

Manicômio Judiciário: O Arcaico que se Mantém Incólume

Judicial Asylum: The Archaic that Remains Unscathed

Manicomio Judicial: Lo Arcaico que Sigue Inseguro

Thiago Bagatin

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Maria Lucia Boarini

Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Resumo

Na ciência psiquiátrica tradicional, em geral, a noção de periculosidade é atribuída ao sujeito com transtorno mental e não às condições que o levaram a manejar seu comportamento. Ignora-se, portanto, que as ações, criminosas ou não, são fenômenos complexos, que resultam da interação entre os sujeitos e a realidade concreta. Nosso objetivo é demonstrar a importância da estruturação dos serviços de saúde mental como forma de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Para tanto, reconstruímos, por meio de estudo de caso, a relação emblemática de uma pessoa que sofre psicologicamente com os serviços de saúde mental. Nossa pesquisa revelou que a periculosidade pode ser gerada muito mais nos entreveros do Estado do que nas condições apresentadas pela pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Palavras-chave: manicômio judiciário, periculosidade, reforma psiquiátrica, Rede de Atenção Psicossocial

Abstract

In traditional psychiatric science, in general, a notion of dangerousness is attributed to the subject with a mental disorder and not to the conditions that led him to manage his behavior. It is ignored, therefore, that the actions, criminal or not, are complex phenomena, which result from the interaction between the subjects and the concrete reality. Our goal is to discuss the concept of dangerousness and demonstrate the importance of structuring mental health services as a way of caring for the criminal-crazy. To do so, we reconstructed, through a case study, the emblematic relationship of a person who suffers psychologically with mental health services. Our research revealed that dangerousness can be generated much more in the conflicts of the State than in the conditions presented by the person with mental disorder in conflict with the law.

Keywords: judicial asylum, dangerousness, psychiatric reform, Network of Psychosocial Care

Resumen

En la ciencia psiquiátrica tradicional, en general, la noción de peligrosidad se atribuye al sujeto con un trastorno mental y no a las condiciones que lo llevaron a manejar su conducta. Se ignora, por tanto, que las acciones, delictivas o no, son fenómenos complejos, que resultan de la interacción entre los sujetos y la realidad concreta. Nuestro objetivo es demostrar la importancia de la estructuración de los servicios de salud mental como una forma de atención a las personas con trastornos mentales en conflicto con la ley. Para ello, reconstruimos, a través de un estudio de caso, la relación emblemática de una persona que sufre psicológicamente con los servicios de salud mental. Nuestra investigación reveló que la peligrosidad puede generarse mucho más en los conflictos de Estado que en las condiciones que presenta la persona con trastorno mental en conflicto con la ley.

Palabras clave: manicomio judicial, peligrosidad, reforma psiquiátrica, Red de Atención Psicossocial

Introdução

O ano de 2021 marca o centenário dos manicômios judiciais no Brasil, cuja primeira unidade foi construída em 1921, no Rio de Janeiro, sob a demanda de *defesa social* da imprevisibilidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Bagatin, 2024). Durante esse período, avançaram a ciência, a legislação e a tecnologia, mas a primazia no “tratamento” da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei permanece com os manicômios judiciais.

Apesar da bem-sucedida desconstrução legal dos modelos asilares de atenção à saúde mental em hospitais psiquiátricos, os manicômios judiciais resistem ao longo desse centenário. Alguns, inclusive, foram erguidos mesmo depois da aprovação da Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2001), que deveria servir de empecilho para o tratamento em instituições fechadas. Dos atuais 30 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP), dez deles foram construídos depois de 2001 (Conselho Nacional do Ministério Público, 2021).

Existem, ademais, iniciativas que propõem uma inversão da prática histórica de segregação e institucionalização, apontando para a manutenção dos vínculos territoriais, familiares e comunitários. Em Minas Gerais, por exemplo, vislumbramos um projeto institucional que enfrenta o *status quo* com o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), apontando para o cuidado em liberdade (Barros-Bisset, 2010). No mesmo sentido, o estado de Goiás instituiu o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), que desde 2006 retirou a responsabilidade pelos pacientes em medidas de segurança da Secretaria de Segurança Pública e passou para a Secretaria de Estado da Saúde. Desde então, os chamados loucos-criminosos passaram a ser acompanhados pelos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), logrando cerca de 500 atendimentos nos 10 primeiros anos de existência.

A perplexidade diante do formato arcaico e violador da dignidade humana encontra ressonância em publicações de órgãos de classe, entidades da sociedade civil e ministério público. Em 2015, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA) publicaram um relatório, fruto de inspeções nos manicômios judiciais de 17 estados. A situação relatada é simplesmente estarrecedora, à medida que foram constatados números insuficientes de advogados e psicólogos, estruturas precárias, internos sem visitas íntimas e sem prontuários. Os peritos constataram que “o cheiro é repugnante em todas as unidades visitadas, não há equipe específica para limpeza, os banheiros e alojamentos são imundos, os pacientes também sofrem com as vestes muito sujas da instituição, pouco dadas à lavagem periódica” (Conselho Federal de Psicologia, 2015, p. 18).

O relatório das inspeções realizadas pela Pastoral Carcerária nos manicômios judiciais de São Paulo, de agosto de 2018, segue o mesmo sentido. A publicação revela o uso de algemas, dormitórios-celas, mau cheiro, vestimentas precárias, falta de equipe de saúde, alta taxa de mortalidade e superlotação. Essas instituições “acabam sendo mais um ponto de armazenamento humano – e de eliminação, vale dizer – assim como penitenciárias, centros de detenção provisória, comunidades terapêuticas, hospitais psiquiátricos e equipamentos públicos que acabam por conjugar lógicas punitivas-manicomiais” (Pastoral Carcerária, 2018, p. 50).

Em 2011, o Ministério Público Federal (MPF) publicou o “Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001”, em que recomenda a extinção dos Hospitais de Custódias e Tratamentos Psiquiátricos. No parecer, o MPF resgata o conceito ampliado de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), em que esta deve ser considerada em sua tripla dimensão, qual seja, como bem-estar físico, social e mental. Portanto, a esfera adequada de atenção às pessoas com transtornos mentais e em conflito com a lei encontrar-se-ia no SUS, e não em HCTPs, por uma questão de “isonomia e dignidade humana” (Ministério Público, 2011, p. 59).

A Resolução 4, publicada em 2010, pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, recomenda a “adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança” (Ministério da Justiça, 2010, p. 1). E orienta que os programas de atenção ao paciente judiciário devem manter contato e articulação intersetoriais, em caráter permanente com a rede pública de saúde, visando efetivar a individualização do projeto de atenção integral. Também deve promover a inserção social, com acesso do sujeito aos seus “direitos fundamentais gerais e sociais, bem como a sua circulação na sociedade, colocando-o de modo responsável para com o mundo público” (Ministério da Justiça, 2010, p. 1–2).

Um dos mais significativos atos concretos de busca por alternativas dos últimos anos foi a promulgação da Portaria 94, em 2014, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, cujo foco principal é a criação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP). Essa equipe é multidisciplinar e funciona como conectora entre o Poder Judiciário e a RAPS, acompanhando o tratamento durante todas as fases do procedimento criminal com o objetivo de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Ministério da Saúde, 2014). Cumpre destacar que a adesão à EAP não é obrigatória e depende das iniciativas das unidades federativas, ou seja, a existência da Portaria 94 não garante a criação das equipes. Apesar disso, ela aponta para o caminho alternativo possível, de que a RAPS seja o local adequado de atenção a todas as pessoas em situação de sofrimento psíquico, inclusive as que estejam em conflito com a lei.

Some-se a essa importante medida a Resolução 487, de 2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança, constituindo mais um grande passo para o fechamento completo dos manicômios judiciários (Conselho Nacional de Justiça, 2023). A resolução apresenta o prazo de 6 meses para que tais instituições deixem de receber novos internos e de 12 meses para que elas sejam finalmente fechadas em definitivo.

Como se vê, uma série de publicações, inspeções e recomendações têm sido elaboradas nos últimos anos, ora denunciando os problemas que ocorrem no interior dos manicômios judiciários, ora sugerindo o fechamento completo de tais instituições. No entanto, é ainda muito tímido o avanço no sentido de extinguir definitivamente essas instituições totais centenárias. As críticas ao modelo asilar de tratamento dos manicômios judiciários, apesar de inúmeras, são ainda insuficientes e se restringem a um público seleto de profissionais e pesquisadores da área.

Para exemplificar como os manicômios judiciários¹ estão parados no tempo, resguardadas as especificidades, ignorando os princípios e os avanços da Reforma Psiquiátrica, relataremos três casos de internações, que ocorreram em épocas distintas, mas que receberam

¹ Os manicômios judiciários passaram a ser chamados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) a partir dos anos 1980. No presente trabalho, optamos por manter a designação original – manicômio judiciário – por entender que a mudança de nome não veio acompanhada de uma transformação significativa da realidade dessas instituições. Mudou-se a nomenclatura, mas permaneceram os mesmos procedimentos repressivos.

tratamentos muito semelhantes. Um deles ocorreu em 1953, outro em 1960 e o último em 2007. Mesmo depois de 50 anos entre o primeiro e o último caso, presenciamos situações muito parecidas. Com o relato dos três casos, esperamos demonstrar a importância da estruturação dos serviços de saúde mental como forma de atenção à pessoa com transtorno mental.

O caso de 1953 se refere a um senhor que, por motivo fútil, agrediu sua amásia até a morte. Um mês antes do crime, sentia-se doente, vendo vultos de gente, cachorros e cabritos e ouvindo vozes, que geralmente lhe faziam ameaças. Em certa ocasião, seus amigos o aconselharam a ir a um centro espírita, pois ele estaria com um “encosto” (Contini, 1957, p. 160). O segundo caso ocorreu em 1960, numa situação semelhante à do primeiro caso, em que um senhor mata sua amásia sem se recordar do ocorrido. O denunciado alega tomar conhecimento de ter sido o assassino da vítima por intermédio da médica que o tratou em Belo Horizonte, MG. Antes da tragédia, o acusado chegou a ser internado por duas vezes em um manicômio e acredita que o que estava acontecendo consigo não era normal (Matta e Vianna, 1966, pp. 156–163). O terceiro caso data de 2007, mais recente – o que nos permitiu investigar as nuances do assassinato e reconstruir a história do protagonista. Segundo consta em matéria publicada em jornal da cidade, o acusado era lavrador, com 56 anos, e matou sua esposa com a qual estava casado há quase 30 anos. Logo depois da tragédia, ele teria avisado a vizinha e dito que queria ser preso. Na delegacia, afirmou que matara a esposa em atendimento a uma ordem dada pelo “coisa ruim” (Bagatin, 2024).

As tragédias supracitadas têm em comum a presença de pessoas com diagnósticos psiquiátricos, acusadas de matar parentes muito próximos e que, quando foram inquiridas sobre as motivações, não se recordavam do momento do crime. As três passaram por uma espécie de “apagão”, sem lembrança alguma, sintoma típico de surtos psicóticos, que podem ocorrer em decorrência de diversos fatores, tais como: consumo excessivo de álcool e outras drogas, depressões graves, transtorno bipolar e esquizofrenia. Nas três situações, os acusados eram diagnosticados como esquizofrênicos paranoides.

Chama atenção, ainda, a representação social do diagnóstico dos acusados associada a elementos sobrenaturais, como se o transtorno mental fosse algo místico. Nos três casos, a imagem da esquizofrenia foi vinculada à anormalidade, fruto de “encosto” ou do “coisa ruim”. Da situação antiga para a mais recente, passaram-se cerca de 50 anos e, mesmo assim, prevalece a incompreensão dos fenômenos da subjetividade humana por parte da população. Uma tragédia é explicada não por questões do mundo dos homens ou pela ciência, mas sim pela velha dicotomia cristã entre Deus e o “coisa ruim”, o bem e o mal, o anjo e o “encosto”.

O primeiro e o segundo caso constam nos laudos dos Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, publicados, respectivamente, em 1957 e 1966. Ambos retratam uma época em que pouca ou quase nenhuma outra forma de tratamento havia aos considerados louco-criminosos. Apesar de ser um período de reavaliação dos manicômios judiciais, eles perduraram mais longos 50 anos para abrigar o Sr. Loriel², em 2007, protagonista da tragédia descrita no terceiro caso, que sustenta o objetivo a seguir.

² Os nomes originais do sujeito pesquisado e de sua esposa foram mantidos em sigilo, assim como não referenciamos o processo judicial e demais documentos para preservar os envolvidos. Optamos por designar o protagonista de nossa história como Sr. Loriel, para homenagear o poeta curitibano, classificado como “bipolar misto”, que passou por diversas internações e torturas policiais (eliminado para efeitos da revisão por pares).

Objetivo

Demonstrar a importância da estruturação dos serviços de saúde mental como forma de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Percurso Metodológico

Tivemos a oportunidade de reconstruir a história de Sr. Loriel, em especial a sua relação emblemática com os serviços de saúde mental, entre eles o Complexo Médico Penal do Paraná (CMP) – um manicômio judiciário, onde ficou internado por quatro anos e meio, e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Ministério da Saúde, 2011) de um pequeno município do norte do Paraná, onde vem sendo acompanhado desde 2013. Nossos resultados decorrem de: 1) análise de prontuário; 2) observação da participação de Sr. Loriel no grupo focal de saúde mental do município; 3) análise do processo judicial; e 4) entrevistas com profissionais e familiares. A pesquisa foi devidamente aprovada no Comitê de Ética da (eliminado para efeito da revisão por pares).

Realizamos dez entrevistas com o próprio Sr. Loriel; dois familiares, o irmão e a cunhada; e sete profissionais de saúde, três que o acompanham atualmente, um do período em que ele retornou do internamento no CMP e três da época da tragédia. Identificamos os entrevistados pelo parentesco ou pela profissão. No caso das psicólogas, nós as diferenciamos pelo numeral de acordo com a ordem da entrevista: Psicóloga 1, Psicóloga 2 e Psicóloga 3. A seguir, apresentamos nossos resultados, organizados de acordo com as seguintes categorias de análise: um pedido de ajuda – “Os objetos falam comigo”, o antidepressivo e seus efeitos colaterais e a sessão espiritual com um curandeiro. Chegamos a essas categorias pelo critério de incongruência aos protocolos de saúde, ou seja, a reconstrução da história do Sr. Loriel indica que estes eventos pré-prisão destoam dos procedimentos adequados na atenção à saúde mental, conforme passamos a expor a seguir.

Resultados

Um Pedido de Ajuda – “Os Objetos Falam Comigo”

Uma das psicólogas que acompanhou Sr. Loriel antes do incidente foi a denominada por nós como Psicóloga 2. Ela ingressou como técnica da UBS em novembro de 2006 e permaneceu até maio de 2007. Foi responsável pelo primeiro atendimento do Sr. Loriel, em 14 de dezembro de 2006. Na ocasião, o usuário disse que ouvia vozes, caracterizando quadro de “delírios” e “alucinações”. Relatou ainda que conversava com alguns objetos e materiais inanimados, por exemplo: ao abrir a geladeira, a carne manifestava-se e falava algumas coisas com ele. De acordo com a psicóloga, algumas vozes eram de comando, dizendo para ele fazer determinadas coisas, mas nenhuma delas direcionada à sua esposa. O encontro ocorreu pouco antes do recesso coletivo de final de ano e, na ocasião, a esposa, que participou do atendimento, disse que o patrão do paciente financiaria uma consulta com um psiquiatra particular. Diante desse comunicado da esposa, a profissional não se preocupou em encaminhá-lo a um psiquiatra vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A psicóloga disse que poderia tê-lo encaminhado a um psiquiatra da rede de saúde, mesmo depois de sua esposa dizer que uma consulta particular estava sendo articulada, mas

por “falta de experiência” (palavras dela) acabou não encaminhando. Segundo ela, caso ele tivesse acompanhamento de um especialista, talvez o assassinato pudesse ter sido evitado. Nas próprias palavras da profissional:

Hoje eu vejo que numa situação como essa temos que ter um acompanhamento mais próximo. Entender se realmente houve as consultas [particulares], se está tendo acompanhamento. Naquela época, em vias de ter o recesso de férias, ficou por isso mesmo. Depois disso avaliei que, devido à falta de experiência, acabei não encaminhando. (Psicóloga 2, comunicação pessoal, 15 outubro, 2017)

As dificuldades relacionadas ao diagnóstico nosológico, justamente por abarcar a complexidade da subjetividade humana, podem servir, muitas vezes, de amparo aos examinadores, retirando a responsabilidade destes em realizar o diagnóstico adequadamente. As eventuais críticas que tenhamos aos exames de sanidade mental, diagnóstico nosológico ou qualquer outro termo cujo objetivo seja verificar quais as condições psicológicas do paciente não podem, em hipótese alguma, justificar possíveis descompromissos com as avaliações psicológicas. Mesmo considerando os limites dos diagnósticos, eles são fundamentais para garantir o acesso aos serviços que permitem ao paciente manejar seu cotidiano, inclusive em situações de transtorno mental. A partir do diagnóstico, o usuário pode se beneficiar da Rede de Atenção Psicossocial e usufruir de toda a tecnologia necessária para manter seus vínculos familiares e sociais, evitando danos a si mesmo e às pessoas de seu convívio.

No caso do Sr. Loriel, quando ele relatou escutar “voz de comando”, não caberia à psicóloga deferir um diagnóstico com enquadramento nos manuais psiquiátricos, pois: em primeiro lugar, uma avaliação psicológica não se resume a classificar sujeitos em rótulos e marcas; em segundo, tal tarefa só poderia ser empreendida por um psiquiatra; em terceiro, a primeira entrevista não é suficiente para a explicitação de um quadro clínico complexo. Não podemos afirmar que houve erro ou falha de diagnóstico por parte da psicóloga, pois nem sequer o exame foi realizado. Ela apenas suspeitou de que as “vozes de comando” poderiam significar delírios e alucinações. Também não é possível afirmar categoricamente que a negligência em não o encaminhar a um psiquiatra foi o elemento-chave que culminou no assassinato da esposa do Sr. Loriel. Muitas variáveis determinam um fenômeno social. No entanto, se ele estivesse recebendo atenção adequada, possivelmente seu quadro psicológico estaria mais estável e ele teria mais condições de manejar adequadamente sua situação de transtorno mental. Se isso seria suficiente para impedir o assassinato de sua esposa, não temos como responder, mas certamente a estabilidade no quadro clínico do Sr. Loriel contribuiria para aumentar as chances de sobrevivência da Sra. Angélica. Enfim, fica claro que o Sr. Loriel procurou ajuda para que pudesse lidar com as vozes de comando, mas não houve reciprocidade.

Por sua vez, uma rede de saúde adequadamente estruturada com profissionais capacitados e devidamente orientados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, seguramente, oferece as condições para a permanência de pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico convivendo perfeitamente no núcleo familiar e comunitário. Em suma, a busca da estabilidade psicológica de pessoas com transtornos mentais pode ser uma das estratégias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Não se trata de “cura” ou de “defender a sociedade da imprevisibilidade dos loucos”, mas sim de construir com os sujeitos, familiares e comunidade em geral ambientes saudáveis e estáveis, a fim de evitar o preconceito e a exclusão como princípios de cuidado.

O Antidepressivo e seus Efeitos Colaterais

A Psicóloga 1 foi a profissional que coordenou o grupo de saúde mental do município. No período em que ocorreu a tragédia, ela era uma das psicólogas do município. A entrevista com ela foi reveladora de mais um ponto polêmico acerca do acompanhamento do Sr. Loriei pelos profissionais do município. Na primeira consulta, constataram que ele não fazia uso de antipsicótico, como seria o recomendado para quem passa por situação de delírios e alucinações, mas sim de medicamento antidepressivo ou ansiolítico. De acordo com a Psicóloga 1: *“O Sr. Loriei estava fazendo uso de uma medicação que tinha sido prescrita pelo médico, que, se não me engano, era Fluoxetina ou Diazepam – um ansiolítico ou antidepressivo”* (Psicóloga 1, comunicação pessoal, 13 outubro, 2017). Os medicamentos prescritos, segundo a entrevistada, seriam indicados para pacientes com depressão ou que passem por crises de ansiedade, e não para pacientes diagnosticados com esquizofrenia paranoide. Ela ressalta que esse equívoco pode ter contribuído para a desestabilidade psíquica do acusado.

O Diazepam não é recomendado para tratamento primário de doença psicótica. Nas reações adversas da bula, consta que o uso do medicamento pode causar *“inquietude, agitação, irritabilidade, agressividade, ilusão, raiva, pesadelo, alucinações, psicoses, comportamento inapropriado e outros efeitos comportamentais”* (Diazepam, 1999)³.

No processo judicial do Sr. Loriei, consta que ele realmente fazia uso de Fluoxetina e Cloridrato de Clomipramina. Nota-se que o Sr. Loriei chegou a mostrar as embalagens dos remédios aos psiquiatras e psicólogos responsáveis pelo exame de sanidade mental, ou seja, ele de fato fazia uso desses medicamentos. A apresentação das embalagens confirma a suspeita da Psicóloga 1 de que a prescrição medicamentosa estava errada, que ele fazia uso de antidepressivo quando, na realidade, seu diagnóstico requereria o uso de antipsicótico. Mais grave ainda é saber que o manuseio equivocado pode ter desencadeado as vozes de comando, conforme os efeitos colaterais descritos nas respectivas bulas.

O fabricante do Cloridrato de Clomipramina alerta aos usuários que *“foi observada ocasionalmente indução de psicoses em pacientes com esquizofrenia que utilizaram antidepressivos tricíclicos”* (Cloridrato de Clomipramina, 1999, p. 5); ou seja, é possível que pacientes com esquizofrenia (caso do Sr. Loriei) tenham desencadeado psicoses a partir do uso desse antidepressivo. Assim como o Diazepam e a Fluoxetina, o Cloridrato de Clomipramina tem efeitos colaterais danosos para usuários com diagnóstico de esquizofrenia e apresentam inclusive a possibilidade de induzir a psicoses.

Como podemos perceber, tanto o Diazepam quanto o Cloridrato de Clomipramina e a Fluoxetina não são medicamentos recomendados para tratamento de esquizofrenia paranoide – quando há a presença da *“voz de comando”*. Um é indicado para tratamento de crises de ansiedade e os outros para tratamento de depressão monopolar.

Após a tragédia, o Sr. Loriei ficou preso em cadeia pública por dois anos e meio. Depois, foi encaminhado ao Complexo Médico Penal do Paraná para realização do exame de sanidade mental, onde foi confirmada – ao menos aos olhos do psiquiatra e da psicóloga que os examinaram – a presença de esquizofrenia paranoide. O laudo descreve que *“um médico clínico*

³ No que diz respeito às consequências do uso da Fluoxetina, não muito distante das reações adversas do Diazepam, os sintomas podem incluir *“alterações do estado mental (por exemplo, agitação, alucinações, delirium e coma) . . .”*. A bula adverte, ainda, que seu uso pode aumentar o risco potencial para ideias e comportamentos suicidas em pacientes pediátricos e adultos jovens (Cloridrato de Fluoxetina, 1999).

prescreveu-lhe medicamentos para ‘depressão’ – Fluoxetina e Cloridrato de Clomipramina –, porém *seus sintomas não melhoraram, pelo contrário, se acentuaram*” (folha 76 – grifo nosso).

A afirmação de que os sintomas “não melhoraram”, mas, ao contrário, “se acentuaram” levanta ainda mais suspeitas sobre a possibilidade de os medicamentos terem causado as vozes de comando. Os examinadores concluíram que a administração equivocada dos antidepressivos acentuaram os sintomas psicóticos. Nas próprias palavras do laudo: “Não houve remissão do quadro – ‘o remédio não controlava’; no período noturno, *a sintomatologia se exacerbava* e o examinando era socorrido pelo vizinho” (folhas 76 e 77 – grifo nosso). Do mesmo modo que não podemos afirmar que a falha no atendimento da Psicóloga 2 foi a causa exclusiva da morte da Sra. Angélica, também não o podemos em relação aos medicamentos prescritos erroneamente. No entanto, diante dos indícios de que eles podem ter contribuído para as alucinações e os delírios, a pergunta que fica é a seguinte: se o Sr. Loriei tomasse os medicamentos corretos, será que sua esposa ainda estaria viva?

Essa pergunta, por óbvio, não pode ser respondida com exatidão, mas certamente o uso adequado de medicamentos prescritos para a estabilidade psicológica do paciente pode, em geral, diminuir os efeitos colaterais.

A Sessão Espiritual com um Curandeiro

Segundo a Psicóloga 1, no início de janeiro de 2007, consta que Sr. Loriei teria visitado um curandeiro, por orientação de uma autoridade política local. A *sessão espiritual* “não teria surtido efeito”, por isso essa mesma autoridade teria agendado uma consulta com um psiquiatra. Tal sessão espiritual foi confirmada pela Psicóloga 2 e familiares.

Cumprido destacar que a consulta com o psiquiatra só foi agendada porque a visita ao curandeiro não teria surtido resultado, demonstrando que, mesmo se tratando de uma autoridade local do alto-escalão da hierarquia política municipal, prevalece a crença de que o transtorno mental decorre de possessões demoníacas. A ciência, representada aqui na figura do psiquiatra, como se vê, foi considerada secundária em detrimento da sessão espiritual.

A imagem da loucura associada a eventos sobrenaturais não é peculiaridade da autoridade local que orientou Sr. Loriei, mas rememora, na verdade, a representação social da loucura ao longo da história da humanidade. Logo no início do presente trabalho, citamos outros dois casos em que as vozes ouvidas pelos protagonistas eram associadas a fenômenos sobrenaturais. Situações como essas existem em diferentes épocas.

Segundo Holmes (2001), o comportamento considerado anormal por culturas antigas, como a egípcia, árabe e hebraica, era atribuído a forças sobrenaturais, muitas vezes associadas à ira dos deuses, maus espíritos ou demônios. O tratamento, em muitos casos, consistia em açoitamentos, apedrejamentos, preces, poções e tudo que fosse possível para retirar a força sobrenatural que se apossou do corpo e da mente em questão. De acordo com Szasz (1978), na Idade Média (500-1500 d.C.) todos que destoavam dos padrões comportamentais impostos pela igreja eram considerados uma ameaça à sociedade e, acreditava-se, que eram conduzidos pelo demônio. Tais pessoas foram rotuladas de bruxas e feiticeiros, e a expulsão do demônio dos respectivos corpos possuídos, segundo os preceitos da Inquisição Católica, exigia torturas, exorcismos e aprisionamentos.

Como se vê, a representação social do transtorno mental vinculado a possessões demoniaca ainda se faz presente em nossos dias. Apesar dos esforços de pesquisadores, profissionais de saúde e políticas públicas em explicar o fenômeno psicológico pelos preceitos científicos, conforme prevê a Portaria 3088/11, as alterações no imaginário popular não ocorrem de maneira linear e abrupta (Ministério da Saúde, 2011).

A educação em saúde é fundamental para garantir o acesso, a permanência e a promoção da saúde. Uma representação social da condição psicológica associada a eventos sobrenaturais pode levar à desassistência, como ocorreu com o Sr. Loriei.

Discussão

Desde os primórdios dos manicômios judiciais, em 1921, a chamada “defesa social” esteve presente em artigos, documentos e laudos. A preocupação em proteger a sociedade da imprevisibilidade da loucura marcou (e continua marcando) a história dessas instituições centenárias. Os três casos relatados no início do artigo demonstram que persistem preconceitos e mitos em relação aos motivos que levam uma pessoa com transtornos mentais a se envolver em tragédias familiares. A defesa social e o desejo por punição acabam por ocultar a importância da atenção à saúde mental em liberdade.

O fechamento dos manicômios judiciais e a estruturação adequada da RAPS, para que ela consiga acolher adequadamente as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, vêm sendo apontados, pelo menos, desde a promulgação da Lei 10.216, em 2001. Foram diversos os estudos, documentos, portarias e resoluções indicando o cuidado em liberdade em vez do encarceramento (Ministério da Saúde, 2001; Conselho Nacional do Ministério Público, 2021; Barros-Brisset, 2010; Conselho Federal de Psicologia, 2015; Pastoral Carcerária, 2018; Ministério Público, 2011; Ministério da Justiça, 2010; Ministério da Saúde, 2014; Conselho Nacional de Justiça, 2023).

Na grande maioria dos casos, os ECTPs são compostos por pessoas pobres e sem escolaridade, o que indica que tais instituições permanecem como depositárias dos ditos “indesejáveis” socialmente. A pesquisa desenvolvida por Ribeiro et al. (2018), sobre o perfil socioeconômico dos internos de um manicômio judicial⁴, revelou que 89% dos internos são analfabetos ou completaram apenas o ensino fundamental. Quanto ao contexto profissional, 29% estavam desempregados e 22% eram trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca (Ribeiro et al, 2018, p.1274).

A pesquisa realizada por Diniz (2013) aponta que a população interna do CMP é também fundamentalmente composta por pessoas de baixo poder aquisitivo e sem escolaridade. Segundo a autora, 91% dos internos têm no máximo o ensino fundamental completo e 88% estão desempregados ou são autônomos, atendentes de lojas, empacotadores, trabalhadores do campo, pescadores e operários de fábricas, cujos salários não ultrapassam 3 salários mínimos (Diniz, 2013, p. 202). O estudo revela ainda que a população dos 26 ECTPs pesquisados⁵ corresponde a 79% de pessoas com até o ensino fundamental completo. No quesito

⁴ Os autores não revelam qual é o manicômio judicial, dizem apenas que está localizado na capital de um estado do Nordeste.

⁵ O estudo concentrou-se em 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) mapeados à época, sendo 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizadas em presídios ou penitenciárias (Diniz, 2013, p. 20).

profissional, a grande maioria (73%) são desempregados ou estão nos subempregos⁶ (Diniz, 2013, p. 39).

No geral, os dados sobre o perfil socioeconômico e de escolaridade das populações dos manicômios judiciários apontam para pessoas com pouco tempo de vida escolar e com baixa remuneração. Sabemos que o acesso à educação e ao salário condizente com o necessário não são responsabilidades exclusivas dos sujeitos isolados. A garantia de uma educação pública, gratuita e de qualidade é um direito constitucional, cuja atribuição recai prioritariamente sobre o Estado. É dele também que advêm políticas que regulam as relações de trabalho e a geração de empregos.

O Sr. Loriel, assim como a maioria da população dos manicômios judiciários, não foi contemplado por ações do Estado que garantissem sua continuidade nos estudos formais e tampouco sua estabilidade em empregos formais. Consideramos que o Estado não detém autonomia e poder para controlar todas as nuances da teia social, pois ele se limita a uma instituição terceira na relação entre capital-trabalho, dependendo, dessa forma, de uma conjuntura específica de modelagem do sistema econômico. Assim, não se trata de esperar políticas estatais distintas daquelas permitidas pela sua realidade constituinte, mas sim de denunciar o Estado que anuncia (nas leis), não cumpre e penaliza os sujeitos individualmente pelos seus próprios erros. Dessa forma, o Estado penaliza os privados de liberdade nos manicômios judiciários nas mais variadas esferas, desde a sua vida pregressa, durante a internação, e depois da soltura. A pesquisa coordenada por Diniz (2013) aponta que uma em cada quatro pessoas presas nessas instituições brasileiras estão internadas indevidamente. Dos 3.989 internos, 741 deveriam estar em liberdade, seja porque o exame de cessação de periculosidade apontou para o retorno à sociedade, estão sem processo judicial ou a medida de segurança está extinta. Some-se a isso o fato de que 1.194 pessoas estão presas em manicômios judiciários aguardando a realização de exame de sanidade mental ou de cessação de periculosidade.

Somando os internos que deveriam estar soltos com aqueles que aguardam a realização de exames, temos o montante de 1.935 pessoas presas irregularmente em manicômios judiciários, quase a metade do total. Esse dado expressa que a prisão irregular não é uma exceção, mas é uma característica integrante da regra oficial. Se o público interno não necessita (ou não se sabe se necessita) do suposto tratamento oferecido por essas instituições, é porque, na realidade concreta, elas estão cumprindo outras finalidades – que não a atenção à saúde mental.

Delgado (1992) confirma que essa realidade, de encarceramento sem os devidos exames em dia, é uma constante. Segundo o autor,

Embora a legislação obrigue a realização de exames psiquiátricos, criminológico e “de periculosidade” regularmente (artigo 100 e 174, mais 8º e 9º da Lei de Execuções Penais), eles são absolutamente assistemáticos, quase excepcionais, no cotidiano dos Manicômios Judiciários. Predomina o caráter indeterminado da medida de segurança, tanto em seu prazo como na natureza da intervenção (terapêutica? punitiva? ambas?) a que são submetidos os detentos/pacientes. (Delgado, 1992, p. 90)

⁶ Novas pesquisas que traçam os perfis dos internos dos manicômios judiciários são necessárias. A principal dificuldade para realização de estudos sobre tais instituições é justamente a ausência de dados oficiais atualizados.

O trecho supracitado escrito por Delgado decorre de uma realidade de 1992 – décadas atrás, mas, diante do cenário apresentado por Diniz (2013) e de nosso estudo de caso, afirmamos que ele continua atual. Casos como o do Sr. Loriel se repetem por todo o país, não são exceções, mas sim a regra geral. Os sujeitos são punidos por não serem contemplados pelos direitos constitucionais (educação e trabalho) e ficam à mercê de uma RAPS pouco estruturada, são julgados de forma questionável e são punidos novamente por uma instituição centenária, que deveria oferecer tratamento de saúde mental, mas que, na prática, serve para isolar e excluir. Como se não bastasse, os sujeitos são apontados como portadores de periculosidade, quando, na realidade, o grande perigo está num Estado que lança mão do sistema punitivista como política recorrente de atenção à saúde mental.

A reconstrução da história de Sr. Loriel revelou uma série de falhas nos procedimentos de atenção à saúde mental (indicação de medicamento impróprio no caso em tela e recomendação de visita a um curandeiro em vez de encaminhamento ao profissional psiquiatra). Não podemos afirmar categoricamente que estas falhas no atendimento às demandas do Sr. Loriel foram a causa da morte da sua esposa, mas, sem dúvida, se elas não tivessem ocorrido, a chance de sobrevivência da Sra. Angélica poderia ser outra. Não se trata de culpabilizar individualmente os profissionais que o atenderam, essas falhas revelam o quão urgente é a estruturação da RAPS – e, quando adequadamente atendida, em seus princípios e finalidades, certamente previnem-se muitas tragédias como a que envolveu o Sr. Loriel e sua esposa.

Considerações Finais

Diante do exposto, pudemos perceber que houve falhas nos atendimentos do Sr. Loriel, que não podem ser compreendidas meramente a partir das responsabilidades individuais dos profissionais envolvidos. Do nosso ponto de vista, entendemos que tais profissionais representam o Estado e, por isso, implicam-no diretamente enquanto corresponsável. As ações individuais dos profissionais ocorrem atravessadas pela estrutura social, política, econômica e científica.

A estruturação da RAPS, com diversidade de equipamentos, financiamento adequado e capacitação dos profissionais, é um passo fundamental para que as pessoas com transtornos mentais em conflito com lei possam ser acolhidas mantendo seus vínculos territoriais, familiares e comunitários.

Conforme argumentou Basaglia (1985), “a periculosidade não reside na especificidade do diagnóstico; reside, muito mais, na falta de respostas às necessidades das pessoas”.

Referências

- Bagatin, T. S. (2024). *Manicômio Judiciário: A reclusão disfarçada de cuidado*. Editora UFPR.
- Barros-Brisset, F. O. (2010). *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*: Relato de um hospital psiquiátrico. Graal.
- Cloridrato de Clomipramina. (1999). (Gidel Soares). [Bula de remédio]. Américo Brasiliense / COM Concessionária Paulista de Medicamentos S/A.
- Cloridrato de Fluoxetina. (1999). Tatiana de Campos. Campinas/SP: Medley Farmacêutica Ltda. Bula de remédio.

- Conselho Federal de Psicologia. (2015). *Inspeções aos manicômios*. Relatório Brasil 2015/ Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Nacional de Justiça. (2023). *Resolução 487*. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n.10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.
- Conselho Nacional do Ministério Público. (2021). *Sistema prisional em números*. <https://www.cnmp.mp.br/portal/relatoriosbi/sistema-prisional-em-numeros>
- Contini, L. (1957). Homicídio expressivo de psicose alucinatória alcoólica. *Archivos do Manicomio Judiciario do Rio de Janeiro*, n., XXVI(2), 159–164. [Imprensa Nacional].
- Delgado, P. G. G. (1992). *As razões da tutela – Psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Te Corá.
- Diazepam*. (1999). (Andreia Cavalcante Silva). [Bula de remédio]. Teuto Brasileiro S/A.
- Diniz, D. (2013). *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011*. LetrasLivres / Editora Universidade de Brasília.
- Holmes, D. S. (2001). *Psicologia dos transtornos mentais*. Artmed.
- Matta, I. A., Vianna, M. F. (1966). Homicídio – esquizofrenia paranoide – irresponsabilidade. *Archivos do Manicomio Judiciario Heitor Carrilho*. n., XXXV(1/2), 156165. [Imprensa Nacional].
- Ministério da Justiça. (2010). Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. *Resolução 4*. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança.
- Ministério da Saúde. Lei n. 10.216. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Ministério da Saúde. (2001). *Portaria GM 3088*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Ministério da Saúde. (2014). *Portaria 94*. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html
- Ministério Público. (2011). *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001*.
- Pastoral Carcerária. (2018). *Hospitais-prisão – Notas sobre os manicômios judiciais de São Paulo*. Relatório produzido pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade Pastoral Carcerária da Arquidiocese de São Paulo.
- Ribeiro, M. C., Souza, M. C. S., Silva, E. V., Magalhães, M. N., Vieira, N. M. R. (2018). O perfil dos internos de um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: Perspectivas da reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista Saúde.Com*, 14(3), 1270–1279. <https://doi.org/10.22481/rsc.v14i3.4290>
- Szasz, T. S. (1978). *A fabricação da loucura*. 2ª ed. Zahar.

Recebido em: 30/07/2023

Aceite final: 22/01/2024

Sobre os autores:

Thiago de Sousa Bagatin: [Autor para contato]. Doutorado em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Mestrado em Educação pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialização em Filosofia da Educação e graduação em Psicologia pela UFPR. Pesquisador e ativista na área de saúde mental e direitos humanos, coordena o projeto de extensão Tekoa Rape, com foco nas aldeias indígenas. Tem publicações na área de educação, política sobre drogas e saúde mental. Atualmente, é professor do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – campus Paranaíba, e membro do Grupo de Pesquisa e Estudo sobre Higienismo e Eugenia no Brasil (GEPHE). **E-mail:** thiagobagatin@gmail.com, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-2196-6763>

Maria Lucia Boarini: Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP). Mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Especialização em Fundamentos da Educação pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Graduação em Psicologia pela Universidade Mogi das Cruzes (UMC). Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UEM. Líder do Grupo de Pesquisa e Estudo sobre Higienismo e Eugenia no Brasil (GEPHE), devidamente inscrito no CNPq, desde 1998. **E-mail:** mlboarini@uol.com.br, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-8649-706X>