exame requerido quando a capacidade de discernimento do réu está sob suspeição, conforme já explicitado.

Uma vez que o sujeito é considerado inimputável, como também já foi dito, o juiz pode determinar que a *medida de segurança* seja cumprida em regime ambulatorial ou em custódia. Muitos réus considerados *dependentes químicos* são orientados por seus advogados, sobretudo dativos e particulares, a alegar que não estavam conscientes no momento do suposto crime praticado, na esperança de serem enviados para *clínicas* de reabilitação ou instituições análogas, a fim de evitar a prisão. No entanto, a estratégia mostra-se como uma armadilha e, na maioria das vezes, desemboca na *medida de segurança* a ser cumprida em hospitais de custódia. Muitas pessoas, se tivessem recebido uma pena comum, já teriam conseguido a liberdade.

A chegada dessa nova população aos HCTPs pode ser percebida por diversos fatores, nem todos ainda muito claros, mas certamente conectados a questões que transcendem o território dos HCTPs. O GT tem observado, desde o seu surgimento, as mudanças na gestão e, inclusive, na própria arquitetura da instituição, a qual ganha contornos cada vez mais caracteristicamente prisionais: foram instaladas cercas estilo ouriço e houve remanejamento

no corpo de funcionários responsáveis pela disciplina, em que agentes do sistema carcerário foram deslocados para os hospitais de custódia. Para além disso, nota-se a emergência de pavilhões inteiros destinados apenas aos considerados *dependentes químicos*, o que evidencia que essa tem sido uma preocupação institucional frequente.

Tais mudanças são legitimadas pela lógica da *periculosidade*, pilar central das *medidas de segurança*. Sob o manto da ameaça, justifica-se praticamente qualquer providência jurídica ou médica, incluindo manejos que não vão além da aplicação de psicotrópicos, muitas vezes administrados à força. Longe de terapêuticos, esses medicamentos, como discutido anteriormente, adquirem uma função contentiva, uma vez que colocam a pessoa em estado de letargia profunda.

Uma vez nos HCTPs, os *pacientes-detentos* são ou forçados à abstinência – no caso do uso de determinadas drogas – ou ao uso de drogas medicamentosas que, ironicamente, não deixam de ter também efeitos aditivos, para além de efeitos colaterais evidentes.

Nessa chave, percebe-se que o envio de pessoas consideradas *dependentes químicos* aos HCTPs, serve a interesses políticos mais amplos. Contrariando as políticas expressas na proposta de reforma psiquiátrica de 2001, o não cumprimento de *medida de segurança* em regime ambulatorial, em favor da custódia nos HCTPs, funciona como estratégia de varredura dos indesejáveis que habitam grandes centros urbanos e áreas de interesse imobiliário, como testemunhamos com a emblemática operação realizada na região da chamada cracolândia, no centro de São Paulo, em maio de 2017. A truculência das forças estatais, além de dispersar essas populações pela cidade, empurrou dezenas de pessoas para o cárcere e para internações dos mais variados tipos.

Dessa forma, os HCTPs acabam sendo mais um ponto de armazenamento humano – e de eliminação, vale dizer – assim como penitenciárias, centros de detenção provisória, comunidades terapêuticas, hospitais psiquiátricos e equipamentos públicos que acabam por conjugar lógicas *punitivas-manicomiais*. A suposta loucura em cruzamento com o suposto crime – duplo estigma, dupla punição, duplo castigo – parece autorizar ações de caráter ainda mais contentivo e, conseqüentemente, mais violador à saúde e à integridade de tais sujeitos. Em suma, a condenação penal em cruzamento com o diagnóstico psiquiátrico é a lâmina que corta os laços sociais e familiares, resultando num isolamento que extrapola a própria custódia e que se faz sentir mesmo quando esta cessa, uma vez que o estigma permanece.

Ademais, a chegada deste novo perfil aos HCTPs insere-se dentro de uma rede de violações operadas pela atual política de drogas que, ao estabelecer um processo amplo de criminalização de diversas substâncias - e dos sujeitos considerados, para fins de criminalização, como *dependentes químicos* - justifica o encarceramento em massa de homens e mulheres cotidianamente.

“

Nós não falamos as datas dos procedimentos médicos para os pacientes para eles não fiquem ansiosos, para cuidar do psicológico. Vai que muda a data, daí dá problema com eles. Aqui, tudo gera ansiedade.

Agente do setor administrativo de um dos hospitais

”

“

Muda o perfil dos presos, muda a forma de trabalhar

Agente institucional do setor de segurança, HCTP de Taubaté

”

“

Não sei se o juiz tem vindo, porque ele fala só com a direção e vai embora, então não vejo ele.

Agente institucional do HCTP I

”

“

Aqui é um depósito de gente praticamente. A gente fica meio inerte, perambulando o dia inteiro.

Interno do HCTP I, ala masculina

”

7.4 Sobre atividades cotidianas, eventos e fachadas

A rotina dos *pacientes-detentos* nos HCTPs é marcada por longos períodos de espera e monotonia que conformam, de maneira mais ampla, uma experiência temporal singular. A quase ausência de atividades para grande parte da população soma-se à prescrição de medicamentos, produzindo um estado de sonolência e apatia generalizados⁴⁶.

Não são oferecidas vagas suficientes para que todos os interessados possam trabalhar ou estudar e, assim, a concessão de vagas funciona quase como “moeda de troca”, que recompensa o bom comportamento com trabalho e pune conflitos ou reclamações com “demissões”, isto é, com a perda da vaga. Além disso, os mais idosos, portadores de deficiência, ou mesmo os “pacientes crônicos”, em geral, ficam à margem do trabalho. Ademais, relatos de internos narram situações nas quais o adoecimento por doenças diversas – contraídas dentro da unidade – fazem com que estes sejam remanejados para outras funções com menor remuneração ou impossibilitados de conseguir trabalho.

Destaca-se que os trabalhos ofertados vão desde a limpeza e a conservação das instalações dos HCTPs à produção de prendedores de varal e botões de roupa, passando por uma marcenaria, no caso de Taubaté, e pelo conserto de carteiras escolares, no caso do HCTP I de Franco da Rocha. A remuneração recebida vai para uma espécie de conta do interno, denominada *pecúlio*, geralmente gasta, pelo menos em parte, na compra de bens como cigarros, bolachas, produtos de limpeza etc., transferindo aos custodiados, de certa forma, os custos de sua própria permanência no hospital de custódia.

Ainda sobre o trabalho, é notável a ausência de qualquer referência a direitos trabalhistas, tais como salário mínimo (que em unidades prisionais é $\frac{3}{4}$ do salário mínimo extramuros), e a realização de trabalhos repetitivos, que não oferecem horizonte de empregabilidade após a saída da instituição e tampouco estão relacionados com os interesses e projetos de vida das pessoas. Embora esses empregos não garantam a remição do tempo de custódia, o trabalho costuma contar positivamente para o laudo psiquiátrico.

O fato de que a relação trabalho-estudo esteja conectada à disciplina está em total sintonia com o valor *redentivo* que a empregabilidade representa nesses espaços, tal como ilustra o lema do programa Daspre: *A grife que liberta*⁴⁷. Como oficina de manualidades da Fundação Estadual de Amparo ao Trabalhador Preso “Prof. Dr. Manoel Pedro Pimentel” (FUNAP), presente em diversas penitenciárias de São Paulo, a frase é elucidativa sobre a função do trabalho em unidades prisionais. Mostrar produtividade,

46 A respeito da rotina no HCTP I, o MNPCT afirma em seu relatório de visita: “Durante a visita, as pessoas internadas permaneciam nos pátios das colônias conversando, limpando os quartos, organizando seus pertences, lavando louça ou roupa etc., revelando uma rotina sem atividades terapêuticas coletivas, de lazer e voltadas para o meio externo à instituição. O aspecto asilar e mortificador do espaço físico atinge as (os) pacientes, cronificando-as (os) pela ausência de perspectiva de tratamento e de desinstitucionalização. Um número reduzido de pacientes está autorizado pela equipe técnica a trabalhar em serviços de manutenção da unidade, com manicure, costura etc” (p. 9).

47 O programa DASPRE é uma iniciativa da FUNAP, que tem como objetivo “reconhecer, aprimorar e distribuir comercial e socialmente o artesanato produzido no interior das unidades prisionais do Estado de São Paulo, configurando-se como uma grife” (<http://www.funap.sp.gov.br/site/index.php/daspre/historia>).

seja ela qual for, é menos uma promoção de cidadania pela inserção social do que uma demonstração de redenção pelo sentenciado. Ao trabalhar por sua libertação, a instituição reforça uma das lógicas subjacentes ao punitivismo, relacionada à individualização do delito, qual seja, a de que cabe a cada um a responsabilidade por seu ilícito, ao mesmo tempo em que é precisamente esse discurso que permite a exploração de mão de obra de baixo custo. Embora o sujeito seja considerado inimputável no caso da *medida de segurança*, a questão do trabalho recai na ambiguidade que enquadra os internos. Concomitantemente à tutela pela instituição, lhes é cobrado o trabalho de sua suposta recuperação. Não é por acaso que se encontra afixado na oficina de marcenaria do HCTP de Taubaté, também da FUNAP, os seguintes dizeres: *transforme as pedras de seu caminho nas pedras de sua escada*.

O oferecimento de atividades, assim como acontece com as vagas de trabalho, acaba servindo para fins de controle e disciplina. Por um lado, possibilidades novas de ocupação do tempo são bem recebidas pelos internos, o que faz com que as tensões sejam temporariamente abrandadas sem que se tenha que fazer qualquer mudança estrutural ou na administração; por outro, dificilmente todas as pessoas custodiadas serão contempladas com as atividades, sendo o cumprimento das regras e ordens o que determina a possibilidade de participação.

Ainda que os juízes responsáveis, o Ministério Público e a Defensoria Pública, enquanto órgãos de execução penal, tenham o dever de zelar pela garantia dos direitos das pessoas presas nos hospitais de custódia. A excepcionalidade das inspeções, bem como a falta de entrada na totalidade dos espaços, faz com que as situações possam ser facilmente maquiadas, e uma simples brincadeira com uma bola na entrada do pavilhão em dia de visita do juiz pode contribuir para esconder as privações que acontecem no fundo de tais espaços. Ademais, nas poucas visitas realizadas, dificilmente as autoridades responsáveis pela fiscalização do cumprimento da *medida de segurança* conversam com os internos.

7.5 Entre o dentro e o fora: o efeito “porta giratória”

Ironicamente, o mesmo sistema judiciário que corta os vínculos familiares é o que os exige para a *desinternação*, pois via de regra ela está condicionada ao acolhimento de parentes. Ou seja, mesmo que se considere que a *periculosidade* está cessada, mediante avaliação psiquiátrica, muitos *pacientes-detentos* permanecem na instituição sob a justificativa de que não têm familiares ou conhecidos com condições materiais ou disposição para acolhê-los. Uma vez que é dever do Estado prover meios de acolhida adequados às necessidades de cada caso, a ausência de família não pode ser critério para impedir a *desinternação*.

Na trajetória de visitas realizadas pelo GT de Saúde Mental e Liberdade identificou-se a repetição de algumas situações, sendo o retorno ao HCTP uma das mais recorrentes. Mesmo quando a *desinternação* é efetivada, não raro a duras penas, são comuns os casos de regresso à

instituição. A preponderância do judiciário, inclusive no período pós-custódia, é central para entender os vários fluxos que atravessam as muralhas, no sentido das recorrentes entradas e saídas. Um exemplo frequente é que equipamentos como os CAPS, os quais buscam um novo paradigma de cuidado em saúde mental, a saber, o respeito aos direitos e à autonomia dos pacientes, são amarrados ao judiciário na provisão de tratamentos obrigatórios a que estão submetidos os ex-internos, cujo eventual descumprimento resulta no retorno ao HCTP.

Como ocorre com a *liberdade condicional* no cumprimento de pena, o descumprimento do acompanhamento terapêutico judicialmente estabelecido – lembrando que a competência médica fica subordinada à determinação da magistratura, uma vez que o laudo médico de *cessação de periculosidade* não é de acato obrigatório pelo juízo – significa, muitas vezes, a regressão à custódia, numa lógica eminentemente carcerária.

As pessoas que passam pelos hospitais de custódia possuem trajetórias marcadas pela passagem tanto em equipamentos públicos de assistência social e saúde, quanto em CDPs e penitenciárias. A *medida de segurança*, que parece finalmente cessar a circulação, ao encaminhá-las aos HCTPs sem prazo predeterminado, mostra ser, também, um indício de que a atuação de CAPS, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), entre outros equipamentos, não foi suficiente para garantir direitos e proteger da violência de Estado. Desse modo, o retorno a instituições de restrição de liberdade, em especial aos HCTPs, mostra-se como um destino inescapável.

Nessa complexa teia institucional, da qual os HCTPs fazem parte, é crescente a passagem por comunidades terapêuticas e a possível entrada em hospitais psiquiátricos comuns, o que sinaliza a política de progressivo desmantelamento dos sistemas públicos em benefício do setor privado. O envio pós-*desinternação* para instituições dessa natureza não representa o rompimento com o paradigma manicomial e o ciclo de violência, que mantém essa população indesejável permanentemente institucionalizada.

Não cabe tratar essa problemática como ineficácia do trabalho de algum desses órgãos e serviços públicos. O importante a destacar é a supremacia do judiciário na regulação desse fluxo, através de um viés punitivo e carcerário. Constata-se que o funcionamento dessas instituições simboliza uma espécie de *porta giratória*, na qual a entrada e a saída não cessam.



“

*“Quem foi torturado permanece torturado.
(...) Quem sofreu o tormento não poderá
mais ambientar-se no mundo, a miséria do
aniquilamento jamais se extingue.*

*A confiança na humanidade,
já abalada no primeiro tapa no rosto,
demolida posteriormente pela tortura,
não se readquire mais”*

”

*(Jean Améry, filósofo austríaco torturado pela Gestapo
- trecho citado por Primo Levi em Os afogados
e Os sobreviventes, 2016, p.18)*

Restrições aos “olhares de fora”

Nos últimos tempos, diversas formas de restrição à prestação de assistência humanitária e religiosa mostraram-se presentes nos manicômios judiciários, sobretudo no HCTP I de Franco da Rocha. É central que tal processo não seja visto de forma isolada, mas como um recrudescimento a nível estadual (e nacional) da relação entre as administrações prisionais e as equipes pastorais, em que se observa o fechamento do cárcere em relação à sociedade civil. Destaca-se aqui que tal fechamento figura como política deliberada do Estado, cujo efeito é a produção de invisibilidade.

A esse respeito, alguns episódios merecem destaque:

I) acusação de que agentes pastorais estariam “incitando os pacientes em um motim”, o que levou à elaboração de um relatório a respeito da atuação da equipe. Dentre os fatos descritos como inadequados, constava a entrada de uma agente pastoral em um dos alojamentos da instituição, ainda que o ingresso em todos os espaços institucionais seja uma garantia da assistência humanitária e religiosa;

II) monitoramento, por parte dos funcionários, das conversas entre as pessoas internadas e os agentes pastorais, violando o sigilo previsto na assistência religiosa e humanitária;

III) impedimento de membros da Pastoral de realizar visitas em determinados espaços, sobretudo aqueles mais críticos, em geral, sob a alegação de cuidado com a segurança da própria equipe;

IV) imposição de artifícios burocráticos para impedir, atrasar ou reduzir visitas pastorais: são crescentes as demandas por documentos que em tese formalizariam as visitas; entretanto, tais documentos exigidos, por vezes, não são suficientes para garantir o acesso.

Em um ambiente atravessado integralmente pela noção de que se está lidando com *indivíduos perigosos*, o cuidado para com a *segurança* é um pressuposto que permite à direção manejar as regras como desejar, sem que sequer exista a obrigação de explicar ou demonstrar porque este ou aquele direito é restringido.

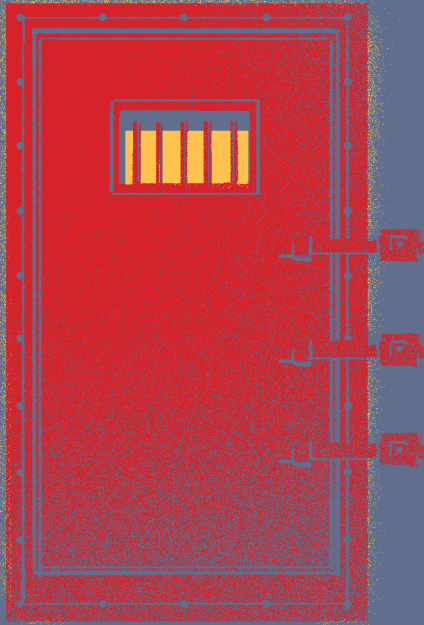
Em inúmeros episódios, a suposta garantia da segurança e a exigência de novos procedimentos burocráticos serve de pretexto para que o direito à assistência religiosa e humanitária seja prejudicado. Sobre tais restrições, vale recordar que equipes pastorais por todo o Brasil passam por processos semelhantes, como é possível observar em “Assistência Religiosa no Cárcere: relatório sobre restrições ao trabalho da pastoral carcerária”⁴⁸. O relatório aponta em suas conclusões para o fato de que:



(...) na esteira do processo de encarceramento em massa e degradação contínua das prisões, obviamente que o trabalho da Pastoral Carcerária não poderia ficar imune ao Estado de Exceção instaurado nas masmorras do Brasil, e que tem como principais vítimas os próprios presos e presas e seus familiares. (...) Nesse sentido, fica evidente que há também estreita conexão entre as restrições ao trabalho da Pastoral Carcerária e a sua perspectiva de assistência religiosa, que contempla a promoção integral do ser humano, inclusive denunciando irregularidades e torturas e sendo uma voz contra as injustiças do cárcere. (p. 29)



Nesse sentido, mais do que uma afronta ao trabalho da Pastoral Carcerária em si, tais impedimentos ao acesso precisam ser enxergados como parte integrante de uma política de segregação de indivíduos e de fechamento do cárcere em relação às vozes e olhares críticos ao sistema carcerário, com todas as instituições que o constituem e que o sustentam.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de experiências de visitação sistemáticas aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, é possível delinear algumas considerações preliminares sobre a operação cotidiana dessas instituições e, conseqüentemente, contribuir para a construção de um novo horizonte de batalha, no qual essas vidas confinadas não sejam mais submetidas a esses espaços de aniquilação.

De partida, resta claro que os HCTPs não cumprem o papel que supostamente lhes é atribuído – o de tratamento das pessoas custodiadas. Contudo, não se deve entender esse cenário como fruto do descompasso entre os princípios atribuídos a essas instituições e a prática. Ao contrário, buscou-se perseguir aqui o funcionamento ordinário de aparatos que incidem nos corpos de pessoas de carne e sangue. As reflexões propostas também não foram armadas no sentido de repetir, como apressadamente se costuma dizer, que essas instituições são um fracasso, argumentos que, na melhor das hipóteses, legitimam as infinitas propostas de reforma, aperfeiçoamento e melhoria de tais equipamentos. Os hospitais, vistos como potentes instrumentos de gestão da pobreza, de confinamento de parcelas específicas da população e de aniquilação dos considerados indesejáveis, assim como as prisões, não são um fracasso, mas, ao contrário, um sucesso!

A potencialidade desses aparatos consiste em suas técnicas de isolamento, de contenção física, de medicamentação, de vidas destruídas física e mentalmente. Ademais, não nos parece que espaços como os HCTPs sejam um fracasso quando, por exemplo, se observa que dentro dos muros sobrevivem centenas de corpos e mentes disponíveis para o mercado farmacêutico, em plena expansão, dentro e fora dos muros.

Os repetidos retornos aos HCTPs – seja pela aplicação de novas *medidas de segurança*, pela não adesão aos serviços ambulatoriais ou pela transferência das pessoas entre as unidades da administração prisional – mostram que há uma teia na qual tais pessoas estão inseridas, formada por *portas giratórias* nas quais não se cessa de entrar e sair, o que, quando visto de determinado ângulo, significa que apenas se permanece confinado.

O Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade, como parte integrante da Pastoral Carcerária, entende que tais instituições de confinamento em nada contribuem para a resolução de conflitos. Em consonância com a luta da Pastoral Carcerária *Por um mundo sem cárceres*, o GT reivindica a extinção dos manicômios judiciários. Deixar-se levar pela ideia de uma suposta existência irrevogável dessas várias privações de liberdade é, inevitavelmente, legitimar o encarceramento e a institucionalização como formas eficazes de resolução de conflitos numa sociedade atravessada pela violência. É legitimar, em última instância, esses aparatos de produção da morte como os HCTPs.

Deve-se implodir esse pressuposto em direção ao fechamento das portas de entrada e, conseqüentemente, na busca de ações que reduzam a população já internada. O horizonte não será outro com reparações a esses mecanismos – como se houvesse alguma dignidade possível em habitar esses locais – mas somente a partir do enfrentamento à sua própria razão de existir. Nessa linha, reconhece-se – ainda que o enfoque na instituição seja relevante – que não basta olhar apenas para os espaços institucionais, mas buscar os fios que os conectam às prisões, às políticas de drogas, ao racismo, às forças policiais e ao sistema de justiça criminal.

As linhas acima não teriam sido possíveis sem o contato prolongado com a população confinada, a quem dedicamos esse relatório, não como um fim em si mesmo, mas como um início. Uma peça minúscula, que busca se articular a lutas mais amplas. É justamente pelo compromisso com a dignidade de todas as pessoas que apostamos no debate que tem como horizonte a construção de uma sociedade sem grades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BARROS, Anna Luiza M. *Cuidar em Liberdade: o usuário cumprindo medida de segurança* em CAPS III. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2013.

BIONDI, Karina. *Junto e misturado: uma etnografia do PCC*. São Paulo: Ed. Terceiro Nome, 2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL - CNBB. *Levanta-te, vem para o meio: campanha da fraternidade 2006 – fraternidade e pessoa com deficiência*. Manual da Campanha da Fraternidade de 2006. São Paulo: Salesiana, 2005.

_____. *Eras Tu, Senhor?!: Manual*. São Paulo: Editora Salesiana Dom Bosco, 1994.

CONSELHO EPISCOPAL LATINO-AMERICANO - CELAM. Documento de Aparecida, Texto Conclusivo, Edições CNBB, Paulinas, p. 399, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Relatório de Inspeção da Campanha Estadual de Direitos Humanos do CRP SP: locais de internação para pessoas em cumprimento de *medida de segurança*. São Paulo, 2016.

DIAS, Camila N. *Da pulverização ao monopólio da violência: expansão e consolidação do Primeiro Comando da Capital (PCC) no sistema carcerário paulista*. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2011.

DINIZ, Débora. *A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil: Censo 2011*. Brasília, DF: Letras Livres – Editora UnB. 2013.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GODOI, Rafael. Tortura difusa e continuada. In: MALLART, Fábio; GODOI, Rafael. *BR 111: a rota das prisões brasileiras*. Ed. Veneta/Le Monde Diplomatique Brasil, p. 117-126, 2017.

JOÃO PAULO II, Carta apost. *Mulieris dignitatem*, 7: AAS 80 (1988) 1664.

LEVI, Primo. *Os afogados e os sobreviventes: os delitos, os castigos, as penas, as impunidades*. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

MALLART, Fábio. Gestão neuroquímica: pílulas e injetáveis na prisão. In: MALLART, Fábio; GODOI, Rafael. *BR 111: a rota das prisões brasileiras*. Ed. Veneta/Le Monde Diplomatique Brasil, p. 127-137, 2017.

MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA. Relatório de Visita ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Professor André Teixeira Lima” – HCTP I. Brasília, 2015.

MELO, Anastácia Mariana da C. Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012.

PASTORAL CARCERÁRIA NACIONAL. *Tortura em Tempos de Encarceramento em Massa*. ASAAC, São Paulo, 2016.

PEREIRA, Elizabete Aparecida; RIBEIRO, César Leandro. A inclusão da pessoa com deficiência na vida comunitária eclesial: contexto, perspectivas teológicas e horizontes de ação. *Caderno teológico da PUCPR, Curitiba*. V. 2, N. 1, P. 208-245, 2014.

Esse livro foi composto nas fontes
Adobe Devanagari e Trade Gothic Condensed



PASTORAL
CARCERÁRIA
"Estive preso e vieste me visitar"

<http://carceraria.org.br>