



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

Fernanda Zimmer

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA
UMA NOVA PORTA DE ENTRADA *LEGAL* PARA O ASILO

VITÓRIA
2011

Fernanda Zimmer

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA
UMA NOVA PORTA DE ENTRADA *LEGAL* PARA O ASILO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Institucional. Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional. Universidade Federal do Espírito Santo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Campello Lavrador.

VITÓRIA

2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Z72i Zimmer, Fernanda, 1978-
Internação compulsória uma nova porta de entrada *legal* para
o asilo / Fernanda Zimmer. – 2011.
98 f. : il.

Orientadora: Maria Cristina Campello Lavrador.
Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências
Humanas e Naturais.

1. Saúde mental. 2. Poder judiciário. 3. Hospitais
psiquiátricos. 4. exclusão social. 5. Direitos humanos. I. Lavrador,
Maria Cristina Campello. II. Universidade Federal do Espírito
Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

FERNANDA ZIMMER

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: UMA NOVA PORTA DE
ENTRADA LEGAL PARA O ASILO**

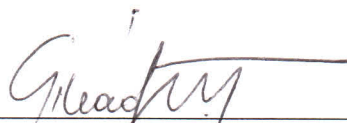
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Institucional.

Aprovada em 16 de agosto de 2011.

Comissão Examinadora



Profa. Dra. Maria Cristina Campello Lavrador
Universidade Federal do Espírito Santo



Profa. Dra. Gilead Marchezi Tavares
Universidade Federal do Espírito Santo



Profa. Dra. Cecília Maria Bouças Coimbra
Universidade Federal Fluminense

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho, a todos que compuseram-decompondo momentos, linhas, frases, falas, conexões, parágrafos, arranjos. A todos que me ensinaram que somos capazes de compor histórias, de compor-nós.

Agradeço a todas as pessoas da Curta Permanência, por dispararem pulsantes e persistentes encontros.

A minha família, pai, mãe, irmãs e sobrinhos pela companhia neste caminhar, e pelo carinho a distância.

A Argeu pelo forte e cúmplice amor.

Ao pretinho, que me convocou aos desvios.

A Cristina Lavrador, pela acolhida e parceria.

A Cecília Coimbra, Gilead Marchezi, e Ana Hechert pelas interferências.

À amiga, irmã, confidente, Janaína Brito, conectora de vidas.

Aos meus colegas de orientação pelas andanças e viagens.

A Williana Nunes, carioca irreverente, que sacudiu meu modo capixabês.

A Renato Vieira, que propiciou uma experiência ímpar de trabalho e amizade.

A Maria Jorgete Barrozo Veloso, pelos ensinamentos de vida.

A Anelise Gorza e Eduardo Torre, companheiros de percurso.

A Sônia Fernanda, querida e afetuosa Soninha, um anjo de guarda.

Aos malucos habitantes deste mundo que nos mostram a beleza de uma vida.

A FAPES pelo fomento neste pesquisar.

É entre idas e vindas à busca pela escrita, para produzir, qualificar, defender, que algo em dado momento do tempo nos passa despercebido, mas retorna. Produziu-se o encontro com o poeta e com sua poesia. Um intercessor em nós. Autor poeta criador de modos de estar na vida: Um ser de nome e sobrenome! Figura querida, irreverente, sorriso entre os dentes, momentos de desconexão, cabelos sempre arrumados, com um pente à mão. Foi de um mundo fechado ao “Universo Disperso”, livro de poemas de autoria de José de Oliveira (1994), o Zé, que encontrei alento para aplacar certa angústia no/do processo desta pesquisa. Escolhemos compartilhar com o leitor esse acalento poesia. A poesia de um poeta que ousou ir além dos muros que nos aprisionam, declarando: “A Poesia é minha forma de expressão e rebeldia”. Invenção de si e a reinvenção do mundo que habitamos. Para Benilson Pereira, poeta capixaba, a poesia de Zé, “É um trabalho simples, mas é acima de tudo o que ele conseguiu produzir, extrato de si mesmo, ousadia de quem acredita ainda na possibilidade do ser sensível”.

“[...] nos rebelamos contra o direito concedido a certos homens - capazes ou não - de dar por terminadas suas investigações no campo do espírito com um veredicto de encarceramento perpétuo. E que encerramento! Sabe-se - nunca se saberá o suficiente - que os asilos, longe de ser "asilos", são cárceres horríveis onde os reclusos fornecem mão de obra gratuita e cômoda, e onde a brutalidade é norma. (ARTAUD,1979)

RESUMO

Esta pesquisa analisa os processos e práticas de internação compulsória na Unidade de Curta Permanência do Hospital Adauto Botelho (a partir de 10 de maio de 2010, Hospital Estadual de Atenção Clínica – HEAC), localizado em Cariacica – município da Região Metropolitana da Grande Vitória – Espírito Santo/ Brasil. O presente estudo foi desenvolvido a partir de um recorte da experiência de trabalho, nos anos de 2007 a 2010. Problematisa os modos de funcionamento que insistem na produção de vidas enclausuradas e focalmente analisa as internações compulsórias, seus efeitos e as estratégias de enfrentamento ao uso deste mecanismo legal que judicializa a vida sob a lógica do biopoder. A pesquisa discute ainda os desafios atuais da Política Nacional de Saúde Mental, seus avanços e retrocessos, as movimentações da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. A cartografia é utilizada como perspectiva metodológica. No percurso deste trabalho construiu-se uma postura cartográfica, que desejou acima de tudo viver as experiências do saber-fazer não estabelecido de antemão, e sim aquele saber que surge, que emerge de um fazer. A pesquisa resulta na construção de cinco relampejos/causos que enfocam a mistura de gentes, de diferentes gentes que resistem ao tempo, que não sucumbem a cronificação e atualizam a potência de um coletivo. Assim, constata-se que esta pesquisa/intervenção pôde inaugurar diálogos, potencializar novos e insistentes encontros de conversações, disparando diferentes graus de visibilidade para o lugar do louco, da loucura na atualidade. Tenciona o campo da saúde mental via a internação compulsória e sua interface com a justiça. Inaugura a articulação da internação compulsória com a judicialização da saúde, e amplia este debate para a judicialização da vida. Enfatiza o uso/abuso do mecanismo da internação compulsória em suas facetas de contra reforma psiquiátrica, exclusão e confinamento perpétuo de pessoas.

Palavras-chave: Saúde mental; Poder judiciário, Hospitais psiquiátricos, Exclusão social, Direitos humanos.

ABSTRACT

This research analyzes the processes and practices of compulsory hospitalization in the Short Stay Unit at Hospital Adauto Botelho (from May 10th, 2010, Clinical Attention State Hospital - HEAC), located in Cariacica - municipality of Greater Vitória Metropolitan Region – Espírito Santo/ Brazil. This study was developed from a work experience outline, from 2007 to 2010. It discusses the modes of operation that insist on the production of imprisoned lives and focally analyzes the periodic admissions, their effects and coping strategies to use this legal mechanism that judicializes life under the logic of biopower. The research still discusses the current challenges of Mental Health National Politics, their progress and retreats, Anti Asylum Fight progresses and the Psychiatric Reform. The cartography is used as methodological perspective. In the course of this work a cartographic posture was built, that pursued, above all, to live the experiences of know-doing not established beforehand, but the knowledge that appears, that emerges from doing. The research results in the building of five insights/causes that focus on the mixture of people, from different nations that resist the passing of time, that does not succumb to the chronicity and update the power of a collective. Thus, it is noted that this research/intervention could inaugurate dialogs, potentiate new and insistent talk meetings, providing different degrees of visibility about the madman, the madness of today. It tensions the field of mental health via the compulsory hospitalization and its interface with the justice. It inaugurates the articulation of compulsory hospitalization with the judicialization of health, and it extends this debate for the judicialization of life. It emphasizes the use/abuse of the mechanism of compulsory hospitalization in its facets of a counter-psychiatric reform, exclusion and perpetual confinement of people.

Key Words: Mental health. Judiciary. Mental hospitals. Social exclusion. Human rights.

SUMÁRIO

1. AO LONGO DO PERCURSO: ENCONTROS!.....	11
1.1. Movimentações Antimanicomiais: historietas do cenário capixaba.....	15
1.2. Ideações Metodológicas: caminhos de uma Pesquisa.....	22
2. AS PRÁTICAS JUDICIÁRIAS, A VIA PERICULOSA E O INTERNAMENTO DOS LOUCOS!	31
2.1. Do enlace histórico à cumplicidade secular: judicializando a vida.	35
2.2. A internação compulsória a serviço da Judicialização da Vida.	40
3. AS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS: UM MOVIMENTO PARA ALÉM DO DISPOSITIVO LEGAL	47
3.1. Nas entranhas do Biopoder: lógicas judicializantes e medicalizantes.....	52
3.2. Relampejar de Causos.....	58
4. NAS ENTRELINHAS DO HORIZONTE DESSA HIGHWAY	75
5. REFERÊNCIAS.....	80
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA	87
ANEXO B – DECISÃO DO JUIZ	88
ANEXO C – REPORTAGEM DO JORNAL A GAZETA.....	94
ANEXO D – MAPA DA REDE DE SAÚDE MENTAL DO ES	97
ANEXO E – FORUM DE SAÚDE MENTAL.....	98

CANÇÃO DOS REVOLTADOS

Quando a essência das coisas
que investigo
nas minhas horas de concentração
reconheço que o sonho
é o meu castigo
pois ninguém vive só de coração

Sofro
Mas ponho sempre no que digo
um pouco de beleza e emoção
a arte, é um doce-veneno,
meu amigo
que somente os eleitos provarão.

Dedico esta canção
dos revoltados
a todos os artistas torturados
que sonham por destino
ou por dever
e, em vão,
incompreendidos pela vida
sentindo entre os reveses
da subida
a glória de sonhar e sofrer
(Oliveira, 1994).

1. AO LONGO DO PERCURSO: ENCONTROS¹

No início deste trabalho de pesquisa, o título proposto era uma afirmativa carregada de certezas. Ao longo do processo de pesquisa-intervenção, produziu-se um deslocamento da afirmação, passando à tentativa de problematização.

Discorrer sobre algo ou alguém é um processo e não seria diferente quando a ideia é falar um pouco sobre meus caminhos, escolhas e decisões ao longo de certo fluxo pelo qual a vida me levou e que me deixei levar.

Um fluxo, um susto, um tropeço, um golpe, agitações, endurecimentos, margens... mar, cheiros, encontros. Experiências singulares de sentir, estar, pensar, tocar e ser tocada por tantas coisas.

Desenhar minha trajetória é falar sempre de uma perspectiva, deixando outras tantas à margem. Não é nunca falar, deslocadamente de mim, mas é sim falar da conjugação com muitos outros diversos e plurais que compartilharam e compartilham as experiências, tornando-as parte de nós. Apresento assim facetas de caminhos percorridos por onde andei, de experiências singulares compostas de gestos, olhares, palavras, sussurros que marcaram uma história.

Minha trajetória na Saúde Mental é marcada por experiências diversas desde a graduação. Do projeto de extensão “Cada Doido Com Sua Mania”, posso dizer que foi um início que me impulsionou a buscar outros espaços de atuação e experimentações, como as vividas no Pronto Socorro Psiquiátrico do Hospital São Lucas/ES. Desde acompanhar um médico psiquiatra nos atendimentos e visitas aos pacientes internados ao atendimento a crianças e adolescentes, voluntariamente, no Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. Daí em diante, foi um pulo para uma clínica de internação psiquiátrica particular, que funcionava em regime de hospital-dia², um “mini-manicômio”, lembrando as palavras de pessoas que ali trabalhavam. Assim fiz minha travessia e fui, realmente, trabalhar

¹ Aos encontros podemos somar outras acepções do termo definidas no HOUAISS e que tem aplicabilidade neste trabalho: descoberta, combate, enfrentamento.

² O hospital-dia é um espaço intermediário entre a internação hospitalar e a vida fora do manicômio, com proposta de ser um espaço de maior liberdade.

no manicômio, no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho³ (HP). Fui convidada a gerenciar a Unidade de Curta Permanência (UCP).

No Estado do Espírito Santo, o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho ainda é referência para internação de portadores de transtorno mentais, principalmente porque “não existem leitos⁴” para pacientes psiquiátricos em hospitais gerais na rede de Saúde, como também não existe na estrutura da rede nenhum CAPSIII⁵. Assim, a UCP ainda tem um papel muito importante na rede. Ela compõe um serviço hospitalar que dispõe de 50 leitos para internação, sendo 30 masculinos e 20 femininos. A UCP tem por finalidade atender pessoas em crise⁶, quando se esgotarem os recursos de tratamento e de cuidado em outros níveis de assistência da rede de Saúde Mental.

A UCP configura-se como um serviço integral e de “Curta Permanência”, onde são utilizados todos os recursos terapêuticos necessários para que o paciente retorne à vida comunitária, retomando seus laços de convívio social e familiar.

³ Manicômio, Hospital Psiquiátrico, Hospício são usados como sinônimos para falar de locais e de práticas obsoletas de internação ainda presentes na nossa sociedade.

⁴ Faço aqui uma provocação. No ES existem alguns poucos hospitais que têm leitos psiquiátricos cadastrados pelo SUS, no entanto, esses leitos não funcionam.

⁵ Os diferentes tipos de CAPS configuram-se segundo seu porte e clientela: CAPS I - serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante para municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; CAPS II – nos mesmos moldes para municípios com população com mais de 70 mil habitantes; CAPS III – serviço aberto para atendimento diário e noturno, durante sete dias da semana, de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo até 05 leitos de observação; CAPSi – voltado para o atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais; CAPS ad – voltado para o atendimento diário aos usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. CTT – são serviços também destinados para atender usuários de álcool e outras drogas, diferenciam-se do CAPS ad somente no nome. (BRASIL, 2009). No município de Vitória/ES, há uma movimentação que tem apontado para transformação do CAPSII - CAPS Ilha de Santa Maria - em um CAPSIII.

⁶ Neste trabalho, a situação da crise (crise psiquiátrica ou psicótica) é pensada numa proposta ampliada, que não se reduz a agudização da sintomatologia psiquiátrica, ou a algo que deve ser suprimido com agilidade, mas sim como um momento, um tempo de vida daquele sujeito que deve ser cuidado no sentido de potencializar aquela experiência.

Entende-se por “Curta Permanência”, o menor tempo possível que aquela pessoa precisará de internação, o que decorre de muitos fatores como o quadro psiquiátrico, a evolução deste e a situação social envolvida. A equipe da UCP entende que o tempo de referência médio para a duração de uma internação não deveria ultrapassar 30 dias, mas cada caso é avaliado e discutido, semanalmente, em reuniões clínicas específicas para discussão de casos e, também, de outros assuntos pertinentes à dinâmica hospitalar.

Após a alta hospitalar, o paciente é encaminhado para outros serviços que compõem a rede de Saúde Mental, serviços territoriais, como as UBS (Unidades Básicas de Saúde), os CRAS (Centro de Referência à Assistência Social) ou CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para acompanhamento e continuidade do tratamento. Algumas questões são enfrentadas no momento de efetivar uma alta hospitalar, tais como: a recusa familiar em acolher e cuidar, os problemas sociais, o funcionamento precário da rede de assistência extra-hospitalar em Saúde Mental, e a imposição de permanência prolongada, submetida aos casos de internações judiciais, via internação compulsória.

Mas, de fato, o que é Curta Permanência? Para quem seria curta essa permanência? E mais, seria como costumávamos brincar, dizendo “curta a permanência⁷”?

A estadia na Curta Permanência não foi tão curta, e foi o tempo necessário para me incomodar com o cenário. Eram muitas as questões que me assaltavam! Pessoas violentamente internadas contra sua vontade. Pessoas sentenciadas a “viver” em cárcere coletivo, por tempo indeterminado, em um espaço asilar manicomial, sob justificativa de sua “própria proteção”.

Esse cenário configurava atos de desespero, de raiva, de fúria e de gritos por liberdade. Cenas que me impulsionaram a buscar respostas, explicações, tensionamentos tantos que me conduziram no caminho do manicômio ao mestrado.

⁷ Brincar com a frase *curta a permanência* é dizer que não é sabido o tempo que esta irá durar. Preconiza-se no movimento da Reforma Psiquiátrica que uma internação seja curta, breve, ou o menor tempo possível para “estabilizar um sujeito em crise”. Sabemos que a situação é mais complexa, não se reduz ao tempo cronológico, a crise comporta outros vieses.

Chegar ao mestrado em Psicologia Institucional da UFES, já nas primeiras disciplinas obrigatórias e optativas, viver o encontro com outros alunos, com uma orientadora, com textos e autores distintos, abriria um caminho que me convocava ao efetivo exercício de pensar. Era imprescindível arejar meus pensamentos, liberá-los da rigidez de certas atitudes, introduzir questões no cotidiano de uma atuação cercada de inquietações, certezas, um desafio a me guiar.

Não fazemos aqui alusão à figura de Rodin, O Pensador. Um filósofo sentado, com a cabeça apoiada na mão direita, pensando. Mas, concordamos com Deleuze (1988, p.142) onde “[...] o pensamento só pensa coagido e forçado [...]”, é preciso romper o limiar da estabilidade que nos aprisiona na conformidade do saber constituído para poder pensar. Suportar o intolerável a nos sacudir, rompendo com nossos contornos formatados, fabricados, moldados. Assumir uma postura, como entendemos, metamorfoseante.

É sobre Antonin Artaud que Deleuze nos presenteia com os seguintes dizeres:

[...] pensar não é inato, mas deve ser engendrado no pensamento. Sabe que o problema não é dirigir, nem aplicar metodicamente um pensamento preexistente por natureza e de direito, mas fazer com que nasça aquilo que ainda não existe (não há outra obra, todo o resto é arbitrário e enfeito). Pensar é criar, não há outra criação, mas criar é, antes de tudo, engendrar, "pensar" no pensamento. (DELEUZE, 1988, p.145).

Sentimos como nos é caro pensar! Muitas vezes nos espaços de trabalho somos “impedidos”. Na maioria das vezes, sucumbimos aos automatismos criados por nós mesmos, confortados no “já dado” como um território seguro. Seguimos, ligados no “fazer por fazer”, como se fôssemos um aparelho eletrônico colocado em *stand by*, estando na cena, aguardando o comando liga/desliga.

No entanto, algo “curto-circuita” em nós, implica-nos de outra forma, e estar implicado é colocar em análise os vínculos afetivo-libidinais, políticos, profissionais e institucionais de qualquer pesquisador (COIMBRA, 2001). Assim, com o mestrado, seguimos em trilhas novas, que inauguram o desafio de fazer pesquisa, aglutinando um mundo novo, convidando-me a um novo experimentar e, ao mesmo tempo, convocando-me à revisão de uma prática cotidiana do trabalho, também enclausurado nos muros de um Hospital Psiquiátrico.

Da prática corriqueira no Hospital, da vivência nesse espaço, do compartilhamento com esse cotidiano, percebemos que nos movimentamos com as inquietações. Dos

fazerem que perturbam, fazerem oriundos de práticas discursivas manicomializantes, não ficamos intimidadas. Sinto a potencialidade de lutar por mudanças, que não se dão pela simples vontade, mas sim pela análise dos processos em jogo nas configurações contemporâneas, análises, inclusive, de nossa implicação nesse fazer.

Ao colocar em análise nossas implicações, sacudimos o cotidiano produzido por nós. Questionamos quais intervenções produzimos, e como são produzidas. Problematisamos nosso fazer-saber, atentando para as “[...] diferentes forças presentes no nosso campo de atuação” (NASCIMENTO, AYRES e COIMBRA, 2008).

Forças que nos colocam no jogo da vida e com a vida que produz tensionamentos, torções na aposta de reverberar, diferenciando-nos⁸. Desejamos fazer de nós mesmos algo que não reconhecemos, imprescindível à experiência da potência de viver, caso contrário, passaremos a/na vida como zumbis, fabulosamente denominados de mortos-vivos, talvez mais mortos do que vivos.

Desejamos que esta dissertação também problematize nosso funcionamento nesses modos que insistem numa produção de vidas enclausuradas. A partir de um recorte na nossa experiência de trabalho, nos anos de 2007 a 2010, colocamos em análise *as internações compulsórias*, seus efeitos e as estratégias de enfrentamento ao uso desses mecanismos legais. Localizamos a pesquisa na análise dos processos e práticas da Unidade de Curta Permanência do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho/ES – Brasil.

1.1. Movimentações Antimanicomiais: historietas do cenário capixaba.

Uma das cenas que, para nós, retratam, pulsantemente as movimentações antimanicomiais em terras capixabas, ocorreu no ano de 2010. Realizamos no ES a “III Conferência Estadual de Saúde Mental”, como um pré-aquecimento para as discussões “IV CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE MENTAL - Saúde Mental:

⁸ Da leitura de Deleuze e Guattari, extraímos a noção de diferença como forças em tensão, forças que nos afetam e que produz em nós algo que nos faz diferir em relação a nós mesmos, não se remete à noção de identidade que afirma “eu sou isso, diferente daquilo”.

direito e compromisso de todos - consolidar avanços e enfrentar desafios". Participaram, ativamente dessa Conferência, atores de distintas localidades do território capixaba.

Testemunhamos um envolvimento da maioria (82%) dos municípios. Participaram 64 municípios, do total de 78, do Estado do Espírito Santo, nas Etapas Municipais e Intermunicipais da conferência, agregando as contribuições regionais. (ESPIRITO SANTO, 2010, p.08).

Foi um momento em que estivemos, efetivamente reunidos, apostando na construção permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), discutindo os desafios da Política Nacional de Saúde Mental, onde se avaliou os avanços e os retrocessos dessa política.

Participamos, ativamente da Conferência Estadual como relatora, experiência que promoveu a produção do "Relatório final da III Conferência Estadual de Saúde Mental /Etapa Estadual da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Espírito Santo", documento contendo as principais discussões, tensões e debates produzidos em torno de temas específicos do cenário capixaba e temas de abrangência nacional que permeiam os desafios da política de Saúde Mental.

Nas peregrinações marginais em terras capixabas, não estávamos sós. Encontramos importantes parceiros, aliados fieis. Nestas terras, figuram atores implicados na Luta Antimanicomial⁹ que militam pelo fim do manicômio, atuando ainda hoje guiados por uma postura Basagliana, onde acabar com o hospício significava derrubar tijolo por tijolo do muro que cerceava a vida. Discussão importante e que pode avançar no sentido de reconhecer outras tantas cenas para a Luta.

[...] pretendemos colocar em cena algumas questões contemporâneas que nos impõem cada vez mais novos desafios. Como é o caso da importância da Luta Antimanicomial e conseqüentemente da luta pelos Direitos Humanos, que não se esgotam na luta pelos direitos civis, mas apontam para a luta pelo não encarceramento e pelo não esquadrinhamento do desejo. (MACHADO e LAVRADOR, 2002, p.01).

Foi através de diversificados movimentos de luta, no final dos anos 70, com a eclosão do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que surge o movimento

⁹ "A luta antimanicomial, o mais importante movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, teve início durante o regime militar (...)" (AMARANTE, 2008)

pela Reforma Psiquiátrica¹⁰ no Brasil. Nos anos 80, em meio à chamada redemocratização do país, ganha força o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que sensibiliza e mobiliza a sociedade no questionamento à exclusão social da loucura, com o lema *Por uma sociedade sem manicômios*. Vislumbremos que, para tal:

Um primeiro passo é nos libertarmos dos 'desejos de manicômios', que se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele. (MACHADO e LAVRADOR, 2002, p.01).

O termo loucura é aqui referenciado pela leitura de Foucault (1972), leitura essa que nos demonstra como o sentido do termo foi construído, forjando condições sociais diferenciadas ao longo dos séculos. Já sobre a figura do louco, dizemos, conforme Pelbart (1989, p.105) que se trata daquele “[...] personagem social discriminado, excluído e recluso”.

O Movimento da Luta Antimanicomial objetiva criar outros significados para a loucura e estabelecer novas relações entre o louco e a sociedade, firmado através de revisões conceituais, culturais, políticas e jurídicas. Esse movimento que exprime sonhos e ideais de uma sociedade sem manicômios¹¹, apostando na desinstitucionalização da loucura, tem como conquista a construção e implementação da Lei 10.216/2001 (BRASIL).

Relembramos que, em 1989, o Deputado Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei nº 3.657/89, propondo a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por outros recursos assistenciais. O texto desse Projeto também versa sobre a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. É importante destacar que o tempo de tramitação do Projeto, no congresso, foi de doze anos, com reiteradas

¹⁰ É “[...] considerada como reforma psiquiátrica um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.” (AMARANTE, 1995, p. 87).

¹¹ Como manicômio entendemos “[...] sinônimo de um certo olhar, de um certo conceito, de um certo gesto que classifica desclassificando, que inclui excluindo, que nomeia desmerecendo, que vê sem olhar” (AMARANTE, 1999, p.49).

discussões. Houve 01 destaque, 02 ementas e 06 despachos¹², para finalmente ser construída a redação final da Lei 10.216/2001.

Em linhas gerais, a Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, tornando-se um marco na história da Saúde Mental brasileira. Entendemos que a culminância dessa Lei favorece uma desordem no que até então estava instituído, naturalizado. É o dessaranjo do que estava estável, cômodo, estabelecido em termos não tão somente de assistência em saúde, da exclusividade do tratamento hospitalocêntrico, da soberania do saber psiquiátrico, da reclusão do “doente mental”, como também a aposta na participação cidadã para o fomento de políticas públicas.

Seguindo o debate nacional em torno do Projeto de Lei de Paulo Delgado, os deputados do Espírito Santo elaboraram uma normativa própria. A Lei nº. 5267/1996 foi sancionada e descreve os direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais, e indica outras ações para o desenvolvimento da política de Saúde Mental no Estado. Contudo, ao nosso olhar essa lei nos remete a uma colcha de retalhos, inescrupulosamente fragmentada, recortada, o que dificulta até a simples leitura, quem dirá a aplicação da mesma.

Temos um interesse especial por uma parte dessa lei quando ela exige que o Ministério Público, a Comissão de Ética Médica das instituições e o Conselho de Medicina sejam informados sobre os casos de internação psiquiátrica compulsória, no prazo de quarenta e oito horas. Medida que obriga um membro do Ministério Público realizar visita ao paciente e escutar o que ele tem a dizer, assim como seus familiares, os médicos e a equipe técnica, verificando a necessidade da internação. Caso a internação seja considerada legal, ela durará vinte dias. Após esse período, será avaliada por um relatório médico que justifique a permanência e indique o programa terapêutico a ser adotado. O mesmo deverá ser encaminhado ao Ministério Público para nova avaliação. Percebemos aqui um artifício jurídico do “faz de conta”, a ser mais bem tratado ao longo deste texto.

¹² Conforme informações localizadas no site <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Nesse mesmo site podemos encontrar todas as barganhas e negociações feitas para a construção da Lei.

Em 2002, através da Portaria 336, criam-se os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, serviços abertos que funcionem em rede e articulados a outros dispositivos de atenção à saúde, que estejam integrados nas comunidades, e que trabalhem orientados pela inovação e ampliação das novas terapêuticas em Saúde Mental. Esses serviços são, estrategicamente denominados de substitutivos¹³, de base territorial, voltados para atenção psicossocial, cuja finalidade é assegurar a atenção integral e os direitos das pessoas em sofrimento mental, favorecendo condições para promover a autonomia dos usuários, a integração, a participação e a reinserção psicossocial.

A rede de serviços substitutivos de Saúde Mental no ES vem se tecendo muito lentamente, porém, temos importantes conquistas como a criação de 06 Residências Terapêuticas¹⁴, 16 CAPS subdivididos entre Caps I e Caps II, 01 CAPSi, 03 CAPS ad e 01 Centro de Tratamento ao Toxicômano (CTT). Alguns municípios estruturaram equipes multiprofissionais que compreendem Programas de Saúde Mental, outros contam com a parceria do ESF/PACS¹⁵, a fim de realizar o mapeamento e acompanhamento dos casos de transtorno mental de uma determinada região.

Conforme noticiado pela mídia¹⁶ local, o Governo do Estado, por meio da Secretaria da Saúde (Sesa) assina em 05/03/2010, um convênio para a construção de 10 Centros de Tratamento ao Toxicômano (CTTs) em 10 municípios capixabas. Esses novos serviços compõem a Política Estadual para a Organização da Rede de Saúde Mental e objetivam ampliar o acesso de usuários de drogas a serviços especializados. Também foi noticiada a contratação de uma Organização da

¹³ São serviços substitutivos porque têm a proposta de substituir o modelo hospitalocêntrico de tratamento, revertendo à lógica manicomializante.

¹⁴ Residência Terapêutica ou Serviços Residenciais Terapêuticos foram legitimados com a Portaria n.º 106/2000 do Ministério da Saúde e têm por fim constituírem-se como um serviço substitutivo com caráter de moradia. Devem atender, prioritariamente às pessoas que permaneceram internadas, durante muitos anos em hospitais psiquiátricos e que não contam com apoio adequado na comunidade e/ou na família (BRASIL, 2004).

¹⁵ ESF- Estratégia de Saúde da família e PACS- Programa de agentes comunitários de saúde.

¹⁶ www.saude.es.gov.br/noticias

Sociedade Civil de Interesse Público -OSCIP¹⁷- que se encarregará da abertura de mais 10 Residências Terapêuticas nos próximos anos.

Ilustramos até aqui a composição da rede de serviços em Saúde Mental, em construção no ES. Contudo, uma rede deve estar permanentemente articulada a outras instituições, associações, cooperativas e variados outros espaços que compõem as cidades. Portanto, constituir redes é agregar também “[...] todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer [...]” (BRASIL, 2004.p. 11), que permitem potencializar o cuidado com o portador de transtorno mental.

Os fios/desa-fios que tecem a trama dessa rede produzem muitos pontos. Ora flexíveis, frouxos ora, ligeiramente, endurecidos, esburacados, num movimento contínuo de composição e decomposição. Ao pensarmos uma rede, não a entendemos somente no sentido de sua constituição de serviços e instituições, mas sim de suas ações de cuidado no território¹⁸, ações essas articuladas que devem garantir acesso e atendimento às demandas da população.

Sabemos que, muitas vezes, a oferta dos serviços não condiz com a demanda que se apresenta. Os buracos, que surgem em uma rede, permitem a entrada de muitas coisas. Ali, saem coisas, coisas fluem. Muitas produções coexistem. Produzem-se incômodos na sua trama.

¹⁷ As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público/OSCIP são reguladas pela Lei 9.790/99. Esta forma de organização introduz na sociedade uma nova concepção de esfera pública social, que possibilita firmar parcerias entre Estado e sociedade civil sobre novas bases mais condizentes com as atuais exigências de publicização e eficiência das ações sociais. Essa Lei “parte da ideia de que o público não é monopólio do Estado. De que existem políticas públicas e ações públicas que não devem ser feitas pelo Estado, não porque o Estado esteja se descompromissando ou renunciando a cumprir o seu papel constitucional e nem porque o Estado esteja terceirizando suas responsabilidades, ou seja, não por razões, diretas ou inversas, de Estado, mas por ‘razões de Sociedade’ mesmo”. (FERRAREZI, 2002).

¹⁸ “[...] Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.)” (BRASIL, 2004.p. 11).

Nas novas configurações territoriais enfatizamos que, mesmo com avanços e conquistas do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, ainda existem no Brasil e no Espírito Santo, instituições psiquiátricas em funcionamento nos moldes hospitalocêntrico. Existem também estabelecimentos não hospitalares, como as Comunidades Terapêuticas¹⁹, que atuam promovendo práticas de internação.

No rol de histórias que integram o cenário capixaba, esta em especial produz provocações. Em 2009, havia propostas de mudanças estruturais no espaço do Hospital Psiquiátrico. Veiculava-se a transformação do HP em Hospital Geral. A grandiosa estrutura física existente estava subutilizada, sem funcionalidade, ao mesmo tempo em que pessoas se amontoavam nos corredores de outros hospitais²⁰. Olhares incrédulos e muitas perguntas no ar: será que com essas reformas seremos outro hospital? Como funcionaremos? Deixaremos de ser HP?

Cheiro de tinta nova, caminhões carregados de entulhos do passado, sonhos dando espaço a outros sonhos: a destruição dos muros altos, a reforma de telhado, equipamentos de última geração, fim dos grandes pavilhões. O tempo era outro. Em maio de 2010, inaugurou-se o Hospital Estadual de Atenção Clínica²¹ (HEAC), com novos médicos, outras especialidades além da psiquiatria, remédios de última geração, aumento do número de funcionários, outras gentes. Gentes diferentes, gentes estranhas, circulando pelo manicômio. Muitos ainda têm medo de quem/ ou do que encontrarão pelos corredores. Evitam usá-los, pois ali podem encontrar um maluco.

Seriam suficientes essas transformações?

¹⁹ Segundo Leon (2003, p.3) Comunidade Terapêutica para tratamento a dependentes de drogas é “[...] uma abordagem de auto-ajuda, desenvolvida de modo primordial fora das práticas psiquiátricas, psicológicas e médicas tradicionais”. Surgiram por volta dos anos 60 nos Estados Unidos, pelas conexões de grupos de auto-ajuda como o A.A., Synanon, Daytop Village.

²⁰ Conforme notícia veiculada em

http://www.eshoje.com.br/porta/leiturasuperlotacao_e_ambiente_sucateado_em_hospitais_publicos_do_es.aspx

²¹ Para maiores informações, consultar:

<http://www.es.gov.br/site/noticias/show.aspx?noticiald=99707987>

O que precisa ser transformado?

Reformar a estrutura física não significa transformação das velhas práticas manicomiais, excludentes, ainda tão presentes naquele lugar. Não acreditamos, simplesmente em reformas estruturais, mas sim naquilo que nos convoca a compor com as diferentes mãos na construção efetiva de outros espaços e práticas. O recente festejar da Luta Antimanicomial²² mostra-nos o quanto precisamos seguir movimentando. Sabemos que ainda é preciso vencer obstáculos importantes no que diz respeito aos direitos humanos²³, visto que, conforme o cenário acima, ainda vivenciamos:

[...] a “tecnologia do ajustamento” tão presente no panorama sócio-político contribui para formações e atuações profissionais nas políticas públicas que ainda impera [...] determinado registro de silenciamento que, embora não proíba dizer, incita a calar e esquecer. (RODRIGUES, 1998, p.68).

Em meio aos entulhos da reforma, persistimos na luta pela efetivação de experiências/políticas/práticas antimanicomiais que procurem desfazer as “sutilezas” de ajustamento produzidas no cotidiano asilar que, ao mesmo tempo, transforma e mantém a lógica excludente. Lógica mantida no que acontece com as *internações compulsórias*, vinculação entre *loucura* e *periculosidade social*, que trabalharemos mais adiante.

1.2. Ideações Metodológicas: caminhos de uma Pesquisa

²² Marcha para Brasília em 30 de setembro de 2009 que teve como objetivo garantir a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

²³ Nosso entendimento de direitos humanos não se baliza por acreditar numa postura de que ‘todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos’ conforme anunciado no artigo primeiro da Declaração de 1948. Distanciamos-nos dessa naturalização. É preciso reconhecer que existe em nossa sociedade determinada parcela de pessoas que “estão excluídas desses direitos à vida e à dignidade, são os segmentos pauperizados e percebidos como ‘marginais’: os ‘deficientes’ de todos os tipos, os ‘desviantes’, os miseráveis, dentre muitos outros. A estes, efetivamente, os direitos humanos sempre foram – e continuam sendo – negados, pois tais parcelas têm sido produzidas para serem vistas como ‘sub-humanas’, como não pertencentes ao gênero humano”. Buscamos trabalhar a noção de direitos humanos como advinda das “diferentes práticas sociais, em diferentes momentos da história, vão produzindo diferentes ‘rostos’, diferentes ‘fisionomias’, portanto, diferentes objetos, diferentes entendimentos do que são os direitos humanos. Estes, produzidos de diversas formas, não têm uma evolução ou uma origem primeira, mas emergem em certos momentos, de certas maneiras bem peculiares. Devem ser assim, entendidos não como um objeto natural e a-histórico, mas forjados pelas mais variadas práticas e movimentos sociais”. (COIMBRA, 2001).

Viagens, paradas, partidas, movimentações, estagnações, direção por uma via onde mirávamos a maré baixa, marginais à vista, atraía-nos o odor da manhã fresca, a garça a repousar no toco de árvore sob o mar, redes de pesca, barcos, o sol a nascer, uma bela paisagem! Mais aprazível ainda quando o vento entrava pela janela, revigorando as intensidades do por vir. São frações de um dia, frações que formavam um percurso/ caminho, e que me faziam devanear sobre meus escritos.

Na bela paisagem, vale²⁴ dizer que estávamos em Cariacica – município da Região Metropolitana da Grande Vitória – no Espírito Santo. Seguindo o curso, na estrada, encontramos alguns percalços, quebra-molas, sobes e desces atenção aos pequenos a brincar na rua, tão logo, avistamos a imponente construção da década de 50, chegamos ao lugar no qual por uma temporada iniciamos uma viagem, outro caminhar, apostando em novos rumos.

Ademais colocamo-nos neste trabalho de pesquisa não idealizando sujeitos, metas, objetos, objetivos. Nossa postura desejou acima de tudo viver as experiências do saber-fazer não construído de antemão, e sim aquele saber que surge, que emerge de um fazer. Posicionamo-nos então a caminhar e tentar “[...] conhecer o caminho de constituição de um dado objeto [...] a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção”. (PASSOS e BENEVIDES, 2009, p. 31).

Recorremos à pesquisa-intervenção, por entendermos que uma pesquisa se constitui como processo, como processualidade, produzindo necessariamente intervenções. Não falamos de processo como algo objetivo, racional, mero processamento de informações, utilizamos sua faceta de processualidade, visto que assumimos ter produzido interferências no/como pesquisar. Produção de interseções, de conexões e disjunções.

Traçar um caminho retilíneo e sem pedras na estrada não era pretensão desta pesquisa-intervenção, muito diferente disso, a aposta aqui foi a de construir, cartograficamente, modos de estar imersa no território desta pesquisa, embrenhada na paisagem que por ora se configurava, buscando a produção de questionamentos

²⁴ A Vale é uma grande empresa de mineração com sede no ES. A via descrita está localizada próxima a uma das sedes da empresa, e esse caminho é conhecido como a estrada da Vale.

para discursos re-produtores de verdades, e pondo em análise práticas produtoras de vidas não potentes.

Desejamos rumar em nosso caminho metodológico, buscando nos infectar, contaminar-nos, talvez como as larvas do “bicho geográfico”, invisíveis, porém, indiscretas. Elas infiltram em nossas veias, promovendo andanças em nossos corpos, ao caminhar sob a pele, formam um túnel tortuoso e avermelhado, andanças/migração que marcam nossa pele desenhando um mapa. Não aquele mapa da geografia que representa coisas estáticas, até porque o bicho não para, o mapa está em movimento pelo corpo, marcando e cartografando esse corpo.

Um corpo pesquisador cartógrafo em construção, imbuído do compromisso com a vida, muitas vidas. Lançamo-nos a um compromisso que permite a escuta dos ruídos, o acolhimento do não dito, o vislumbre das fagulhas que ainda pulsam, a visão das sombras, um brilho no olhar: “É no suporte à vida que se percebe quais intensidades pedem passagem, qual o índice de abertura, de devir, de acolhimento a novos encontros e a novas experiências [...]” (MAIRESSE e FONSECA, 2002, p.115).

Então, ao cartografar, pretendemos “[...] um mergulho no plano da experiência, lá onde conhecer e fazer se tornam inseparáveis [...]”. (PASSOS e BENEVIDES, 2009, p. 30). Lá onde os desviantes²⁵, produtores de desvios, nos impõe à tarefa de “[...] extrair os desvios necessários ao processo de criação”, necessários ao processo da vida, da escrita, da tessitura da cartografia.

Utilizaremos a cartografia como recurso teórico prático proposto por Deleuze e Guattari (1995), quando afirmam que o princípio da cartografia é “[...] aberto, é conectável em todas as suas dimensões [...] pode-se concebê-lo como obra de arte, construí-lo como uma ação política ou como uma meditação” (p.22). Convidamos Suely Rolnik para intermediar a discussão sobre cartografia e construir conosco nosso pesquisar.

Pensamos no método desta pesquisa, como criação de novos sentidos, e nos casos singulares, ou causos, como dimensão do coletivo. Assumimos uma postura não passiva em nosso plano de pesquisa. Reconhecemos que o *ethos* na pesquisa se

²⁵ Desviantes, transtornados, endoidecidos, malucados, são estes múltiplos que compõem nosso pesquisar.

coloca como uma problematização política, bem como o causo comporta a dimensão política.

Importa esclarecer que nossa aposta metodológica não é definida por um método fechado em si, e sim por uma perspectiva ético-estético-político²⁶, que nos guiará por esse campo do pesquisar. Estamos também cartógrafos! Mas o que isso significa? Nas palavras de Rolnik (2006):

“[...] o cartógrafo serve-se de fontes as mais variadas, incluindo fontes não só escritas e nem só teóricas. Seus operadores conceituais podem surgir tanto de um filme quanto de uma conversa ou de um tratado de filosofia. O cartógrafo é um verdadeiro *antropófago*: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, *transvalorado*. Está sempre buscando elementos/alimentos para compor suas cartografias.” (p.65).

Ao pesquisar, nos apropriamos de elementos disponíveis no plano desta cartografia: documentos, prontuários, despachos de juízes, cartas, atentos para as intensidades emergidas no entre falas, bate-papos, cafés, lanches, festas, utilizamos também outras estratégias/ferramentas forjadas no *encontro com*, nas conversas com trabalhadores, com o Judiciário. As análises desses elementos nos potencializaram na escrita e na construção dos causos, nossa produção.

A busca que nos moveu como pesquisadores *a priori* “[...] não segue nenhuma espécie de *protocolo normalizado*.” (ROLNIK, 2006, p. 66). As entrevistas, os roteiros, as coletas de dados se constituíram como instrumentos/ferramentas que utilizamos como recurso auxiliar no processo de pesquisa. Já que intencionamos intensamente acompanhar os movimentos das “paisagens psicossociais” produzidas no cenário da Saúde Mental e suas interfaces. Colocando-nos atentas para “[...] as *mutações* das cartografias [...]” (ROLNIK, 2006, p. 67) e estando sensíveis ao:

²⁶ “**Ético** porque não se trata do rigor de um conjunto de regras tomadas como um valor em si (um método), nem de um sistema de verdades tomadas como valor em si (um campo de saber): ambos são de ordem moral. O que estou definindo como ético é o rigor com que escutamos as diferenças que se fazem em nós e afirmamos o devir a partir dessas diferenças. As verdades que se criam com este tipo de rigor, assim como as regras que se adotou para criá-las, só têm valor enquanto conduzidas e exigidas pelas marcas. **Estético** porque este não é o rigor do domínio de um campo já dado (campo de saber), mas sim o da criação de um campo, criação que encarna as marcas no corpo do pensamento, como numa obra de arte. **Político** porque este rigor é o de uma luta contra as forças em nós que obstruem as nascentes do devir.” (ROLNIK, 1993, p.7).

“[...] movimento que surge da tensão fecunda entre fluxo e representação: fluxo de intensidades escapando do plano de organização de territórios, desorientando suas cartografias, desestabilizando suas representações e, por sua vez, representações estacando o fluxo, canalizando as intensidades, dando-lhes sentido.” (ROLNIK, 2006, p.67).

Tentando acompanhar os movimentos inerentes ao fluxo desta pesquisa, seguimos a orientação de não construir procedimentos antecipadamente, pois assim estaríamos tentando antever o que está por acontecer, não considerando o inusitado e atendo-nos ao já dado. Na prática cartográfica, guiamo-nos por pistas no caminhar, estas nos levam ao funcionamento da cartografia “[...] enquanto método, sempre requer, para funcionar, procedimentos concretos encarnados em dispositivos.” (KASTRUP e BENEVIDES, 2009, p. 77).

Entendemos que criar dispositivos de intervenção seja atuar com uma perspectiva que considere a construção coletiva em devir, *in acting*, em ação, atuação. A perspectiva desse modo de pesquisar está pautada no uso desses dispositivos de intervenção e no acompanhamento de seus efeitos. Por dispositivo, entendemos:

[...] uma composição de elementos heterogêneos – sociais, políticos, artísticos etc. – que está sempre a serviço da produção de algo. Não delimitam sistemas homogêneos, mas “seguem direções, traçam processos que estão sempre em desequilíbrio”. O dispositivo é um artifício que coloca alguma coisa em funcionamento. São máquinas de fazer ver e falar, regimes definidos pelo visível e pelo enunciável, com suas derivações, variações de direções e mutações, dessa forma não são nem sujeitos nem objetos. (DELEUZE, 1996).

O dispositivo funcionará negando assim as versões epistemológicas e positivistas de produzir conhecimento, propondo uma atuação transformadora da realidade sócio-política, já que visa a funcionar, como disparador da decomposição de práticas arraigadas e ainda possibilitar a composição de outros modos de agir, e de intervir nos processos da vida (ROCHA e AGUIAR, 2003).

Em busca por acompanhar os processos de mutações cartográficas nas paisagens psicossociais, direcionamo-nos no contra-fluxo da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, ou visto de outro ângulo, um outro fluxo, ousamos dizer/analisar infiltrada no espaço do hospício. Essa é nossa paisagem mutável e contraditória.

A um primeiro olhar parece contraditório²⁷ trabalhar num hospital psiquiátrico, no entanto, estando inseridas nessa paisagem, tentamos germinar questionamentos, produzir tensões, visando analisar as práticas manicomiais. Orientamo-nos com algumas pistas deste terreno. Estamos guiadas pela necessidade em reconhecer que precisamos avançar na discussão, e em algumas definições que norteiam a perspectiva de luta por uma sociedade sem manicômios.

Acreditamos que efetivações de práticas antimanicomiais implicam na análise continua dos espaços substitutivos, bem como do que se processa de reformulação nos persistentes hospitais psiquiátricos. O que se torna necessário, pois sabemos que o manicômio não está morto, “[...] ele persiste, às vezes mais limpo, modernizado ou humanizado”. (BARROS, 1994, 173). Apesar de os hospitais psiquiátricos se encontrarem em reformulação de seus espaços e práticas, a criação e a organização deles, considerados como “[...] máquina de curar” (FOUCAULT, 2002, p.101) se estabelece pela tecnologia da disciplina. Propaga-se, em nome da *cura*, o controle dos corpos, utilizando-se dos mecanismos disciplinares para fazer a gestão dos homens.

O sistema gerencial não se reduz ao controle dos homens e dos espaços, porquanto se aplica a certo discurso de verdade, nos psicologismos, nas judicializações. Localizamos aqui o discurso do judiciário para refletir sobre um entroncamento fundamental. No que nos aponta Foucault, “O sistema do direito, o campo judiciário são canais permanentes de relações de dominação e técnica de sujeição polimorfos.” (FOUCAULT, 2002, p.182). Percebemos, portanto, que as relações de dominação²⁸ e técnicas de sujeição são fatores presentes no *ainda* movimento de produção asilar, sobretudo, no que tange às internações compulsórias, isso tudo compõe nosso mapa.

²⁷ Falamos de contradição, pois vivemos e sentimos que no Estado do ES é impensável para alguns militantes da luta antimanicomial que profissionais comprometidos com a causa trabalhem num hospital psiquiátrico, uma vez que os mesmos não deveriam mais existir, assim cria-se uma aversão a este lugar, um não falar sobre, não pensar sobre este lugar que persiste na nossa paisagem.

²⁸ “Por dominação eu não entendo o fato de uma dominação global de um sobre os outros, ou de um grupo sobre outro, mas as múltiplas formas de dominação que podem se exercer na sociedade.” (Foucault. 1979. p.181).

O isolamento institucional tira de cena a liberdade, a mobilidade, a cidade, a sociedade. É imprescindível produzir rupturas nesse cenário, analisando o que reproduzimos. Realmente, instaurarmos o desassossego! Aludimos ao termo usado por Baptista (2008) para pensar a movimentação necessária no lugar da conformidade. Em suas palavras, desejamos que “O desassossego de uma outra cidade entre em cena”.

Façamos “entrar em cena” os atores, perturbar a lógica manicomial, atualizar o debate com a Saúde, pensada como “compromisso ético com a saúde pública, com a promoção do bem-estar social e com a defesa da vida” (DIMENSTEIN, 2001, p.60). Lancemo-nos ao confronto com o Judiciário e ao bom combate²⁹. Confronto que não remete a polarizações e nem tão pouco a fazer oposição, buscamos um confronto que opere na intersecção das práticas psis, jurídicas, e na saúde mental. Confronto que analisa as produções originadas do cruzamento dessas práticas.

²⁹ Nas cartas de Paulo para Timóteo, o desafio é: “combater o bom combate”; “milita a boa milícia da fé”, (I Timóteo 1:18; 6:12 e II Timóteo 2:3).

ORGIA ORGÁSMICA

Vi figuras do poder
subvertendo
corrompido seus costumes(?)
deliciando-se
com faisões e caviares
explorando o alimento
de tantos lares
de tantos humildes corações
personalidade de autarquia
que falavam em tom
de demagogia
enganavam a prole
com pseudas ideologias
que todos teriam um lar
em questão de um dia
brindavam seus cálices
com o sangue dos infelizes
estouravam champagne
os mais finos e requintados
e com suas parvoíces
deixavam a ralé amordaçados
no meio daquela gente
de olhares indigentes
os corvos se saciavam
os indignos se promoviam
tudo quanto era autoridade
fazia parte da corja
do covil
da escória da sociedade:
rábulas, vigaristas
crápulas, chovinistas.
(Oliveira, 1994).

2. AS PRÁTICAS JUDICIÁRIAS, A VIA PERICULOSA E O INTERNAMENTO DOS LOUCOS!

Michel Foucault (2005) descreve o surgimento dos tribunais, através das análises do velho Direito Germânico e do Direito Romano. Na sociedade medieval, a configuração do direito apoiava-se sobre a questão da prova, esta remetia a luta física entre adversários à própria sorte, ou provas que demonstrassem a capacidade do corpo em superar obstáculos, resumindo-se em saber quem era o mais forte. É um sistema binário, em que os indivíduos aceitavam as provas ou renunciavam a elas, e quem renunciasse perdia a disputa. Nessa organização não existia confrontação dos fatos. Era uma disputa, ou vitória ou fracasso.

[...] de modo que o mais forte será designado, por esse motivo, como o que tem razão. A prova é um operador do direito, um permutador da força pelo direito [...], não tem a função designar, manifestar ou fazer aparecer a verdade. (FOUCAULT, 2005, p.62)

Esse sistema de provas desapareceu com as transformações políticas e econômicas que ocorreram com a evolução da sociedade medieval. Foi em fins do século XII e início do século XIII, que se desenvolveu um sistema judiciário racional de estabelecer a verdade por meio dos inquéritos. Estes se baseavam na sentença proferida por um terceiro, aquele que anunciava que quem dissesse a verdade tinha razão e quem dissesse a mentira não tinha razão. Os inquéritos judiciários são conduzidos pelos procuradores do rei, que atuavam para além das práticas comerciais, a saber, atuavam também sobre as práticas sociais e econômicas, como exemplo interferiam sobre a quantidade de dinheiro e de recursos, o estado da população, o nível das riquezas, e outras ações. Assim reorganizavam-se as práticas judiciárias da Idade Média, da época clássica e até da época moderna (FOUCAULT, 2005).

Esse modelo de prática judiciária pelo inquérito apoiava-se sobre todo um sistema de poder. Esse sistema definiria o que seria construído como saber: englobava o como, de quem, e por quem seria extraído o saber, e de que maneira esse saber se deslocaria e se transmitiria, e se acumularia, dando lugar a um julgamento ou a uma decisão.

Podemos, então, pensar que, é pela sistematização das práticas judiciárias, construídas historicamente, identificamos as tentativas de administrar a vida dos indivíduos. Destacamos:

O inquérito é precisamente uma forma política, uma forma de gestão (da vida), de exercício do poder que, por meio da instituição judiciária, veio a ser uma maneira, na cultura ocidental, de autenticar a verdade, de adquirir coisas que vão ser consideradas como verdadeiras e de as transmitir. O inquérito é uma forma de saber-poder. (FOUCAULT, 2005, p.78)

A partir da organização judiciária mediante inquéritos e da formalização das práticas penais, Foucault nos convoca a analisar a constituição da sociedade disciplinar, que tem seu desenvolvimento, predominantemente, em fins do século XVIII e início do século XIX. É nessa época mais enfaticamente que se dará a reforma e a reorganização do sistema judiciário e penal, nas diferentes partes do mundo. As transformações ocorreram cada qual a seu tempo e de maneira diversa, ao longo dos séculos.

No percurso de sua obra, Foucault apresenta questionamentos sobre a justiça, sobre a atuação dos tribunais, a emergência do aparelho judiciário, remontando à constituição desse sistema como descrevemos. É com especial atenção que desde fins do século XVIII até o começo do século XX destaca-se o “[...] campo do novo direito civil.” (MOTTA, 2004, p. XVI). É sobre o discurso da legislação penal, das penalidades e da prisão, que Foucault vai identificar a passagem de uma atuação não tão mais preocupada com a defesa geral da sociedade. Os procedimentos característicos em defender a sociedade, apoiavam-se em práticas como o exílio, ou deportação, exposição do culpado publicamente, reparação do dano causado à sociedade através de trabalho forçado e o uso da pena de talião. Esses procedimentos foram abandonados. Construiu-se um outro sistema de penas, de penalidades que visavam a interferir mais no comportamento dos indivíduos do que no corpo social. Como vemos no trecho que se segue:

Com efeito, a legislação penal, desde o início do século XIX e de forma cada vez mais rápida e acelerada durante todo o século, vai se desviar do que podemos chamar a utilidade social; ela não procurará mais visar ao que é socialmente útil, mas pelo contrário, procurará ajustar-se ao indivíduo. (FOUCAULT, 2005, p.84).

Por meio do arcabouço teórico elaborado sobre a penalidade no século XIX, com a ampliação do sistema de penas, e o surgimento da prisão enquanto mecanismo de

aprisionamento, inaugura-se um novo controle sobre os indivíduos. Registra-se que esse tipo de controle não está preocupado com o que realmente, os indivíduos fazem em termos de conformidade com a lei, mas com o que eles podem vir a fazer, da iminência do ato, culminando na noção de periculosidade.

A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam. (FOUCAULT, 2005 p.85).

Certamente é pela ótica do indivíduo, potencialmente perigoso que uma série de instituições é forjada, servindo de sustentáculo ao sistema judiciário. São instituições como: a escola, o asilo, a polícia e o hospital, que terão, por função, também controlar esse indivíduo enquadrando-o numa rede e administrando sua vida, onde:

[...] Toda essa rede de um poder que não é judiciário deve desempenhar uma das funções que a justiça se atribui neste momento: função não mais de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades. (FOUCAULT, 2005 p.86).

É nessa rede de poder que engloba o sistema jurídico que Foucault nos fala das instituições normatizantes. Destacaremos, especialmente, a história do surgimento do hospital e a origem de sua função de tratamento, objetivando discutir as práticas de internação compulsória, ou internação judicial dos ditos “loucos”.

O internamento dos loucos é referenciado em meados do século XVII, mais precisamente no ano de 1656, em Paris, com a fundação do Hospital Geral, que não é um estabelecimento médico, trata-se de “[...] uma estrutura semijurídica [...] que decide a vida das pessoas, julga e executa”. (FOUCAULT, 1972, p.50). Para as instancias julgadoras e às vistas do direito penal, “O louco era o objeto perfeito. Sobretudo sem possibilidade de reclamação.” (MATTOS, 2006, p. 83).

O louco, este personagem da trama da vida que não é aceito entre os comuns, carrega a marca da segregação que produzimos. Por que razão experimentamos tanta intolerância ao que diverge, ao que desvia de um traçado reto, regido pelo ideal de verdade como valor superior? Temos medo de nos misturar e de criar um traçado sinuoso que escapa aos valores transcendentais à vida?

A prática de internamento inaugura um momento decisivo na história da loucura, onde esta passa a ser percebida como algo que incapacita para o trabalho,

impossível de integração no grupo e inserida no contexto dos problemas das cidades. Problemas esses que exigem novas formatações para os que ali habitam.

Configura-se uma nova ordem social com cidades abarrotadas de pessoas desempregadas, doentes, mendigos, desordeiros, bebedores e loucos. Os olhares “caridosos” do clero, “justos” da justiça e do “absoluto” poder monárquico passam a controlar as cidades, retirando delas seus “inconvenientes” moradores pela prática do internamento. “O internamento foi então ligado nas origens e no sentido primordial a esta reestruturação do espaço social.” (FOUCAULT, 1975, p.79).

Criam-se (e isso em toda Europa) estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber o louco, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo o nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, [...] em resumo todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de “alteração”. (FOUCAULT, 1975, p.78).

A partir do Século XVIII, com um novo redimensionamento da ordem político-econômica pela maquinização do trabalho e devido as consequentes transformações sociais e culturais, surge uma imensa necessidade de produção de mão de obra para a indústria emergente. Associada a uma crescente e fortalecida medicina cientificista, a nova configuração faz com que os estabelecimentos de internamento tenham um novo movimento na garantia do princípio de manutenção da ordem. Asseguram a função de assistência e de caridade aos pobres e tornam-se instrumentos terapêuticos aos doentes que precisam de cura.

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais (FOUCAULT, 2002, p.99).

Entretanto, durante um período dessa História as práticas de internamento hospitalares serão exclusivas aos loucos - que não menos desatinados pelas fraquezas do espírito -, ganham um novo complemento às suas vidas, um novo discurso sobre seus males. Pelo conceito da medicina-cientificista tornam-se doentes da alma, “doentes mentais”, seres que necessitam de tratamento intensivo nesses estabelecimentos de internação:

O século XIX aceitará e mesmo exigirá que se atribuam exclusivamente aos loucos esses lugares nos quais cento e cinquenta anos antes se pretendeu alojar os miseráveis, vagabundos e desempregados. (FOUCAULT, 1972, p.73).

Reclusa ao espaço arquitetônico dos grandes hospitais, encontramos a loucura. Tomada como objeto passivo de um controle muito mais voltado para a ordem moral do que investido de procedimentos que objetivassem a intervenção médica. Logo a loucura adquiriu status patológico específico, uma estrutura a qual deveria se encaixar e significações psicológicas que a classificariam, descrevendo-a nos manuais de psiquiatria.

Um olhar atento, que percorre desde os códigos morais aos manuais de classificações internacionais das doenças, identificará uma necessidade cada vez mais presente em nossa cultura, a necessidade de tentar englobar todos os fenômenos inerentes ao ser vivente, em categorizações. Transformando cada gesto e ação em um número, um código, um rótulo a mais para ser impresso no humano. Construimos então, um aparato discursivo de saber que ordenará a vida e dela se apropriará legalmente.

2.1. Do enlace histórico à cumplicidade secular: judicializando a vida.

Historicamente, há uma cumplicidade entre o *poder psiquiátrico* e o *poder judiciário*³⁰, cada qual legitimando o que lhe é “seu por direito”, buscando exclusividades discursivas e de fazeres concretos. É nessa cumplicidade secular, também conflituosa, que encontramos novos elementos para alimentar esta pesquisa.

Com Mattos (2006), temos uma visão clara do profícuo casamento entre direito penal e psiquiatria. Fundamentada nas boas intenções dos alienistas, o Estado se investe da ideia de defesa dos bens jurídicos fundamentais, precocemente ao cometimento de um delito. Antenados ao perigo e ao risco buscam prever e conter

³⁰ Referimos-nos ao Poder Judiciário “... no sentido do edifício jurídico da soberania, dos aparelhos de Estado e das ideologias que o acompanham...”. (Foucault, 2002.p.186). Fazemos um paralelo entre o Poder Psiquiátrico no sentido de pensar os mecanismos de dominação, as formas de sujeição produzidas por esse saber.

as possibilidades de atos criminosos, pela simples “[...] segregação do diferente. Qualquer que fosse a diferença”. (MATTOS, 2006, p. 83).

Cecília Coimbra³¹ chama nossa atenção para o fato de estarmos vivendo um “excesso de Judicialização da Vida”. Demandas de todo o tipo, que versam dos assuntos mais variados possíveis, desde briga entre vizinhos, denúncias de maus-tratos a crianças, a idosos e outros tantos temas do cotidiano invadem os tribunais, demandam soluções imediatas e mediadas pelo aparato do judiciário.

A temática da Judicialização da Vida é problematizada através de diferentes configurações histórico-sociais, que se forjam na atuação do Judiciário apoiado por outras instituições que controlam a vida das pessoas: a escola, família, a prisão, o hospital, o convento, etc. Aventuramo-nos a dizer que esta Judicialização é marcada por uma temporalidade específica da História que vivenciamos. Vale dizer que História é aqui pensada como:

“[...] um emaranhado de linhas tortuosas, que vem e que vão, que se misturam, que se tocam e se afastam. Passado, presente, passado e futuro se embaralham. O passado não explica o presente, ele nos mostra aproximações e, sobretudo, diferenças. Não porque evoluímos ou retrocedemos e sim porque sempre ocorrem transformações.” (MACHADO, 2008, p.192).

O interesse em tomar essa história como algo não determinado, não estanque, não compartimentado em passado, presente e futuro, é para utilizar de suas numerosas facetas ao problematizar as transformações da atualidade. Gilles Deleuze (1990) escreve sobre a sociedade de controle, indicando que “[...] estamos no início de alguma coisa. No regime das prisões: a busca de penas ‘substitutivas’, ao menos para a pequena delinquência [...]” (p.225).

Entendemos que a palavra de ordem “cadeia para criminosos” foi ampliada para as atuais “medidas substitutivas”, e exclusiva para certos desviantes, pelo fato de não estarmos “apenas” na era do homem encarcerável, localizado entre muros e grades, com vigilância sistemática, e vivenciarmos oscilações contínuas e deslizantes, de fluxos, onde “[...] o homem do controle é antes ondulatório, funcionando em órbita, num feixe contínuo. Por toda a parte o *surf* já substituiu os antigos esportes.” (Deleuze, 1990, p.223).

³¹ Em Seminário proferido na Universidade Federal do Espírito Santo, em outubro de 2008, organizado pelo Programa de Pós-Graduação de Psicologia Institucional (PPGPI-UFES).

Surfar uma onda requer inúmeras condições de paciência e determinação, encarar o mar é sempre um risco, um mistério, um desafio. Dessa forma, configuram-se as ações que são levadas ao sistema Judiciário, e que por ora nos parece interessante pensar na imagem de (um) mar. Mais do que isso, trata-se de um mar que avança, abarcando as vidas!

Na procura por soluções, o sistema jurídico-penal forja alternativas para punir esses delitos e não delitos.

Instituem as medidas e penas alternativas, que são saídas mais *brandas* à prisão, caracterizadas pela prestação de serviços à comunidade, prestação pecuniária, perda de bens e valores, limitação de fim de semana, interdição temporária de direitos. Na onda que nos invade, destacamos a chamada Justiça Terapêutica³² como uma pena alternativa. É alternativa à prisão, pois não priva de liberdade aquele que cometeu um delito, porém restringe seus direitos.

[...] Justiça Terapêutica uma pena de tratamento direcionada aos sujeitos apreendidos por porte/uso de substâncias classificadas como ilícitas. Essa política configura-se como uma Pena Alternativa, não encarcerando o sujeito, mas restringindo seus direitos, veiculada como uma “humanização” da lei. Constitui-se em tratamento compulsório, por tempo determinado por juiz em sentença judicial; seu modelo é importado dos EUA a exemplo das *Droug Courts* e prega a total abstinência, ou Tolerância Zero. (RIBEIRO, 2007, sem paginação).

Encontramos aí elementos para pensar, também, as *crescentes internações compulsórias*? Qual o lugar dessas internações no seio de nossa luta antimanicomial?

Realmente, não estamos visualizando uma simples onda. A sua amplitude é maior, como a de um tsunami, e os seus efeitos também; chega-se até mesmo a falar em “[...] acesso à Justiça como política pública de primeira necessidade³³”. De alguma forma, trazer os causos e sua movimentação em torno das internações compulsórias é encarar essa tsunami e seus efeitos.

³² Para saber mais sobre esse tema ver tese de mestrado de Fernanda Mendes Lages Ribeiro “Justiça terapêutica tolerância zero: arregaçamento biopolítico do sistema criminal punitivo e criminalização da pobreza” (2007).

³³ IV Seminário de Psicologia e Direitos Humanos, realizado pelo CRP-05 e Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) em dezembro de 2008.

O debate atual sobre a Judicialização, no campo do direito, é estratégico para a discussão quanto aos desdobramentos sobre a vida. Falar de Judicialização no campo do judiciário implica, conforme Luís Roberto Barroso (2009), dizer que questões políticas ou sociais estão sendo decididas exclusivamente por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional, o Poder Executivo e a administração pública em geral. Barroso concluiu que a Judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade.

Vemos que a Judicialização é descrita como um fenômeno multi-causal, e expressa uma tendência mundial. No Brasil, as causas para esse fenômeno estão diretamente relacionadas ao modelo jurídico-constitucional. Com a promulgação da Constituição de 1988, a constituição cidadã e com a chamada redemocratização do país, que estudiosos do direito identificam o movimento de Judicialização. Em consonância com o que diz Barroso (2009) é, a partir de então, que observa o sistema Judiciário deixando de ser um departamento técnico-especializado, transformando-se em um verdadeiro poder político capaz de fazer valer a Constituição e as Leis.

Lembremo-nos de que é nesse ambiente dito democrático, em nome de uma cidadania³⁴ entendida pontualmente como acesso e conscientização de direitos, que segmentos da população buscam e reivindicam a proteção de seus interesses por meio de juízes e tribunais.

Mas do que estamos falando, quando escrevemos *conscientização de direitos*?

Forçamos as palavras para produzir um efeito, damos, propositadamente, um tom provocativo ao termo, na medida em que soa como uma pregação em um culto. “Neste momento elevemos nosso pensamento e vamos nos conscientizar de que direitos temos.” Como endossa Scheinvar (2009, p.94), tudo isso aponta para uma perspectiva:

³⁴ Atualmente recorre-se ao uso da palavra cidadania para quase tudo, ou seja, entende-se cidadania “apenas como um direito inquestionável, restando-nos somente os esforços para sua aquisição ou o ressarcimento por não tê-la adquirido.” Nesta pesquisa pensamos “a noção de cidadania como uma produção. Uma produção histórica, um conjunto de práticas, um modo de subjetivação ao qual corresponderá o aparecimento de um tipo de corpo: o cidadão.” (FONSECA, 1997, p. 01).

[...] a concepção de direitos é consagrada a partir do princípio soberano da liberdade de declarar iguais sujeitos que não têm condições materiais de serem iguais, e que são abstraídos de sua inserção social em termos de classe ou setor e, por decreto, declarados 'iguais e fraternos'.

Esse movimento provoca rupturas no próprio modo de conceber e exercitar a cidadania, que passou de um exercício de direito para o consumo de um direito³⁵.

Nesse mesmo contexto, deu-se a expansão institucional do Ministério Público, com aumento da relevância de sua atuação fora da área estritamente penal, bem como a presença crescente da Defensoria Pública em diferentes partes do Brasil. Em suma: a redemocratização fortaleceu e expandiu o Poder Judiciário, bem como aumentou a demanda por justiça na sociedade brasileira (BARROSO, 2009, p.3).

Outro ponto de destaque é que ajuda a fortalecer a Judicialização é a própria característica da Constituição de 1988. Sua abrangência, por isso denominada de *constitucionalização abrangente*, incorpora temas variados a seu texto, possibilitando diversos usos. Então na existência de questões, sejam de cunho individual, estatal ou público, que estejam regulamentadas em norma constitucional, identifica-se aí uma pretensão jurídica, que pode, perversamente, traduzir-se em ação judicial (BARROSO, 2009).

Para exemplificar, a Constituição assegura o direito à saúde em seu art.196. Logo, é possível Judicializar a exigência desse direito, como de outros, tornando o ato de recorrer ao Judiciário uma prática de intervenção nas ações de saúde pontualmente, conseguindo leitos em hospitais, medicamentos, acesso a tratamentos específicos, etc. A atuação também se faz diretamente, em outras Políticas Públicas, mediadas pelas promotorias especializadas que fomentam a criação de serviços, a realização de concursos públicos e outras ações.

Luiz Werneck Vianna (2009) pensa esse impacto no campo das relações sociais, e identifica:

[...] a sociedade contemporânea experimenta, no seu modo cotidiano de operar, uma presença do direito, seus procedimentos e suas instituições sem paralelo na história do Ocidente moderno. Tal processo, muito apropriadamente, tem sido designado pela literatura como uma "Judicialização da Vida", não apenas referido à dimensão da política, às do mundo do trabalho e às da família, mas à totalidade do social. (p.39)

³⁵ Como nos aponta Scheinvar "Na terra, antes de ter acesso ao mundo divino, todos passam a ter direitos, ainda que a partir de desigualdades patentes." (2009, p.93).

E mais, inferimos que a Judicialização pode ser entendida como um mecanismo inerente ao sistema Judiciário, já que este possibilita acesso, atendimento, acolhimento aos que o buscam para mediações de conflitos de diversas naturezas.

Vale ressaltar que nossa discussão está para além de pensar a demanda por resolução de conflitos. As demandas de internação compulsória extrapolam essa dimensão. Entendemos as internações compulsórias como um artifício abusivo, que força a segregação do louco, destituindo-o de direitos, como o de ir e vir, o de liberdade, de privacidade e de dignidade...apoiada no argumento, no álibi da necessidade de tratamento.

Temos agora, vidas afogadas nos ditames do sistema jurídico e ainda subjulgadas pelo sistema médico hospitalar.

2.2. A internação compulsória a serviço da Judicialização da Vida.

As internações compulsórias e o processo de Judicialização têm produzido sérias interferências na Saúde Mental, nas lutas contra a reclusão da loucura, plano de análise desta pesquisa. Estamos no debate no campo das relações sociais, da norma, dos grupos, do coletivo e, principalmente, no campo da regulação da vida.

Uma regulação, por vezes, disfarçada por auras libertárias, que habilmente estabelece modos de captura das vidas, mas não escapa à possibilidade de uma análise minuciosa de suas reais intenções.

Hoje falamos de um controle ao ar livre, onde não se usam pesadas correntes de aço, mas basta uma coleira eletrônica ou até mesmo uma “coleira Legal”, sutil e eficiente. São mecanismos modernos de controles contínuos forjados na sociedade capitalista que regem a vida nos mínimos detalhes. Nessa empreitada, recorreremos, mais uma vez, a estudiosos contemporâneos, como Cecília Coimbra (2008), na discussão do encontro da Psicologia com o judiciário; Fernanda Bocco (2008), nas contribuições a cerca do processo em si da judicialização; e Virgílio de Mattos (2006), com estudos sobre a conformação do direito penal e sua aplicabilidade no tocante ao manicômio judiciário. Trazemos ainda, para a discussão, os estudos de Michael Foucault (1972, 1975, 2002, 2005), uma grande referência na analítica dos mecanismos de regulação forjados socialmente.

A Judicialização como um movimento do/no contemporâneo, no qual vemos emergir o Sistema do Judiciário como instituição/institucionalidade mediadora de demandas, conflitos, acessos, os mais variados, encorpam o fenômeno da Judicialização da Vida. Nossa discussão não toma o Judiciário em si como centralidade da análise, mas avança ao problematizar a dimensão do excesso, do excessivo, tão presente nesses usos. Esse processo de Judicialização interessa a nós, pesquisadores, como uma ferramenta para pensar o campo no qual estamos implicados, ou seja, o campo da Saúde Mental. Denunciamos os abusos produzidos no contexto do uso da Justiça para a garantia de internação de pessoas com transtornos mentais, no Hospital Psiquiátrico do ES.

Em pesquisa documental, Pesente (2009) constata:

“Essas internações compulsórias ocupavam, no primeiro semestre de 2008, onze dos cinquenta leitos disponíveis para o atendimento de pacientes em crise na Unidade de Curta Permanência (UCP) do Hospital Adauto Botelho (HAB)”.

A pesquisadora fez análises pormenorizadas dos processos judiciais de (06) seis dos (11) onze casos identificados no ano de 2008. E concluiu que “o tempo de internação compulsória era (28) vinte oito vezes maior que a não compulsória”.

Nos casos analisados pela pesquisadora, constatou-se que, curiosamente, os processos originavam-se por um pedido de interdição. Sequencialmente, procediam-se os pedidos de internação, com justificativa de agressividade do portador de transtorno mental. Os pedidos eram atendidos sem prudência em conhecer o contexto da tal agressividade. As internações apresentavam caráter custodial.

O Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho/ES, na Unidade de Curta Permanência, no ano de 2009, apresentava 17, entre os 50 leitos³⁶ existentes, ocupados indefinidamente por internações de caráter judicial. No ano de 2010, a situação se agravou, passando de 17 para 20 leitos³⁷ de internações compulsórias. Um número

³⁶ VIEIRA, Renato Carlos. Diretor Geral do Hospital Adauto Botelho/ES. Palestra proferida no Fórum Estadual de Saúde Mental/ES, em Vitória, 09 de outubro 2009.

³⁷ _____. Diretor Geral do Hospital Estadual de Atenção Clínica/ES – ex Adauto Botelho/ES. Palestra proferida no “III ENCONTRO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SERRA ‘SAÚDE MENTAL, JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS: CONEXÕES POSSÍVEIS’”, em Jacaraípe/Serra/ES, 01 de dezembro de 2010, em anexo.

matemático por si só não diz das vidas que ali estão aprisionadas, presas em outros números: 06 anos de confinamento, 2.190 dias de clausura, milhões de horas roubadas, ainda assim, não é possível mensurar o sofrimento desses sobreviventes.

Fato é, que se torna crescente e comum, quase banal, que Juízes de Direito decretem, corriqueiramente, sentenças de reclusão de pessoas consideradas loucas, com a finalidade de "tratamento" no Hospital Psiquiátrico, na justificativa de "falta de local apto a recebê-lo". São frágeis argumentos, pois anunciam algumas nuances: (1) em plena Reforma Psiquiátrica, aos olhos do judiciário, o hospital psiquiátrico ainda se constitui como destino para tratamento; (2) dada a força do judiciário, por que não remeter o tratamento para outros serviços que cuidam do portador de transtorno mental? (3) a demanda para tratamento não estaria mascarando a necessidade de outros amparos sociais, falta da família, a pobreza, etc.?

Higieniza-se a cidade em nome da ordem e da moral. Sentencia-se o louco não infrator³⁸, sentencia-se sem a presença de um crime a pagar com sua vida. Uma condenação sem defesa, simplesmente por sua condição de diferente, de louco. Estamos em um contexto que naturaliza a ausência de revisão de sentença, o arquivamento de alguns casos, a naturalização do confinamento de pessoas portadoras de transtorno mental, nos ainda existentes, hospitais psiquiátricos, em pleno século XXI.

A internação compulsória constitui-se como um mecanismo que está previsto na Lei 10.216/2001(BRASIL):

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de

³⁸ Sobre internações em Hospital de Custódia e Tratamento/manicômio judiciário que abrigam os loucos infratores, a questão também é grave. Temos que "As distorções no trato do portador de sofrimento ou transtorno mental infrator são verdadeiramente criminosas. Trata-se de dupla exclusão para um mesmo sujeito, louco e infrator, que deve ser submetido à medida de segurança". "As internações eternizam-se com o descaso". "[...] o único alvará de soltura para eles possível: a morte". (MATTOS, 2006, p.78/79)

segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Esta constatação funciona como uma abertura para a manutenção de práticas de exclusão e reclusão.

É prudente nos atermos que “[...] a lei, o regulamento, não são mais que o aparelho jurídico da instituição, a organização singular do campo de aplicação e da previsão próprios a qualquer prática jurídico-social [...]” (LOURAU, 2004, p.48). Queremos afirmar que os diversos usos deste mecanismo Legal têm se configurado como um novo instrumento de captura e aprisionamento de pessoas e, paradoxalmente, a mesma Lei que prevê a garantia de direitos, subtrai-lhes a mobilidade, a liberdade.

Esse abuso não é exclusivo à lógica das internações, mas também invade a rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Como já sinalizado, a intervenção do poder judiciário, proferindo demandas de ordem judicial, ocorre também nos CAPS, ao instituírem a obrigatoriedade de tratamento e de outras intervenções. Assim como também ocorrem determinações judiciais para abrigar pessoas nas Residências Terapêuticas existentes no ES. Fortes argumentos são utilizados para dismantelar essas demandas, o que infelizmente não acontece com as demandas de internação compulsória na UCP. Nas palavras de Pesente (2009), isso se justifica, pois “[...] O hospital, por sua vez, apresenta-se impotente frente às determinações de internação, visto que não pode recusá-las por implicações de pena de lei [...]”.

A impotência para nós significa, na verdade, uma maior dificuldade no diálogo, visto que o espaço manicomial porta em si a lógica hospitalar de reclusão, grande entrada para as medidas de internação compulsória. Apostamos que é necessário travar este diálogo com o judiciário, até para afirmar deste lugar perverso, que é o hospício, princípios elementares a serem seguidos com a luta antimanicomial.

No campo da Saúde Mental, entendemos tais ações de exclusão e asilamento de pessoas, como um movimento de Contra-Reforma Psiquiátrica. Apontamos também para um ponto frágil no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. O diálogo com o judiciário, o enfrentamento dos tensionamentos tornam-se necessários para recolocar a questão da loucura na sociedade contemporânea.

A participação na Reforma Psiquiátrica nos permite dizer que, como todo movimento que visa à mudança de paradigmas, de lutas por direitos, por cidadania, por não exclusão da loucura, e pela aceitação da diferença, comporta também uma quota de reação. Compartilhamos com Peter Pál Pelbart (1989, p.105), ao nos convocar a pensar a loucura como “[...] uma dimensão essencial da nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além”.

Com base nesta assertiva reconhecemos que a Associação Brasileira de Psiquiatria através de alguns de seus representantes, de fato, não aceitam “reformular nada” (frase proferida por um dos psiquiatras que atuam na UCP). Assim, durante esta pesquisa continuamos encontrando fortes indícios do fortalecimento da psiquiatria biológica³⁹.

Para ilustrar nossa discussão, apresentamos aqui um *pot-pourri* sobre a reportagem “Políticas públicas de saúde mental são contrárias aos médicos⁴⁰”, encontrada no site da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), escrita pelo psiquiatra Antônio Geraldo da Silva, novo presidente da ABP.

Segundo Antonio Geraldo, com a justificativa de “humanizar o tratamento”, grupos militantes na saúde mental com forte influência no Governo pretendem reclassificar a doença mental como um problema social. **“Assim, a condução das políticas de saúde deixa de ser atribuição dos médicos e passa ao controle dos movimentos sociais”.**

Esta lei (Lei 10.216) garante, expressamente, ao paciente o direito a ‘ter acesso ao melhor tratamento, consentâneo às suas necessidades’. **O melhor tratamento apenas o médico é capaz de indicar** e ele pode ser dependendo do caso, tanto um acompanhamento extra-hospitalar até a internação em um hospital geral com unidade de psiquiatria ou hospital especializado, alguns casos não responsivos a terapia pode ter a necessidade de **eletroconvulsoterapia. É o diagnóstico médico** que define a intervenção e não ideologias pré-históricas ou a necessidade de alimentar mercados de trabalho. Infelizmente, o conceito de ‘melhor tratamento’ se opõe aos atuais interesses da coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde e por isso foi substituído por tratamento ‘humanitário’, como se o “tratamento médico não fosse humanizado”.

³⁹ A psiquiatria biológica ou biopsiquiatria entende a doença mental a partir da função biológica do sistema nervoso central. A psiquiatria biológica apoia-se na neurociência, na psicofarmacologia, na bioquímica, na genética e na fisiologia para produzir teorias biológicas sobre o comportamento humano.

⁴⁰ Publicada no site <http://www.abpbrasil.org.br/medicos/clipping/exibClipping/?clipping=12760> em 18/11/2010. Acesso em 19/11/2010.

Para promover essa mudança de orientação na assistência, o Ministério da Saúde vem implantando o que denomina “reforma psiquiátrica”, que basicamente prega a extinção dos hospitais especializados e a concentração dos atendimentos nos CAPS. Estratégia que se opõe à Lei 10.216, “É um erro, promovido por má fé e ignorância”. Os CAPS são bons instrumentos, mas incapazes de atender a demanda dos pacientes e a complexidade de determinados transtornos. Essas unidades devem estar inseridas dentro de uma rede, que se sucede com promoção de saúde, prevenção de doença, atendimento primário, secundário e terciário.

A postura antimedicina da dita “reforma” pode ser observada nas normas que regulamentam os CAPS, símbolo do movimento. Segundo as regras, essas unidades só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Por que essa determinação? **A proximidade com um hospital pode trazer diversos benefícios.** Não existe qualquer indicação técnica que sustente o contrário. É um raciocínio dogmático a serviço de interesses estranhos à saúde. Entre as funções do CAPS está a oferta de “acolhimento noturno”. Essa expressão é um eufemismo para internação. **Ao dizer que ‘acolhem’, não se obrigam a ter um médico para diagnosticar a necessidade de internação.** “Quem ficaria tranquilo em deixar um filho, durante um surto psicótico, em um serviço sem médicos?” pergunta.

A prioridade para esse tema foi fundamental para Antonio Geraldo se tornar o novo presidente da ABP, e ele não pretende decepcionar os psiquiatras. ‘Vamos lutar para abolir a ideologia e o corporativismo das políticas públicas e exigir que **a saúde volte a ser planejada com base na ciência**, conduzida por médicos comprometidos com os conhecimentos técnicos e que tenha como finalidade atender as necessidades do paciente, o que hoje não é o caso. Aqueles que necessitam do serviço público para tratamento próprio ou de familiares sabem muito bem do que estou falando’. (grifo nosso).

Não podemos deixar de dizer que as declarações apresentadas são pautadas por discursos que reproduzem a lógica do poder médico, lógica que mantém o mesmo sentido da Judicialização e que fortalece cada vez mais os movimentos de Contra-Reforma Psiquiátrica. Logo é proeminente em nós não nos paralisarmos frente aos discursos que insistem na manutenção de velhas práticas. Re-insistimos, re-resistimos, afirmamos e lutamos! Que é fundamental:

[...] afirmar outros discursos. Discursos que estranham o instituído, aceito e naturalizado; discursos que estejam encharcados e atravessados pela história; discursos que afirmem a cidadania, a vida, as utopias. (COIMBRA, 2009, p.04).

MEU CORAÇÃO

Cada vez que eu paro para pensar
se devo escrever um poema em vão
fico indeciso apenas em rabiscar
alguma coisa ligada ao meu coração

Cada vez que eu paro para chorar
sentindo alguma lágrima de emoção
meu pensamento vai divagando devagar
para atender aos ditames do meu coração

Cada vez que eu paro
no meio da rua
parece (?) que sempre vejo
o clarão da lua...

Cada vez que eu paro
para pensar na vida
sinto a qualquer hora
a minha despedida
procuro acautelar
as batidas do meu coração
(Oliveira, 1994).

3. AS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS: UM MOVIMENTO PARA ALÉM DO DISPOSITIVO LEGAL

A internação compulsória está amparada por disposições legais, no entanto, percebemos que porta muitos conflitos, quando analisada sob outra perspectiva: a indicação de uma internação psiquiátrica. Constatamos que o Art. 4º da lei 10.216/2001 prevê que *“A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”*. Apontamos aqui uma preocupação e precaução do legislador quanto à prática da internação. Na Lei, há ressalvas na tentativa de se evitar barbaridades, como as cometidas na história dos manicômios deste País. O legislador tentou garantir no texto que uma internação só aconteça após esgotados os cuidados na rede de Saúde Mental, o que, propositadamente, não tem ocorrido.

No percurso desta pesquisa, ao fazer a revisão do tema sobre as internações compulsórias, os resultados encontrados, em sua maioria, versam sobre a internação de usuários de drogas. Dados mais recentes, e chocantes, chegam até nós pelo noticiário, *Rio aplica internação compulsória de jovens viciados em crack* - divulga Luiza Souto em 03/06/2011.

A nova regulamentação da Prefeitura do Rio que determina a internação compulsória de crianças e adolescentes dependentes de drogas levou à apreensão de 16 menores de idade. Durante operação na cracolândia do Jacarezinho (zona norte) os menores foram submetidos a uma avaliação médica para que fosse verificado se eram dependentes químicos. A regulamentação, publicada no último dia 30 no Diário Oficial do Município, determina que menores apreendidos em cracolândias fiquem internados mesmo contra a sua vontade ou a de seus familiares. Eles só receberão alta quando que estiverem livres do vício. Em dois meses, esta foi a décima ação de retirada de população de rua realizada pela Secretaria Municipal de Assistência Social em parceria com as polícias, a quarta somente no Jacarezinho. Desde o dia 31 de março, 760 pessoas foram retiradas das ruas (591 adultos e 169 crianças e adolescentes). Nesta quinta, o secretário municipal de Assistência Social, Rodrigo Bethlem, a juíza titular da Vara da Infância, da Juventude e do Idoso da Capital, Ivone Caetano, e a titular da Promotoria de Tutela Coletiva de Políticas Públicas do Ministério Público estadual, Ana Cristina Ruth Macedo, falaram para a imprensa sobre a internação compulsória. O MP apoia a abordagem de toda criança e adolescente de rua e não vislumbra irregularidades no que diz respeito a internações em instituições especializadas. Não se trata de tirar o 'ir e vir' desses jovens porque eles simplesmente vagam pelas ruas, disse Ana Cristina. A OAB (Ordem dos Advogados do Brasil) criticou o novo protocolo porque, no seu entendimento, ele fere a Constituição, pois a tutela de menores de idade cabe à família, não ao Estado. "Não estamos pensando em arbitrariedades, mas em medidas urgentes em prol da criança e do adolescente", disse Ivone. De acordo com Bethlem há hoje 85 vagas em

quatro instituições de tratamento. Três desses locais ficam em Mangaratiba e uma em Laranjeiras. A expectativa é que, até o fim deste mês, haja 145 vagas. "O prefeito [Eduardo Paes] aumentou de R\$ 15 milhões para R\$ 23 milhões o orçamento da secretaria este ano só para isso. É o início de um trabalho de retirada da criança de uma situação de risco", disse o secretário.

Situação preocupante e que nos remete, novamente, à noção de higienização e a exclusão dos indesejáveis das paisagens de nossas cidades - sobretudo as grandes.

Sobre a internação compulsória de portador de transtorno mental em hospital psiquiátrico, sem cometimento de crime, encontramos dados escassos ou discussões recentes como as propostas já apresentadas por Pesente (2009). Encontramos diversas críticas das internações compulsórias, enquanto 'medida de segurança'. Conforme Waldeci Gomes Confessor Júnior:

Há um entendimento de que as internações compulsórias, como medidas de segurança, são sanções, e situam-se num meio termo entre a prática jurídica e o discurso médico, numa verdadeira zona cinzenta em que ambos os discursos imiscuem-se, numa relação ao mesmo tempo complexa e complementar, impondo ao operador do direito a consideração de tal problemática a partir do novo paradigma de atendimento das demandas em saúde mental, oriundo da edição da lei nº 10.216 de 2001, e, dessa forma, impondo uma aplicação do direito mais consentâneo com a valorização das potencialidades humanas e em compasso com o princípio da dignidade da pessoa humana, de inexcusável relevância num Estado garantista, como o brasileiro, inaugurado em 1988. (CONFESSOR JÚNIOR, 2010, sem paginação).

O autor apresenta-nos uma delongada avaliação da internação compulsória do inimputável em instituições asilar. Concluí que o sistema do Direito tem muitos desafios a superar, principalmente no tocante à desinstitucionalização da loucura. Aponta-nos que não há dúvidas de que a aplicação da medida de segurança resultante na internação compulsória constitui um retrocesso e, desse modo, caminha na contramão do processo histórico.

Nesse cenário, identificamos a internação compulsória como um "mero" procedimento a serviço da Judicialização e que literalmente, em "primeira instância", instaura essa inusitada porta de entrada para os hospícios. Em termos legais, a primeira instância de um processo judicial é o local em que se iniciou a ação judicial e, nesse sentido, existem as jurisdições estadual e federal. Na maioria dos casos, um processo ocorre no próprio município, ou na comarca, sendo jurisdição estadual e de competência da primeira instância de decisões. Os casos de internação compulsória param aí. Não caminham e são, definitivamente arquivados!

Segundo a Lei, quando houver insatisfação das partes sobre o julgamento de um processo, pode-se recorrer à segunda instância, que no caso é a jurisdição federal, formada pelos membros do magistrado, sendo eles desembargadores. Nós não somos nem magistrados nem tampouco desembargadores, mas nos colocamos, metaforicamente, a recorrer à “segunda instância”, pois, não nos conformamos com as decisões de única martelada.

Seguimos, brigando no intuito de desconstruir a lógica manicomial, de garantir um lugar social para o louco viver, construindo espaços para além do confinamento, espaços que afirmem outras possibilidades de conviver com aquele que difere.

Um fato marcante para essas pessoas é a condição de serem interditadas judicialmente ou estarem em vias de interdição. Isto é no mínimo curioso. No entanto, é uma lógica que está de acordo com a banalização da interdição judicial no Brasil, amplamente discutida em 2005, por vários segmentos da sociedade brasileira. Por ocasião dessa movimentação, destaco a fala de Marcus Vinicius de Oliveira:

A interdição judicial mudou de classe: saiu dos salões elegantes, onde há disputa por espólios familiares, e passou a atingir principalmente os portadores de transtornos mentais nas classes mais miseráveis do País. (BRASIL, 2005, p.37).

Ousamos acrescentar à discussão sobre a interdição judicial de pessoas em sofrimento mental, um elemento mais grave. Os familiares dos “interditados”, que estão forçosamente internados por ordem judicial de reclusão nos asilos, recebem o benefício de prestação continuada e/ou auxílio doença, para utilização em “benefício” próprio, e não da pessoa em sofrimento mental, já que esta vive sob responsabilidade do estabelecimento hospitalar e não, da família.

Outro ponto a se considerar é que a internação compulsória de quem está em sofrimento mental, é demandada ora por solicitação de familiares e ora pela solicitação do próprio Estado, via Ministério Público. Sendo que as mesmas não obedecem à regulamentação prevista. No ES, temos o provimento 006/2006 do Ministério Público que regulamenta essas internações compulsórias. Vemos o que o provimento **RECOMENDA** aos membros do Ministério Público:

Art. 1º. Na análise dos pedidos judiciais para a internação compulsória, verifique a existência de laudo circunstanciado que caracterize os motivos da internação, lavrado por médico registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localiza o estabelecimento.

Parágrafo único. Observe se a decisão judicial fundamenta-se na premente necessidade da internação, esgotando-se todos os meios extra-hospitalares para o tratamento, e ainda, com prazo para reavaliação médica do paciente, objetivando sua reinserção no meio sócio-familiar.

Art.2º. Em havendo elementos e ante a omissão do representante legal do paciente, diligencie a promoção da competente ação jurisdicional com pedido de interdição civil, providenciando, também, requerimento de nomeação de bens em hipoteca do curador em havendo patrimônio do interditando

Art. 3º. Averigue a existência de laudo do médico especialista responsável pelo paciente, fiscalizando, também, os direitos assegurados às pessoas portadoras de transtornos mentais, especialmente, os especificados no art. 2º da Lei nº 10.216/01, bem como as comunicações compulsórias de internação ou desinternação dos pacientes, pelos estabelecimentos psiquiátricos.

Como já feito, contribui para esta discussão rememorar sempre o projeto originário da Lei Paulo Delgado, o mesmo atribuía, inicialmente, aos médicos poder de realizar a internação compulsória, mas após muitas discussões tal atribuição foi revista. Imaginava-se que o médico, tendo esse recurso ao alcance de suas mãos, realizaria internações arbitrárias; assim, foi necessário estabelecer uma instância ou mecanismo para que isso não acontecesse. Subdividiram-se as internações em três modalidades: a voluntária, a involuntária e as internações compulsórias, que ficaram a critério da justiça e, supostamente, obedeceriam à regulação própria, conforme já apresentado.

Constatamos em nossas andanças, encontros e desencontros com o Judiciário que os representantes desse sistema Legal desconhecem suas próprias normatizações. Nessa esteira de pensamento e de investigação, também observamos o desconhecimento da Lei Federal 10.216/2001. Indo além: alguns representantes do Ministério Público nem acatam a proposta da lei 10.216/2001, submetendo-a a interesses maiores, como os descritos no Novo Código Civil reformulado no ano de 2002. Este Código em seu artigo 1.777 versa sobre o *recolhimento* de pessoas com comprometimento mental em estabelecimentos adequados, quando estas não se adaptarem ao convívio doméstico. Totalmente contrário ao que preconizamos: o fim dos espaços de reclusão e asilamento. Porém, quando se tem espaços que

permitem esse tipo de confinamento, como é o caso do hospício, não há argumentos suficientes para dismantelar a lógica da exclusão.

Para além dos desencontros das leis e normatizações, é imprescindível à análise contextualizar que, num passado recente, a prática de incluir pessoas no asilo era corriqueira. Elas eram abandonadas na porta dos asilos, eram recolhidas vagando nas ruas, ou (suas famílias) as depositavam como solução para a convivência que tinham. Digamos que a porta de entrada estava escancarada, era só chegar e ir ficando. Hoje após todas as reformulações propostas pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial, a porta do hospício não está mais tão aberta, o que tem dificultado o livre acesso. Mas o que isto gera?

Seria a internação compulsória uma reação às portas fechadas, reação aos avanços da Reforma? Será que as internações não produzem uma entrada, agora pela janela?

A janela de hoje representa a interferência do sistema judiciário que, por suas sentenças/determinações, funcionam como pedras atiradas a uma vidraça, estilhaçando-a e limitando possibilidades de reconstrução do rombo. Todavia, a pedrada não está direcionada apenas à janela, mas a tudo o que ela exprime. A pedrada certa vem revestida de inúmeros argumentos jurídicos, jurisprudências e/ou arbitrariedades dignos do senso comum (inadmissíveis, por exemplo, a um Juiz) e atinge em cheio a afirmação de modos de existência não manicomiais. Atingem a afirmação da loucura como espaço de criação ou reconfiguração de realidades.

Nesse sentido, a “burla” promovida pelo poder judiciário afeta lutas históricas de gerações e estilhaçam movimentos de resistência ao instituído. O que é fundamental.

Algumas internações compulsórias são usadas pelos Juízes como sendo medida protetiva àquela pessoa ou àquele familiar... ou mesmo à sociedade. São situações diversas. Uma família não pode manter **seu filho** em cárcere privado, dentro de casa (porque ele “é” agressivo). Porque ele “é” agressivo, pode-se, portanto, interná-lo. Pode interná-lo, inclusive, “até ulterior decisão de liberação pelo Juiz”. Agora sob as amarras dessa argumentação, mantém-se a situação de cárcere de forma institucionalizada.

As políticas públicas tornam-se álibis, ficam enredadas, como, por exemplo, o uso feito do Estatuto do Idoso. O **paciente**, com pais idosos, “é” risco constante (e indubitável) de agressões a esses familiares, logo a solução é internar, agora para *proteger* os pais idosos. Fim da discussão! Práticas de asilamento continuam fortalecendo outros usos do hospital psiquiátrico!

Movimento perigoso. Recorre-se a mecanismos protetivos, busca-se segurança, proteção e, por tabela, se ganha controle e tutela. Nas palavras de Scheinvar (2009):

“A proteção constitui-se como artifício por meio do qual se retiraria o discurso da prevenção no âmbito criminal para construí-lo como preocupação pedagógica (de normalização). Em nome da proteção, a internação torna-se um mecanismo privilegiado”.

O argumento de “inexistência de local apto” para o louco viver em comunidade é o que mais se destaca nas justificativas dadas pelos Juízes, avolumando tais internações. É a ratificação de que o hospital psiquiátrico é o asilo por excelência, remontando às questões seculares. O louco continua tratado como potencialmente perigoso, uma ameaça à ordem social e, assim, deve ser afastado do convívio social. Dado esse cenário, o que conseguiremos pensar...? Afinal, tais medidas protegem-se de quê? As medidas protetivas em defesa da vida estão considerando que vida? O que, enfim, preserva ou protege a Judicialização?

3.1. Nas entranhas do Biopoder: lógicas judicializantes e medicalizantes.

Situamos as ações, os mandatos e as sentenças promovidas pelo judiciário num campo de tensionamentos. Encontro do jurídico com a medicina/psiquiatria, com a psicologia, com a saúde, com a educação e com tantos outros. Forja-se a composição de um campo de forças que opera por lógicas pautadas no discurso do cuidado, da proteção, da garantia de direitos. Discursos, contudo, que servem a uma lógica perversa e que produzem posturas excludentes, mortificantes, característico do:

[...] racismo que uma sociedade vai exercer sobre ela mesma, sobre os seus próprios elementos, sobre os seus próprios produtos; um racismo interno, o da purificação permanente, que será uma das dimensões fundamentais da normalização social. (Foucault, 2005, p. 73)

Esses e outros desafios se impuseram na construção deste trabalho de intervenção. O cotidiano de um ainda existente hospital psiquiátrico público, pulverizadas lutas, diálogos incipientes com o judiciário era nosso cenário. Pessoas enclausuradas, excluídas da sociedade, situações de violação de direitos, perda da autonomia - vidas subjugadas, e julgadas pela figura de um Juiz de direitos.

Determinação judicial, ordem judicial, uma sequência de imperativos que se convergem no “cumpra-se”! Para nós, descrições sinônimas de sentença de morte em vida! Faço alusão à sentença de morte em vida, dado que é um morrer silencioso e autorizado aos “olhos”⁴¹ da Justiça, e por que não dizer, útil a alguns segmentos da sociedade, haja vista que:

[...] quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem **eliminados**, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu - não enquanto indivíduo mas enquanto espécie - viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar”. A **morte do outro** não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; **a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior** (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura. (FOUCAULT, 2005, p.305, grifo nosso).

Foucault na passagem acima enuncia palavras fortes e assume uma postura irônica para dar destaque ao pensamento em questão. Se, pudéssemos brincar com o tema, diríamos que é um discurso racista, que prega o extermínio em massa dos indesejados, típico de um ditador alemão como Hitler.

A passagem nos provoca, instiga-nos a pensar na morte do outro, não qualquer outro, mas outro destinado a morrer por sua condição de diferente. Para entendermos melhor este morrer, recorremos a Foucault (2005) que identifica ter havido, no século XIX, um investimento de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico.

Nas investigações empreendidas por Foucault, ele recorre ao direito do soberano, a teoria clássica da soberania, para analisar essa nova forma de investimento do poder sobre os homens. E nos apresenta que “[...] o soberano tem direito de vida e de morte significa, no fundo, que ele pode fazer morrer e deixar viver [...]” (FOUCAULT, 2005, p.286), ou seja, o súdito só permanece vivo, ou é morto, por

⁴¹ Lembramos a deusa que representa a Justiça: usa uma venda nos olhos como sinônimo de imparcialidade, para evitar privilégios na aplicação das leis.

causa da vontade do soberano. O direito à vida depende dessa vontade, no entanto é um direito que “[...] se exerce de uma forma desequilibrada, e sempre do lado da morte. O efeito do poder soberano sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar”. (FOUCAULT, 2005, p.286).

Assim o direito de matar, inerente ao soberano, efetivamente rege o direito de vida e de morte; porque o soberano pode matar, ele pratica o direito sobre a vida. Então “[...] Não é o direito de fazer morrer ou de fazer viver. Não é tampouco o direito de deixar viver e de deixar morrer. **É o direito de fazer morrer ou de deixar viver.**” (FOUCAULT, 2005, p.287, grifo nosso).

Ainda no século XIX, Foucault (2005) nos fala de uma transformação no direito político que completará o direito de soberania. Algo que não substituirá o direito do soberano, mas que irá atravessá-lo, modificá-lo, e que vai ser um direito, ou melhor, um poder, exatamente inverso: poder de **“fazer” viver e de “deixar” morrer.**

Tal discussão que está a todo tempo a rondar a temática deste trabalho, porquanto se conecta diretamente com as internações compulsórias em sua faceta silenciosa de produção de exclusão e morte. Retomamos aqui uma pequena frase de Mattos “[...] o único alvará de soltura para eles possível: a morte”. (MATTOS, 2006, p.78/79). Soltura, pois estão ainda aprisionados no espaço disciplinar, que administra os corpos, o hospital manicômio.

Conforme assevera Foucault em alguns de seus trabalhos, estamos na era da gestão dos corpos. Os mecanismos disciplinares foram aperfeiçoados no século XVIII e coexistem em nossa sociedade, causando assujeitamento, impactando as vidas. São procedimentos disciplinares, com sua técnica de controle dos homens, controle que foi muito útil na construção do direito, principalmente do direito penal.

Que em nossos dias o poder se exerça simultaneamente através deste direito e destas técnicas; que estas técnicas e estes discursos criados pelas disciplinas invadam o direito; que os procedimentos de normalização colonizem cada vez mais os da lei; tudo isso pode explicar o funcionamento global daquilo que gostaria de chamar sociedade de normalização”. (FOUCAULT, 2002, p. 190).

As disciplinas divulgaram o discurso da regra, não da regra jurídica derivada da soberania, mas o da regra natural, da “norma”. As disciplinas definiram que o código não constituiria a lei, mas é o discurso da normalização que balizaria as vidas. Ou seja, as disciplinas anteciparam um vislumbre teórico que não fundaria os pilares do

direito, mas o domínio das ciências humanas, a jurisprudência é a de um saber clínico. (FOUCAULT, 2002). Temos assim que “a sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação.” (FOUCAULT, 2005. p.302).

As disciplinas visam ao esquadramento dos corpos, mediante procedimentos específicos que classificam, separam, diferenciam, categorizam. É uma forma de saber-poder que trata os indivíduos como objetos, fabricando-os conforme demanda do mercado capitalístico; é mão de obra ‘docilizada’ para produção de bens de consumo. Estamos sujeitos às disciplinas, somos regulados por normas produzidas pelos saberes. Nessa sociedade disciplinar nomeada por Foucault, a norma constitui-se como elo entre o mecanismo disciplinar e mecanismos de normalização. Na sociedade de normalização, as pessoas sofrem a incidência de mecanismos próprios da disciplina, como também dos mecanismos ou estratégias do biopoder, produzindo formas particularizadas de sujeição.

Coube à medicina o papel de responsável pelo surgimento da ideia de sociedade de normalização, tendo seu auge no século XIX, incumbindo-se da vida, do orgânico ao biológico, utilizando as tecnologias de disciplina e regulamentação, “[...] a medicalização geral do comportamento, dos discursos, dos desejos, etc.” (FOUCAULT, 2002, p.190).

É importante frisarmos que uma tecnologia de poder não substituí a outra, seria uma simbiose entre as tecnologias disciplinares e a tecnologia de gestão da vida.

[...] Mais precisamente, eu diria isto: a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige a multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. (FOUCAULT, 2005, p.289).

Seguindo na discussão, Foucault nos aponta que após essa apropriação da vida, para além da anatomia do corpo humano, produz-se um deslocamento na incidência do poder. Pelbart (2011) retoma Foucault e localiza a biopolítica no interior de uma estratégia, já denominado de biopoder por Foucault, onde o ‘fazer viver’, característico dessa forma de poder, se reveste da disciplina, juntamente à

biopolítica. Pelbart (2011) caracteriza, então, o biopoder como uma tecnologia de dupla face,

[...] por um lado as disciplinas, as regulações, a anátomo-política do corpo, por outro a biopolítica da população, a espécie, as performances do corpo, os processos da vida – é o modo que tem o poder de investir a vida de ponta a ponta.(PELBART, 2011, p.57).

A perspectiva ganha outros contornos do “anátomo-política do corpo humano para o [...] que eu chamaria de uma ‘biopolítica’ da espécie humana [...] A medicina é uma estratégia bio-política.” (Foucault, 2002. p. 80) que não mais visará somente ao orgânico, e que se incumbirá de ampliar os domínios da higiene pública, de investimento em campanhas de conscientização pela boa saúde e dos processos de medicalização da população.

Ou, como diriam os *slogans* publicitários, “viver melhor, viver com qualidade” e, então, a vida passou a significar o nosso maior investimento, seja de tempo, de dinheiro ou de pré-ocupação. (COELHO e FONSECA, 2002, p.65).

Uma boa saúde está, intimamente, ligada à concepção que temos do que é saúde e do que é ser saudável. Não pensamos em saúde, como propõe a Organização Mundial de Saúde (OMS), ao dizer que saúde é o completo bem estar físico, mental e social, visualizando a doença, o desarranjo, como algo negativo. Pensamos em saúde como um processo mais complexo que não se resume à ausência de doença, uma dimensão que entende que saúde é a possibilidade de ficar doente e de poder recuperar-se. A afirmação é de se entender saúde como um estado de instabilidade, considerando a vida enquanto tensão, potência de criação, de movimento, abrangendo uma dimensão coletiva e política (CANGUILHEM, 1995).

Recentemente, fomos invadidos por propagandas, leis e decretos sobre a proibição de fumar em locais públicos, privados, fechados, um movimento de perseguição às *bruxas*, em nome da preservação de uma boa saúde, vida longa e saudável.

Se não estamos felizes, recorremos à pílula da felicidade, ou antidepressivos, e até à pílula da beleza. Há também outras técnicas que pretendem acabar com nossas mazelas, com a insuportável dor de existir. Cria-se todo um aparato mercadológico onde impera o saber-poder construído pela medicina e suas especialidades, que desdobram, incessantemente, seus controles sobre os modos de vida de toda a população.

É a noção de "população" que está no cerne da biopolítica. "[...] A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder [...]" (FOUCAULT, 2005, p.292-293).

A biopolítica incidirá sobre os fenômenos da vida das populações, tais como as taxas de natalidade, de morbidade, de fertilidade, longevidade, extraíndo o saber produzido e assim determinando o campo de sua intervenção. Interfere na vida da população através de técnicas, que estão a serviço do biopoder e que se exercem na contemporaneidade de muitas formas, inclusive, nas formas de medicalização e judicialização.

Sobre o fenômeno da medicalização, sucintamente, diríamos que seria algo, além do simples consumo de medicamentos, uma excessiva intervenção médica na vida das pessoas, via prescrição de normas e condutas a fim de reger a vida humana.

Os antidepressivos ultrapassaram a barreira das doenças nervosas e são usados não apenas em casos de distúrbios psicológicos, mas também para atacar enxaquecas, dores crônicas e reumáticas, bulimias, anorexias, ou seja, **passaram a se constituir numa saída para tudo que aflija, de alguma maneira, o ser humano. A OMS estima que todos os médicos, de qualquer especialidade, já tenham receitado, em alguma situação, antidepressivos.** (JUNQUEIRA, 2011). (grifo nosso).

A Judicialização entra como braço do biopoder, um processo que se caracteriza pela mediação das relações sociais através do recurso aos dispositivos jurídicos, e da reclamação pela defesa de direitos, mas de um direito que só pode ser obtido e defendido no campo jurídico, não mais no campo do diálogo.

Diálogo, situação que pressupõe interação entre indivíduos, coisa tão habitual e corriqueira, porém, nos parece que esse hábito caiu em desuso, principalmente quando identificamos a substituição de uma boa conversa, uma boa palavra pela Judicialização de tudo. Certo é pensarmos também que dialogar requer tempo, disposição de parar, de nos deixar, dialogando. Contudo, em nossa sociedade *time is Money*, dialogar é perda de tempo/dinheiro, e de tantas outras coisas.

Eduardo Passos (2011) ⁴², em momento de confraternização de pensamentos, um compartilhar-tempo, momento-pista em nossa cartografia, nos fala sobre o efeito do

⁴² Eduardo Passos presente em banca de qualificação da pesquisadora Williana Nunes em 06/05/2011 no Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional/UFES.

tempo nas vidas enclausuras entre muros, nos manicômios: um efeito-cronificação, onde a cronificação é o sedimentar do tempo, no tempo de vida daquelas pessoas. A cronificação é aí sustentada pelo tripé instituição, usuário, trabalhador. Este tripé tenta em todo momento usurpar a vida do paciente/usuário. Entretanto, algo resiste ao tripé cronificante. O paciente não é aquele paciente/passivo, há protagonismo. Vamos a este protagonismo que resiste!

3.2. Relampejar de Causos

O Causo é uma história que pode conter fatos verídicos ou não. O relampejar de causos refere-se a uma intensidade, rápida como um relâmpago, e esse maior ainda por seu brilho.

Nossos relampejos de causos são construções que enfocam o que há de “popular”, do povo, da mistura de gentes, de diferentes gentes que resistem ao tempo, que não sucumbem à cronificação e atualizam a potência de um coletivo. Queremos fugir do estigma do caso a caso, tão reduzido pelos históricos privatismos dos saberes psis, e banalizado nos processos jurídicos. Para nós, atuar no caso a caso significa dizer que, no caminho, constituímos pares, ímpares, muitos outros, que produzem intervenções, decisões e ações, disparando movimentos coletivos. Um movimento que é envolvimento no/com o cuidado para com aquele paciente.

Falas, apertos, gritos que pedem passagem, que pedem liberdade!

Entre sons intensos e abafados se ouvem, diariamente, lamúrias, solicitações, queixas, falas-choro: “O que fiz para estar aqui?” “Que dia é hoje?” “Quando você vai falar com o Juiz pra me tirar daqui?” “Me leva daqui, que converso com ele, e explico, que eu só quero voltar pra minha casa!” O ecoar dessas falas ressoava em nossos corpos, promovendo latejantes incômodos, pulsando o sangue que corre em nossas veias, instigando-nos a reavivar a potência das lutas em busca de liberdade para aqueles, cujo confinamento foi sentenciado. São de *‘heterogêneos incômodos’*,

expressão utilizada por Luis Antonio Baptista⁴³ (2009), que apresentaremos causos que compuseram e, ainda compõem, em/com nossas intervenções.

⁴³Em 'O Veludo, O Vidro e O Plástico Desigualdade e Diversidade Na Metrópole', Baptista nos apresenta, em forma de alegoria, três histórias que se entrelaçam. Heterogêneos incômodos retratam situações vividas pelo autor ao transitar de ônibus pela cidade italiana de Roma.

Ele queria ... Um boné!

Nossa convivência em sociedade é muitas vezes balizada pela “mensuração” do nosso fazer, avaliação de quantidade, do quanto podemos executar determinada atividade. Por exemplo, tomamos banho, tomamos banho sozinhos, nos alimentamo-nos, alimentamo-nos sozinhos. Quem não alcança isso, está *out* ou é incapaz. Numa fala mais pejorativa é um idiota, ou retardado, é o que se diz do indivíduo cujo desenvolvimento mental está aquém do índice normal para sua idade (HOUAISS, 2011).

Foucault, em *O Poder Psiquiátrico* (2006), aborda o assunto da debilidade mental e da estigmatização do débil mental, caracterizando-o como alguém, efetivamente, perigoso. Assim, os débeis foram parar no manicômio. Foucault aborda ainda a distinção entre loucura e debilidade mental, apontando para a psiquiatrização do débil, da vinculação deste à noção de periculosidade com a finalidade de justificar a internação. Hoje assistimos a este mesmo estigma na pele dos usuários de álcool e outras drogas. Mas esta é outra discussão...

Por agora, apostamos que outras histórias podem ser escritas!

O menino de boné!...

Um menino grande, grande por demais, estabanado, sem jeito, só queria um boné; não falava, sua comunicação era outra. Uma comunicação estranha para sua mãe que não a entendia. Como era isso possível? Afinal, o menino de boné, um grande “retardado”, habitava outra linguagem a qual seus familiares não compreendiam. Sabiam que ele gostava de música, que sempre gostou.

A música permitiu que a equipe que cuidava de lhe arranjar bonés, também encontrasse um canal de comunicação.

Entre nós a construção de comunicadores. Em nossos encontros, entre sons e grunhidos ininteligíveis, marcou o contato do olho no olho, o respeito e a vontade de ouvir o que ele teria a dizer. Um romper de limites, um ousar e apostar no que seria o encontro.

O toque de seus dedos em meus brincos, curiosidade de criança...toque em um, depois no outro, a permissão ao contato próximo, mesmo que advertida pela equipe

para evitar tal situação, dado que o menino do boné já havia, violentamente, puxado o cabelo de várias pessoas.

Ignorei tal aviso, e em outro encontro, ele passou dos brincos aos botões, ele ia, curiosamente, tocando-os, contornando-os com suas mãos grandes, como a criança que explora um objeto novo, e nos observávamos nesses instantes.

Durante algum tempo, essas cenas se repetiram, e em outras cenas muitos cabelos foram puxados, muitas pessoas choraram. Sempre me perguntei por que o menino do boné não puxava o meu cabelo. Não encontrei explicação. Sempre imaginei que puxar o cabelo era forma de dizer algo àquele alguém.

Puxa, ia me esquecendo, queda de braço, outra brincadeira que fazíamos. ‘Travávamos com a família uma verdadeira queda de braço⁴⁴’, lutávamos para que o menino do boné retornasse a sua casa, seu município de origem, tentávamos garantir uma rede de suporte que o acolhesse. Sem sucesso. Os familiares jogavam com o **“ele fica”**! Aliados à rede do Judiciário, que perversamente, se utiliza de argumentos de risco, periculosidade, agressividade extrema e, sorrateiramente, também recorrem ao **“lá já moram tantos cabe mais um!”** [no hospital].

Nossos encontros chegaram ao fim! As lutas continuaram. O menino do boné ali permaneceria. Tentativas de despedidas. Como ir embora? Quando abria o portão para sair, um puxão no cabelo, um leve puxão, sem dor, mas sabíamos o que aquele puxão significava..., o que dizia o menino do boné.

Era algo que não calasse a potência de sua expressão de vida, pois “Num contexto marcado pelo controle da vida, as modalidades de resistência vital proliferam de maneiras as mais inusitadas.” (PELBART, 2011, p.150).

⁴⁴ Travar com a família uma queda de braço não nos remete a uma postura de buscar culpados, não se trata de julgamentos morais sobre a recusa de famílias em cuidar dos loucos, pois sabemos que os familiares também precisam de acolhimento e cuidados. Mas diante das situações de abandono familiar que se apresentavam, era imprescindível convocar às famílias a estar junto com a equipe mutuamente se responsabilizando.

Ícaro: um desejo de asas!

Ícaro era um sujeito calado, um pouco corcunda, talvez decorrente dos infinitos anos passados no HCTP⁴⁵.

Cordial, sempre nos oferecia uma maçã para comer, quando voltava do almoço. Por vezes assistimos a seus movimentos de conversações com ele mesmo, seriam solilóquios? Às vezes, insistíamos em participar.

Ícaro, como escolhemos chamá-lo, era um egresso do manicômio judiciário que foi transferido para UCP, pois sua família resistia em aceitá-lo em casa. O caso de Ícaro tem peculiaridades significativas sobre as aberrações cometidas no sistema judiciário e que interferem na vida das pessoas que sofrem de transtorno mental.

As falas reproduzidas, a seguir, estão na decisão⁴⁶ proferida por um Juiz de direito, e merecem ser fielmente reproduzidas. Referem-se à postura de um membro do poder judiciário, que não exercer meramente a posição de julgador, mas baliza esta postura ao buscar entender o que preconiza os novos tratamentos na área da Saúde Mental. No que tange à interface entre a aplicação das leis penais e a questão do tratamento dispensado ao louco infrator, o magistrado coloca em questão o Código Penal e suas aplicações.

“O presente caso trata de um equívoco, infelizmente, muito comum.”

Os membros do Ministério Público e do Poder Judiciário desconhecem as funções precípuas tanto do HCTP, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, quanto do Hospital do Estado de Especialidade Psiquiátrica Adauto Botelho.

No presente caso a situação é ainda mais esdrúxula. Foi reconhecida a cessação de periculosidade do apenado Ícaro e, concomitantemente, determinada a INTERNAÇÃO no Adauto Botelho para TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Ora, não é necessário grande malabarismo de raciocínio para saber que a internação é conflitante, senão oposta, ao tratamento ambulatorial. A lógica legal da primeira é a periculosidade, que exige a segregação durante o tratamento, enquanto a da segunda é a não internação, eis que as condições pessoais do agente indicam a compatibilidade com essa medida mais branda.

Pelo que se vê, após adotado esse posicionamento, de aplicação de medida não detentiva, ou seja, tratamento ambulatorial, não pode mais o Poder Judiciário examinar qualquer pedido de outra medida

⁴⁵ Hospital de Custódia e Tratamento, manicômio judiciário. No ES está instituição custodial abriga cerca de 80 pessoas. É uma instituição a qual não se insere nos princípios da Reforma psiquiátrica e nem tampouco nos preceitos da Luta Antimanicomial.

⁴⁶ Decisão na íntegra se encontra em anexo ao final do trabalho.

detentiva, sob o pressuposto de que 'A FAMÍLIA DO REEDUCANDO RESISTE EM RECEBÊ-LO DE VOLTA'.

Tendo ocorrido a desinternação do HCTP e, imediatamente após, o estranho ENCAMINHAMENTO (nova internação) no Hospital Adauto Botelho, como ficará a situação processual do interno? Qual o tempo e o tipo de tratamento que devem ser imposto ao paciente?

Que Ícaro necessita de tratamento não há qualquer dúvida, mas daí afirmar que aludido tratamento deva se dar, em caráter de eternidade, pela via penal, é um despropósito que atenta contra os mais comezinhos princípios do direito criminal.

O sistema penal já tutelou Ícaro durante anos e não conseguiu, e talvez nem conseguirá curá-lo. Que mais se pretende com ele, senão tornar sua desgraçada vida ainda mais tormentosa?

Há o Judiciário de reagir contra a mesmice, pois, dada a profunda distância entre o normativo e a realidade fática, no tocante à execução da pena, em cuja extensão, colocam-se também as medidas de segurança, o juiz precisa auscultar a teleologia da norma, a fim de alcançar o melhor resultado. Individual e socialmente considerado.

Ao se tentar impor permanência perpétua de uma pessoa junto a um hospital psiquiátrico, esquece-se que, mesmo sendo doente mental, não se deixa de ser pessoa humana, tendo, portanto, os mesmos direitos que qualquer um de nós nos orgulhamos em ter, mesmo que não saibamos defendê-los na maioria das vezes.

A incompetência estatal, que na maioria das vezes, se não sempre, não é capaz de curar o paciente ou de realizar um trabalho de assistência social junto à sua família para recebê-lo e ampará-lo, não pode, de modo algum, contribuir com o cerceamento da liberdade dos particulares, devendo o Estado, ao contrário, privilegiar o retorno dessas pessoas ao convívio social.

Nunca é demais registrar que o problema criminal, carcerário, bem como aquele referente à reintrodução do infrator na sociedade é, antes de tudo, um problema social que, como tal, merece ser tratado. Isso também quer dizer que nós, como membros de uma sociedade, temos responsabilidade e devemos nos preocupar com isso.

Ao meu ver, afastar para sempre um ser humano do meio social e do convívio familiar parece medida simplista sem a menor razoabilidade que não pode, de forma alguma, ser admitida por nós juristas. O doente mental, como qualquer outra pessoa, tem direito a tratamento digno e reintegrativo por parte do Estado, sendo que a sentença absolutória imprópria que lhe foi aplicada não pode condená-lo a viver perpetuamente num circo de horrores, como é um hospital psiquiátrico, sem o mínimo de dignidade e esperança no amanhã. Isso, sem falar na **ocupação desnecessária de um leito hospitalar na unidade do Adauto Botelho**.

Não poderia de deixar de observar a **Lei de reforma psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001)**, expressamente aplicável às medidas de segurança, que as chama de internação compulsória (art. 6º, III, e 9º), que trouxe importantes modificações em matéria penal e está a exigir uma releitura de todo o Código Penal e a lei de Execução Penal, havendo inclusive quem defenda, como Paulo Jacobina, a derrogação da LEP no particular e de parte do Código Penal.

Eis as modificações mais importantes:

Finalidade preventiva especial. A lei considera como finalidade permanente ao tratamento a **reinserção social do paciente em seu meio** (art. 4º, §1º), reforçando assim a finalidade – já prevista na LEP – preventiva individual das medidas de segurança. Portanto, toda e qualquer disposição que tiver subjacente a ideia de castigo restará revogada.

Excepcionalidade da medida de segurança detentiva (internação). Exatamente por isso, a internação só poderá acontecer quando for absolutamente necessária, isto é, quando o tratamento ambulatorial não for comprovadamente o mais adequado. É que, de acordo com lei, a internação só é indicada quando os recursos ex-hospitalares se mostrarem insuficientes, devendo ser priorizados os meios de tratamento menos invasivos possíveis (art. 4º e 2º, parágrafo único, VIII).

Portanto, independentemente da gravidade da infração penal cometida, preferir-se-á o tratamento menos lesivo à liberdade do paciente, razão pela qual, independentemente da pena cominada (se reclusão ou detenção), o tratamento ambulatorial (**extra-hospitalar**) passa a ser a regra, e a internação é a exceção.

É expressamente vedada ainda a internação de pacientes em instituições com características **asilares** (art.4º, § 3º). Ora, o que se está fazendo com o Ícaro no presente caso? Apesar de ele poder ser tratado ambulatorialmente, ele foi internado em um asilo psiquiátrico pelo simples fato de sua família resistir em recebê-lo de volta. Isso não pode persistir.

Ainda nos termos da lei especial acima mencionada, mantê-lo internado no Adauto Botelho seria incompatível com o princípio da utilidade terapêutica do internamento (art.4º, §1º) ou com o princípio da desinternação progressiva dos pacientes crônicos (art.5º).

Verifico ainda que no caso de paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave **dependência institucional**, decorrente de quadro clínico ou de **ausência de suporte social**, a lei prevê que este será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, **sob responsabilidade da autoridade sanitária competente** (art.5º).

Por todo o exposto e analisado, **DECIDO**:

Não sendo o Hospital Adauto Botelho unidade própria ao atendimento ambulatorial necessário ao paciente Ícaro, **deve ele ser DESINTERNADO, sob a condição de que a da Direção do Hospital, através do seu serviço social busque entregá-lo à família, e ainda, indicando o local adequado e fazendo encaminhamento do paciente, agora por ordem judicial, para o devido tratamento junto à rede de saúde que sabe ser a competente**⁴⁷.

Tomo tal decisão, pois a Direção de um Hospital Estadual possui melhores condições, relacionamentos e conhecimentos para tomar tais providências do que este Juízo.”

Pensamos que este despacho serviu como analisador das emaranhadas aproximações entre o poder psiquiátrico e o poder judiciário. De certo, que também promoveu um sentimento de que nem tudo está perdido. Possibilitou restituir à equipe que cuidava de Ícaro um sopro de esperança, de que é possível construir saídas para além dos muros manicomiais.

[...] inúmeras possibilidades da potência de agir no entremeio. Pois nada está dado ou perdido em si mesmo, nada justifica o imobilismo, o descaso, a indiferença, assim como, nada justifica a arrogância de um suposto heroísmo com suas bravatas salvacionistas. (LAVRADOR, 2006.p.19).

Insistir, persistir e não desanimar diante de Ícaro era uma diretiva. Não podíamos assumir uma postura de que tudo estava perdido frente às barreiras impostas pelo sistema jurídico. A pergunta insiste: como se fazer ouvir pelos Juízes? Como figurar ativamente num processo judicial do qual nem somos parte? Que ferramentas conjurar para estabelecer diálogos com este sistema tão fechado?

⁴⁷ Grifos, letras maiúsculas, negritos, sublinhados, ou outras formas de interferência que fazem o texto gritar e vibrar são de autoria do magistrado.

Durante muito tempo, a tentativa de dizer aos Juízes que as coisas mudaram: que existem outras formas de cuidar do louco; que existem outros espaços; novos serviços; que o hospital psiquiátrico não é mais o espaço para asilamento definitivo. Essas tentativas foram feitas através de relatórios extensos com o intuito de elucidar todas as inovações na área da Saúde Mental. Pouco sucesso houve nessa empreitada.

Algum tempo, muitas angustias, sentimentos de revolta e de impotência foram necessários para entender que a conversa com o Judiciário tem que se estabelecer pela presença. No cara a cara, no corpo a corpo. Assim, inauguramos uma nova fase de conversações, traçamos outros rumos.

Anjo fumaça

Um ser, que vivia cercado por nuvens de fumaça provindas dos incontáveis cigarros consumidos ao longo de anos, foi internado compulsoriamente a pedido de sua irmã e curadora, que alegava não ter condições nem financeiras e nem de saúde para cuidar de seu irmão, mesmo recebendo o benefício de auxílio doença de Anjo. Anjo tem 03 filhos adultos, que nutrem por ele desprezo absoluto e não querem o encargo de curador e nem de visitá-lo, conforme consta em documentos de audiência de revisão de curatela. A solicitação de internação compulsória se deu pela alegação da perturbação do sono de sua irmã, da agressividade de Anjo e sob a solicitação de proteção à pessoa idosa. Anjo passou dos 60 (sessenta) anos, estava garantido e protegido pelo estatuto do idoso.

Interno no manicômio passou alguns anos em total desrespeito aos artigos que compõem o estatuto do idoso. Artigo 2º garantia de liberdade e dignidade são conflitantes com a vida no hospício.

“Anjo” foi interno da Unidade de Curta Permanência (UCP) durante 05 (cinco) anos. Devido à criação de uma Residência Terapêutica, no município de Vitória, foi escolhido⁴⁸ para ir morar nessa casa. Sensação de paz, suspiros de felicidade tomaram conta de todos na Equipe que o acompanhava. Idealizações para os voos de Anjo. Rumos e caminhos que efetivassem saídas daquele espaço manicomial, para que ele pudesse ganhar a rua e habitar em outra cidade.

“Anjo” começou a frequentar o CAPS Ilha de Santa Maria com vistas à adaptação nesse serviço. Anjo adoeceu quando soube que deixaria o hospício. Mas ainda assim tudo ia bem. Um dia, o profissional médico, “o responsável” pelo paciente, afirmou categoricamente que “Anjo”, sendo paciente de ordem judicial, não poderia sair mais do espaço do hospital sem autorização do Juiz. O profissional médico não iria se responsabilizar caso algo acontecesse nas saídas de “Anjo”. Consideraria tal possibilidade, se houvesse uma autorização por escrito do Juiz, dizendo que Anjo estaria liberado para ir ao CAPS Ilha.

⁴⁸ Anjo foi “escolhido” segundo os critérios de ser paciente que pertence ao município onde a Residência Terapêutica seria criada.

Diante do absoluto absurdo pronunciado, precisávamos correr contra o tempo para viabilizar a saída de “Anjo”. Alguns arranjos, um novo relatório, um contato telefônico pedindo ajuda para que alguém intercedesse junto ao Juiz. Eis que saiu a tal liberação, seu alvará de soltura. “Anjo”, enfim, teria uma nova casa, ou um dispositivo-casa como nos apresenta Lavrador (2006, p.148):

[...] essas casas possam funcionar como dispositivos, ou melhor, como disparadores de interferências, visíveis e invisíveis, nos modos de vida de seus habitantes, dos cuidadores, dos vizinhos, do bairro, da comunidade e da cidade. A Diferença pode emergir como algo a ser afirmado/experimentado quando o desconhecido bate à porta de todos nós.

Transitando pela cidade, em nossas caminhadas, conseguimos acompanhar Anjo em sua nova moradia, mesmo que a distância. Uma bela casa, num bairro bom. Visitas que iam e vinham a qualquer hora, outros colegas de quarto, um jardim amplo para caminhar, um portão com vistas para a rua, transeuntes, burburinho bom de bar, cheirinho de mercadinho. No entanto, há movimentação no bairro, movimentações que sussurram medo e temor. A vizinhança quer proteção, pedem placa de aço no portão. Perde-se a visão, isolam-se todos. É proibido espiar e ser espiado. Certamente que Anjo não estava no *Big Brother*. Ele quer se misturar a esta nova paisagem. Como fazê-lo?

Incômodos surgem em nós, revolta-nos, há dor, há dureza, há aspereza para com aqueles que sonham com liberdade. Questionamo-nos, será ilusão ou contradição?

[...] Vivemos em risco, fora de nossas casas. Vejam, a psiquiatria italiana fez uma boa coisa fechando os manicômios, instituições desumanas, incompetentes para curar... mas deixar essas pobres pessoas nas ruas, abandonadas, sem assistência, é um grave problema. **Não estamos preparados para conviver com elas:** são imprevisíveis, às vezes perigosas. Por que não criar instituições modernas, com profissionais bem treinados? Fechar o hospício e deixá-las nas ruas é um absurdo. Olhem essa mulher, com os cacos de vidro pode se ferir ou, pior, a qualquer momento atacar alguém. Quando começou a falar alto pensei que fosse agredir a moça africana ao seu lado. Este ônibus cheio de crianças, idosos, ela pode ter um gesto agressivo de repente. Eu sei que este tipo de doente não sabe o que faz, é como criança, pessoa sem responsabilidade. Tenho pena deles, são infelizes. (BAPTISTA, 2009, p. 73/74). (grifo nosso).

Permitir a Anjo livre trânsito nas ruas, sentar na calçada, fumar um cigarro ... dois, três, quatro, ou quantos ele quiser. Passear a pé, de ônibus, correr, andar na chuva, andar calçado, descalço... Coloca-nos tanto em perigo assim? De fato, não estamos preparados para o quê?

Deslocamos-nos com os incômodos. Para potencializá-los, recorreremos às palavras, de Pelbart (1993) que transbordam provocações. Restituir o louco a sua liberdade para além do manicômio, tê-lo com vizinho seria uma tentativa de homogeneizá-lo, “[...] uma estratégia de homogeneização do social?” (1993, p.104) de usurpar a alteridade da loucura e silenciá-la na tirania dos cotidianos banalizados?

Inquieta-nos a ideia da homogeneização, porque não é isto que pretendemos com este pesquisar. Quando bradamos que o portador de transtorno mental está sendo confinado, arbitrariamente, pela justiça deste País, e que a ele deve ser restituído seu direito de liberdade e de viver em sociedade, queremos, sim, outra vida possível para aquele sujeito. Uma vida livre de controle, de amarras hospitalares institucionais e armadilhas jurídicas.

Entendemos que Pelbart nos instiga a pensar outras posturas frente ao que difere e que não faz apologia ao confinamento perpétuo do louco aprisionado nos muros de um espaço fechado. Pelo contrário, problematiza o “fim do manicômio, mas igualmente fim do manicômio mental [...]” a questão está para além dos muros de concreto cerceando a loucura. Podermos apostar e reivindicar “[...] um direito à desrazão, mas sem confiná-la àquele cantinho privado e secreto de nosso psiquismo [...]” (PELBART, 1993, p. 108).

O direito a desrazão significa poder pensar loucamente, significa poder levar o delírio à praça pública, significa fazer do Acaso um campo de invenção efetiva, significa liberar a subjetividade das amarras da Verdade, chame-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indizível e até mesmo, por que não, ao impensável. (PELBART, 1993, p. 108).

Em Nós Romaria

Romaria

É de sonho e de pó
O destino de um só
Feito eu perdido
Em **pensamentos**
Sobre o meu cavalo
É de laço e de nó
De jibeira o jiló
Dessa vida
Cumprida a só
Sou caipira, pirapora
Nossa Senhora de Aparecida
Ilumina a mina escura e funda
O trem **da minha vida**
O meu pai foi peão
Minha mãe solidão
Meus irmãos
Perderam-se **na vida**
À custa de aventuras
Descasei, joguei
Investi, desisti
Se há sorte
Eu não sei, nunca vi
Sou caipira, Pirapora
Nossa Senhora de Aparecida
Ilumina a mina escura e funda
O trem da minha vida
Me disseram, porém
Que eu viesse aqui
Prá pedir de
Romaria e prece
Paz nos desaventos
Como eu não sei rezar
Só queria mostrar
Meu olhar, meu olhar
Meu olhar
Sou caipira, pirapora
Nossa Senhora de Aparecida
Ilumina a mina escura e funda
O trem da minha vida
(grifo nosso)
Elis Regina
Composição : Renato Teixeira

Romaria composição de letra e música potente, também o é nossa Romaria. Um nome que não nos surgiu ao acaso e, sim, ao pensar na história de sua trajetória. Um nome que carrega as marcas de seu nome e sobrenome, que conjugados nos convidam a entoar canções.

Romaria de acordo com definição do HOUAISS (2009) “é uma viagem ou peregrinação a um santuário, algo que se faz por devoção, visita a local digno de

veneração”. Essas definições dizem um pouco de nossa personagem, no entanto, não diz do calvário infligido à Romaria. Todos os dias, durante sua peregrinação, dirigia-se ao local que considerava responsável por lhe ajudar, local aonde ia à busca de seus direitos e de paz. Tinha uma verdadeira veneração/obsessão por fazer valer seus direitos, sentia que alguém os subtraía enquanto via TV ou ouvia rádio. Um personagem lhe xingava, dizia-lhe coisas ultrajantes, torturava-a, destratava-a, e isso não podia ficar assim. Romaria brigava pelo seus direitos, direito de retratação.

Inicialmente, sua busca fora acolhida por militantes dos direitos humanos que se compadeceram de sua história e tentaram ajudá-la. Um relato sofrido de maus-tratos, de perseguição sem fim, um tormento cotidiano em sua cabeça, em seus pensamentos, não tinha paz. Era insuportável ser agredida pela TV e por alguém famoso. A equipe dos direitos humanos se colocou disposta a ouvi-la, entretanto não sabiam como solucionar sua demanda de retratação. Algum tempo se passou, as peregrinações se intensificaram, e diante da não solução de sua questão, Romaria partiu para um ato de desespero, de desatino.

O ato desesperado a coloca no manicômio com anuência da equipe dos direitos humanos e com determinação de acompanhamento sistemático pela equipe psicossocial do juizado. Uma determinação emanada da juíza que determinou a internação compulsória de Romaria, com o intuito de que ela fosse, de fato, acompanhada em tratamento e não depositada no manicômio.

Romaria estava sempre angustiada por estar presa, sempre chorosa por não ter feito nada para merecer estar ali. A **injustiça** fora feita com ela, tomaram-lhe os filhos, a adoção dos pequenos era certa, questão de tempo, e este a justiça teria de sobra, já que Romaria estava confinada numa unidade de internação psiquiátrica por ‘ordem do Promotor’, não mais podia prosseguir sua peregrinação. Solicita-nos um caderno e lápis para escrever tudo o que sentia, era para ser entregue ao promotor. Sua proposta era audaciosa: queria trocar de lugar com ele.

Iniciamos junto com Romaria, outra romaria, entre envios e reenvios de relatórios ao judiciário, o suportar e revidar, sutilmente, os telefonemas ameaçadores emanados do Promotor, que já nos rotulava por equipe “pé no saco”, “aqueles que ficam inventando historinhas dessa tal de reforma psiquiátrica, essa invenção de nova lei”.

Após muitos convites ao senhor ilustre Promotor para conhecer o manicômio, após muitas reuniões com a equipe psicossocial do judiciário no intuito de sensibilizá-los para novas formas de tratamento extra-hospitalar, enfim, todas as conversações, negociações, visando à saída de Romaria daquele espaço de reclusão da vida, daquele imposto confinamento, impasses se presentificam!

É necessário dizer que o discurso emanado do judiciário se apoiava, a todo tempo, na tentativa de construir garantias de que Romaria não mais viesse a cometer um ato de desespero. A noção de periculosidade, da virtualidade de suas ações rondava-nos. Queriam garantias, certezas de que Romaria não mais reivindicaria seus direitos, veementemente, como fazia em suas peregrinações. Para a equipe do judiciário era muito difícil entender aquele jeito de viver de Romaria. Uma vida louca, vida bandida, vida alteridade, louca reverência, vida errante, vida corpo.

A vida/corpo do louco é facilmente apropriada pelo sistema médico-jurídico, que rouba a alteridade radical, marca irreverente da loucura, que aflora no outro que não sou eu, mas que poderia ser! É o transtorno que incomoda, é aquilo que trans-torna, que não se atém ao torno que vai além deste, do entorno, da forma, é aquilo que trans-passa o limite. Experimentar a vida como experiências-cabo, cabos que nos conectam, que nos fazem passar energia, cabos que conectam redes e não cabo de fim, desejando:

[...] Movimentos na vida, movimentos nas linhas da vida que imprimem um modo mais pregnante de pensar, de viver e de sentir que variam em cada instante, em cada situação e em cada circunstância de nossas vidas. Ora nos paralisamos ora nos potencializamos, ora ficamos pesados ora ficamos suaves, e ora ficamos confusos. Esses movimentos os mais diversos e díspares constituem as variações do nosso modo de estar na vida. (LAVRADOR, 2006, p.54).

Malandro ébano

“É! Você um negão... De tirar o chapéu... Um príncipe negro... Feito a pincel... É só melanina... Na tentação da sua cor... Moleque levado... sabor de pecado... Menino danado... Malandro distinto...” Não há palavras mais fiéis para descrever o Malandro ébano, como faceiramente, e inspirados na música, escolhemos chamá-lo. Esse menino danado é um típico exemplo de paciente porta-giratória, aquele que fica preso no circuito do *revolving door*, um entra e sai de internações. Às vezes não se sabe se está dentro ou fora. Nesse movimento, por uma determinação judicial, via internação compulsória, o malandro distinto, tá dentro. Tão dentro que já faz 05 (cinco) anos. Agora virou morador da UCP, não gira mais, não mais se movimenta no entra e saí, será?

Sob a alegação de oferecer perigo de vida para sua família, o moleque levado, foi encarcerado no manicômio. Tivemos tempo para conversas.

A escultura de seu corpo, feito a pincel, transborda em suas palavras. A caveira do corpo humano. Nosso corpo, o que o nosso corpo tem: tem cabelo, tem pele, tem ouvido, tem nariz, tem boca, tem dente, tem língua, tem garganta, tem braço, tem dedo, tem unha, tem peito, tem umbigo, tem o pênis, tem o ânus, tem a perna, tem o joelho, tem o pé e tem os dedos do pé. Tem o calcanhar, tem o cotovelo, tem sangue, tem veia, tem coração, tem tripa, tem pêlo, tem os ossos, tem os rins, tem o pulmão, tem a bexiga, tem a urina, tem as fezes, tem os machucados, tem as doenças, tem as feridas. Tem a catapora, tem Aids, tem o vírus da Aids, tem derrame, tem que ficar adoecido, adormecido. Tem o sonho, tem o pesadelo, tem sonâmbulo, tem terrorismo, tem morte. Morreu, não morreu, ressuscita, ressuscitou.

Dizia-nos que sempre ouvia conselhos do tipo: para de fazer coisa errada, não vai na pilha de ninguém. Olha aí no que deu!

Queria falar a seu pai: agora que o senhor tá encostado, me dá uma chance, por favor, pelo amor de Deus.

Quando perguntamos de sua família, falava: Eu sou filho mais velho, eu não vou mais beber cachaça, nem vou fumar maconha, nem usar nenhum tipo de droga. Pai, quando coloquei meu aparelho no dente, eu parei de brigar. Eu gosto muito do senhor, da mamãe, e dos meus sobrinhos. Quando sair daqui, vou para igreja me converter. A bíblia que eu dei a você é para você lê. Não me abandone, pois sou seu

filho mais velho. Os outros irmãos estão bebendo e o senhor não liga para eles, só porque eu tomo remédio.

Como assim, só porque você toma remédios, perguntamos: Tomo remédios porque sou doido, mas eu estou bem, estou melhor agora de saúde. Não vou vacilar na rua.

A saudade do convívio com a família retorna: Pai pense na sua vida, veja que todos nós erramos, perdoe meu erro. Você nem vem aqui todo dia para ver como eu estou. Papai e mamãe eu não quero herança de vocês. Quero apenas, Deus, e Jesus e os anjos. Fique tranquilo, por favor, não fique nervoso, pois o senhor pode ter um ataque cardíaco. O senhor tem que ser bom pra mim, para eu ser bom para você. Os dois irmãos meus estão na rua, eu vou sair daqui, vou continuar a tomar meus remédios e arrumar um trabalho.

Ao juiz, algumas palavras: Estou de alta. Vossa excelência me desculpe o erro que tive. Gostaria de conversar com o senhor um dia. Eu não sou aposentado, eu não estou ganhando nada do INSS, eu estou querendo sair agora, pois sinto que estou bem.

Os altos muros e a vigilância sistemática não o detêm. O malandro distinto dribla tudo e todos. Escapole ao controle. Ganha as ruas, passeia, encontra os amigos, experimenta brisas-liberdade. Retorna, e torna a retornar. Subversão! Invenção para si de um *revolving door*, meios de continuar existindo.

Na escrita, transbordam reivindicações: Nossa luta de todo dia, e a luta antimanicomial? No nosso País, a democracia, o hino nacional não está indo para todo mundo. O respeito não está indo para todo mundo. Os caps demonstram um gesto gentil, um gesto carinhoso de democracia. Quantas vezes a democracia é assim? A luta antimanicomial deve ser de todos. Dos usuários, dos profissionais de saúde mental e toda sociedade. Nos caps, nós não estamos presos, estamos livres como as águias. A internação manicomial que nos deixa horrorizados, abalados. Temos que combater esse crime. A luta antimanicomial tira os homens da prisão e coloca na sociedade. Os profissionais de saúde mental ouvem a nossa voz e a projetam para o mundo...

PORQUÊ HOJE É SÁBADO?

Hoje existe tanta gente
que quer nos modificar
não quer ver nosso cabelos
“apanhados” com jeito
quem quer ver a nossa calça desbotada
o que que há
seu amigo está nessa outra vez
não está com nada

(Os hippies falavam de paz, amor e flores
mas o que aconteceria
se eles recomeçassem a matar barbaramente
sob forte invocação a satã?)

Janis, quero uma na veia
não é feia
quando me dizem
cannabis, você me fez tão feliz

Elis, como você mudou
foi o bêbado e o equilibrista
ou como nossos pais?

(Oliveira, 1994).

4. NAS ENTRELINHAS DO HORIZONTE DESSA HIGHWAY

Recorrer a caminhos, trilhas, andanças, trajetos, estradas, ruas, percursos ao longo deste trabalho foi uma tentativa ativa de cartografar paisagens, gestos, olhares, desvios, discursos, práticas. Ao tentar escrever um final, surge em nós a sensação de que algo esteja faltando. Há uma dificuldade em deixar este trabalho seguir outros rumos. Há uma força em nós que prolonga, atrasa, arrasta, resiste em não finalizar. Diante disto não nos fechamos. Em meio às direções/desorientações buscamos uma *Infinita Highway*.

Infinita Highway

Você me faz correr demais
Os riscos desta highway
Você me faz correr atrás
Do horizonte desta highway
Ninguém por perto, silêncio no deserto
Deserta highway
Estamos sós e nenhum de nós
Sabe exatamente onde vai parar
Mas não precisamos saber pra onde vamos
Nós só precisamos ir
Não queremos ter o que não temos
Nós só queremos viver
Sem motivos, nem objetivos
Nós estamos vivos e é tudo
É sobretudo a lei
Dessa infinita highway
Quando eu vivia e morria na cidade
Eu não tinha nada, nada a temer
Mas eu tinha medo, medo dessa estrada
Olhe só, veja você
Quando eu vivia e morria na cidade
Eu tinha de tudo, tudo ao meu redor
Mas tudo que eu sentia era que algo me faltava
E à noite eu acordava banhado em suor
Não queremos lembrar o que esquecemos
Nós só queremos viver
Não queremos aprender o que sabemos
Não queremos nem saber
Sem motivos, nem objetivos
Estamos vivos e é só
Só obedecemos a lei
Da infinita highway
Escute, garota, o vento canta uma canção
Dessas que a gente nunca canta sem razão
Me diga, garota: será a estrada uma prisão?
Eu acho que sim, você finge que não
Mas nem por isso ficaremos parados
Com a cabeça nas nuvens e os pés no chão
“Tudo bem, garota, não adianta mesmo ser livre”
Se tanta gente vive sem ter como comer

Estamos sós e nenhum de nós
 Sabe onde vai parar
 Estamos vivos, sem motivos
 Que motivos temos pra estar?
 Atrás de palavras escondidas
 Nas entrelinhas do horizonte dessa highway
 Silenciosa highway
 Eu vejo um horizonte trêmulo
 Eu tenho os olhos úmidos
 Eu posso estar completamente enganado
 Eu posso estar correndo pro lado errado
 Mas "a dúvida é o preço da pureza"
 É inútil ter certeza
 Eu vejo as placas dizendo
 "não corra, não morra, não fume"
 Eu vejo as placas cortando o horizonte
 Elas parecem facas de dois gumes
 Minha vida é tão confusa quanto a América Central
 Por isso não me acuse de ser irracional
 Escute, garota, façamos um trato:
 Você desliga o telefone se eu ficar muito abstrato
 Eu posso ser um Beatle, um beatnik
 Ou um bitolado
 Mas eu não sou ator
 Eu não tô à toa do teu lado
 Por isso, garota, façamos um trato:
 De não usar a highway pra causar impacto
 Cento e dez, cento e vinte
 Cento e sessenta
 Só prá ver até quando o motor agüenta
 Na boca, em vez de um beijo,
 Um chiclet de menta
 E a sombra do sorriso que eu deixei
 Numa das curvas da highway
 Engenheiros do Hawaii/Composição: Humberto Gessinger

Estamos nessa autoestrada que nos desperta risco, velocidade, silêncio, vida, morte, cidade, canção. Nas entrelinhas do horizonte dessa highway algo se fez.

Nas linhas e entrelinhas, na trama da escrita, nós, cartógrafos pesquisadores, nos decompomos e recompomos, juntamente com as trajetórias desta dissertação. A escritura de um texto assemelha-se ao processo de germinação, germinação dos fazeres, de uma temática, do tempo, tempo do outro, do outro coletivo, de feixes de iluminação: ora mais intensos, ora menos intensos. É um somatório de fluxos que nos forçam a desgarrar as palavras. Neste caminhar, um fio condutor nos guiava: a vontade de "[...] Descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência do cartógrafo." (KASTRUP, 2009, p. 32). Atitude de partilhamento *com*, lançando nossa pesquisa/intervenção a graus de visibilidade, de ressonâncias e porque não, de dissonâncias.

A pesquisa se moveu, cartograficamente, intencionando, como nos diz Rotelli “[...] reconstituir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; [...]” (1990, p.32). Nossa pesquisa/intervenção intencionava dar visibilidade às demandas de internação compulsória pela retomada do diálogo com o judiciário, através da exposição, para além-muros, dos acontecimentos restritos e silenciados ao ambiente do hospício. Pretendemos também desnaturalizar a prática da internação manicomial, buscando apontar outros caminhos, outras direções, saídas manicomiais.

Tentamos mostrar ao judiciário, que existem outras formas de cuidar do louco, formas mais livre em espaços como Ambulatórios e Centros de Atenção Psicossocial. Desse modo, reafirmamos que o Hospital Psiquiátrico não é mais o espaço de asilamento definitivo, tampouco referência de cuidados. A aposta nos serviços substitutivos, nas estratégias de cuidado no território, é fundamental para construirmos e efetivarmos outro lugar para os que passam pela experiência da loucura. É essencial a nós, trabalhadores, pensarmos as transformações na assistência psiquiátrica, recorrendo à:

[...] mobilização de um amplo e ativo coletivo, militante no campo social, ‘loucos pela vida’, que busca criar novas experiências para a transformação da vida (e não somente da assistência psiquiátrica). Muito pouco seria possível fazer sem que as formas de vida fossem modificadas. (DESVIAT, 1995, p. 132).

No campo das batalhas judiciais, inauguramos diálogos, que potencializaram novos e insistentes encontros de conversações. Levamos a questão das internações compulsórias aos Seminários, Fóruns, espaços de maior abertura e debate. O questionamento da intervenção do Poder Judiciário se deu no sentido não de rivalização de saberes, mas em fomentar conversas que retratassem os múltiplos espaços de convivência com a loucura. Em apresentar a saúde mental e a rede de serviços e dispositivos em construção. Colocamos-nos a sacudir o discurso estabelecido pelo poder Judiciário, promovendo movimentos de abertura, e de sensibilização para as diversas possibilidades de ser e estar na vida, dos diferentes modos de viver dos sujeitos que passam pela experiência da loucura.

Concluimos com este trabalho que a internação compulsória se constitui como analisador de diversas questões. Da manutenção da lógica da internação como segregação, e não com fins terapêuticos. Da precariedade das Políticas Públicas em

termos de acesso à saúde, de garantia de direitos, de participação social. Constatamos ainda que a oferta de serviços organiza parcialidades de uma rede, não sendo suficiente para a demanda crescente dos casos de Saúde Mental. Esse cenário fragmentado favorece a entrada do Judiciário. A Judicialização interfere e transforma o tecido social num campo de disputas. A disputa pela força da Lei. Quem recorre à Lei, vence.

Nossa pesquisa evidenciou que a internação compulsória por ordem judicial se inicia como uma estratégia de acesso ao serviço de saúde com justificativa terapêutica. No entanto, esta face terapêutica cai por terra, quando as internações adquirem o caráter de perpetuidade. Retomando que ao louco, à loucura, ao longo da história coube o enclausuramento, o encarceramento, excluindo-os da sociedade, como se fosse a ordem natural das coisas. Nada de natural!

Devemos seguir problematizando e, neste caminho, novos incômodos surgirão, provocarão novos debates, o repensar de nossas práticas, bem como o questionar da manutenção de velhas práticas de reclusão da vida. O confinamento perpétuo, a exclusão, a violação de direitos, a perda da autonomia produzem vidas subjugadas. Intencionamos em nosso pesquisar, disparar práticas de liberdade e potência de vida. Recorremos à noção de autonomia como “*autocriação, autopoiese*: diferença entre aquilo que é construído por outro e aquilo que se constrói a si mesmo” (EIRADO e PASSOS, 2004, p.79).

Queria ter o direito de acordar, comer, dormir, tomar banho e vestir-se na hora em que desejasse. Queria ser sujeito de sua vida. E conseguiu: recebeu alta há duas semanas. Deixou para trás colegas que, em pequenos gestos de resistência, chegam a modificar a posição de suas camas. “É o desejo de autonomia dentro do espaço”, revela Fernanda Zimmer, gerente da Unidade de Curta Permanência. (A Gazeta, 2008, p.12).

Deixar para trás, conseguir alta, faz parte de uma trajetória no circuito hospitalar. Neste caminhar tivemos êxito e algumas conquistas: no período de 2007 a 2010, 05 (cinco) moradores/pacientes da UCP tiveram as ações de internação compulsória revisadas pelos juízes. Retomaram suas vidas em comunidade, alguns retornaram ao convívio familiar, outros foram morar sozinhos com o suporte da rede de Saúde Mental.

É pela construção de redes que se criam alternativas para os impasses, retrocessos que enfrentamos na saúde mental. Retomamos à questão da internação de crianças

e adolescentes usuários de drogas. Apresentamos uma experiência de ação conjunta no município de Serra/ES, que tem produzido resultados positivos com a redução significativa dessas práticas de internação compulsória em Comunidades Terapêuticas para tratamento de dependente de drogas. Isso só foi possível devido à participação de diferentes segmentos que se propuseram a conversar e a buscar alternativas de intervenção.

Ações coletivas entre gestores de políticas públicas, com a participação da coordenação de Saúde Mental, CAPS ad, Ministério Público, Poder Judiciário, entre outros atores, culminou na construção de uma Rede de Atenção à Criança e Adolescente. Adotou-se procedimentos para internação, esta passou a ser realizada após uma avaliação da equipe técnica do CAPS ad, que analisa o grau de envolvimento com as drogas, a necessidade de internação, a voluntariedade, e outras possibilidades de tratamento. Quando há indicação de internação, esta é realizada em estabelecimento credenciado com acompanhamento dos pacientes internados. Construiu-se assim uma rede efetiva de cuidados, que não visava, simplesmente, à eliminação desses “marginais” das ruas.

Disparamos movimentos e com eles ‘colocamos a pesquisa na rua’. Na última comemoração do dia da Luta Antimanicomial, em dia 18 de maio de 2011, ocorrida na Assembleia Legislativa do Espírito Santo, uma juíza, que estava presente no evento, ouviu as falas-denúncias feitas pelos internos do Hospital psiquiátrico e se dispôs a convocar o juiz corregedor para uma reunião de revisão dos casos de internação compulsória. A juíza em sua fala pronuncia “que a internação é interessante no tratamento, para alguns casos”. Segue dizendo,

“a lei 10.216 é perfeita; só precisa sair do papel. É preciso fortalecer os elos das redes, os conselhos das comunidades. Precisamos de clínicas, não de depósitos, e a convivência com a diversidade é fundamental”.

Declarações que anunciam que outra história pode ser escrita no cenário capixaba, com novos diálogos rumo à aproximação e interlocução da saúde mental e a justiça.

5. REFERÊNCIAS

- 1 ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.
- 2 AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- 3 _____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, Maria Inês Assumpção; SCARCELLI, Ianni Régia; COSTA, Eliane Silvia (Org.). **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: APSO/ IPUSP, 1999.
- 4 _____. **Rumo ao fim dos manicômios**. Disponível em: www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios.html. Acesso em: 25 set. 2009.
- 5 ARTAUD, A. **Cartas aos poderes**: carta aos diretores de asilos de loucos. Porto Alegre: Editorial Villa Martha, 1979. (Coleção Surrealistas, v. 1).
- 6 BAPTISTA, L. A. **Os modos de subjetivação nas cidades**. Disponível em: www.corpocidade.dan.ufba.br/dobra/05_03_entrevista.htm. Acesso em: 20 out. 2008.
- 7 _____. **O veludo, o plástico e o vidro**: desigualdade e diversidade na metrópole. Niterói: Ed. UFF, 2009.
- 8 BARROS, D. D. de. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- 9 BARROSO, L. R. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. Disponível em: Disponível em: www.oab.org.br/oabeditora/users/revista/1235066670174218181901.pdf. Acesso em: 3 jul. 2009

- 10 .BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- 11 _____. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Disponível em: www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 4 out. 2009.
- 12 _____. **Lei 10.406 de 10 de Janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em: 10 out. 2010.
- 13 _____. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf. Acesso em: 13 out. 2009.
- 14 BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 15 CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 3657-B, de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. 1990. Disponível em: www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004. Acesso em: 15 jul. 2010.
- 16 CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- 17 COELHO, D. M.; FONSECA, T. M. G. As mil saúdes: para quem e além da saúde vigente. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 65-69, 2007.
- 18 COIMBRA, C. M. B. **Psicologia jurídica e direitos humanos**. Disponível em: www.slab.uff.br/bd_txt_lg_autor.php?nome_autor=CecíliaCoimbra&tp=a. Acesso em: 5 jul. 2009.

- 19 COIMBRA, C. M. B. Psicologia, direitos humanos e neoliberalismo. **Revista Psicologia Política**, v. 1, n. 1, p. 139-148, jan./jun. 2001.
- 20 CONFESSOR, W. G. **A internação compulsória no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/14967/a-internacao-compulsoria-no-contexto-da-reforma-psiquiatrica-brasileira>>. Acesso em: 10 jun. 2010.
- 21 CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA.Câmara dos Deputados. **Relatórios do Seminário Nacional**: há banalização nos atos de interdição judicial no Brasil? e da Audiência Pública Banalização da interdição judicial no Brasil. Organização: Brasília: CFP/Câmara dos Deputados, 2005.
- 22 DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: v. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34 Letras, 1995.
- 23 DELEUZE, G. Post - Scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- 24 _____. **Diferença e repetição**. Tradução de Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- 25 _____. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Veja/Passagens, 1996.
- 26 DESVIAT, Ml. Por um “Brasil sem manicômios no Ano de 2000”. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- 27 DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto as saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001.
- 28 DUARTE, A. Biopolítica e resistência. In: RAGO, M.; VEIGA NETO, A.(Org.). **Figuras de Foucault**. Editora Autêntica, 2006.
- 29 EIRADO, A. do; PASSOS, E. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 77-85, 2004.

- 30 ESPÍRITO SANTO (Estado). **Lei nº 5267, de 10 de setembro de 1996**. Vitória, 1996. Disponível em: <www.inverso.org.br/index.php/content/view/4431>. Acesso em: 10 dez. 2009.
- 31 ESPÍRITO SANTO (Estado). **Relatório final da III Conferência Estadual de Saúde Mental /Etapa Estadual da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <www.saude.es.gov.br/download>. Acesso em: 15 nov. 2010.
- 32 _____. **Provimento nº. 006/2006**. Corregedoria Geral do Ministério Público Estado do ES. Disponível em: <www.mpes.gov.br/>. Acesso em: 5 mar. 2010.
- 33 FERRAREZI, E. **OSCIP - Organização da sociedade civil de interesse público: a lei 9.790/99 como alternativa para o terceiro setor**. 2. ed. Brasília: Comunidade Solidária, 2002.
- 34 FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2005.
- 35 _____. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 1975.
- 36 _____. **Em defesa da sociedade**. Tradução de Maria Hermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- 37 _____. **História da loucura**. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1972.
- 38 _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Graal. 2002.
- 39 _____. **O poder psiquiátrico**. Rio de Janeiro. Graal. 2006.
- 40 HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S. **Dicionário eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- 41 JORNAL DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Mobilizações marcam os 20 anos da luta antimanicomial no Brasil**, Ano XX, I n. 90, p. 8, ago. 2008.
- 42 JUNQUEIRA, I. **Pílulas da felicidade**. Disponível em: <www.sinpro-rs.org.br/extra/jul00/comportamento1.asp>. Acesso em: 10 jan. 2011.

- 43 LAVRADOR, M. C. C.; MACHADO, L. A. D. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. **Revista Vivência**, UFRN/CCHLA, n. 32, p.79-95, 2007.
- 44 LAVRADOR, M. C. C. **Loucura e vida na contemporaneidade**. 2006. 194 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.
- 45 LEON, G. de. **A comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Edições Loyola, 2003.
- 46 MACHADO, L. A. D. **Política social trabalho e subjetividade**: Políticas de Subjetivação. Vitória: Edufes, 2008.
- 47 MACHADO, L. A. D.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura: como dizer o indizível? In: BARROS, M. E. B.; LAVRADOR, M. C. C.; MACHADO, L. A. D. (Org.). **Texturas da psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo, 2002.
- 48 MAIRESSE, D.; FONSECA, T. M. G. Dizer, escutar, escrever: redes de tradução impressas na arte de cartografar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 111-116, jul./dez. 2002.
- 49 MATTOS, V. de. **Crime e psiquiatria uma saída**: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2006.
- 50 MOTTA, M. B. Apresentação. In: FOUCAULT, M. **Ditos e escritos V**. Editora Forense Universitária, 2004.
- 51 NASCIMENTO, M. L; AYRES, L. S. M.; COIMBRA, C. M. **Pivetes**: encontros entre a psicologia e o judiciário. Curitiba: Editora Juruá, 2008.
- 52 OLIVEIRA, J. de. **Universo disperso**. 2. ed. Vitória/ES: Edição Independente, 1994.
- 53 PELBART, P. P. **A nau do tempo-rei**: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- 54 PELBART, P. P. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2011.

- 55 PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- 56 PESENTE, L. **Dinâmica internação/desinternação de processos que resultaram em internação compulsória no Hospital Adauto Botelho**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.
- 57 ROCHA, M.; AGUIAR, K. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão, CFP**, ano 23, n. 4, 2003.
- 58 RODRIGUES, H. de B. C. Direitos humanos e intervenção clínica. In: COIMBRA, C. M. B. (Coord.). *Psicologia, ética e direitos humanos: Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia*. Brasília. 1998
- 59 ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, v. 1 n. 2, p. 241-251, 2003.
- 60 _____. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Editora Sulina/UFRGS, 2006.
- 61 RIBEIRO, F. M. L. **Justiça terapêutica tolerância zero: arregaçamento biopolítico do sistema criminal punitivo e criminalização da pobreza**. 2007. 122f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- 62 SCHEINVAR, E. **O feitiço da política pública: escola, sociedade civil e direitos da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Laparina, Faperj, 2009.
- 63 SOUTO, L. **Rio aplica internação compulsória de jovens viciados em crack**. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/cotidiano/925274-rio-aplica-internacao-compulsoria-de-jovens-viciados-em-crack.shtml>. Acesso em: 3 jun. 2011.
- 64 UNIRIO, Comissão Regional de Direitos Humanos do CRP/RJ. Programa de Pós-Graduação em Memória Social. **CRP-RJ. IV Seminário de Psicologia e**

Direitos Humanos. Disponível em: <www.crprj.org.br/2008112401.asp>. Acesso em: 20 maio 2009.

- 65 VIANNA, L. W. **Judicialização da política e das relações sociais.** Disponível em: <www.iuperj.br/ensino/cursos/cefor/luiz_verneck.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2009.

Discografia

- 1 ELIS REGINA. **Romaria.** Composição: Renato Teixeira, 1977
- 2 Alcione. **Meu ébano.** Composição: Neneo/Paulinho Rezende, 2005.
- 3 Engenheiros do Hawai. **Infinita highway.** Composição: Humberto Gessinger. BMG, 1999.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 19 de julho de 2010.

Da: Prof^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

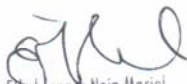
Para: Prof^a. Maria Cristina Campello Lavrador
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“A internação – compulsória: uma nova porta de entrada legal para o asilo”**.

Senhor Pesquisador,

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, nº. **de registro no CEP – 115/10**, intitulado: **“A internação – compulsória: uma nova porta de entrada legal para o asilo”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido acima, em Reunião extraordinária realizada em 14 de julho de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Prof.ª Dra. Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

ANEXO B – DECISÃO DO JUIZ



CÓPIA

RECEBIDO EM 16.04.08

[Assinatura]
Diretor Geral / HAB

**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PODER JUDICIÁRIO
5ª VARA CRIMINAL DE VITÓRIA - VEPEMA
COMARCA DE VITÓRIA**

Fórum "Des. José Mathias de Almeida"- Rua Pedro Palácios, nº 105, Cidade Alta, Vitória, ES, CEP 29.015-160

Vitória, quarta-feira, 9 de abril de 2008.

OFÍCIO Nº 2227/08

REF.: GE 7842 - NE 222.2007.05967 (*favor usar esta referência*)

Apenado:

Filiação:

Senhor Diretor,

Pelo presente, encaminhamos a Vossa Senhoria cópia da Decisão de fls.104/108 para sua ciência.

Atenciosamente,

[Assinatura]
Carlos Eduardo Ribeiro Lemos
Juiz de Direito

Ao
Ilustríssimo Senhor
Diretor do Hospital Adauto Botelho

drcq



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PODER JUDICIÁRIO
5ª VARA CRIMINAL DE VITÓRIA - PRIVATIVA DAS EXECUÇÕES

GUIA DE EXECUÇÃO NÚMERO 222.2007.05967

REEDUCANDO:

DECISÃO

O presente caso trata de um equívoco, infelizmente, muito comum.

Os membros do Ministério Público e do Poder Judiciário desconhecem as funções precípuas tanto do HCTP, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, quanto do Hospital do Estado de Especialidade Psiquiátrica Adauto Botelho.

Por isso, comumente vemos juízes encaminhando pessoas envolvidas em processos criminais e beneficiadas com Medida de Segurança para o Adauto Botelho, e pessoas com problemas psiquiátricos sem envolvimento com qualquer processo criminal serem encaminhadas para o HCTP.

No presente caso a situação é ainda mais esdrúxula. Foi reconhecida a cessação de periculosidade do apenado e, concomitantemente, determinada a INTERNAÇÃO no Adauto Botelho para TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Ora, não é necessário grande malabarismo de raciocínio para saber que a internação é conflitante, senão oposta, ao tratamento ambulatorial. A lógica legal da primeira é a periculosidade, que exige a segregação durante o tratamento, enquanto a da segunda é a não internação, eis que as condições pessoais do agente indicam a compatibilidade com essa medida mais branda.

Verifico que o Código Penal como a Lei de Execução Penal estatuem que **IMPOSTO PELO JUDICIÁRIO O TRATAMENTO AMBULATORIAL, PODE O JUIZ SUBSTITUÍ-LO PELA INTERNAÇÃO, QUANDO A CONDUTA DO SENTENCIADO RECOMENDAR A NECESSIDADE DESTA PROVIDÊNCIA (Art. 97, § 4º, do CP) . NÃO HÁ PREVISÃO, NO ENTANTO, DE SUBSTITUIÇÃO DE**

INTERNACÃO POR TRATAMENTO AMBULATORIAL. NESTE CASO, HAVENDO CESSAÇÃO DA PERICULOSIDADE COMPROVADA POR PERÍCIA MÉDICA, A MEDIDA DE SEGURANÇA DEVERIA SER REVOGADA, OU MELHOR, SUSPensa PELO PRAZO DE UM ANO, COM A DESINTERNAÇÃO OU LIBERAÇÃO DO AGENTE; FINDO ESTE PRAZO SEM QUE TENHA HAVIDO PRÁTICA DE FATO INDICATIVO DA PERSISTÊNCIA DA PERICULOSIDADE, HÁ A EXTINÇÃO DEFINITIVA DA MEDIDA (Art. 97, § 3º, do CP).

Vale à pena lembrar que antes de 1984, o CP estabelecia o sistema do duplo binário, pelo qual era possível a aplicação de pena e de medida de segurança aos imputáveis e aos semi-imputáveis, ferindo o princípio do *non bis in idem*. Com a Reforma Penal de 84, houve substituição pelo sistema unitário ou vicariante: assim, o fundamento da pena passou a ser exclusivamente a culpabilidade, enquanto que o da medida de segurança é a periculosidade aliada com a inimputabilidade. Desta forma, atualmente, uma das duas espécies de sanção penal é aplicada alternativamente:

- a) pena, para os imputáveis;
- b) medida de segurança, para os inimputáveis;
- c) pena ou medida de segurança para os semi-imputáveis – nunca as duas – sendo que, neste caso, será necessária a comprovação da periculosidade, a fim de que se substitua a pena aplicada pela medida de segurança correspondente.

As medidas de segurança, como meios de invasão do Estado na esfera de liberdade do indivíduo, sujeitam-se ao princípio da legalidade e a todos os demais princípios constitucionais aplicáveis às penas, o que *in casu*, não está ocorrendo, eis que encontra-se internado no Hospital Adauto Botelho em completa desobediência à Constituição Federal e aos comandos do Código Penal e Lei de Execuções Penais, no que se refere a cumprimento de medida de segurança detentiva.

Tanto é que a Juíza prolatora da decisão de cessação de periculosidade entendeu que o paciente não precisava mais de internação, que encaminhou o processo para esta **VEPEMA**, competente somente para processos relativos a medidas de segurança não detentivas.

Pelo que se vê, após adotado esse posicionamento, de aplicação de medida não detentiva, ou seja, tratamento ambulatorial, não pode mais o Poder Judiciário examinar qualquer pedido de outra medida detentiva, sob o pressuposto de que A FAMÍLIA DO REEDUCANDO RESISTE EM RECEBÊ-LO DE VOLTA.

Tendo ocorrido a desinternação do HCTP e, imediatamente após, o estranho ENCAMINHAMENTO (nova internação) no Hospital Adauto Botelho, como ficará a situação processual do interno? Qual o tempo e o tipo de tratamento que devem ser impostos ao paciente?



Que necessita de tratamento não há qualquer dúvida, mas daí a afirmar que aludido tratamento deva se dar, em caráter de eternidade, pela via penal, é um despropósito que atenta contra os mais comezinhos princípios do direito criminal.

O sistema penal já tutelou durante anos e não conseguiu, e talvez nem conseguirá curá-lo. Que mais se pretende com ele, senão tornar sua desgraçada vida ainda mais tormentosa?

Há o Judiciário de reagir contra a mesmice, pois, dada a profunda distância entre o normativo e a realidade fática, no tocante à execução da pena, em cuja extensão, colocam-se também as medidas de segurança, o juiz precisa auscultar a teleologia da norma, a fim de alcançar o melhor resultado. Individual e socialmente considerado.

Ao se tentar impor permanência perpétua de uma pessoa junto a um hospital psiquiátrico, esquece-se que, mesmo sendo doente mental, não se deixa de ser pessoa humana, tendo, portanto, os mesmos direitos que qualquer um de nós nos orgulhamos em ter, mesmo que não saibamos defendê-los na maioria das vezes.

A medida de segurança não tem finalidade punitiva, mas sim, curativa e de **reintegração do indivíduo na sociedade**.

Ao contrário do que muitos imaginam, a enfermidade mental pode ser controlada com remédios e tratamento terapêutico adequado, como os próprios peritos atestaram no presente caso. Em casos como este, esta circunstância é inteiramente capaz de propiciar ao doente a plena convivência em sociedade, ao lado de sua família.

A incompetência estatal, que na maioria das vezes, se não sempre, não é capaz de curar o paciente ou de realizar um trabalho de assistência social junto à sua família para recebê-lo e ampará-lo, não pode, de modo algum, contribuir com o cerceamento da liberdade dos particulares, devendo o Estado, ao contrário, privilegiar o retorno dessas pessoas ao convívio social.

Nunca é demais registrar que o problema criminal, carcerário, bem como aquele referente à reintrodução do infrator na sociedade é, antes de tudo, um problema social que, como tal, merece ser tratado. Isso também quer dizer que nós, como membros de uma sociedade, temos responsabilidade e devemos nos preocupar com isso.

Ao meu ver, afastar para sempre um ser humano do meio social e do convívio familiar parece medida simplista e sem a menor razoabilidade que não pode, de forma alguma, ser admitida por nós juristas. O doente mental, como qualquer outra pessoa, tem direito a tratamento digno e reintegrativo por parte do Estado, sendo que a sentença absolutória imprópria que lhe foi aplicada não pode condená-lo a viver perpetuamente num circo de horrores, como é um hospital psiquiátrico, sem o mínimo de dignidade e esperança no amanhã. Isso, sem falar na **ocupação desnecessária de um leito hospitalar** na unidade do Adauto Botelho.



Não poderia deixar de observar a Lei de reforma psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), expressamente aplicável às medidas de segurança, que as chama de internação compulsória (art. 6º, III, e 9º), que trouxe importantes modificações em matéria penal e está a exigir uma releitura de todo o Código Penal e Lei de Execução Penal, havendo inclusive quem defenda, como Paulo Jacobina, a derrogação da LEP no particular e de parte do Código Penal.

Eis as modificações mais importantes:

Finalidade preventiva especial. A lei considera como finalidade permanente do tratamento a reinserção social do paciente em seu meio (art. 4º, §1º), reforçando assim a finalidade – já prevista na LEP - preventiva individual das medidas de segurança. Portanto, toda e qualquer disposição que tiver subjacente a idéia de castigo restará revogada.

Excepcionalidade da medida de segurança detentiva (internação). Exatamente por isso, a internação só poderá acontecer quando for absolutamente necessária, isto é, quando o tratamento ambulatorial não for comprovadamente o mais adequado. É que, de acordo com lei, a internação só é indicada quando os recursos ex-hospitalares se mostrarem insuficientes, devendo ser priorizados os meios de tratamento menos invasivos possíveis (art. 4º e 2º, parágrafo único, VIII).

Portanto, independentemente da gravidade da infração penal cometida, preferir-se-á o tratamento menos lesivo à liberdade do paciente, razão pela qual, independentemente da pena cominada (se reclusão ou detenção), o tratamento ambulatorial (extra-hospitalar) passa a ser a regra, e a internação é a exceção.

É expressamente vedada ainda a internação de pacientes em instituições com características asilares (art. 4º, §3º). Ora, o que se está fazendo com o no presente caso? Apesar de ele poder ser tratado ambulatorialmente, ele foi internado em um asilo psiquiátrico pelo simples fato de sua família resistir em recebê-lo de volta. Isso não pode persistir.

Ainda nos termos da lei especial acima mencionada, mantê-lo internado no Adauto Botelho seria incompatível com o princípio da utilidade terapêutica do internamento (art.4º, §1º) ou com o princípio da desinternação progressiva dos pacientes crônicos (art. 5º).

Verifico ainda que a no caso de paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de quadro clínico ou de ausência de suporte social, a lei prevê que este será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente (art. 5º).

Por todo o exposto e analisado, **DECIDO:**



Não sendo o Hospital Adauto Botelho unidade própria ao atendimento ambulatorial necessário ao paciente

deve ele ser DESINTERNADO, sob a condição de que o a Direção do Hospital, através do seu serviço social busque entregá-lo à família, e ainda, indicando o local adequado e fazendo o encaminhamento do paciente, agora por ordem judicial, para o devido tratamento junto à rede de saúde que sabe ser a competente.

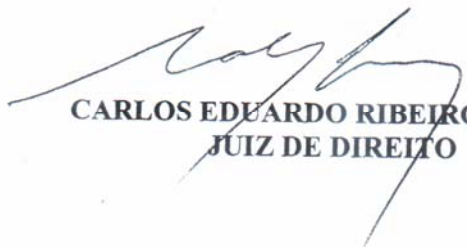
Tomo tal decisão, pois a Direção de um Hospital Estadual possui melhores condições, relacionamentos e conhecimentos para tomar tais providências do que este Juízo.

Oficie-se, com URGÊNCIA, assim como remeta-se via fax, à Direção do Hospital Adauto Botelho, dando ciência da presente decisão.

Ultrapassado o prazo da medida de segurança imposta, a dispensa de tal tratamento também será determinada. Determino que se faça o levantamento da medida de segurança pelo setor próprio da VEPEMA,

Dê-se vista ao MP.

Vitória(ES), 09 de abril de 2008.



CARLOS EDUARDO RIBEIRO LEMOS
JUIZ DE DIREITO



Nova realidade

A VIDA ALÉM DOS MUROS

Muita coisa mudou no maior hospital de tratamento psiquiátrico do Estado.

VILMAR FERNANDES
vfernandes@redgazeta.com.br

■ O olhar de puro carinho não deixa dúvidas: Benedito Milagre é um homem apaixonado. O alvo de suas atenções é a esposa, Roseni de Oliveira, uma morena sorridente e alegre. A história de amor do casal é uma vitória de quem não deixou suas esperanças morrerem, mesmo após muitos anos de internações psiquiátricas.

O relacionamento, que já dura oito meses, seria impossível, impensável até algumas décadas atrás. Não ser "normal" significava uma ameaça à sociedade, como lembra o diretor técnico do Hospital Adauto Botelho, Hugo Guangirrol.

Aos "loucos" o destino era a segregação, o distanciamento da família, dos amigos, do convívio social. Não é à toa que o único hospital psiquiátrico do Estado foi construído em um local, à época, bem distante da Capital. E isolado.

Romper essa barreira não é fácil. Que o diga Roseni. Mesmo com seu perfil contestador, teve que lutar para não se submeter ao estigma da loucura, da incapacidade, de que não era capaz de gerir a sua própria vida. Indiferente ao que todos pensavam, fez valer o seu direito de querer uma vida diferente, ao lado daquele "moreno alto e bonito", que conheceu no hospital.

Um sonho rebelde que demorou 20 anos para acontecer. Hoje, vive com seu marido em uma casinha de quatro cômodos, em Porto Belo, Cariacica. Possui limitações, necessariamente de medicamentos e de acompanhamento constante. Mas nada que os impeça de estar inseridos na comunidade, de frequentar uma igreja, de fazer compras no comércio local, de visitar os vizinhos e os parentes. Enfrentam a luta diária para manter uma relação saudável, como tantos casais.

Vivemos assim: eu cuido dele, ele cuida de mim. Assim nos ajudamos", conta Roseni

"Eles são um exemplo de que os doentes mentais podem assumir a sua condição e gerir a sua própria vida", ressalta a coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Moxuara (CAPs), Anelise Nunes Gorza.

MAIS HUMANIDADE

Ao longo dos últimos anos, muita coisa mudou no Adauto Botelho. O número de internos diminuiu, o local foi reformado, e o tratamento humanizado. Já não há mofo nas paredes, lito pelos cantos, infiltrações nos banheiros, camas sem colchão. Os tratamentos como o eletrochoque e as celas fortes já não fazem parte do dia-a-dia dos pacientes. Eles andam vestidos e utilizam talheres para se alimentar.

Mas uma realidade ainda persiste: o asilamento. É nesse contexto que ainda vivem mais de 80 internos. Homens e mulheres que passam a vida em um mundo completamente diferente. Alheios à crise mundial, à eleição de Obama, aos EUA, à queda das torres gêmeas. Nem mesmo a internet, que invadiu a casa de todos e promoveu mudanças no comportamento da humanidade, afetou suas rotinas.

Seu dia-a-dia é pontuado pelo vai-e-vem típico dos pacientes psiquiátricos, pelos surtos dos colegas, e de suas crises. E mais, pela ausência de escolhas, de expectativas, de desejos, de



FOTOS: CHICO GUEDES

HISTÓRIA DE AMOR E SUPERÇÃO. Benedito Milagre e Roseni de Oliveira: eles se conheceram na unidade e estão juntos há oito meses



RESSOCIALIZAÇÃO. Após uma vida inteira na unidade, José Batista de Souza aprendeu com rapidez novos hábitos em sua casa

voz, de direitos e deveres. Vivem a perda diária de sua autonomia, de sua individualidade, de suas esperanças.

Uma experiência que Roseni não gosta de lembrar: O brilho de seus olhos desaparece quando relata como era seu dia-a-dia. "Era muito, muito triste. Eu não tinha nada, nem amigos."

SEM VÍNCULOS

A maioria dos que residem no Adauto Botelho não tem família ou referência social. Vinte envelheceram e passaram os dias na unidade geriátrica. Outros estão no local há, no mínimo, três décadas. O mais novo tem pouco mais de 40 anos. É o caso de Eduardo Endringer, que chegou transferido da antiga Clínica Santa Angélica.

Com um sorriso franco, mostra seu armário, sua pasta de dente, como se fosse um privilegiado, num espaço onde ninguém tem nada. Seu sonho é revelado numa fala rápida: "Quero ir para a casa", diz, se referindo às residências terapêuticas.

ISOLAMENTO

O pouco contato dos pacientes com o mundo externo acontece nos passeios promovidos



SAUDADE. Maria das Graças Souza, interna, emociona-se ao lembrar-se de casa: "Eu podia fazer meu feijão, meu frangulinho caipira..."

pelos funcionários ao teatro, à praia ou a um parque. É quando seus olhos vislumbram uma outra vida. Um mundo de cores, sons e perspectivas que se fecha como os portões, quando retornam para o hospital.

As histórias de suas vidas foram ofuscadas pela doença. Os relatos são sempre de terceiros, funcionários com quem convivem, seus únicos amigos. Alguns chegam a ser agressivos. Vivem no incessante ir e vir de uma doença que não tem cura, mas que pode contar com um tratamento completamente diferente.

É o resultado do isolamento, que não ajuda em nada, só piora o quadro", observa Maria Jorgete Barroso Veloso. Ela é gerente da Unidade de Ressocialização, o setor que cuida dos pacientes que estão asilados"

LIBERDADE

No andar de cima do Adauto Botelho, outros 50 sonham com a liberdade. Estão em internações temporárias que às vezes perduram por mais de um ano. Como dona Joseni Freitas, de 67 anos, que ao ver nossa equipe foi disparando: "Me leva embora". Em sua terceira passagem pela instituição, ela se recusava a aceitar aquele ritmo de vida como seu.

Querida ter o direito de acordar, comer, dormir, tomar banho e vestir-se na hora em que desejasse. Querida ser sujeito de sua vida. E conseguiu: recebeu alta há duas semanas.

Deixou para trás colegas que, em pequenos gestos de assistência, chegam a modificar a posição de suas camas. "É o desejo de autonomia dentro do espaço", revela Fernanda Zimmer, gerente da Unidade de Curta Permanência.

Sentimento visível em Carla Cristina, surda-muda recém-chegada à unidade. Ela está sempre arrumada e maquiada,



DO ADAUTO BOTELHO

Apesar de histórias de superação, pacientes ainda vivem isolados

com muita cor, como se estivesse pronta para sair a qualquer momento.

Aos 62 anos, os olhos de Maria das Graças Souza brilham ao lembrar o tempo em que trabalhava e tinha sua casa. "Quando podia fazer meu feijão, meu frangulhão capira, minha canjiquinha, tudo temperado com alho roxo", diz, com saudade.

Sem família e sem casa, recusa-se a viver no hospital, em abrigos ou asilos. Aos 61 anos, gosta da liberdade da rua e das possibilidades que ela proporciona, como o álcool.

PASSADO

Até o início do século, essas pessoas eram denominadas psicopatas, como se todas fossem criminosas. Só mais tarde foram chamadas de psicóticas. Até 1999, correspondiam a 2% da população. Hoje, segundo o Ministério da Saúde, chegam a 15%.

No Estado, até 1988 viviam em uma unidade de Cachoeiro. Depois, foram transferidos para o antigo Hospital Osvaldo Monteiro, na Ilha da Pólvora, em Vitória. Nas últimas cinco décadas, o destino foi o Hospital Adauto Botelho. Um espaço que chegou a ser dividido com os doentes de tuberculose e de Hanseníase.

O Adauto, que na inauguração chegou a ser considerado modelo no país pelo tipo de tratamento que oferecia, viveu momentos de grandes dificuldades, chegando a ser comparado a um "circo dos horrores". Superlotação de pacientes, péssimas instalações físicas, falta de medicamento, de roupa de cama e até de alimentos.

Um cenário perfeito para as muitas histórias tristes de abandono, como as relatadas por Maria Lopes. Dos seus 62 anos, ela passou 40 na Enfermagem. Lembra-se da paciente trazida por 11 irmãos, apesar de não apresentar sintomas de transtornos mentais. Aos poucos, a moça contou que foi abandonada para que não tivesse que dividir a herança. Morreu no hospital, muitas décadas depois.

Um tipo de abandono comum à época, quando a internação acontecia diretamente no hospital, e o controle de entrada e saída dos pacientes era feito pelos porteiros. A história da mulher lembrada por ela é igual a outras tantas de pessoas levadas para a instituição por serem usuárias de álcool, perseguidas políticas nos anos de chumbo, e doentes que a família não queria por perto. Pessoas condenadas à morte em vida.



FOTOS: CHICO GUEDES

A experiência de vida com cada paciente ao longo de 30 anos de trabalho tem mostrado à gerente da Ressocialização do hospital, Maria Jorge, que todos podem viver longe dali, de forma diferente. Quando chegou ao Adauto Botelho, ela ficou chocado porque os pacientes não tinham colchão para dormir e viam-nos, comendo com as mãos e até no chão. "Viviam em regressão", destaca Jorge.

“Era impossível trabalhar a terapia com quem estava nu, sem cama, sem fala, sem documentos. Precisavam saber e reconhecer que tinham direitos”, diz

Foi um trabalho duro. Quarenta alcançaram a cidadania e aprenderam a viver em sociedade. Como crianças, foram assimilando hábitos simples, como comer em uma mesa, vestir suas roupas, tomar banho sozinho, arrumar sua cama, andar na rua, fazer compras, respeitar o próximo. Hoje, vivem em cinco residências terapêuticas.

José Batista de Souza é um deles. Abandonado quando bebê na Ilha da Pólvora, e transferido para o Adauto, surpreendeu até os funcionários. Aos 67 anos, depois de uma vida inteira no hospital, aprendeu logo os novos hábitos, como lavar e guardar seus copos.

Aos que o visitam, mostra feliz a cama que comprou com seu próprio dinheiro. "É mais confortável", relata, orgulhoso de ter algo que não seja igual ao que os outros moradores da casa têm. Pequenas conquistas para uma sociedade em que é preciso ter muito. Grandes para quem agarrou com toda a força a pequena chance de resgatar sua vida e descrever, depois de tanto tempo, que é possível viver de outra forma, mais humana. E ser feliz.

■ A ASSISTENTE NA WEB
Fotos antigas e novas do Adauto Botelho, e ensaio filosófico sobre a loucura do professor Maurício Abdalla no site www.gazetaonline.com.br/agazeta

DIFERENÇA. Corredores mostram que, em termos de limpeza, o quadro é bem diferente de anos atrás. Mas o asilamento continua



HISTÓRIAS. Maria Lopes: 40 dos 62 anos de idade dedicados à Enfermagem no Adauto Botelho

A GAZETA denunciou por décadas o caos na unidade

Foram diversas matérias sobre descaso no tratamento; realidade mudou com reforma psiquiátrica

■ Pacientes sem alimentação, sem banho, sem roupas limpas. O caos reina no Hospital Adauto Botelho, onde o cheiro é de urina e fezes espalhadas pelo chão. O ano é 1987, os funcionários estão em greve, e os pacientes, sem atendimento. No retorno deles foi necessária até a ajuda do Corpo de Bombeiros para limpar a unidade.

Três anos depois, as más condições de trabalho e a falta de medicamentos levaram à demissão do diretor-geral e do diretor-clínico da unidade. Os funcionários ameaçavam também colocar seus cargos à disposição do governo.



PREOCUPAÇÃO. Na página de A GAZETA em 17 de maio de 1987, uma das denúncias

Nove anos depois, no momento em que o Congresso Nacional começava a discutir a lei que poria um fim gradativo aos manicômios, nova crise no Adauto: enquanto os "loucos" continuavam internados, a ordem de despejo chegou para todos os funcionários especializados, com o corte das funções por designação temporária.

São algumas das muitas matérias feitas por A GAZETA desde a criação do hospital, em 1954. Anos de denúncias relativas à falta de estrutura, à superlotação, ao descaso e aos maus-tratos aos pacientes internados na unidade. Uma realidade que só começou a ser modificada após a aprovação da reforma psiquiátrica (leia mais na página 14) quando as notícias começaram a mostrar as possibilidades de recuperação de quem estava deixando a instituição.





Nova realidade

Sem apoio no município, doente vai para hospital

Mudanças propostas em 2001 dão prioridade ao tratamento no próprio bairro, antes das crises

VILMARIA FERNANDES
vfernandes@redgazeta.com.br

■ O tratamento para o doente mental deve acontecer em seu bairro, na unidade de saúde, com visitas familiares e muito antes de a crise começar. É o que preconizam as mudanças introduzidas pela reforma psiquiátrica a partir de 2001. Na prática, porém, a situação tem se mostrado diferente. As estruturas municipais ainda não estão formadas, o atendimento que deveria ser ambulatorial acaba na porta dos hospitais.

Além de dificultar o acesso ao atendimento e ampliar a demanda por internações, esse

cenário cria situações como a vivida pela comunidade de José de Anchieta, há duas semanas. Uma moradora, sem família, entrou em surto. Sem ter a quem recorrer, os vizinhos apelaram para a polícia. Uma situação que poderia ter sido identificada, com antecedência, no próprio município.

O Estado acena com a ampliação da rede e a construção de novos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPs), mas reconhece que precisa da ajuda dos municípios para reverter as dificuldades no atendimento. "Se quisermos, temos como estruturar uma rede completa de atenção aos transtornos mentais", destaca o secretário estadual de Saúde, Anselmo Tozi. Quando ela existe - acrescenta - não se tem a necessidade de internação, que vem do abandono.

O grande desafio hoje é mostrar que a doença mental precisa ser vista e tratada de forma diferente. A avaliação é do diretor-geral do Hospital Adauto Botelho, Renato José Vieira. "As doenças crônicas, como os transtornos mentais, não são tratados só por internação, que deve ser pontual", observa.

Essem abrir mão do cuidado familiar, acrescenta a coordenadora estadual de Saúde Mental, Inês Antunes Paes Torres. "Se o quadro evolui para uma crise, o paciente pode ser encaminhado para outros serviços da rede, como Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs) ou até mesmo para um hospital", diz.

PLANO De olho nessa situação, desde o mês passado os promotores

do Ministério Público Estadual (MPPE) estão informando os municípios sobre a necessidade de se preparar um plano municipal de Saúde. Ele deve contemplar as necessidades da saúde mental e ser incluído no Plano Plurianual (PPA).

O coordenador do Centro de Apoio à Saúde do MPPE, José Adalberto Dazi, lembra que existe "um passado tenebroso" de atendimento voltado para os doentes mentais que precisa ser superado. "O momento para estruturar o serviço e garantir um atendimento decente é agora, quando começam a ser preparados os projetos para o PPA 2010-2013. Se isso não for feito agora, será necessário esperar mais quatro anos", alertou.

Outro alerta é de Tozi e vai para a sociedade: o secretário

Gastos

R\$ 41,2 milhões

■ Esse é o valor gasto pela Secretaria Estadual de Saúde, entre 2001 e agosto de 2008, com os 79.508 procedimentos e internações psiquiátricas de curta e longa permanência

ressalta que o convívio do doente com a família e com a sociedade e a manutenção de uma atividade laboral é a solução. Tozi acrescenta que, no futuro, todos os hospitais deverão contar com leitos psiquiátricos, pondo fim à necessidade de um manicômio.

Pacientes ganham lar verdadeiro e resgatam vida

Ao todo, são cinco residências terapêuticas, cada uma com oito moradores, em Itacibá

■ Para pelo menos 40 pessoas, os muros do hospital são coisa do passado. Eles conquistaram o direito de viver em uma das cinco residências terapêuticas, todas localizadas em Itacibá, Cariacica. O projeto representa a possibilidade de resgatar suas vidas.

O diferencial, como explica a agente da Unidade de Ressocialização, Maria Jorge Barroso Veloso, é que, ao deixar de ser paciente de um hospital, eles adquirem autonomia para decidir. Para enfrentar o desafio, começaram a ser preparados ainda no hospital, na chamada Enfermaria Pré-lar.

Como crianças, tiveram que assimilar hábitos simples, como comer em uma mesa, vestir suas roupas, tomar banho sozinho, arrumar a cama, andar na rua, fazer compras, respeitar o próximo. "Foi um trabalho de ressocialização", diz Jorge. Para alguns, o trabalho foi tão bem sucedido que conseguiram resgatar seus vínculos familiares.

CONVÍVIO

Cerca de 80 pacientes ainda vivem no hospital. Para atendê-los seria necessária a criação de mais dez residências. A expectativa é de que os municípios adotem a proposta. "A política de exclusão no Brasil não deu certo, criou até mais problemas. O caminho é o convívio social", destaca o secretário estadual de Saúde, Anselmo Tozi.

Que o diga Aparecida, nome que recebeu por ter "aparecido" no Adauto, após ser abandonada ainda pequena no Hospital Infantil, na Capital. Criada pelos funcionários, ela adora a liberdade que vivencia hoje pela rua de Itacibá, bairro de Cariacica onde reside. Visitar os amigos e fazer compras - como a da bolsa nova onde guarda seus documentos - são suas atividades preferidas. É a cidadania obtida que a faz manter vivo o sonho de casar e um dia ter uma casa sua.

Para outros pacientes, que não "voam" tão alto, já é bom saber que podem ficar na varanda observando o incessante vai e vem da vida alheia, bem diferente do vazio dos corredores hospitalares. "Eu sou feliz aqui", relata Alzira Sales, que um dia teve medo de deixar o hospital.



VIDA NOVA. Aparecida vive na residência terapêutica em Itacibá e adora a liberdade que pode viver hoje

Redescoberta com oficinas e terapias

Trabalho do Centro de Atendimento Psicossocial permite ao paciente redescobrir-se a seu tempo

■ O momento é de psicoterapia em grupo. A conversa no círculo segue animada, menos para seu João. Agachado num cantinho da sala, com o chinelo ao lado, ele prefere observar. Nada fala. É assim em quase todas as oficinas do Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs) Moxuara, em Tucum, Cariacica. Cada paciente, a seu tempo, vai descobrindo a sua maneira de integrar-se ao convívio social. "Cada um traz a sua experiência do hospital, onde nada lhe pertence e onde nada decide, de forma diferente", explica a coordenadora do CAPs Moxuara, Anelise Nunes Gorza.

O CAPs é o espaço onde os usuários têm acesso a consultas psiquiátricas, psicoterapia em grupo, a trabalhos laborais, terapia ocupacional e até atendimento para suas famílias. Não há internação. Lá vão aprender a lidar com suas dificuldades, reconhecer seu corpo, ter cuidados consigo, tomar seus medicamentos, receber orientações. É onde aprendem a re-

construir suas vidas. Como Rodrigo Martins, 23 anos, nove internações no Adauto por drogas aliadas a um distúrbio bipolar. Quase destruiu sua vida ao incendiar sua casa. Hoje, em tratamento, sonha em voltar a estudar. "Foram as influências das mães companheiras, mas consegui superar", diz.

Ou Alda Souza, que ainda reside no Adauto, onde foi abandonada pelo marido. Ela passa o dia no Caps. Quando chegou, mal conseguia mover as mãos. Resultado da depressão e dos medicamentos. Hoje, divide o espaço com vários colegas na oficina de tapeçaria, com uma agilidade de artesã experiente. O trabalho já rompeu os limites dos CAPs e vem sendo vendidos nos shoppings e até em feiras, com qualidade reconhecida. "Eles saem da condição de zero de autonomia, zero de cidadania, e começam a ter seus produtos vendidos, porque são capazes", observa Anelise.

VEJA NA WEB

Saiba onde buscar tratamento em caso de transtorno mental no www.gazetaonline.com.br/agazeta



SONHO. Rodrigo, 23 anos, sonha em voltar a estudar

Os tratamentos

400 a.C. >

Buracos no couro cabeludo são considerados eficazes para expulsar os demônios que provocariam a loucura

1600 >

Ameaças, algemas e bofetadas eram usados como tratamento. Aos loucos, vistos como bichos, o medo é imposto como forma de cura

1701-1715 >

O paciente é machucado com várias técnicas, inclusive causando bolhas na cabeça e jogando soda cáustica nas genitais. O objetivo era que o paciente focasse na sensação de dor, deixando de lado pensamentos raivosos. Logo depois, surge o tratamento com a ingestão de purgante por vários dias. Com as náuseas, as alucinações seriam suspensas

1745-1826 >

O médico francês Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais

1790 >

O sangramento começa a ser utilizado. Eram retirados até quatro quintos de sangue do corpo para normalizar o fluxo sanguíneo para o cérebro

1828 >

O paciente é colocado dentro de um caixão com furos e imerso na água, até que bolhas de ar parem de subir. Depois, é retirado e reavivado

1890 >

A loucura poderia ser resultado da agitação provocada pelo clítoris, que passa a ser retirado em cirurgias ginecológicas. Mais tarde, a esterilização masculina também passa a ser adotada

1920 >

O paciente permanece entre "cobertores" congelados por até três dias, para que a temperatura do corpo caia 12°C ou menos. Esperava-se que o choque térmico pudesse fazer com que recobrasse as funções mentais

1933 >

Os pacientes são induzidos ao coma com uma dose de insulina e reavivados depois de alguns minutos. Mais tarde, médicos passam a provocar convulsões nos pacientes com o uso de medicamentos

1937 >

Era dos eletrochoques. A eletricidade é aplicada diretamente na cabeça para provocar o ataque de epilepsia. A convulsão produziria danos cerebrais, eficientes na recuperação do paciente

1940 >

A psicocirurgia começa a ser utilizada no tratamento, com destaque para a lobotomia - a danificação aos lobos frontais do cérebro

1950 >

Impulsionada por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se um movimento, que ganha repercussões em todo o mundo, pelo fim dos manicômios, com os ideais de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania para os doentes mentais

1950 >

O surgimento dos psicofármacos - antipsicóticos - começa a revolucionar o tratamento das doenças mentais

2002 >

No Brasil, é promulgada a Lei 10.216, após 11 anos de transição, garantindo direitos individuais aos pacientes psiquiátricos. É a legislação que vai promover a reforma psiquiátrica, propondo um tratamento mais humanizado. Fonte: Entrevistamos e Superinteressante



ANEXO D – MAPA DA REDE DE SAÚDE MENTAL DO ES

Rede de Atenção em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

- Equipe Saúde Mental
- C CAPS em Construção
- CAPS I
- CAPS II
- CAPS ad
- CAPS i
- H Hospital Psiquiátrico
- Residência Terapêutica
- + Leito Psiquiátrico em Hospital Geral
- O CRE
- O PRESTA
- O Pronto-socorro Psiquiátrico
- O Programa de Atendimento ao Alcoolista

Macrorregião Norte Colatina - Linhares

3 Microrregiões:

- São Mateus
- Colatina
- Linhares

Macrorregião Centro Vitória

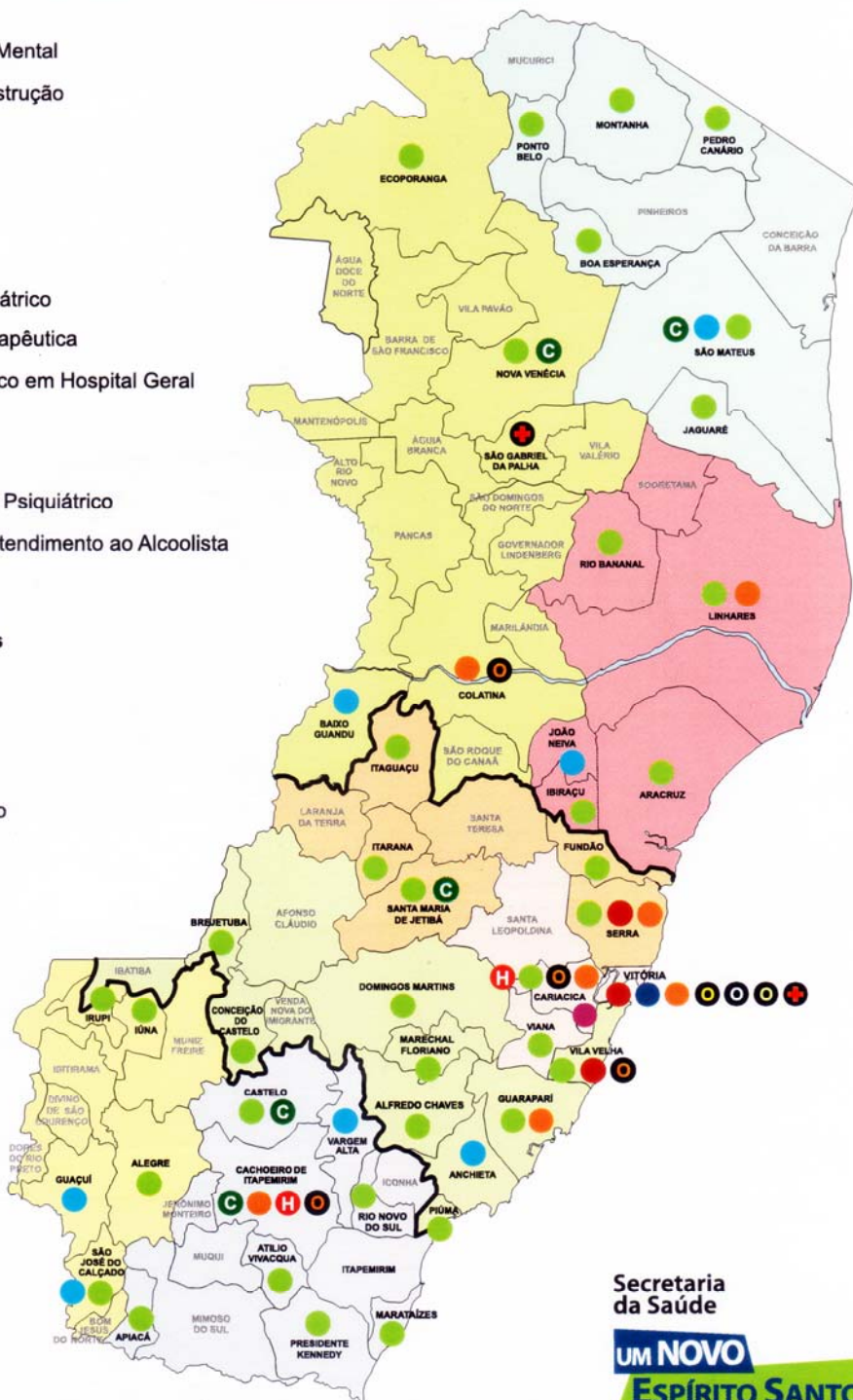
3 Microrregiões:

- Serra - Santa Teresa
- Vitória
- Vila Velha - Venda Nova

Macrorregião Sul Cachoeiro

2 Microrregiões:

- Cachoeiro do Itapemirim
- Guaçu



Secretaria
da Saúde

**UM NOVO
ESPÍRITO SANTO**

Governo do Estado

www.es.gov.br

smental@saude.es.gov.br

ANEXO E – FORUM DE SAÚDE MENTAL



III ENCONTRO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SERRA “SAÚDE MENTAL, JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS: CONEXÕES POSSÍVEIS”.

LANÇAMENTO DO LIVRO DO I FÓRUM DE SAÚDE MENTAL: “A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL”

01 de dezembro de 2010

Cine - Teatro Alegria – Portal de Jacaraípe – Serra – ES.

8 h – Coffee break e Credenciamento

9h – Abertura: Secretário de Saúde Silvani Alves Pereira/ Coordenadora Estadual de Saúde Mental Inês Paes Torres/ Diretor do DAAM Marcos Alex Silva/ Coordenadora Municipal de Saúde Mental: Lílian Karla B. do Valle/ Coordenadora do Caps Mestre Álvaro: Daniella Tomassoni/ Coordenadora do Caps ad Laranjeiras: Janine Andrade Moscon.

9h30 – Conferência: “Política de Atenção Integral ao louco criminoso: Uma alternativa exitosa às internações compulsórias dos pacientes judiciários sob medida de segurança”.

Conferencista: Renata Moura – Psicanalista e Prof^ª. do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo/ UFES.

10h30 – Debate

10h45 – Mesa Redonda: “*Internações Compulsórias*” Participantes: Paulo Velten – Prof^º. Ms. da UFES/ Renato Carlos Vieira– Diretor Geral do Hospital Estadual de Atenção Clínica/ Dr. Rômulo José Maia Azevedo – Psiquiatra do Caps Ilha e do Hospital Ferroviários/ Dra. Gladys Henriques Pinheiro – Juíza de Direito da 1^a Vara da Infância e Juventude/ Serra/ Dr. Carlos Eduardo Ribeiro Lemos – Juiz da Vara de Execuções Penais do Espírito Santo. Coordenação: Daniela Tomassoni.

11h45 – Debate

12 h – Almoço

14h – Apresentação Musical com os adolescentes do Instituto de Atendimento Sócio-Educativo do Estado do Espírito Santo/ IASES

14h30– Mesa Redonda: “*Práticas de Atenção a Criança e a adolescência*” Participantes: Marcelo Arruda Kill – psicólogo e psicanalista - Caps I de Vitória/ Savério Paolilo – Padre Xavier – Rede AICA/ Serra/ Vânia Tardin – Secretaria Estadual de Cultura/ Ana Augusta de Miranda – psicanalista e Prof^ª do Departamento de Psicologia da UFES / HUCAM / Professor Alberto Freitas Pinto – Coordenador do IASES / Micheline Vechi – Diretora da EMEF “Dom Helder Pessoa Câmara”. Coordenação: Janine Andrade Moscon.

16h – Debate

16h30 – Coffee break e Lançamento do livro do I Encontro Municipal de Saúde Mental: “A importância da Intersetorialidade na Atenção em Saúde Mental”.