

O “LOUCO-CRIMINOSO” NO AMAPÁ: PERVERSÕES DE UMA FILOSOFIA CURATIVA NA “CALHA NORTE”

THE “CRIMINAL CRAZE” IN AMAPA: PERVERSIONS OF A CURATIVE PHILOSOPHY IN THE “NORTHERN TROUGH”

Bruno de Oliveira RODRIGUES*

Thais Tenório MALHEIROS**

Resumo: A presente pesquisa, de cunho filosófico e sociojurídico, objetiva analisar a partir das concepções filosóficas de Foucault e do ordenamento jurídico brasileiro a realidade do tratamento ofertado ao “louco-criminoso” no Estado do Amapá, a fim responder se este é norteado por uma lógica curativa ou punitiva. Para isto, utilizou-se a pesquisa bibliográfica dentro da abordagem do tema, bem como a pesquisa de campo para coleta de dados e entrevistas informais, pois os sujeitos entrevistados não permitiram a gravação. A relevância da pesquisa se registra pois inexitem quaisquer outras pesquisas acadêmicas sobre o tema no Estado do Amapá. Ao cabo, pretendeu-se registrar a ordem dos discursos dos agentes interrogados diretamente no contexto.

Palavras-chave: Foucault. Louco-criminoso. Discurso. Tratamento.

Abstract: This research, with a philosophical and socio-juridical nature, aims to analyze from the philosophical conceptions of Foucault and the Brazilian legal order the reality of the treatment offered to the “crazy criminal” in the State of Amapá, in order to answer if he is guided by a logic curative or punitive. For this, we used the bibliographic research within the theme approach, as well as field research for data collection and informal interviews, because the interviewed subjects did not allow the recording. The relevance of the research is registered because there is no other academic research on the subject in the state of Amapá. In the end, it was intended to record the order of the speeches of the interviewed agents directly in the context.

Keywords: Foucault. Crazy-criminal. Speech. Treatment.

Submetido em 09/08/2019.

Aceito em 17/11/2019.

* Graduado em Direito pela Universidade Católica de Pelotas; Especialista em Direito Constitucional pelo IPENIG; Especialista em Direito Tributário pelo IPENIG; Mestre em Sociologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF); Doutorando em Sociologia e Direito pela Universidade Federal Fluminense (UFF); Professor de Direito da Faculdade de Macapá e Professor do Curso de Filosofia da Universidade do Estado do Amapá. Advogado. Av. Presidente Vargas, nº 650, Centro, CEP: 68.900-070, Macapá - AP. E-mail: <brunorodr@gmail.com>.

** Licenciada em Filosofia pela Universidade do Estado do Amapá (UEAP). Graduanda em Direito pela Faculdade Estácio do Amapá (FAMAP). E-mail: <manu_thay@hotmail.com>.

Introdução

O que falar quando ninguém consegue ouvir? Como falar quando a voz é silenciada? Como agir se os movimentos são reduzidos ao nada? Como ser quando a existência não é notada? Falar da Loucura não é lhe permitir lugar de fala, mas é basicamente tentar analisar os engenhosos mecanismos que a cercam e a definem no mundo.

Compreender como a mecânica do poder funciona, controla e determina ações, disciplina os corpos e age como um instrumento de sanção corrobora a noção foucaultiana de que em toda sociedade existe uma forma organizada de controle que se reforça por meio de discursos que fundam e produzem verdades de um dado momento histórico que acabam por definir os seres.

A partir de uma abordagem histórica da loucura é possível compreender a forma pela qual essa figura social foi vista e descrita por algumas sociedades ocidentais do século XV ao XIX, que se relacionaram com um indivíduo considerado por muitas vezes desprovido de razão e fora do que era encarado como parâmetro de normalidade. Surge a figura do “louco-criminoso”, que converge uma racionalidade alternativa com o ônus da punibilidade irracional a própria racionalidade oblíqua.

Para tanto, pretendemos apresentar a arquitetura social que se organiza para tratar do tema na calha norte, com recorte mais específico ainda ao Estado do Amapá. Pretendemos analisar a estrutura do “tratamento” do “louco-criminoso” no Amapá enquanto objeto deste estudo. Buscaremos alinhar o sistema epistemológico de Michel Foucault, associando a estrutura jurídico-legal do sistema penal brasileiro, tudo isso, desenhado pelas narrativas dos atores sociais diretamente interrogados, em entrevistas abertas, que fazem parte do atendimento ao doente mental no Amapá, como (1) o Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima – Macapá, especificamente à enfermaria da psiquiatria do hospital; (2) ao Centro de Atenção Psicossocial III – Casa Gentileza; (3) ao Centro de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Novo Horizonte e; (3) à Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Estado do Amapá. Transaremos os discursos em posições médias daquilo que pode se extrair de cada uma das instituições percorridas, pois, infelizmente os atores sociais interrogados demandaram que as entrevistas não fossem gravadas.

Esse método de abordagem foi escolhido com o objetivo de aproximar os estudos filosóficos, sociológicos e jurídicos da realidade social do Estado do Amapá, extraindo, por meio de entrevistas e coleta de dados, fundamentos basilares para a análise dos discursos de alguns agentes que promovem o tratamento e, assim, identificá-lo e compreendê-lo.

1. O poder: disciplina, controle social e corpos dóceis

Definitivamente, a relação do homem consigo mesmo e para com as instituições sempre foi objeto de curiosidade humana, especialmente quando o corpo é descoberto do poder, principalmente como a capacidade de moldá-lo e manipulá-lo, num processo de domesticação, obediência e a docilidade

(FOUCAULT, 2014, p. 134). O corpo está inserido num sistema de poderes que o controlam, limitam, obrigam ou permitem, de modo que a cada nova aparição também conduz a novas e mais aperfeiçoadas técnicas de trabalha-lo.

A “mecânica do poder” é minuciosa, mecânico, pensado estrategicamente para um único objetivo: disciplinar. No decorrer dos séculos XVII e XVIII, a disciplina se torna um instrumento de dominação, o que Foucault chama de “uma política de coerções” (2014, p. 135) voltada às atividades sobre o corpo, à manipulação de seus gestos e comportamentos, produzindo assim “corpos dóceis”.

Dessa forma, ao mesmo tempo em que a disciplina potencializa o corpo e o torna mais útil e produtivo, também o diminui no que se refere à política da obediência. O poder que disciplina é o mesmo que controla. Foucault cita alguns espaços em que esse poder se encontra, sendo eles os colégios, as escolas primárias, a organização militar e o espaço hospitalar, constituem uma nova “microfísica do poder” (FOUCAULT, 2014, p. 136).

A disciplina tem algumas técnicas próprias, tais como a distribuição espacial no que se refere à localização; o controle da atividade na articulação do corpo como objeto; a organização das gêneses e a relação do tempo, dos corpos e das forças; a própria composição das forças para obter um aparelho eficiente, de modo que todos combinados levam aos recursos para o “bom adestramento” ou à correta disciplina.

O adestramento se dá pela vigilância hierarquizada, que torna o poder disciplinar um sistema integrado, que pune o desvio por mecanismos penais, por meio de castigos-corretivos (FOUCAULT, 2014, p. 176).

Tal poder de punir é caracterizado pela detenção, enquanto espécie de pena, a qual determina processos de dominação e de poder (FOUCAULT, 2014, p. 223). É a prisão que retira a liberdade do delinquente, disciplinando-o novamente dentro das técnicas dessa instituição, a fim de reajustá-lo, controlá-lo. Com o fim dos suplícios emergiu, não do acaso, um poder coercitivo e sancionador que substituiu o modelo cênico, público e representativo. Essa mudança, longe de representar certa humanização do tratamento dado ao infrator, deu-se em virtude da própria disciplina (poder), sendo a reafirmação do controle, talvez mais silencioso e escondido, mas muito mais solitário, secreto e pensado.

Ir contra a norma legal acarreta, nesse novo método de punir, algumas sanções específicas, como a estipulação da pena de acordo com a infração, a duração, a atividade desenvolvida dentro da instituição, o controle do tempo do apenado, a disciplina institucional. A prisão, além de punir e corrigir, tem o objetivo de segurar o corpo, manter sob sua vigilância, seu controle e domínio.

2. História da loucura

A História da Loucura foi contada por Foucault abordando o tema desde o final da idade média, em que a lepra desaparece do mundo ocidental, deixando cidades devastadas e leprosários espalhados pelo mundo sem utilidade, dando lugar às doenças venéreas, que unidas à loucura num espaço moral de exclusão,

vão configurar esse fenômeno bastante complexo (FOUCAULT, 2014, p. 8). A loucura somada às doenças venéreas tomou o lugar da lepra no que se refere ao ato de exclusão, discriminação, medo e especulações segregadoras.

Para que se entenda essa construção histórica, Foucault retoma o personagem da loucura dentro do contexto da alta idade média por volta do século XIV e XV, em que a aparição do dito louco é marcada pelas Naus dos Loucos, as chamadas “Stultifera Navis”, barcos que levavam sua carga insana, retirando-os do centro das cidades mais populares da época, da visão da sociedade, do Estado, do belo, do moral, do normal e do aceitável (FOUCAULT, 2014 p. 9).

Antes mesmo de ser caracterizada como loucura, ela já estava ligada a essa experiência da Renascença, no imaginário popular, em que a figura do louco era constatada enquanto ser errante e medíocre, por esse motivo, nas cidades os escorraçavam e confinavam seus destinos aos barqueiros que os levavam para a incerteza da vastidão do mar. Mais do que retirá-los dos centros e arredores das cidades, essa forma de exclusão servia também como uma espécie de purificação, em que o mar se encarregava desse papel (FOUCAULT, 2014, p. 9-12).

O louco era tido como o inconveniente social, sua inutilidade era constatada e equiparada ao estado de vagabundagem e em nada acrescentavam para as cidades, a não ser a desordem. Já existiam lugares de acolhimento em alguns centros urbanos mais urbanizados, como na Alemanha, destinados aos loucos nacionais, pois, aos loucos estrangeiros, o desterro e à sorte do mar.

A partir da metade do século XV, a loucura se associa tematicamente a morte, “a loucura é o já-está-aí da morte”. A loucura marca a extinção da existência racional (FOUCAULT, 2014, p. 16-23). A loucura é o reduto dos vícios, a primeira das fraquezas humanas, registrada no imaginário popular da época, na literatura, na arte, nas imagens, no animalesco. A loucura se ligava ao homem no nível dos sonhos e das alucinações, sendo considerada uma punição do saber.

O século XVI transforma loucura em sabedoria, enquanto formas alternativas de saberes antes esquecidos e nunca vistos. A loucura e a razão são associadas e mutuamente dependentes, como se verifica em Shakespeare por exemplo.

Para Foucault o começo do século XVII é estranhamente hospitaleiro à loucura. É neste século que muitas casas de internamento foram criadas. Essa “grande internação” assim chamada pelo autor se encarregou de recolher, alojar e alimentar os pobres que eram recebidos nessas casas, sendo por livre vontade ou encaminhados pelas autoridades jurídicas ou reais. Tais casas tinham um papel assistencialista assim como repressivo.

Essas medidas de criação de casas de acolhimentos se estenderam por toda a Europa ao final do século XVIII, em países como a Holanda, Alemanha, França, Itália, Espanha, que ganharam outros nomes, como hospitais, prisões, casas de detenção. O internamento surge na Europa para abarcar não somente o louco, mas todo aquele que apresentasse qualquer atitude de desordem à paz social, seja filhos rebeldes, mulheres viúvas, mendigos, doentes e outros (FOUCAULT, 2014, p. 55-56).

Com a crise econômica do século XVII e o aumento do desemprego, as casas de correção serviam para colocação dos vagabundos, sem ofício, desempregados e sem trabalho. Mas são nos períodos fora das crises e com a necessidade de ocupar os internados que novas medidas foram tomadas pelas casas de internamentos. Aos olhos do governo e da sociedade há aqueles que a inércia e a ociosidade sempre incomodaram. A nova configuração econômico-social demanda formas de trabalho que fomentem o sistema econômico vigente. O estabelecimento de casas de acolhimento somadas a essas necessidades levou os internados a exercerem atividades de cunho econômico (FOUCAULT, 2014, p. 67).

Destarte as primeiras casas de internamento foram criadas também da Inglaterra, o que traz à memória a grande Revolução Industrial do século XIX. Nesse sentido, todos os internos tinham que exercer alguma atividade, que tinha como objetivo não somente mantê-los ocupados, mas ser produtivo (FOUCAULT, 2014, p. 70).

A obrigação do trabalho fez com que o louco fosse submetido a uma espécie de regime especial, havendo mais uma vez uma experiência da loucura em meio ao contexto do período que antecedeu a Revolução. Essa nova configuração social rejeita qualquer forma de inutilidade social. É nesse cenário do culto ao trabalho que a loucura adquire, segundo Foucault, esse estatuto que se reconhece como mendicância, vagabundagem, ociosidade, preguiça etc.

O poder de punir, a mecânica coercitiva, em que ao classificar as ilegalidades acaba por generalizar a função punitiva, abarcando não somente o criminoso, o infrator, assim como o louco que mais uma vez é inserido num contexto ao qual não o pertence. Outra vez o dito insano é colocado em um lugar de exclusão que fora pensado objetivamente para outros indivíduos, visto que o método disciplinar dessas instituições não consegue ser eficaz ao louco.

O que vai diferenciar de fato os criminosos comuns dos internados loucos é a reincidência. Enquanto a forma de aprisionamento deveria servir como método eficaz e coercitivo, a fim de que o criminoso não volte a praticar delitos, o mesmo não funcionou para o louco (apesar de Foucault dizer que também não funciona ao delinquente comum). Por não compreender o caráter ilícito de seus atos, a inobservância da legislação, o sujeito considerado louco também não consegue se encaixar no sistema prisional, na rotina estabelecida, na objetivação da pena imposta e principalmente a correção, que correspondia diretamente à aplicação da pena de modo que a duração era aquela necessária suficiente para a possível correção do apenado.

Em *A História da Loucura na Idade Clássica* Foucault se preocupou mais em descrever de que modo o louco foi tratado socialmente. Por isso ele não atribui de modo objetivo um conceito definido de loucura, pois ele procura não conceituá-la, tampouco explicitar sobre a sua “verdade”, pelo contrário, ele se nega a fornecer um novo conceito à Loucura, que segundo Providello e Yasui (2013, p. 1516-1517), Foucault não conceitua a Loucura, mas procura demonstrar por meio da sua história a forma que esta foi tomada como objeto de exclusão empregado pela sociedade, pelos poderes sociais e pelos mecanismos institucionais.

O que toda essa trajetória histórica da loucura fornece é um olhar atento e reconhecedor dos mecanismos por de trás de todo tratamento concedido aos loucos. Desde a insatisfação social, o inoportuno, a segregação, os internamentos e até chegar a questão da periculosidade. Foi então que o internamento com o objetivo de silenciar a loucura passou a ser considerado como o simbolismo do mal eminente e perigoso. A necessidade de contê-los levou às sanções penais.

3. Discurso

Ao falar da segregação da loucura, retoma-se a ideia de que o louco era aquele, desde a Idade Média, que seu discurso não tinha a mesma validade, de modo que sua palavra por vezes foi tomada nula por não ser considerada como verdade, portanto, descartada, ou, de outro lado, a palavra do louco era vista como a verdade velada, o saber ingênuo que os demais talvez não conseguissem enxergar. De qualquer modo, era por meio do discurso proferido pelo louco que se reconhecia a loucura, pois era o espaço onde se exercia a separação da razão e a loucura.

Desde o final do século XVIII, a expressão da loucura se dá num processo de pseudo-interface compreensiva que, para Foucault, é enganoso pensar que esse olhar teria acabado com as dicotomias da razão e da loucura, pois, para este, bastaria que se olhasse para toda a rede e mecanismos que buscam entender essa fala da loucura para verificar que longe de estar acabada essa separação. Por mais que a ciência se incline discursivamente, a resposta continua sendo pela manutenção da censura (FOUCAULT, 2014, p. 12-13).

Foucault parte da análise do próprio discurso, pois há algo nele de perigoso que acaba por proliferar-se indefinidamente (FOUCAULT, 2014, p. 8). Em toda a sociedade há uma produção de discurso controlador, organizador e devidamente pensando “por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade” (FOUCAULT, 2014, p. 8-9).

Esse discurso selecionado seria representado pelos procedimentos de exclusão, de forma mais evidente e conhecida, a interdição. A relação do discurso com as interdições revela uma ligação de desejo e poder. São três tipos de interdições que estão relacionadas entre si formando um mecanismo que se reforça e se torna mais complexo. São elas as regiões da sexualidade e as da política, a separação entre a razão e a loucura, e a oposição entre o verdadeiro e o falso.

Tais sistemas, o da palavra proibida, a segregação da loucura e a vontade de verdade se entrelaçam numa relação complexa, na qual os dois primeiros orientam-se em direção ao discurso, que procura retomá-los para modifica-los, tornando-os incertos e frágeis, transpassados pela vontade de verdade, que se reforça em relação às demais, tornando-se mais profunda e, de certa forma, impenetrável. O discurso carrega em si uma verdade velada, escondida, que busca se reforçar e se reafirmar, que silencia alguns e concede a outros a palavra.

O discurso pode integrar a formação do controle assim como o controle pode se apropriar do discurso a seu serviço. Para que se chegue à verdade do discurso é necessária uma análise deste, de forma crítica buscando compreender a formação dos mecanismos de interdição e exclusão e a análise genealógica busca compreender como se formam os discursos com apoio nos sistemas de coerção. Assim, a partir da história da loucura se busca compreender como foram constituídos os mecanismos de exclusão e interdição junto à crítica de sua construção social e atual sob a ótica do filósofo.

4. O Ordenamento Jurídico Brasileiro e a doença mental

Em 1988 é promulgada no Brasil a Constituição Federal, fruto das necessidades emergentes da sociedade por um novo modelo legislativo que assegurasse os direitos e as garantias fundamentais dos brasileiros. Rompendo com o anterior regime limitador e ditatorial da época, a nova constituição traz em seu texto um novo caráter diretamente influenciado pelos ideais da Organização das Nações Unidas, dotados de princípios humanísticos.

Em seu preâmbulo da Constituição brasileira diz que seu objetivo é “assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais”, mas é no Título I no qual contém princípios determinantes que fundamentam a Constituição, tal como o princípio da Dignidade da Pessoa Humana presente no inciso III do artigo 1º. No artigo 5º esse princípio garante sua integralidade, assegurando enquanto direitos fundamentais do indivíduo a igualdade perante a lei, publicidade de fatos, liberdade de escolha e opinião, liberdade de crença, privacidade, entre outros.

Esse princípio, segundo Jacobina “é profundamente *caro* às sociedades ocidentais contemporâneas” (2008, p. 96), tendo como influência a noção Kantiana de considerar o ser humano como o fim e nunca como o meio, esse conceito foi incorporado à nova realidade de mundo ocidental pós Segunda Guerra Mundial. A influência dos Direitos Humanos sobre a Constituição Brasileira é notória em todo o corpo do texto constitucional, não obstante as leis infraconstitucionais são submetidas à lei maior. Nesse sentido, Código Penal brasileiro, de 1940, apesar de ter sido constituído antes da nova Constituição de 1988, é considerado lei e incorporado pela constituição por seu conteúdo não ir ao encontro aos princípios constitucionais.

O Código Penal Brasileiro indica o tratamento específico ao portador de transtorno mental que comete algum delito, considerando-o inimputável. Enquanto o imputável é aquele que possui a capacidade de imputação, ou seja, de entender a carga de responsabilidade de seu comportamento infrator, o inimputável, por outro lado, não detém tal clareza do significado de suas condutas. Para que o indivíduo seja imputável é necessário que haja o elemento intelectual, que consiste na capacidade psíquica que permite ao agente ter a consciência do caráter ilícito do fato.

O artigo 26 do Código Penal trata sobre o inimputável e apresenta algumas circunstâncias nas quais a inimputabilidade por anomalia psíquica significa a incapacidade de se imputar àquele que: “[...] por doença

mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento”.

Aquele que comete crime e, que por força de doença mental ou desenvolvimento mental comprometido, não compreende a ilicitude do fato é isento de pena. Portanto, a única maneira que o doente mental poderá ser considerado imputável é se a sua anomalia psíquica não se manifestar de modo que comprometa sua autodeterminação ou capacidade intelectual, fora disso é considerado inimputável.

Salo de Carvalho, numa perspectiva contratualista, indica que o sistema penal gradua a capacidade de cognição e volição, onde os indivíduos somente se sujeitam a repercussão de suas ações enquanto sujeitos capazes, pois aptos a entender a norma e declarar sua vontade de infringi-la (CARVALHO, 2013, p. 272).

Desse modo, na esteira da ideia de equidade, trata-se o inimputável diferentemente, convertendo a ideia de pena em medida de segurança (regulado pelo art. 96 a 99 do Código Penal), que é, segundo Cunha, “um instrumento (ao lado da pena) utilizado pelo Estado na resposta à violação da norma penal incriminadora” (CUNHA, 2018, p. 567).

Para Cunha, a medida de segurança diferentemente das espécies de pena (privativa de liberdade, restritiva de direitos e multa), tem como finalidade a prevenção, com a missão de que o agente em estado de periculosidade não reincida sobre o mesmo ato. Esse tipo de medida projeta-se para o futuro a fim de que se atenda a segurança social, principalmente com o interesse de “cura” àquele a quem é imposta, ou que amenize os danos provocados pela doença (CUNHA, 2018, p. 567).

Os artigos 99 a 101 do Capítulo VI da Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210), diz que “o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal.”, bem como “o exame psiquiátrico e os demais exames necessários ao tratamento são obrigatórios para todos os internados.”; e “o tratamento ambulatorial, [...] será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada.”.

Segundo Jacobina, estes estabelecimentos são considerados estabelecimentos que compõem o Sistema Penitenciário e não o Sistema de Saúde, não regidos pelo sistema do SUS (2008, p. 101). Na instituição prisional, tem-se um sistema de aprisionamento e contenção estabelecido enquanto que no hospital público a sistemática é terapêutica, há uma intuição do sistema de apresentar uma prática associativa de contenção e terapia.

De acordo com Lei de Execução Penal, o interno é submetido ao Hospital de Custódia para que cumpra sua medida de segurança, permanecendo sob a tutela do Estado até que cesse sua periculosidade, sob supervisão administrativa, através de acompanhamento psiquiátrico, com monitoramento do Poder Judiciário, do Ministério Público, da Defensoria e outros curadores. Assim sendo, mesmo antes do tempo legal de três anos estabelecido, pode a medida de segurança cessar a partir de determinação do juiz da execução, verificando a cessação das condições de periculosidade.

As fichas individuais dos internados devem ser feitas por um conjunto de multiprofissionais, tais como psiquiatras, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos, que se encarregam de fornecer o percurso do acompanhamento médico ao processo judicial. Diante dos relatórios que comprovam a cessação da periculosidade e da sentença judicial, o internado deixa o sistema prisional e passa a ser atendido pelo Sistema Único de Saúde, no que tange o tratamento ambulatorial nos hospitais gerais ou pelo Centro de Atenção Psicossocial.

Para que se compreenda como funciona a saída do internado do sistema prisional para o acolhimento na rede de assistência à saúde, faz-se necessário entender a construção da política de saúde mental brasileira, com previsão na Lei de Proteção e os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, em que assegura os direitos e proteção das pessoas acometidas de transtorno mental.

Essa lei é um dos frutos do Movimento da Reforma Psiquiátrica que se iniciou no final da década de 70 no Brasil. Tinha como objetivo denunciar instituições com caráter manicomial e de práticas violentas, propondo a construção de uma nova rede de serviços mais humanizados, estratégicos, comunitários e libertários, fruto do contexto sócio-político da época.

Assim, o indivíduo que possui algum transtorno mental passou a receber assistência de uma rede de atenção à saúde mental. Essa rede foi estabelecida dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como nome Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tratar o indivíduo como paciente. É um sistema de tratamento que redirecionou a política de saúde mental para tratamentos extra-hospitalares com bases territoriais.

Um desses serviços de atendimento à saúde mental são os Centros de Apoio Psicossocial – CAPS, que possuem diferentes modalidades de pontos de atenção estratégicos com serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, formado por uma equipe multiprofissional sob uma nova ótica de tratamento, realizando atendimentos às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, que também lida com outras necessidades provenientes do uso de álcool e outras drogas, trabalhando com o processo de reabilitação psicossocial e acabam por muitas vezes substituindo o modelo de internamento asilar.

Os CAPS são classificados de acordo com o número de habitantes em determinado território da federação ao qual eles são instalados, ficando sob a administração municipal com possível auxílio estadual. Eles atuam fornecendo assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados em transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas.

Além disso, o atendimento aos pacientes também deve ser ofertado em ambulatórios e leitos dos hospitais gerais num período de curta duração, pois se trata de um ambiente de apenas passagem, bem como pelo Serviço de Residência Terapêutica que executa um papel muito mais específico. De acordo com a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000 as Residências Terapêuticas são casas ou moradias

destinadas a esses pacientes com transtorno ou doença mental, que passaram muito tempo internados e estão institucionalizados e/ou não têm condições de retornar para o ambiente familiar e têm o intuito de trabalhar a desinstitucionalização do paciente e seu retorno ao convívio social.

5. A rede de tratamento do “louco” no Amapá

Para entender o mecanismo funcional do sistema de atendimento à saúde mental foi necessário recorrer às instituições que o compõem para além da pesquisa bibliográfica, dos conceitos jurídicos, epistemológicos e filosóficos. Entre os meses de abril a junho de 2018, foram realizadas entrevistas junto ao Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima – Macapá, especificamente à enfermaria da psiquiatria do hospital; ao CAPS III – Casa Gentileza; ao Centro de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Novo Horizonte e; à Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Estado do Amapá. A seleção da amostra se deu em razão de contemplar quase a totalidade dos serviços à “loucura” ofertados no Estado do Amapá, onde a rede se concentra exclusivamente na capital Macapá. Nestes termos, podemos dizer que a amostra é representativa do universo do objeto a ser conhecido no presente estudo. As entrevistas se deram no formato aberto, tendo em vista a resistência dos atores sociais que trabalham nesses equipamentos sociais. Ressaltamos que todas as sentenças destacada neste texto foram extraídas das entrevistas realizadas com os profissionais, mas nenhum será identificado, visando a confidencialidade da identidade dos sujeitos. Registra-se também que não há registros fotográficos, tendo em vista que não foi permitido pelos administradores.

6. Enfermaria de psiquiatria do hospital de clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL)

O primeiro contato com a Psiquiatria do HCAL foi através de carta de apresentação entregue na administração do hospital, após houve um encontro breve com o administrador responsável do setor, o qual autorizou estes pesquisadores a desenvolver entrevistas e realizar visitação no setor de psiquiatria.

Embora o setor de internação do HCAL não seja o estabelecimento próprio para tipo social que este trabalho pretende conhecer, a necessidade de conhecer o sistema de forma conglobante permitiu uma visão mais abrangente da questão. Contudo, vale ressaltar que, embora a referida estrutura não seja diretamente vocacionada para abrigar os doentes mentais que cometem atos ilícitos, há l  internados pacientes que já cometeram homicídios ou lesões corporais, razão a qual justifica ainda mais conhecer esse espaço de atendimento. Não longe disso, é a enfermagem de psiquiatria do HCAL que geralmente recebe os casos de internação judicial a título não definitivo, ou seja, quando se constata a periculosidade de indivíduos que não necessariamente realizaram atos criminosos, mas que ameaçam a harmonia da ordem social.

É quase impossível entrar naquele ambiente e não notar a diferença que destoa desde o portão e o muro da entrada até o cheiro peculiar que, com o passar do tempo, acostuma-se. A estrutura se aparta dos demais prédios do complexo do hospital por um portão vigiado por um segurança.

A estrutura do local é antiga, mesmo tendo recentemente passado por uma reforma (pintura e pequenos consertos), nota-se que o local não apresenta devidas condições estruturais, falta de espaço para realização das atividades essenciais para o desenvolvimento e tratamento dos internos. Há dois dormitórios coletivos, um masculino e outro feminino, com capacidade total para quatorze internamentos, ambos com apenas um banheiro em cada que não funcionam devidamente e não possuem portas, o que impede a questão da privacidade para os internos e, conforme narrado pelos enfermeiro-chefe, a ausência de portas se dá para “segurança” dos próprios internos. Nos dias em que foram coletados os dados, treze dos quatorze leitos estavam preenchidos.

Há uma pequena farmácia em que são administradas as medicações e onde ficam praticamente todos os funcionários reunidos quando não estão realizando outras atividades. É uma sala escura, aproximadamente medindo uns 3m x 2m, com uma janela para um corredor e contendo alguns móveis de madeira. A enfermagem de psiquiatria do HCAL conta com 3 enfermeiros, sendo 1 enfermeiro-chefe, 3 técnicos em enfermagem, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 agente de portaria para cada turno, 2 funcionários do setor administrativo e a equipe de limpeza equipe de limpeza terceirizada do próprio hospital, preenchem o quadro de funcionários por turno de doze horas, com intervalo de uma hora à cada 6 horas corridas. Vale ressaltar que este corpo administrativo é exclusivo da ala da enfermagem de psiquiatria destinada aos internos, não se computam os técnicos e servidores vinculados ao tratamento ambulatorial da mesma enfermagem.

Até o momento da coleta de dados havia apenas um médico psiquiátrico plantonista aos fins de semanas, o médico que é especificamente do setor ambulatorial que visita uma vez por semana o setor de internamento para prescrever a medicação e acompanhar os pacientes. Nos demais períodos o médico plantonista do ambulatório presta assistência à ala dos internos. Não há um médico psiquiátrico destinado especificamente durante a semana para permanecer no local de internamento, o que torna o acompanhamento e evolução dos pacientes precária, pois a qualquer momento pode haver uma situação emergencial, sendo acompanhada por qualquer médico que esteja de plantão.

Em entrevista ao corpo técnico, pode-se verificar que há dois tipos de visões dentro da Psiquiatria do HCAL. A primeira é dos recém-chegados “residentes” que passam um curto tempo fazendo suas residências na enfermaria e acabam por perceber certos comportamentos que contrastam a teoria de sala de aula da prática em campo, principalmente em relação ao sistema de contenção exagerado. A segunda visão é a dos profissionais que trabalham no setor há mais tempo, que detém uma visão mais rígida de tratamento com os internos, principalmente no sistema de disciplina e de contenção.

O que se chegou a um consenso entre os funcionários foi sobre a necessidade de um sistema contínuo de formação, o que não existe. A maioria concordou que são necessários novos cursos para que

haja uma atualização do corpo profissional da psiquiatria, de modo que tanto os novos quanto os antigos funcionários tenham acesso a cursos de formação continuada, especializações, capacitações para melhor atender às necessidades dos pacientes e do ambiente de trabalho. Além da melhoria na estrutura do local para que o atendimento seja mais eficaz e abrangente.

Todos os entrevistados registraram que o quantitativo de profissionais disponíveis estão muito aquém da determinação legal que rege a matéria, o que compromete o trabalho. Um exemplo disso é a constatação de que somente há um terapeuta ocupacional, que desenvolve atividades somente em um turno diária, gerando ociosidade dos internos.

Vale ressaltar também que metade dos internos, na opinião do quadro técnico, já poderia ser encaminhada a uma Residência Terapêutica, contudo, até o momento da coleta de dados ainda não havia sido implementada uma no Estado do Amapá e casos estabilizados acabam se tornando residentes, tendo em vista não terem suporte familiar ou local para ir. Acaba que um serviço bastante complexo e de urgência resta transmutado em um abrigo residencial por falta de iniciativa do poder público, o que condiciona sua lotação alta.

7. CAPS III – Casa Gentileza

Saindo do ambiente hospitalar, o “louco-criminoso” é acolhido pelo Centro de Apoio Psicossocial, ou ainda, quando, por decisão judicial, a doença mental pode ser contida em regime de liberdade assistida, ou seja, mediante e condicionada a vigilância médica e técnica especializada.

Nesse espaço o contato foi estabelecido também a partir de carta de apresentação e intenção dos pesquisadores. Primeiramente o professor orientador acompanhou o primeiro encontro, fazendo primeiro contato com a administração do CAPS, após, os pesquisadores realizaram mais duas visitas no lapso temporal de duas, realizando entrevistas abertas com os técnicos do serviço. A equipe é composta por 3 psiquiatras, por 4 psicólogos, 2 assistentes sociais, 2 educadores físico, enfermeiros e técnicos em enfermagem dos quais não foram obtidos dados quantitativos específicos. Foi realizada entrevista aberta com um profissional de cada especialidade, além de haver tido participação dos pesquisadores de atividades que envolvam os demais técnicos, contudo, sem formalização de estrutura de entrevista.

Nesse sistema, a primeira diferença notada foi a disparidade estrutural no que tange a configuração funcional. O CAPS Gentileza é basicamente de uma casa aberta, em todos os sentidos, com portões escancarados e muros baixos, onde qualquer pessoa, por determinação judicial ou livre demanda, pode ter acesso ao atendimento.

Apesar da estrutura apresentar uma proposta diferente, ela ainda é insuficiente para abarcar a demanda, visto que o CAPS Gentileza atende todo o Estado do Amapá, bem como algumas ilhas do Pará, valendo lembrar que todo serviços desta natureza se concentra na capital. O tamanho da local é nitidamente insuficiente espacialmente e estruturalmente para a procura, a equipe multifuncional é desfalcada, faltando

técnicos em número suficiente, o que representa um obstáculo para desempenhar com eficácia a proposta do centro. No espaço são realizadas atividades em grupos, além do plano terapêutico singular, atividades físicas, assim como o acompanhamento por meio dos relatórios de cada “cliente” (forma pela qual os pacientes desejam ser chamados) e prescrição de medicamentos.

O CAPS Gentileza que é considerado de nível III¹, levando em conta o número populacional do território, mas por falta de estrutura e de profissionais não atende 24 horas como determina a RAPS/SUS², atendendo apenas de segunda a sexta pelo período matutino e vespertino, e, por causa da grande demanda priorizou o atendimento somente às psicoses médias e graves, como esquizofrenia, transtorno de bipolaridade, entre outras, passando os transtornos mentais leves e moderados como depressão e ansiedade a cargo do tratamento ambulatorial do Hospital de Clínicas.

Em nossas entrevistas verificamos que toda a equipe tem um olhar muito positivo para a condição em que desempenham suas atividades, e até mesmo para o espaço físico que dispõem. Quando foi indagado sobre o caráter do tratamento a equipe de modo geral mostrou estar inserida no contexto do movimento e política de devido atendimento à saúde mental.

8. Centro de custódia e tratamento psiquiátrico do Novo Horizonte

Num momento focal da pesquisa, os pesquisadores fizeram a leitura do sistema prisional para o acolhimento e tratamento do inimputável que está inserido no sistema prisional. Para tanto, entregamos diretamente ao diretor do Instituto de Administração Penitenciária do Amapá requerimento solicitando autorização para realizar a entrevista, no mesmo ato, conseguiram realizar uma conversa com o este.

As palavras iniciais do diretor do IAPEN sobre o sistema dizem respeito a evolução da estrutura nos últimos anos, principalmente porque os inimputáveis eram internados na estrutura do próprio presídio, instalados de forma provisória na enfermagem. O próprio diretor indicou que não era um sistema adequado para demanda e as necessidades, mas que desde 2017, com a finalização das obras que transformaram uma delegacia na zona norte de Macapá em um Centro de Custódia com características específicas para os inimputáveis, o serviço evoluiu em qualidade.

A autorização para adentrar e realizar as entrevistas foram facilmente conseguidas, o diretor do instituto indicou que não teria o que esconder, já que existiriam condições dignas e adequadas para a prestação do serviço, tais como estrutura, pessoal e recursos materiais. Indicou ainda que todas as demandas advindas do Centro de Custódia são atendidas pela administração do local, razão que levou a salientar que não havia violações aos Direitos Humanos, incentivando e facilitando a entrada dos envolvidos na pesquisa.

¹ É considerada a Casa de Apoio Psicossocial de nível III por conta da política de atendimento à saúde mental, que prevê nesse tipo de classificação uma maior abrangência, atendendo todas as demandas que envolvam a saúde mental dentro dos requisitos estabelecidos pela política.

² Rede de Atenção Psicossocial instituída pelo Ministério da Saúde e faz parte do Sistema Único de Saúde.

Nesse ponto, fomos por duas ocasiões conversar com os servidores que trabalham no equipamento, permitindo que os pesquisadores verificassem, de perto, como funciona a sistemática prisional do Estado do Amapá no que se refere ao acolhimento do “louco-criminoso” no referido sistema. O centro de custódia é uma estrutura vinculada ao Instituto Penitenciário, portanto, a Secretaria de Segurança do Estado do Amapá, apresenta, portanto, características típicas da lógica do encarceramento.

O local onde foi estabelecido era uma delegacia, com celas e grades, que sofreu há pouco mais de um ano uma reforma para se tornar o centro de custódia do próprio instituto penitenciário. Pela recente reforma, dos locais até então visitados para a pesquisa, o Centro foi o que melhor apresentou condições estruturais de internamento.

Esse sistema de internamento não possui característica exclusivamente curativa, pois toda a configuração prisional foi mantida. Os internos ficam presos em quatro celas gradeadas e fechadas, com camas feitas de pedras e colchões, com um banheiro em cada cela. Todos os setores que desenvolvem atividades são separados por grades. Em uma das áreas abertas há gradeamento até mesmo no telhado.

A capacidade do sistema é de até vinte internos, contudo, no momento da visitação haviam 17 vagas ocupadas³, alguns permanentemente⁴. Os únicos momentos em que eles saem das celas são para os banhos de sol que acontecem duas vezes ao dia, pela parte da manhã e da tarde, em um ambiente cercado de grades de ferro semelhante a uma jaula com pequeno espaço para circulação. Outro momento em que saem é durante a parte da manhã para a terapia ocupacional realizada em quatro dias da semana, sendo o único momento de lazer e atividade terapêutica fixada. Podem sair esporadicamente por eventuais situações com escolta, tais como consulta e emergência. Há uma nítida limitação das atividades ocupacionais, pois somente há uma terapeuta ocupacional para o serviço.

Quanto à equipe, esta é composta por 2 psicólogos, 2 enfermeiros, 1 terapeuta ocupacional, 3 agentes penitenciários (um feminino), 1 assistente social, que são do quadro do próprio instituto penitenciário⁵ e já vêm acompanhando os internos nessa mudança, além de 3 detentos que assumem a condição de cuidadores dos internos para remição da pena. Os cuidadores executam atividades gerais, limpeza, manutenção, até mesmo cuidados médicos ou assistência familiar aos internos, visto que muitos foram abandonados pela família e acabam criando essa relação de vínculo afetivo com os cuidadores e vice-versa. Vale ressaltar que somente a terapeuta ocupacional é do quadro efetivo, todos demais agentes são contrato temporário do Estado do Amapá.

A permanência dos internos no Centro é recente, sendo relocados para o local em 2017, pois eles ainda residiam no próprio Instituto Penitenciário com os demais detentos, alguns em celas comuns e outros na enfermaria. A realidade dos internos no IAPEN era totalmente diferente da atual, por estarem instalados

³ Apesar de serem consideradas como leitos, as camas tinham características prisionais, não apresentando as mínimas condições de conforto ou cuidados ambulatoriais quando necessários.

⁴ Pela ausência da Residência Terapêutica ou pela falta de assistência familiar, muitos internos tinham o Centro de Custódia como moradia fixa.

⁵ A metade do quadro médico provém de contratos administrativos, além disso, o último certame público do Instituto em 2018 não previu nenhuma vaga para essa especialidade.

provisoriamente em uma enfermagem adaptada precariamente, havia circulação de outros detentos no espaço, permitindo o acesso à álcool e outras drogas, estavam muito vulneráveis, há notícias de abusos sexuais e risco de vida, já que o monitoramento dos técnicos era dividido com os demais serviços.

A transferência para o Centro de Custódia gerou uma mudança muito maior em relação condição de vida e tratamento dos internados, estes passaram a aprender a preservar seus pertences, pois não podiam mais trocar por drogas como faziam antes; aprenderam a ter mais autonomia e cuidado de si, apesar de ainda dependerem dos cuidadores para a maior parte das atividades; apresentaram menos situações de estresse que poderiam levar a crises, o que ainda acontece frequentemente apesar da redução; a equipe profissional consegue fazer o acompanhamento, bem como a medicação devida dos internos.

Quanto à estrutura, todas as paredes são pintadas, os ambientes são asseados, as principais estruturas são três selas com grades nas janelas e portas e banheiro interno; dois espaços abertos (um deles com grade superior); há um alojamento para os agentes; há um hall de entrada com detector de metais; uma sala dos técnicos de saúde; uma sala duas salas para atividades, com mesa, cadeiras e um televisor; uma sala de contenção; uma cozinha (não equipada completamente ainda), há banheiros e; um pátio para atividades externas.

Vale destacar que a alimentação ofertada no Centro de Custódia é a mesma do IAPEN, sendo entregue diariamente no local, sendo composta basicamente de apenas 3 refeições diárias, não havendo devido acompanhamento nutricional e que atenda às necessidades de cada interno.

Foi feita entrevista aberta com a psicóloga e enfermeira conjuntamente, as quais destacaram a satisfação com o serviço lá prestado, demonstrando-se bastante dedicadas e conhecedoras das rotinas de cada interno. Registraram que o quadro de funcionários no serviço é adequado, destacando o entreve da ausência de psiquiatra a um ano no sistema, razão a qual as medicações não são revistas neste período. Salientaram que dificilmente há casos de contenção, mas quando ocorre são por algumas horas, nunca passando de seis horas. Ordinariamente esta contensão se dá de forma mecânica, nunca tendo ocorrido, desde a instalação na presente estrutura, necessidade de contensão química. Registraram que qualquer necessidade de atenção médica só ocorre externamente, ou seja, demanda-se escolta do IAPEN que faz o acompanhamento, junto com um técnico da saúde da equipe.

O coordenador da unidade indicou que todas as demandas de recursos materiais à administração geral do IAPEN são atendidas, ressaltando que a única deficiência seria a ausência de médico na unidade. Vige uma visão da adequação plena da estrutura e que as grades são necessárias para pensar segurança no local, contudo, destaca que seria adequado pensar a extensão da construção, para transformar as selas em quartos. Não há casos reiterados de tentativas de fuga, em verdade somente uma vez, por falha na vigilância, um interno saiu pela porta da frente (única entrada), tendo ficado caminhando por quatro horas na rua no mesmo bairro.

Vale ressaltar que, de todos os discursos captados, há um que destoa, a Terapeuta Ocupacional, que é a única agente de saúde do quadro efetivo no equipamento social. Para ela, a visão dos agentes e dos

demais técnicos que lá trabalham são limitados, pois falta muito para haver um trabalho adequado a necessidade dos internos. Após as 18h não fica nenhum agente de saúde, ficam todos os internos presos nas suas selas, a métrica de pessoal de saúde está aquém do que seria o necessário. No turno da noite e madrugada não há quaisquer agentes de saúde dando assistência aos internos. Que ela é a única terapeuta ocupacional e que atende também no IAPEN, assim sendo, somente dá atenção na unidade por três na manhã durante a semana, assim como, são rarefeitos os materiais necessários para o desenvolvimento da sua atividade. Reclama ainda que as medicações não são reguladas em face a necessidade individual de cada um, há mais de um ano não há atualização e acompanhamento médico de psiquiatra. Em termos gerais, embora perceba uma melhora significativa no tratamento dos internos, ainda está longe de um acompanhamento adequado.

Percebemos que a visão que vige entre os profissionais de saúde e de segurança são bastante limitativos no que se referem ao tratamento digno, discursos mais sofisticados da área de saúde não tem dificuldade de encontrar sua limitação.

9. Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Estado do Amapá

Tendo em vista que os inimputáveis permanecem, mediante medida de segurança, no sistema por decisões judiciais, é a VEP⁶ do TJAP⁷ a responsável pelo acompanhamento e eventuais soltura dos internos do Centro de Custódia.

Nestes termos, conseguimos entrevistas a psicóloga vinculada a VEP e que faz o acompanhamento do serviço. Vale ressaltar que a mesma é responsável, junto como antigo Juiz desta vara, pela criação do Centro de Custódia acima mencionado.

A psicóloga, portanto, foi de cordial acessibilidade, visto que trabalha há anos dentro do sistema. Muito mais de cunho informal, as perguntas foram direcionadas de acordo com os dados que foram coletados previamente nas primeiras entrevistas, com a finalidade de entender o funcionamento da Vara de Execuções Penais desde o conhecimento de um internado por medida de segurança ou um que supervenientemente venha a apresentar algum transtorno mental após a condenação até a cessão de periculosidade e fim da medida de segurança, bem como reinserção social do indivíduo.

O que foi captado é que quando um portador de doença mental ao cometer um delito é preso e encaminhado à penitenciária do Estado, no próprio instituto o médico psiquiatra e psicólogo avaliaram e encaminharão à Vara de Execuções Penais uma ficha descrevendo o caso e particularidades apresentadas pelo internado. Essa ficha é encaminhada à Politec⁸ que fica responsável em geral um laudo sobre a situação

⁶ Vara de execuções penais.

⁷ Tribunal de Justiça do Estado do Amapá.

⁸ Perícia Oficial e Identificação Técnica.

do sujeito. Esse laudo é encaminhado para o juiz que sentencia de acordo com a necessidade do internado o tempo do cumprimento da medida de segurança e o encaminha para o Centro de Custódia.

No centro de custódia são feitos mensalmente os acompanhamentos e relatórios individuais, a VEP recebe pelo sistema eletrônico do TJAP para acompanhar todos os trâmites do processo. Caso o internado tiver sua periculosidade cessada, por determinação judicial é entregue aos cuidados de família ou, se não tiver família, deveria ser encaminhado para a Residência Terapêutica (que está em via de criação, mas ainda não existe). Existem pelos menos quatro casos no Centro de Custódia que precisariam mais estar internados, contudo, como em situação de abandono familiar, não detém para onde ir, assim, permanecem internados.

10. Análise dos discursos dos Agentes e Instituições

Diante dos dados coletados diretamente pelos pesquisadores nas estruturas visitadas, podemos notar estruturas diferentes nos discursos dos agentes entrevistados. Há um complexo de signos que são identificados e que arquitetam formas discursivas que alicerçam sistemas e percepções diversas para o ideal do serviço de tratamento/contenção do louco-criminoso.

Partindo da psiquiatria do HCAL, destacam-se discursos muito marcantes, às vezes convergentes e de outro modo contrastantes, principalmente quando indagados a respeito das contenções utilizadas com os pacientes que fazem crise. Eles são submetidos a três tipos de contenção: verbal, motora e química. A verbal é dada em primeiro momento quando o paciente apresenta um quadro de crise, por meio do diálogo e conversa; a contenção motora é feita com amarrações de pano junto às camas, onde os pacientes que apresentem crise ficam amarrados até que cesse a alteração, o que pode levar dias; e a contenção química é realizada por meio da administração do medicamento ao paciente “surtado”. Há um processo de naturalização da contenção exagerada enquanto única forma de tratamento. Além da naturalização da vedação a qualquer elemento de privacidade. A ordem de violação da intimidade e da própria condição humana é internalizada na ordem do discurso dos agentes que conduzem o serviço.

Na fala da enfermeira residente: *“algumas medicações que são ministradas tem o objetivo de conter o paciente”* o que reforça o uso de mecanismos para conter o doente mental, pois diante da situação e ambiente da enfermaria, alguns ao apresentarem uma crise precisam ser contidos. Tal discurso encara a medida como indispensável, mas ao mesmo tempo, demonstra certa preocupação com os meios adotados e, apesar de um olhar mais atual sobre o tratamento, acaba por reforçar práticas manicomialis ao fazer uso dos artifícios de contenção.

O discurso dos agentes da Psiquiatria do hospital é mais generalizado, pouco preocupado em tratar para reintegrar o internado à sociedade e mais focado em contê-lo, visto que quando ele sai daquele ambiente encontra-se completamente institucionalizado e dependente. Apesar dos novos profissionais terem um discurso mais atual, o tratamento é inteiramente de contenção e difícil de ser modificado por conta das próprias configurações do local.

No CAPS Gentileza há uma nova forma de tratamento voltado para o terapêutico, que difere muito da Psiquiatria do HCAL, visto que esta seria um lugar apenas de passagem até que haja a estabilização do paciente, tornou-se local de moradia fixa e internamento, onde o tratamento apresenta características essencialmente de contenção, enquanto que o CAPS trabalha com outra proposta: a inserção social.

A leitura do “louco” pelos agentes que atuam no CAPS é mais humana e sofisticada, enxergando as especificidades de sujeito que apresenta alguma condição psicológica diversa, por meio de grupos terapêuticos que realizam um conjunto de atividades em busca da autonomia civil do indivíduo. De acordo com uma psicóloga do centro “*a reforma manicomial é diária, ela tem que ser constante, se não a gente recai na conduta manicomial*”, o que reforça a proposta do ambiente em executar uma nova forma de tratamento, com novos meios de lidar com o paciente (cliente), buscando entender suas razões e por que fez uma “crise”, as melhores maneiras de acalmá-lo e reorganizar seus pensamentos. Esse discurso, apesar de agradar os mais atentos, não deixa de apresentar uma nova roupagem ao modo de conter, alias, encontrou uma nova forma de fazer isso e tornar a prática muito mais aceitável.

Diferente do Centro de Custódia, que apesar de ter uma pequena equipe multifuncional para realizar o tratamento terapêutico dos internados, não conseguiu ainda se desvincular do sistema prisional, mesmo a legislação garantindo tratamento diferenciado ao inimputável. Mesmo cumprindo medida de segurança, os internos ainda são considerados detentos, mais que isso, são apenados, apesar da pena ser estabelecida em medida de segurança, pois ainda seguem toda a rotina penitenciária. Alias, a figura responsável em arcar com esse tratamento seria o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de competência do Governo Estadual, mas pela falta de recursos e até mesmo inércia, o sistema penitenciário é quem administra o pequeno Centro de Custódia e vincula à sua organização.

O coordenador interno dos agentes penitenciários do Centro afirma “*não tem o que mudar ou melhorar, o serviço oferecido aqui é da melhor qualidade*”, o que denota por meio desse discurso a ausência de conhecimento sobre o devido tratamento ao doente mental, a necessidade de mais profissionais da saúde para realização do tratamento terapêutico aos internados, bem como a naturalização das atuais condições vivenciadas pelos internos, como a própria estrutura punitiva do Centro. Tal discurso não olha, em nenhum momento, para a doença mental como alheia àquela configuração punitiva.

Diante da entrevista junto à psicóloga do TJAP é destacável uma fala: “*não é o ideal, mas é o que temos*”, sobre o Centro de Custódia e a inércia do governo do Estado diante de uma dura realidade de desassistência ao doente mental criminoso. Em sua fala é possível perceber que houve uma mudança bastante significativa desse sistema desde a realocação dos internos para o Centro, o que antes era considerado desumano e degradante, em face das condições em que os presos em medida de segurança vivenciavam dentro do Instituto Penitenciário, hoje é visto como um enorme avanço, mas o que não deixa de ser um discurso enraizado nas mesmas bases, pois não houve expressivas mudanças no que tange o tratamento, tampouco na perspectiva dos agentes que lidam diretamente com esse sistema.

Ressalta-se uma das falas mais peculiares do Desembargador do TJAP “*não há violação aos direitos humanos*” em relação ao doente mental que comete crime na condição de inimputável e é sancionado a cumprir medida de segurança em um Centro de Custódia que não apresenta em sua estrutura e sistemática o objetivo de tratamento terapêutico, mas na maior parte o trata punitivo pelo modo como as pessoas ali vivem. A analogia feita por este é que o sistema de saúde é ruim para todos, até para nós aqui do lado de fora, então, não há que se falar em violações de Direitos Humanos em relação a essa população.

Ora, se para a Lei e a teoria jurídica, o doente mental é considerado inimputável, por essa razão não deve permanecer sob as mesmas condições e ter o mesmo tratamento que o agente imputável de pena, devendo ser encaminhado a um Hospital de Custódia para tratamento ambulatorial e terapêutico, o que não ocorre, acaba por sentença judicial preso como qualquer outro criminoso em uma instituição que apresenta características prisionais e não recebe o devido tratamento, não há de se falar em desrespeito aos direitos e à sua dignidade enquanto pessoa?

Aparentemente para o Desembargador não, o que é preocupante, pois isso mostra que grande parte dos agentes, figuras da jurisdição brasileira, pouco se preocupa com a realidade, na verdade, parecem viver em outro plano muito distante do real, acabam por relativizar ao máximo direitos fundamentais (que se assim fossem para ser interpretados deixariam de ser fundamentais), enxergando tanto a situação dos inimputáveis quanto ao caos na saúde pública de modo geral com normalidade.

Em uma entrevista com a médica psiquiátrica plantonista que trabalha no hospital há 25 anos, percebe-se em seu discurso uma espécie de desabafo em relação à sobrecarga que os profissionais da enfermaria de psiquiatria sofrem, pois, qualquer demanda que aparentemente seja psiquiátrica era encaminhada para eles. Contudo, verificamos que esse mesmo discurso ainda carregava muitas formas e configurações segregadoras e excludentes, dotadas de preconceitos e até mesmo desinformação.

De modo geral, os discursos encontrados nos campos foram bastante polarizados, alguns muito carregados de preconceito e exclusão, outros discursos eram novos, reforçados pelo conteúdo humanizado e voltados para um olhar mais cuidadoso com o sujeito, alguns se destacaram por dar voz ao portador de transtorno mental e outros por meramente desejar silenciá-lo, contê-lo, controlá-lo. Foucault já alertava sobre os engenhosos mecanismos que compõem o discurso e seja qual for sempre terá a intenção de reforçar e manter um poder que busca determinar e disciplinar a todos.

Michel Foucault já dizia que não há uma nova atenção ou surgimento de cuidado para com o Louco, mas que há somente a reformulação de novas formas e mecanismos de exclusão, que acabam por mais uma vez tentando apenas tirar o “problema” do alcance da visão social.

Mais do que isso, essa característica é fruto de uma força ou poder que sempre procura se manter por meio do discurso da verdade, que se apoia sobre instituições e tende a exercer sobre os outros discursos que pressionam e coagem. Para ele existe uma vontade de verdade por de trás dos discursos, a exemplo do discurso jurídico, que acaba por validar e fortalecer vontades obscuras, tais como este do desembargador ou como a demora de ações do Ministério Público em face de toda essa problemática.

Neste caso, apesar do judiciário amapaense aparentemente coagir o Estado a realizar ações que o competem, ainda assim o discurso jurídico acaba por permitir e fortalecer práticas de segregação e exclusão do “louco”. Tudo é uma construção, um sistema que para ter efetividade necessitaria de um trabalho conjunto, porém, a falta do devido conhecimento da área e do fluxo de gestões e gestores, acaba por não conseguir atender às necessidades dessa parcela social que muito é esquecida.

Considerações Finais

A pergunta que norteou essa atividade de pesquisa consistia em basicamente identificar se o tratamento do “louco-criminoso” no Amapá contempla uma lógica punitiva ou curativa, porém, com os desdobramentos, foi importante entender que não bastaria identificar, apenas, mas compreender a raiz, genealogicamente falando, desse tratamento.

Chegou-se à conclusão, a princípio, de que o tratamento apesar de em sua maioria ser punitivo, também carrega traços curativos, pois há agentes que têm a consciência dessa lógica terapêutica. Contudo, mais a fundo, amparando na análise central dos discursos selecionados e de todo o contexto a ser analisado, de forma geral, ainda, o tratamento ao portador de transtorno ou desenvolvimento mental incompleto no Estado do Amapá é essencialmente punitivo, pois os métodos utilizados e a sistemática institucional apresentam características manicomial, com o objetivo de conter, como a própria História da loucura mostrou, de calar a voz, de separar, excluir e controlar.

Com amparo estudos epistemológicos de Foucault, foi possível vislumbrar um pequeno ponto de um universo a ser estudado, principalmente porque inexistem quaisquer estudos acadêmicos locais e consolidação de dados para produzir melhores cotejamento de dados. Lançando um olhar voltado para o ser em discussão, buscando desvendar suas peculiaridades do objeto.

O acessado no campo é um fragmento da realidade que se descobre aos olhos do pesquisador, há muito que permanece na obscuridade, coisas não desveladas, que não foi possível alcançar no percurso da pesquisa. Há muito mais ainda a ser refletido sobre o tratamento do louco-criminoso no Estado do Amapá.

Em termos de considerações terminativas, é importante ressaltar que ainda se preserva um ideal punitivo numa seara que necessita de um pensamento humanizante, voltado para os cuidados do corpo e da mente humana, enquanto não se reificar as raízes das políticas públicas de tratamento do louco-criminoso, permaneceremos realizando práticas de encarceramentos, tendo como única justificativa nossa falta de habilidade, enquanto corpo social, para dar encaminhamentos outros mais adequados.

A realidade do Amapá cremos não ser uma exceção, contudo, é, certamente uma questão importante quando se fala na fronteira norte, com um estado ainda pouco integrado a federação, com barreiras naturais que impedem a total integração. Trata-se de uma realidade bastante peculiar e com contornos próprios, principalmente por estar situado em território estratégico, em região de fronteira e com uma população bastante reduzida, onde todas as políticas públicas se concentram na capital do Estado.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- _____, **Decreto-Lei nº 2.848**, de 07 de dezembro de 1940 – Institui o Código Penal Brasileiro.
- _____, **Lei nº 7.210**, de 11 de julho de 1984 – Institui a Lei de Execução Penal.
- _____, **Lei nº 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.
- CARVALHO, Salo de. **Antimonial de criminologia** / Salo de Carvalho – Editora Saraiva, 5ª Ed, 2013, 452p.
- CUNHA, Rogério Sanches. **Manual de Direito Penal: parte geral (arts. 1º ao 120)**/ 6. ed. ver., ampl. e atual. – Salvador: JusPODIVM, 2018;
- FOUCAULT, Michel, 1926- 1984. **História da loucura na idade clássica**; [tradução José Teixeira Coelho Neto]. – São Paulo: Perspectiva, 2014. – (Estudos; 61 / dirigida por J. Guinsburg);
- _____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.
- _____. **A ordem do discurso: aula inaugural ao Collège de France**, pronunciada em 2 de dezembro de 1970 / Michel Foucault; tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. –24. Ed. – São Paulo: Edições Loyola, 2014. – (Leituras filosóficas);
- JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica** / Paulo Vasconcelos Jacobina – Brasília, ESMPU, 2008, 152p;
- PROVIDELLO, Guilherme Gonzaga Duarte; YASUI, Silvio. **A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.4, out.-dez. 2013, p.1515-1529. < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n4/0104-5970-hcsm-20-04-01515.pdf>