

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**O MANICÔMIO JUDICIÁRIO E SEUS PACIENTES NA VISÃO DOS
TRABALHADORES: ATENÇÃO À SAÚDE E EQUIPAMENTO PRISIONAL**

Ana Flávia Ferreira de Almeida Santana

**Belo Horizonte - MG
2015**

ANA FLÁVIA FERREIRA DE ALMEIDA SANTANA

**O MANICÔMIO JUDICIÁRIO E SEUS PACIENTES NA VISÃO DOS
TRABALHADORES: ATENÇÃO À SAÚDE E EQUIPAMENTO PRISIONAL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Marília Alves.

**Belo Horizonte - MG
2015**

Santana, Ana Flávia Ferreira de Almeida.
S232m O Manicômio judiciário na visão dos trabalhadores [manuscrito]:
atenção à saúde e equipamento prisional. / Ana Flávia Ferreira de
Almeida Santana. - - Belo Horizonte: 2015.
169f.
Orientador: Marília Alves.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.

1. Assistência à Saúde. 2. Hospitais Psiquiátricos. 3. Crime. 4.
Medidas de Segurança. 5. Saúde Mental. 6. Dissertações Acadêmicas. I.
Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 160

ATA DE NÚMERO 056 (CINQUENTA E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA ANA FLÁVIA FERREIRA DE ALMEIDA SANTANA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 25 (vinte e cinco) dias do mês de junho de dois mil e quinze, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "O MANICÔMIO JUDICIÁRIO E SEUS PACIENTES NA VISÃO DOS TRABALHADORES: ATENÇÃO À SAÚDE E EQUIPAMENTO PRISIONAL", da aluna **Ana Flávia Ferreira de Almeida Santana**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Marília Alves (orientadora), Fernando Coutinho Garcia, Luciana de Almeida Colvero, Elza Machado de Melo e Ana Lúcia Machado, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 25 de junho de 2015.

Prof^ª Dr^ª. Marília Alves
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



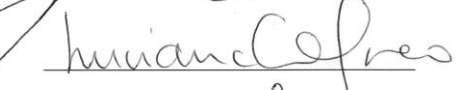
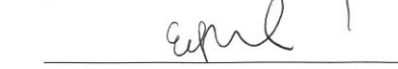
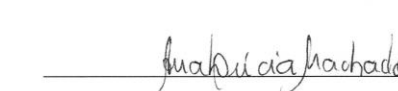
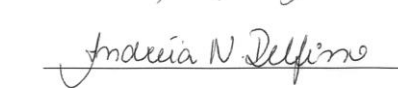
Prof. Dr. Fernando Coutinho Garcia
(Faculdade Novos Horizontes)


Prof^ª. Dr^ª. Luciana de Almeida Colvero
(EE/USP)

Prof^ª Dr^ª. Elza Machado de Melo
(FM/UFMG)

Prof^ª. Dr^ª Ana Lúcia Machado
(Esc. Enf. USP)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação


Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

ATENDIMENTO aos membros do CPE
Em 06/07/2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitor: Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Diretora: Prof^a. Eliana Marina Palhares Guimarães

Vice Diretora Prof^a Sonia Maria Soares

Coordenador do Programa de Pós-Graduação: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Adriana Cristina de Oliveira Iquiapaza (Titular)

Marília Alves (Suplente)

Adriano Marçal Pimenta (Titular)

Kleyde Ventura de Souza (Suplente)

Andréa Gazzinelli (Titular)

Jorge Gustavo Velásquez Meléndez (Suplente)

Cláudia Maria de Mattos Penna (Titular)

Elysângela Dittz Duarte (Suplente)

Maria José Menezes Brito (Titular)

Kênia Lara Silva (Suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai. Aos 18 anos de idade, quando eu estava me preparando para fazer vestibular e escolher minha profissão, meu pai deixou claro que se orgulharia e sonhava ter uma filha “doutora”. Uma filha formada em psicologia não atendia totalmente suas expectativas. Hoje sei que o desejo do meu pai foi um desafio para mim. Escolhas conscientes e inconscientes me fizeram trilhar por um longo e árduo caminho em busca da satisfação deste desejo. Para olhos leigos pode parecer estranho, até mesmo tolo, tanta luta para a realização de um sonho alheio. Mas sei que todas as nossas escolhas são guiadas por um propósito. E as minhas escolhas podem ser, certamente, explicadas por Freud.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me amparou dando força e sabedoria para enfrentar todos os momentos desta caminhada, principalmente os mais difíceis.

Ao Léo, meu amor, companheiro, amigo e pai dos meus filhos, pela presença, apoio incondicional e dedicação. Sem você este sonho não estaria sendo realizado.

Aos meus filhos, por existirem alegrando todos os meus dias. Vocês são a razão da minha vida.

À professora Dra. Marília Alves, por ter apostado e confiado no meu trabalho.

Aos meus pais, pelo apoio.

Aos meus irmãos, pelo carinho e torcida.

À Escola de Enfermagem da UFMG, por ter me acolhido e acreditado no meu projeto.

“O que se faz sentir numa comunidade humana como desejo de liberdade pode ser sua volta contra alguma injustiça existente, e desse modo esse desejo pode mostrar-se favorável a um maior desenvolvimento da civilização.”

Sigmund Freud

Lista de abreviaturas e siglas

CID-10 – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento

DOM - Diário Oficial do Município de Belo Horizonte

LEP – Lei de Execução Penal

MS – Medida de Segurança

PAI-PJ - Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário

QV – Qualidade de vida

SEDS - Secretaria de Estado de Defesa Social do estado de Minas Gerais

SUS – Sistema Único de Saúde

TJMG – Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

HCT – Hospital de Custódia e Tratamento

HCTJV – Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz

MHD – Materialismo Histórico Dialético

RESUMO: A realidade de um Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), anteriormente denominado manicômio judiciário, ao qual a sociedade lançou mão para dar conta da loucura ligada à criminalidade, foi o alvo deste estudo. A construção e manutenção desta instituição, compreendida em seu aspecto histórico e organizacional, incluindo ações de profissionais de saúde e segurança, foram abordadas por meio da relação entre os meios e instrumentos estabelecidos e utilizados. O HCT é uma instituição encarregada de fazer cumprir o tratamento e de privar a liberdade dos portadores de sofrimento mental submetidos à medida de segurança. Este estudo teve como objetivo analisar as contradições existentes em um Hospital de Custódia e Tratamento, focalizando sua função de assistência à saúde e de segurança pública. A opção pelo materialismo histórico dialético (MHD) teve como fundamento a possibilidade de utilizá-lo como instrumento para a interpretação da realidade. Com sua inerente essencialidade lógica, a dialética apontou um caminho para a compreensão e consequente possibilidade de transformação da realidade do HCT. O cenário de estudo foi o HCT Jorge Vaz (HCTJV), localizado na cidade de Barbacena, MG, Brasil. Trata-se do único manicômio judiciário do Estado, criado em 1927. A coleta de dados foi conduzida por meio de três diferentes técnicas, visando ao cruzamento das informações, ou seja, Análise de Documentação, Entrevistas e Observação. A amostra foi por conveniência e os sujeitos profissionais do HCT e magistrados das Varas Criminais e Execução Criminal de Minas Gerais. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo e os documentos e observações utilizados para complementação das informações como forma de apreensão das conexões internas, buscando a visão global e as contradições existentes. Os resultados mostram que prevalece a vigilância feita pelos agentes de segurança, em detrimento da atenção à saúde, apesar de contar com equipe multiprofissional; há pouca ou nenhuma ação voltada para a reinserção social dos internos e há falta de pessoal, medicamentos e outros meios e instrumentos para atender às necessidades das pessoas em Medida de Segurança. Os parâmetros para o tratamento dos pacientes é estabelecido por cada profissional, individualmente, de acordo com sua percepção dos internos e visão de mundo. Não há trabalho em equipe e não é seguido o preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas leis específicas para saúde mental. Não há treinamento para trabalhar no HCT e os agentes de segurança são treinados para trabalhar em presídios comuns. Pode-se concluir que o fim proposto pela Medida de Segurança a ser colocado em prática pela instituição não tem sido alcançado, prevalecendo a utilização de práticas superadas do passado. O foco no HCT não é o tratamento nem o cuidado, mas a vigilância constante e a manutenção de sujeitos socialmente indesejáveis, reclusos, estabilizados de forma a não comprometer a ordem social.

Palavras-chave: Assistência à saúde; Hospitais Psiquiátricos; Crime; Medida de Segurança; Saúde Mental.

ABSTRACT: The reality of a Hospital of Custody and Treatment (HCT), previously called as judiciary asylum, as a structured whole of which society used to handle with the madness related to criminality was the target of this study. The construction and maintenance of this institution, comprehended in its historical and organizational aspect, including actions of health and security professionals, were approached by the relation between means and instruments established and used. The HCT is an institution in charge of enforcing the treatment and charged with deprivation of freedom the mental suffering ones under security measure. This study had the objective to analyze the contradictions in a Hospital of Custody and Treatment, focusing on its health care function and public security. The option by the dialectic historical materialism had as fundament the theoretical possibility of being used as an instrument for the interpretation of the reality. With its inherent logical essentiality, the dialectic showed a path to the comprehension and consequent possibility of transformation of HCT's reality. The study scenario HCT Jorge Vaz, located at Barbacena city, MG, Brazil. This is the only state's judiciary asylum, built in 1927. The collect of data was conducted using three different techniques, aiming the information crossing, that is, Documental Analysis, Interviews and Observation. The sample was for convenience and the professionals of HCT and judges of Criminal Courts and Criminal Execution of Minas Gerais. The interviews were subjected to content analysis and documents and observations used to complement the information as a way of apprehension the internal connections, seeking for a global vision and the contradictions that exists. The results show that prevails the vigilance by the security agents, at the expense of the healthcare attention, despite having a multi-professional team; there is few or no action toward the social reinsertion of the interns and has lack of people, medicines and other means and instruments to attend the needs of the people at Security Measure. The parameters for the treatment of the patients are established by each professional, individually, according to his perception of the interns and world view. There is no team work and is not followed what is recommended by the Health Unique System and by the specific laws for mental health. There is no training to work at HCT and the security agents are trained to work in ordinary prisons. It may be concluded that the objective proposed by the Security Measure, to be put on practice by the institution, has not been reached, remaining the same prey to the past practices. The focus at HCT is not the treatment or the care, but the constant surveillance and the maintenance of the socially undesirable subject locked up and stabilized and with no condition to compromise the social order.

Keywords: Health care; Psychiatric Hospitals; Crime; Security Measure; Mental Health.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1. Introdução | 14 |
| 2. Objetivo | 17 |
| 3. Loucura e encarceramento narrados como história | 18 |
| 3.1. Percurso de uma história de reclusão e exclusão | 18 |
| 3.2. Surgimento do Hospital de Custódia e Tratamento | 24 |
| 3.3. Medida de segurança | 36 |
| 3.4. Fatos e lutas contra os muros do manicômio judiciário | 41 |
| 4. Percurso Metodológico | 43 |
| 4.1. Materialismo Dialético | 43 |
| 4.2. Local do estudo | 50 |
| 4.3. Sujeitos da pesquisa | 51 |
| 4.4. Coleta de dados | 51 |
| 4.5. Análise dos dados | 53 |
| 5. Apresentação e discussão dos resultados | 55 |
| 5.1. Categoria I - Ambiência do cenário de pesquisa: concepções gerais | 55 |
| 5.1.1. Caracterização e objetivos da instituição | 55 |
| 5.1.2. Caracterização do paciente e sua inserção familiar e social | 75 |
| 5.1.3. Particularidades da instituição: políticas, carências e segurança | 94 |
| 5.2. Categoria II – Trabalho em uma prisão ou em um hospital? Tudo conspira contra a identidade profissional | 105 |
| 5.3. Categoria III – Condição de trabalho para proporcionar tratamento | 123 |
| 5.4. Categoria IV – Medida de Segurança ou pena? O foco das contradições | 136 |
| 6. Considerações finais | 158 |
| 7. Referências | 161 |
| Anexo | 169 |

APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR

Sou Psicóloga formada pela PUC-MG e atuo profissionalmente no Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), realizando perícias psicológicas diversas por ordem judicial.

O interesse pelo estudo e prática na área da saúde mental vem desde a minha adolescência, interesse este que influenciou minha escolha pela graduação em Psicologia. O que teve início como interesse, aos poucos, passou a ser um fascínio. Durante todo o curso de graduação, questões relacionadas à psicopatologia foram alvos de dedicação intensa, que se concretizaram com a realização de disciplinas, de leitura de livros, de discussões e de estágios na área da saúde mental.

O encanto com a Psicologia Jurídica, área pouco discutida durante a graduação, também foram me seduzindo ao longo da formação acadêmica. Por estar intimamente ligada à saúde mental, a Psicologia Jurídica possibilitava a formação de um laço com outra área de meu interesse: o direito. Após o término da única disciplina que fazia menção da relação existente entre psicologia e direito, surgiu o desejo genuíno de atuação na área.

Pouco tempo após a conclusão do curso de graduação, foi lançado um edital de concurso público para o TJMG. Dentre as vagas existentes, estava a de Técnico Judiciário Psicólogo. Desde o momento em que tomei conhecimento do edital, comecei a fazer planos para minha carreira. Mesmo passando por um momento complicado em minha vida, fiz grande esforço para me preparar para o concurso. Os estudos sobre os temas específicos da psicologia jurídica e saúde mental foram fundamentais para minha aprovação no concurso, pois já havia estudado a maior parte da literatura indicada para as provas de conhecimentos específicos.

Atuando no TJMG como psicóloga da Comarca de Ribeirão das Neves, tive a oportunidade de ser desafiada por questões extremamente complexas relativas ao ser humano: comportamento, desenvolvimento, relações sociais, relações conjugais, formações familiares, psicopatologias, criminalidade, poder, dentre tantas outras. A complexidade e o alto nível de responsabilidade que a prática profissional exigia fizeram com que eu continuasse a estudar e a me aprofundar em conhecimentos técnicos.

Cursei duas pós-graduações em áreas que considerei pertinentes ao meu trabalho e decidi, então, estudar de forma mais aprofundada o alvo do meu fascínio: a relação da loucura com o direito. Influenciada pelo sucesso do trabalho realizado por colegas do TJMG no Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-PJ), decidi fazer o mestrado. Desenvolvi um projeto de pesquisa no mestrado, orientada pela Prof. Dra. Tânia Chianca, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no qual, utilizando métodos quantitativos, avalei a qualidade de vida dos pacientes internados no Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz em Barbacena.

Os resultados da pesquisa foram tão contundentes, que me senti na obrigação de dar continuidade ao trabalho. Surgiu, assim, a ideia do projeto de pesquisa que apresentei na seleção para o curso de doutorado do mesmo Programa de Pós-Graduação. Este projeto foi executado com o propósito de contribuir, de alguma forma, para a melhoria das condições de vida das pessoas que estão ou que ainda estarão internadas em um manicômio judiciário, garantindo-lhes dignidade e cuidados com a saúde.

INTRODUÇÃO

Os manicômios judiciais foram projetados no século XIX para abrigar os criminosos monomaníacos e degenerados que comprometiam as intenções e o funcionamento da defesa social. À época, os asilos e as prisões mostravam-se insuficientes e inadequados à segregação desses indivíduos, considerados como pertencentes a uma região intermediária entre a sanidade e a loucura, entre a irresponsabilidade e a responsabilidade moral. Diante das circunstâncias, os manicômios judiciais assumiram características tanto de presídio como de asilo. A dupla vertente dessas instituições caracteriza a sobreposição de um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar. O caráter ambíguo da instituição refletiu nas posturas dos próprios profissionais, e isto aconteceu, inevitavelmente, em função dos objetivos opostos aos quais cada vertente se destina, pois “para a prisão enviamos culpados; o hospital ou hospício recebe inocentes” (CARRARA, 1998 p. 27). Os manicômios judiciais revelam-se como instituições híbridas, com objetivos contraditórios, de difícil definição.

O duplo objetivo dos manicômios judiciais, custodiar e tratar, teoricamente, não é motivado por um sistema punitivo, mas traz como questão a longa duração, muitas vezes eterna, dos internamentos. Ilhas para a contenção dos banidos pela sociedade foram construídas com o aval da defesa social. As promessas de melhores condições de assistência e tratamento para os alienados submetidos às restrições jurídicas foram substituídas pela morte civil dos mesmos. Os manicômios judiciais não puderam oferecer aos seus internos nada além de sua inerente ambiguidade (BARROS-BRISSET, 2010; JACOBINA, 2004).

No Brasil, os manicômios judiciais são mantidos em uma estrutura que integra e mistura funções de instituição hospitalar e prisional. Do ponto de vista jurídico, o portador de sofrimento psíquico, ao cometer um crime, não é considerado autor do ato, uma vez que é considerado inimputável, incapaz de distinguir o caráter ilícito dos próprios atos em função do transtorno mental. Nesses casos, a lei determina a absolvição com aplicação de Medida de Segurança (MS). O sujeito penalmente culpado recebe uma pena, ao passo que àquele considerado socialmente perigoso é aplicada uma MS (BRASIL, 2001).

Teoricamente, as penas e as MS possuem finalidades, condições de aplicação e modos de execução distintos. A pena é aplicada aos responsáveis por seus atos e edifica-se na culpabilidade do delinquente. Ela caracteriza-se como sanção penal repressiva, possui cunho retributivo, com intenção aflitiva e é proporcional à gravidade do ato cometido. Não tem como foco a cura ou reabilitação do homem considerado livre e imputável. Por repousar sobre a culpa, objetiva a punição.

Já a MS tem como fundamento a periculosidade do agente e não a culpabilidade, ou seja, não tem como objetivo a retribuição da culpa. É considerada eticamente neutra, desprovida de caráter aflitivo. Tem como foco a assistência e o tratamento do sujeito, sem uma intenção punitiva. Trata-se, teoricamente, de uma tentativa de garantir um tratamento para o sujeito, sem causar-lhe mal. Peres & Nery (2002) sugerem que o crime exerce a função de sintoma do estado perigoso do indivíduo. Como esse estado perigoso está diretamente relacionado à saúde mental, pressupõe-se não ser possível calcular ao certo o tempo necessário para sua extinção, fazendo com que a MS não tenha um tempo de duração determinado. Diante dessa situação, o que ocorre na prática, é que o sujeito acaba ficando recluso como em uma condenação perpétua. O estigma do perigo acompanha o sujeito, que necessita da comprovação da cessação da periculosidade, conferida pela perícia médica, para obter a suspensão da MS. A revogação da medida só acontecerá caso o sujeito, após um ano de liberação, não tenha indícios da persistência de sua periculosidade. Portanto, diferente da pena, a duração MS é indeterminada. (Brasil, 1984)

A aplicação da MS é destinada ao inimputável, àquele que, em razão de sua loucura, não pode ser considerado culpado, mas representa perigo para a sociedade. A profilaxia social, direcionada aos cuidados com a loucura, permitiu que a MS, no campo do direito penal, funcionasse como dispositivo de atuação frente à mesma. Essa atuação é apresentada como possibilidade de tratamento e assistência.

No entanto, o estudo realizado por Santana et al. (2009) revelou que, ainda hoje, o encarceramento em manicômios judiciários no Brasil provoca sérios comprometimentos, tanto da qualidade de vida como da situação psicossocial dos pacientes. Tal comprometimento é apontado como reflexo das estratégias sociais de exclusão, do predomínio da prática psiquiátrica moderna, bem como da organização e funcionamento de uma instituição total híbrida. O nome dado atualmente à instituição, Hospital de Custódia e Tratamento, em substituição a manicômio judiciário, não condiz com sua realidade, que em nada lembra um hospital. Os protocolos seguem orientação

do órgão que administra a instituição: a Secretaria de Defesa Social. O financiamento, a estrutura organizacional, o quadro de pessoal, assim como as regras de funcionamento, seguem os mesmos padrões das instituições penitenciárias. Até mesmo a disposição das celas dos pacientes, que são monitorados por agentes penitenciários, é similar às celas das prisões.

A dúbia realidade social destas instituições necessita ser compreendida, assim como as normas/regras de formação para lidar com o conjunto de relações existentes entre o crime e a loucura, de maneira abrangente, a partir de suas características simbólicas e históricas. Faz-se necessário um esforço para construir estratégias de análise dos contraditórios discursos e do contexto sociopolítico que mantém a instituição. Os discursos, envolvidos nos modos particulares e contraditórios, das relações existentes entre a instituição e a sociedade necessitam ser considerados ativamente na atual construção das práticas sociais que envolvem o encarceramento de pessoas portadoras de transtorno mental, entendendo-se, neste estudo, por transtorno mental um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente associado a sofrimento e interferência com funções pessoais (CID-10,1993).

Neste contexto, buscou-se com este estudo, responder às seguintes inquietações: o que mantém e porque são mantidas as contradições existentes no manicômio judiciário como instituição de saúde e de segurança pública? Há equilíbrio entre as funções de instituição de saúde e de segurança pública? Que contradições podem ser encontradas em uma instituição híbrida como o HCT? Parte-se do pressuposto de que o manicômio judiciário é uma instituição total, híbrida, cuja função predominante é de segregação dos sujeitos submetidos à Medida de Segurança.

2 – OBJETIVOS

2.1 – Objetivo geral

Analisar as contradições existentes em Hospitais de Custódia e Tratamento, focalizando sua função de assistência à saúde e de segurança pública.

2.2 – Objetivos específicos

- Descrever a estrutura e funcionamento do HCT
- Compreender a articulação entre o serviço de saúde e o serviço carcerário prestado ao paciente judiciário.
- Compreender em que medida o atendimento aos pacientes contribui para a reinserção social dos mesmos, a partir do ponto de vista dos profissionais da saúde e da segurança pública.
- Identificar as contradições no discurso dos profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento.
- Discutir estratégias de atenção à saúde do paciente em cumprimento de medida de segurança em regime fechado

3 – LOUCURA E ENCARCERAMENTO NARRADOS COMO HISTÓRIA

3.1 – Percursos de uma história de reclusão e exclusão

A conceituação de loucura varia de acordo com o momento sociohistórico estando atrelada aos conceitos de “normalidade” e “anormalidade”. Tais conceitos, ao longo da história da loucura, foram determinados por noções diversas de estatística, teleologia, ideologia. As concepções de saúde e enfermidade, que também variam de acordo com o contexto social de onde são retirados, interferiram de forma significativa na construção sociohistórica do conceito e das atribuições dadas à loucura.

Textos de Homero e Hesíodo, escritos na antiguidade grega, antes do século V a.C., mostram que o homem definia a loucura como algo da ordem da falta de razão. A insensatez, considerada uma distorção ou aberração da natureza humana, era atribuída às forças e entidades desconhecidas, produto de alguma interferência sobrenatural. O que acontecia na vida do homem era definido pela vontade dos deuses, era “capricho dos deuses”. A loucura seria, então, um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não fossem contrastados pela vontade dos homens. (PESSOTTI,1994)

Homero, por exemplo, não acreditava na existência de desastres, tudo era determinado e feito por Zeus. A loucura do homem também era obra de Zeus, de outros deuses ou de entidades subalternas da mitologia. Ésquilo ainda falava da loucura causada pelos deuses como um castigo, uma imputação de sofrimento. Até o momento em que os estudos das “aberrações humanas” foram incluídos no campo da medicina, há cerca de 2.500 anos, na Grécia, existiam apenas alusões à loucura como comportamentos estranhos, personalidades incomuns ou desagradáveis ou mesmo “possessões demoníacas”. (STONE, 1999)

As possessões foram uma das formas mais significativas usadas para explicar comportamentos tidos como desviantes. Os espíritos eram utilizados para explicar todo e qualquer fenômeno da natureza como, por exemplo, o raio e o trovão. O que não estava ao alcance de ser compreendido precisava ser explicado por meio de fenômenos sobrenaturais.

Na antiguidade, filósofos como Platão e Aristóteles já elaboravam teorias sobre a natureza da alma e de seus transtornos. Hipócrates, considerado pai da

medicina e contemporâneo de Platão, sistematizou a nosologia existente, adicionando alguns conceitos aos já esboçados. Tal nosologia constava basicamente da mania, histeria, paranoia e melancolia. Hipócrates foi o primeiro a ver a loucura de uma forma orgânica, como derivada do desequilíbrio entre quatro humores: bílis amarela, verde, potuita e sangue. Foi o primeiro a descrever que a loucura vinha do cérebro. Suas ideias representam o marco final da explicação da loucura pela mitologia e teologia. (STONE, 1999)

Para Foucault (2004), na Renascença, a loucura passou a ocupar o lugar que a lepra ocupara na Idade Média, algo sem utilidade e desvinculado de ritos já estabelecidos. Com a regressão da lepra, os pobres, os vagabundos, os presidiários e as “cabeças alienadas” assumiram o papel abandonado pelo lazarento. Aconteceu o esvaziamento dos leprosários da Europa durante o final da Idade Média, mas a imagem do leproso na sociedade não desapareceu. Inicialmente, essa lacuna parece ter sido preenchida pelos portadores de doenças venéreas, mas, com a nova visão Renascentista, que Foucault (2004) tentou destrinchar a partir da Nau dos Loucos, ela passou a ser preenchida pela loucura.

A Nau dos Loucos fez parte de uma composição literária, de cunho realístico, pois existiam barcos nos rios da Renânia e nos canais flamengos que levavam loucos, geralmente estrangeiros, expulsos das cidades. A Nau dos Loucos era um barco que transportava tipos sociais em busca de suas verdades, o que tinha um sentido cósmico e mítico.

Ao retornar às experiências do fim da Idade Média, Foucault (2004) mostrou que as atuais concepções sobre a loucura possuem uma história feita das contingências das lutas e relações humanas, sendo, portanto, passível de mudança. Na Idade média a loucura ainda circulava livremente, fazia parte da vida cotidiana, não havendo a intenção ou a necessidade do internamento das pessoas acometidas por ela. Sua imagem característica era a da nau dos loucos, e ela possuía valores e significados herdados do que havia sido a lepra após o fim das Cruzadas. A loucura, transportada por estas naus, representava ao mesmo tempo a cólera e a bondade de Deus. A exclusão social remetia à salvação da alma do sujeito. A nau representava um ritual, em que a segregação estava intimamente relacionada à reintegração espiritual. A navegação sem rumo definia a simbologia à loucura. À deriva na nau, o louco estava entregue ao livre curso dos mares, tornando-se um prisioneiro das marés. O louco era uma figura ambígua que vagava de

forma vacilante, uma figura que ameaçava e, ao mesmo tempo, surpreendia a imaginação da sociedade.

A partir do século XV, a face da loucura passou a assombrar a imaginação do homem ocidental. Segundo Foucault (2004), até pouco depois do início da segunda metade do século XV, o tema morte imperou sozinho em relação aos fantasmas que assombravam a mente dos homens. A morte ou o fim da humanidade e, conseqüentemente, o fim dos tempos, assumiu o rosto das pestes e das guerras. No entanto, nos últimos anos do século, outra grande inquietude passou a assolar a vida dos homens, fazendo com que surgisse nova frente de desatino: a loucura substituiu a morte e a seriedade que a acompanhava. A loucura passou a revelar a face monstruosa existente nos homens, o que de não humano havia neles. Passou também a constituir um saber exotérico, proibido, inacessível às pessoas de razão.

A partir de então, a insanidade assumiu o papel da desarmonia, fazendo com que a loucura se tornasse uma preocupação equiparada à causada pela morte, pois pressagiava o lado sombrio do ser humano. Houve uma reviravolta no interior das inquietudes e dos pesadelos dos homens. A loucura passou a representar o vazio da existência, um vazio sentido do interior como forma contínua e constante da existência. O liame entre a loucura e o nada foi estreitado no século XV, anunciando, por meio de fantasias, as ameaças, os segredos e o destino visto como uma experiência trágica.

Na Idade Clássica, a loucura passou a ser considerada como uma manifestação da “desrazão”. A Não-Razão do século XVI constituía uma espécie de ameaça aberta cujas manifestações, consideradas perigosas, podiam comprometer as relações da subjetividade e da verdade. A dúvida cartesiana evidenciou o pensamento como o exercício de soberania de um sujeito, a quem se atribui o dever de perceber o verdadeiro, não podendo ser insensato. Assim, traçou-se uma linha divisória que tornou impossível conceber uma razão que pudesse ter algo de irracional, assim como tornou improvável a existência de um razoável desatino (FOUCAULT, 2004; BAUMGART, 2006).

A partir destas construções e concepções, os loucos tornaram-se vítimas das grandes internações e foram acorrentados nos hospitais gerais. A loucura começou a ser exilada. O internamento do século XVII não estava relacionado a questões e estruturas de saúde, mas a interesses econômicos e jurídicos.

Neste período, os Estados estavam se fortalecendo e necessitando crescer economicamente. Todos os sujeitos ociosos e desempregados que podiam causar

desordem passaram a ser detidos e obrigados a aceitar o internamento. Foucault hipotetiza que o número de internações aumentava durante os tempos de crise para evitar revoltas. Nesse momento, as pessoas com problemas mentais se juntam à população ociosa e perigosa, dando novo sentido ao termo louco. Podiam ser internados no mesmo local, loucos, enfermos, libertinos e criminosos sem que houvesse indicação de diferença entre eles.

No século XVII, foi fundado o Hospital Geral de Paris, destinado ao internamento com fins punitivos, e não com objetivos médicos. Promoveu-se, assim, o enclausuramento das figuras da desrazão, consideradas imorais com as mais variadas características: pobres, ociosos, suicidas, blasfemadores, portadores de doenças venéreas, libertinos de todas as espécies e os loucos. A punição da loucura entrou para o rol das percepções morais. O grande internamento ganhou o estatus de vitória, do bem contra o mal ou de triunfo da razão sobre a desrazão. A figura animalizada do louco dava margem à criação da imagem de uma razão vitoriosa sobre a degradação dessa não humanidade representada pelo esteriótipo da loucura (FOUCAULT, 2004).

No século XVIII, iniciou-se uma concepção que relacionava a loucura com a doença, aproximando, pela primeira vez na história, a loucura da medicina. O medo do mal oriundo do enclausuramento da loucura, bem como a suspeita de que esse mal misterioso pudesse se espalhar, acabaram por vincular a desrazão à doença a partir de seu conteúdo moral. Assim, o médico foi designado para observar o internamento, objetivando não a cura dos internos, mas a proteção da sociedade contra o perigo que saía desses estabelecimentos de punição. O papel do médico estava relacionado à imposição da moral, e sua relação com o louco começou a partir da reclusão e da condenação ética (FOUCAULT, 2004).

Assim, foi aberto, no século XIX, o caminho para a distinção entre doenças físicas e psicológicas. Enquanto no século XVII a loucura era relacionada ao desatino, no século XIX, ela passa a ser vista como questão física, orgânica, e o desatino, como questão psicológica.

Deixar o louco sob os cuidados dos médicos possibilitou que a loucura emergisse como objeto de conhecimento da ciência médica. A visão ao mesmo tempo moral e científica do médico sobre o louco transformou a loucura em uma doença mental, em um objeto de estudo como as demais doenças do corpo. A relação do louco com o mundo passou a se dar por meio dessa razão abstrata, que o coagia e o obriga a se enquadrar na ordem das ciências.

Essa nova concepção teve relação com o surgimento da indústria. Antes, o indivíduo que fosse capaz física e mentalmente de trabalhar, mas que se encontrava ocioso por algum motivo, era nocivo ao Estado. Neste momento, ele passou a ser necessário para compor a mão de obra barata, contribuindo para o crescimento das indústrias e da riqueza das classes dominantes. Ou seja, a mudança de concepção ocorreu porque, no capitalismo industrial, a pobreza passou a ser necessária. (FOUCAULT, 2004)

No século XIX, foram criados asilos ou hospitais psiquiátricos, e os loucos passaram a ser tratados como doentes mentais. A partir desta reestruturação política, social e também interna das casas de internação surgiram os asilos, a psiquiatria e a psicologia, que passaram a fortalecer e naturalizar a união entre a loucura e o internamento. As modernas teorias médicas e das psicologias criaram o louco do mundo moderno, que era também o homem comum, detentor de sua própria verdade. No entanto, para o louco, esta verdade estava oculta. Com o objetivo de ajudá-lo a alcançar o encontro com a tal verdade, o auxílio médico passou a ser necessário, o que justificaria o seu confinamento. (FOUCAULT, 2004)

O atendimento feito em hospitais psiquiátricos foi se mostrando, ao longo dos tempos, ineficaz, segregador e iatrogênico. Seus objetivos explícitos propagados para a sociedade, como a função terapêutica, socializadora, custodial e protetora, não foram cumpridos adequadamente, dando margem a intenções implícitas, como obtenção de recursos financeiros, depósito de indivíduos perturbadores da ordem pública e abrigo para os sem lar e sem família. (AMARANTE, 1995)

A internação psiquiátrica virou sinônimo de custódia, o que significou a destituição de desejos, emoções, voz, ação e cidadania do paciente internado, ou, como sugere Goffman (1974: 34), tornou-se um veículo de “mortificação do eu”. O hospício, com suas cruéis propriedades iatrogênicas, ao invés de propiciar tratamento terapêutico, passou a reforçar a doença mental, sem dar qualquer oportunidade para que o paciente pudesse se responsabilizar por seus atos. Inseridos nos moldes de uma “instituição total”, como afirma Goffman (1974), os hospícios são um híbrido social, parte residência e parte organização formal, que mantém uma tensão entre o mundo doméstico e o institucional como estratégia no controle dos homens.

Nas primeiras décadas do século XX, surgiu a Reforma Psiquiátrica, um movimento social com objetivo de reverter o caráter excludente e violento oferecido aos pacientes internados em asilos psiquiátricos. Diante da degradante situação em que se

encontravam os pacientes internados, a própria comunidade científica questionou e provocou discussões em todos os setores da sociedade, objetivando uma visão crítica de algo que exclui, segrega, organiza-se em função da falsa ideia de periculosidade e é denominado tratamento (AMARANTE,1994; BASÁGLIA, 1982, 1985).

A gravidade do problema deu origem à formulação de programas de reestruturação do atendimento à saúde mental, que tiveram como exemplos significativos a Psiquiatria Comunitária Americana, a Psicoterapia Institucional Francesa e a Psiquiatria Democrática Italiana. No Brasil, a repercussão desses movimentos foi de grande importância e ocorreu concomitante às lutas e conquistas vindas da Reforma Sanitária Brasileira (MENDES, 2001).

Em Minas Gerais, segundo Barreto (1999), no final da década de 1970 a Secretaria de Saúde viabilizou a entrada da imprensa nos hospitais psiquiátricos públicos. Inúmeras reportagens, que chocaram a opinião pública, denunciaram as instituições, dentre elas, a série “Nos Porões da Loucura”, publicada no Jornal Estado de Minas. Em seguida, realizou-se em Belo Horizonte, o histórico III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que possibilitou a veiculação da denúncia pela imprensa da desumanidade dos pátios de Barbacena. Nos primeiros anos da década de 1980, algumas iniciativas do movimento de reforma começaram a ser implantadas. A providência que inaugurou a evolução desse processo foi a proibição de transferência de novos pacientes crônicos de Belo Horizonte para o hospital de Barbacena, que no auge de seu funcionamento chegou a ter mais de 5000 internados, recebendo um ônibus cheio de pacientes uma vez por semana. A participação ativa da residência psiquiátrica junto com a organização de trabalhadores da área de saúde mental foi de suma importância para a evolução do movimento.

A Reforma Sanitária Brasileira levou a saúde mental a inscrever-se no âmbito da saúde pública. Amarante (1995) afirma que o ciclo histórico da saúde pública no Brasil foi concluído com a aprovação da lei 10.216 de abril/2001, para promover a reestruturação da assistência psiquiátrica no País. Tal ciclo iniciou com a aprovação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado em 1989, regulamentando as internações psiquiátricas com o objetivo de promover mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental, principalmente em questões referentes à desospitalização. A Lei ainda regulamentou a criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia, hospitais-noite, lares protegidos e os centros de atenção psicossocial,

com objetivo de evitar internações prolongadas e reduzir as compulsórias, bem como para privilegiar o convívio familiar do paciente. (BRASIL, 2001)

O movimento da Reforma Psiquiátrica apontou a necessidade de reestruturação do modelo de atenção da instituição psiquiátrica. A proposta de desconstrução da ideia do manicômio, do agir institucional e da segregação, evidenciou a necessidade de garantir uma assistência integral, eficaz e humanizada em saúde mental visando à reintegração social e reabilitação psicossocial do usuário, bem como objetivou a redução de internações em hospitais psiquiátricos. Segundo o Diário Oficial do Município de Belo Horizonte (DOM, 29/12/2000), mesmo diante de tal constatação, na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), havia pacientes internados com possibilidade de alta médica por falta de recursos de moradia e sustento financeiro. Grande parte das internações prolongadas atingia as camadas mais carentes da população no que se refere a questões materiais ou à falta de informação e de apoio necessário ao acolhimento do portador de transtorno mental.

3.2 – Surgimento do Hospital de Custódia e do tratamento

A palavra “manicômio” tem suas raízes nas palavras gregas “mania” e “komên”, que significam respectivamente loucura e curar. Portanto, a partir do seu significado, infere-se que o manicômio seja uma instituição destinada ao tratamento de pessoas com transtornos mentais.

Até o final do século XVIII, a prática social de acolhimento dos loucos em hospitais e Santas Casas de Misericórdia tinha como finalidade a exclusão genérica de todas as pessoas que simbolizavam ameaça a lei e a ordem social. Sem a pretensão de uma segregação institucionalizada, os loucos eram acolhidos, piedosamente, como uma prática de proteção e guarda, junto a ladrões, prostitutas e miseráveis (FOUCAULT, 1984, 2004).

Com base nos princípios da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos Humanos, teve início em países como Estados Unidos, França e Inglaterra, um movimento de reforma contra internações arbitrárias dos doentes mentais. Surgiu, então, o manicômio, instituição destinada a tratar a loucura com vistas à cura. O internamento no manicômio adquiriu status médico, sendo o primeiro método terapêutico para a loucura na modernidade, fundado pelo francês Pinel. O método criado instituiu a doença mental como problema de ordem moral e estabeleceu o isolamento social dos

“alienados” como recurso necessário ao tratamento (ADAMO, 1980; BARRAS e BERNHEIM, 1990).

De acordo com Pessotti (1996), o manicômio abriu espaço para a psiquiatria como especialidade médica, além de ter sido o núcleo gerador de nova forma institucional, que uniu as funções controversas de proteção da sociedade do perigo que os doentes mentais representavam e o tratamento curativo dos mesmos. Foucault (1984, 2004) constatou que a criação do manicômio e a medicalização sistemática e dominante da disciplina não diziam respeito ao reconhecimento da loucura, nem ao tratamento humanizado dos alienados. Dizia respeito à confluência do pensamento médico e da prática do internamento com objetivos de isolar o perigo social representado pela doença mental e por meio do tratamento moral e da coerção, criar um homem apto a viver em sociedade.

As instituições totais, como os manicômios, colocam barreiras quase impenetráveis entre o internado e o mundo externo, assegurando profunda ruptura com os papéis sociais anteriores. Como consequência, há a perda de propriedade, ao ser despojado de seus pertences; desfiguração pessoal, ao ser despido de sua aparência usual; perda de amigos, contato familiar e acontecimentos sociais; ócio forçado; autonomia inexistente, além de profunda deformação pessoal, decorrente da perda do conjunto de fatores determinantes da identidade (GOFFMAN, 1974, MANACORDA 1982, AMARANTE, 1995).

A fusão de duas clássicas instituições totais que a sociedade moderna criou para manter o controle e a ordem social, a prisão e o manicômio, fez surgir na Europa, na segunda metade do século XIX, o manicômio judiciário. A primeira denominação dada a esta instituição total foi “manicômio criminal”. Originário do século XVIII, o manicômio surgiu com o objetivo de tratar e curar a loucura por meio do Tratamento Moral, método descrito pelo médico Philippe Pinel. Já a palavra prisão, do latim vulgar *prensione*, derivado do latim clássico *prehensione*, diz do ato de prender ou capturar alguém e, por extensão, o conceito também abarca o local onde se matém o indivíduo preso (SIMONETTI, 2006; CORREIA, 2009).

O manicômio criminal nasceu na segunda metade do século XIX na Europa. Sua origem histórica remonta à Inglaterra do século XVIII, quando um súdito, ao ser julgado por tentar matar o Rei Jorge III, foi considerado louco e irresponsável por seus atos. A sentença fora a absolvição com a ordem de internação em uma seção especial do Asilo de Bedlem, criada em 1786. Foi também na Inglaterra do século XVIII que a lei *Insane*

offender's Bill foi promulgada para prever que todos que tivessem cometido um delito em condições de alienação mental deveriam ser absolvidos e internados em um manicômio por tempo estipulado pelo rei. (ANDREUCCI, 1981)

No entanto, a referida lei mostrou-se ineficaz e a organização e estruturação institucional para atender às necessidades terapêuticas dos internos foram insuficientes para garantir atendimento de qualidade. Assim, o primeiro manicômio criminal propriamente dito da Inglaterra só foi criado em 1857 na paróquia de Sandhurst na Inglaterra, com a denominação de *Criminal Lunatic Asylum*. (SIMONETTI, 2006; HARVERY and LINDQVIST, 2007).

A experiência do manicômio criminal começou a se disseminar pelo resto do mundo quase um século após a primeira experiência da Inglaterra. Nos Estados Unidos o primeiro manicômio criminal nasceu no ano de 1855. Logo em seguida, entre os anos de 1870 a 1875, a Alemanha inaugurou suas primeiras seções especiais para a detenção de loucos criminosos. No ano de 1876, a França e a Itália também criam espaços específicos para separar os loucos dos demais presos. (CORREIA, 2009, RICH, 2007)

O nascimento dos manicômios criminais esteve intimamente relacionado ao debate travado entre duas grandes Escolas Jurídicas. Numa perspectiva defensiva em relação aos abusos cometidos pelos monarcas absolutistas na determinação de penas para seus súditos, o movimento político-filosófico iluminista, desde o final do século XVIII até a primeira metade do século XIX, registrou um novo marco na definição dada pela lei para a conceituação do crime. Uma abordagem legalista para a aplicação das penas baseada em ideais humanitários garantiu a individualização e proporcionalidade entre a pena e o delito. A Escola Liberal Clássica do Direito Penal, assim chamada por seus sucessores Positivistas, fundamentou filosoficamente uma concepção jurídica do delito e da responsabilidade penal à luz de concepções racionalistas, liberais e jus naturalista. (OLIVEIRA, 2005)

Segundo Oliveira (2005) e Almeida (2004), a Escola Liberal Clássica considerava o crime apenas como ente jurídico, isolado da conduta que lhe originou, tendo como única vinculação com o mundo exterior sua ligação a um ato de livre arbítrio do sujeito. Trata-se de um resultado de uma filosofia de cunho idealista e metafísico, desvinculado da realidade empírica.

A Escola Liberal Clássica estruturou uma noção de crime estática, prevista apenas na lei penal, que teve como pilares os postulados do livre arbítrio e

responsabilidade moral. O primeiro, segundo Almeida (2004), era considerado uma faculdade inerente ao homem, derivado da sua capacidade de discernimento, inteligência e razão. Concomitantemente com a responsabilidade penal do criminoso, existia a responsabilidade moral, uma vez que o homem era considerado capaz de prever, conscientemente, a moralidade ou não dos seus atos. O crime era considerado ato de livre arbítrio e não como consequência natural ou social. Almeida (2004) afirma que a Escola Clássica tinha como único foco o fato delituoso em si, e não o criminoso como autor responsável por seus atos. O crime era, então, reconhecido como algo meramente jurídico, resultado da mais completa abstração. Já a pena, considerada como único meio de luta da sociedade contra o crime, possuía caráter retributivo e repressivo, utilizado como retribuição merecida àquele que praticou um mal.

Em meados do século XIX, a Escola Clássica dava sinais da ineficiência de sua doutrina penal, que não mais correspondia à necessidade de adequação do direito ao acelerado desenvolvimento das ciências sociais, bem como à nova ordem social burguesa. Com o desenvolvimento da filosofia positivista e estudos biológicos e sociológicos, nasceu a Escola Positiva do Direito Penal, em contraposição aos preceitos da Escola Clássica. Novos caminhos para a compreensão do crime, que vinha apresentando altas taxas e crescente reincidência, começaram a ser propostos. O conhecimento científico passou a fazer parte da nova orientação dos estudos criminológicos, mudando o foco e a metodologia de compreensão do crime. A Escola Positiva do Direito Penal abandonou a compreensão abstrata e metafísica do crime, ligando-se a uma metodologia positiva, empírica, sustentada no modelo causal explicativo e indutivo, rejeitando preceitos religiosos, morais, apriorísticos ou conceitos abstratos e absolutos (CALHAU, 2004).

Segundo Almeida (2004), ao contrário da Escola Clássica, dedicada à tônica dos delitos e das penas, a Escola Positiva tinha na figura do criminoso, com seus comportamentos e personalidade, objeto privilegiado de estudo. Os positivistas atacaram a noção clássica de homem racional capaz de exercer seu livre arbítrio e responsabilizaram todos pelas ações passíveis de punição, ou seja, sustentaram que o criminoso se revelava por meio de suas condutas, sendo responsável por elas pelo fato de viver em sociedade. O crime, na concepção positivista, era considerado fato empírico e histórico, existindo em função da ação do delinquente e de seu desajustamento social, desajustamento este que colocava em risco a harmonia e os interesses da ordem social. Avaliações da realidade biopsíquica e social dos delinquentes tornaram-se necessárias,

para diagnosticar o nível de perigo social apresentado pelo sujeito. A periculosidade do delinquente, fruto de sua inaptidão para o convívio social, precisava ser prevenida e tratada, de acordo com as características desse indivíduo. Para a autora, a necessidade de defesa do grupo social era paralela à necessidade de recuperar o criminoso, para que ele pudesse retornar ao convívio social, sem representar riscos. Em função dessas necessidades, as medidas de segurança puderam ser pensadas como alternativas às penas, que funcionariam como um instrumento de defesa social.

Segundo Calhau (2004), o modelo do movimento positivista fazia jus às necessidades burguesas no final do século XIX. Para o autor a burguesia havia se apoiado, inicialmente, em um Direito Penal Liberal que ajudou a neutralizar os poderes da nobreza por meio de um órgão legítimo, barrando suas arbitrariedades. Com a instituição da ordem burguesa, tornaram-se necessários outros recursos penais que garantissem o estabelecimento das novas diretrizes políticas, econômicas e jurídicas. A burguesia não estava mais ameaçada pelos desmandos da nobreza, mas as classes menos favorecidas, sofrendo em função das notórias desigualdades sociais, surgiram como risco iminente. As altas taxas de criminalidade e reincidência colocaram em risco a ordem social burguesa, que usou as ideias penais e criminológicas positivas como instrumento para diminuir o perigo das massas e garantir o controle social.

Carrara (1998) afirma que diante da situação posta pela Escola Positiva, fez-se necessária a mudança de postura em relação à responsabilização do delinquente por seus atos. Assim, como fizeram os alienistas, que deram status aos loucos inocentes passíveis de contenção e tratamento, a abordagem científica do direito criminal passou a considerar os loucos criminosos como não sendo responsáveis por seus atos e, conseqüentemente, livres de punição ou castigo. Apesar de destituídos da responsabilidade moral pelos crimes, o perigo que representavam para a sociedade era evidente, e, conseqüentemente, a proteção da sociedade deveria ser assumida pelo Poder Judiciário.

Os positivistas, defensores da inclusão do direito nas bases científicas, abriram caminho para uma concepção científicista e individualizada do homem delinquente, considerando a singularidade do criminoso, ou seja, as questões referentes a respostas legais frente a crimes deveriam ter como foco o criminoso.

A pena deveria converter-se em “medida de defesa social”, e sua duração e modalidade não deveriam mais ser deduzidas da gravidade legal do crime cometido, ou da intensidade do escândalo produzido na consciência pública, ou ainda do grau de consciência que o ator tivesse tido do seu crime. O critério da

reação legal a ser acionada frente aos crimes deveria ser apenas o próprio criminoso (Carrara, 1998: 110).

Na concepção dos positivistas, o direito criminal necessitava acompanhar a evolução da sociedade, ou seja, era preciso que o direito se adequasse à ciência positiva, considerando como fonte de conhecimento a experiência, fatos sensíveis e fatos positivos. A determinação das causas dos fenômenos, inacessíveis ao homem, deveria ser desprezada, dando preferência à determinação das leis naturais. Seriam necessários novos métodos no exame científico do crime, substituindo as interpretações metafísicas por um experimentalismo sistemático. Para tal, o foco da atuação do direito criminal deveria girar em torno da figura do criminoso e não mais nos crimes em geral. A classificação científica do sujeito delinquente, feita de acordo com as causas da ação criminosa, seria a medida mais adequada para o estabelecimento de uma intervenção penal (CARRARA, 1998).

Dessa forma, os delinquentes deveriam passar a ser examinados física e psicologicamente, para determinar seu índice de criminalidade, a fim de calcular a expectativa individual de reincidência. Um corpo técnico, capaz de fazer uma medição antropométrica, atuaria na avaliação dos estigmas apresentados pelo criminoso. O objetivo da avaliação era estabelecer o índice de perigo e temibilidade que o sujeito apresentasse para o corpo social. Diagnosticada a criminalidade nata, o grau máximo de periculosidade e de impossibilidade de regeneração era apontado, sendo necessário, então, a proteção, também máxima, da sociedade. Em nome da proteção social, a Escola Positiva pregava a eliminação física ou segregamento absoluto e eterno para o sujeito, independente do cometimento ou não do crime e da gravidade do mesmo. O poder de intervenção da justiça era absoluto e por período indeterminado, em se tratando de criminosos natos. Partindo do princípio de que as medidas legais deveriam ser individualizadas e focadas no criminoso, somente um exame que comprovasse o fim do perigo apresentado pelo mesmo, poderia interromper a intervenção judicial (CARRARA, 1998).

No final do século XIX e início do XX, questões referentes ao crime e ao criminoso foram alvo de reflexões sistemáticas, ensejadas pelo aumento do número de crimes nas grandes cidades dos países ocidentais, bem como pela crise atravessada pelo liberalismo.

O desenfreado crescimento populacional provocado pelo processo de urbanização das metrópoles, as exigências da industrialização e os moldes de organização do sistema capitalista foram alguns dos fatores apontados na literatura

como agravantes dos conflitos sociais. Paralelo às inevitáveis tensões sociais provocadas pelo processo de industrialização e urbanização, a formação do fenômeno social chamado “meio delinquencial fechado” atingiu principalmente infratores das classes populares e fez parte da construção do novo perfil assumido pela criminalidade. A marginalização imposta pela prática prisional, a partir do século XVIII, possibilitou a organização e especialização do “crime”, uma vez que aqueles que foram submetidos à reclusão e absoluto desligamento de seu meio social tiveram como destino a irreversibilidade de sua história como delinquente. O fenômeno da reincidência apareceu, então, como consequência de uma trajetória social, que passou a ser sem retorno e deu luz à concepção da delinquência “enquanto manifestação de uma natureza individual anômala, de um psiquismo perturbado pela doença” (CARRARA, 1998: 64). No novo perfil assumido pela criminalidade no meio urbano, a reincidência atuou também como prerrogativa ao aparecimento do que Carrara (1998) chamou de “polícia científica”, consequência da modernização das técnicas de controle e repressão dos aparelhos policiais. Além do objetivo de atuar sobre a criminalidade emergente, a modernização da polícia expandiu para o tecido social, atingindo, principalmente, as camadas menos favorecidas da população.

A emergente reflexão sobre o crime tinha também como pano de fundo o individualismo como questão política, tendo como consequência transgressões criminosas e político-ideológico extremas. Os crimes, assim como revoluções e rebeliões, foram apontados como agitações sociais, que desvelavam a ideia de igualdade natural existente entre os homens. A desigualdade foi colocada à mostra, tendo, como consequência, a resposta popular em forma de atos, que colocaram em risco a ordem social. A ordem liberal, propagadora tanto da igualdade jurídica, como da liberdade individual, não possuía recursos suficientes para lidar com a realidade das diferenças sociais existentes. Tornava-se necessária uma reforma institucional que garantisse leis convenientes ao fortalecimento do Estado e de seus instrumentos aplicáveis ao controle social. (FOUCAULT, 1987; CARRARA, 1998).

Assim, ainda no início do século XIX, os alienistas foram convocados pelo aparelho judiciário, a participar de processos que envolviam crimes enigmáticos, que não apresentavam explicações plausíveis diante do mundo da razão. Crimes que contradiziam o que era considerado como “natureza humana”, negando princípios básicos do contrato social, até mesmo a existência da racionalidade intrínseca ao ser

humano que não eram praticados por indivíduos enquadrados nos clássicos perfis da loucura (COHEN, 2006).

Por meio do trabalho dos alienistas foi aberto espaço para a aproximação entre crime e loucura, suscitando a ideia de existência de uma relação direta entre os dois. Os conceitos nosológicos de monomania e degeneração foram utilizados por psiquiatras franceses no início do século XIX e exerceram papel importante no desenvolvimento da discussão que colocava o crime como manifestação de uma doença mental (ALVIM, 1997).

As monomanias eram compreendidas como um “delírio parcial”, uma espécie de delírio direcionado a apenas uma ideia. Por serem parciais, os delírios monomaniacos, possibilitavam aos sujeitos total lucidez em aspectos da vida que não estavam relacionados ao objeto do delírio. Isso fazia dos monomaniacos seres ainda mais perigosos, uma vez que a doença deles poderia passar despercebida pela sociedade em geral e até mesmo pelos tribunais, tornando incompreensíveis os crimes praticados por eles.

No entanto, as monomanias abriram caminho para a associação das desordens mentais com “movimentos inesperados e incontroláveis das paixões e afetos” (CARRARA, 1998:72), em detrimento das desordens da inteligência ou dos delírios clássicos. A concepção de loucura foi forjada como alienação mental, não tendo, necessariamente, que ser caracterizada pelo delírio. Por outro lado, as monomanias suscitaram a submissão da consciência aos desejos e impulsos incontroláveis dos doentes, que passaram a ter suas ações consideradas como automáticas. A loucura foi, então, delimitada pelo nível das ações e não mais pelo nível das ideias do sujeito.

A supressão da consciência e os mecanismos automáticos que regem as funções mentais compuseram as novas bases da loucura, exteriorizando a natureza humana, fazendo com que sinais mais claros da loucura não fossem publicamente reconhecidos. A invisibilidade do mal provocado pela loucura colocou-a tanto no plano do imprevisível, como no plano da ausência de sentimentos e valores morais. A noção de loucura moral assumiu o lugar da ausência de identidade do indivíduo, passando a ser considerada congênita ou hereditária, que acompanha o sujeito do nascimento até a morte. Assim, uma doença invisível, imprevisível e sem possibilidade de cura, não poderia assumir caráter que fugisse ao perigo eminente (CARRARA, 1998, PERES, 1997).

O homem passou a ser desenhado pelos alienistas por meio do perfil moral do pensamento e do perfil do comportamento. Comportamentos, até então considerados como criminosos, assumiram o lugar de objeto de reflexão dos alienistas, que incorporaram à loucura a marca da crueldade, da indisciplina e da periculosidade.

Em meados do século XIX, a teoria da monomania, que já vinha recebendo várias críticas, passou a concorrer com a noção da chamada degeneração. Ambas pretendiam abordar, de maneira diferente, os crimes “irracionais”, que não tinham como fundamento o delírio clássico, mas que tinham como premissa uma loucura congênita e incurável (CARRARA, 1998).

A doutrina da degeneração teve como postulados básicos a unicidade do ser humano e a hereditariedade mórbida. O primeiro postulado tinha como premissa a relação entre o físico e o moral. E o segundo, a hereditariedade mórbida, considerando a possibilidade da transmissão de características mórbidas dos ascendentes para os descendentes. A hereditariedade era passível de transmitir características físicas morais. Estes postulados teriam relação imediata com o sistema nervoso, em uma concepção organicista do ser humano. O sistema nervoso foi responsabilizado pelas perturbações físico-morais do homem e assumiu o papel de unificador etiológico de todas as perturbações mentais. As doenças mentais e nervosas foram consideradas fruto da degeneração. As afecções mentais, em sua maioria, assumiram origem degenerativa, adquiridas hereditariamente (MATTOS, 1999; CARRARA, 1998).

A degeneração possibilitou a transformação do crime em objeto de estudo de uma abordagem psicopatológica. O comportamento criminoso ganhou status de manifestação degenerativa, fazendo do criminoso um doente, sem, no entanto, enquadrá-lo totalmente na figura do louco. A degeneração patologizou o crime e fez dele uma disfunção orgânica. O indivíduo criminoso passou a ter algum grau de anormalidade psíquica (CARRARA, 1998).

Para Cesare Lombroso (1894), o crime, assim como a loucura, assumiu caráter de comportamento característico do ser humano, explicado pelas variações antropológicas da espécie e pela hereditariedade. O fenômeno do atavismo, caracterizado pela noção de formas humanas inferiores que poderiam surgir em grupos sociais mais evoluídos, foi usado como possibilidade de explicação para o crime. A classificação de criminosos natos apareceu, então, como um tipo regressivo do ser humano, fazendo do crime uma manifestação da animalidade da civilização. A reflexão feita sobre os criminosos natos levava em consideração a obediência destes à sua

natureza bestial, bem como apostava que os mesmos não seriam criminosos caso vivessem em épocas anteriores à civilização (MATTOS,1999).

A figura do criminoso nato foi delineada a partir de indicadores de sua animalidade original, sendo marcado por estigmas que apareciam tanto no seu corpo como na sua alma. Estes estigmas seguiram pressupostos anatômicos, fisiológicos, psicológicos, fisionômicos e até fenômenos naturais, como, por exemplo, mudanças atmosféricas, sensibilidade aos metais e à eletricidade.

A necessidade de explicação e categorização das desigualdades existentes entre os indivíduos e grupos sociais encontrou na figura tanto do criminoso nato quanto do monomaníaco e do degenerado espaço para reflexão e justificativa. Manifestações patológicas, variações ou inferioridades biológicas, distúrbios inatos e hereditariamente transmitidos e estados mórbidos, tornaram-se aval para a irresponsabilização de sujeitos desviantes das normas e preceitos morais e sociais, funcionando como justificativa para as diferenças entre os homens. O criminoso nato, por exemplo, mediante sua inferioridade biológica, não seria incapaz de agir honestamente e de se adaptar às condutas sociais (CARRARA, 1998). Assim, a relação entre loucura e criminalidade funcionou como aval para o destaque do caráter perigoso e violento dos doentes criminosos, justificando a necessidade de tratamento.

A medicina e os saberes “psi”, representando o saber científico, ao assumirem a loucura como objeto de estudo, deixaram de atuar exclusivamente com a cura e tratamento da saúde física e mental. Ambos passaram a atuar auxiliando o poder judiciário, como medidores da responsabilidade jurídica e da culpa de cada indivíduo por seus atos, bem como recuperando e neutralizando os sujeitos que representassem algum perigo à sociedade. A atuação dos alienistas fez com que a justiça penal deixasse de olhar para os indivíduos como sujeitos de direito para percebê-los como “homens-objeto”, passíveis de tratamento e correção. No momento em que os alienistas assumiram um papel nos tribunais, as disciplinas referentes à atuação de médicos e juízes nos atos ilícitos cometidos por doentes mentais sofreram uma progressiva tendência à indistinção (FOUCAULT, 1987, 2004, CESARE, 1887).

No Brasil, segundo Carrara (1998), no ano de 1870, o Dr. Moura e Câmara, diretor do Hospício D. Pedro II, apontava em seus relatórios a necessidade de se construir estabelecimentos especiais para separar os loucos agitados e perigosos dos alienados comuns. A presença dos loucos perigosos estaria desvirtuando os objetivos das práticas médicas por prejudicar a medicalização completa do asilo e por exigir

práticas repressivas e violentas para manter a ordem hospitalar. As ideias propagadas pelo Dr. Moura e Câmara, ao que tudo indica, sofreram influência dos movimentos Europeus e dos Estados Unidos para criação dos manicômios criminais, pois a disseminação destas instituições no mundo coincide com o período dos relatórios do médico.

A separação do louco-criminoso foi retomada e ganhou relevância a partir do caso Custódio Serrão, filho de um antigo chefe da casa de moeda que teria matado um comendador, amigo da família. Custódio foi julgado e considerado louco, a monomania de perseguição foi dada como diagnóstico provável, e a internação no Hospício Nacional de Alienados foi seu destino final. O caso foi explorado pela imprensa e ganhou notoriedade quando Custódio Serrão denunciou aos jornalistas e à polícia as péssimas condições do Hospício e protestou contra o tratamento dispensado pelo então diretor do hospital, Dr. Teixeira Brandão (CARRARA, 1998).

Em sua defesa, Dr. Teixeira Brandão enviou um ofício ao ministro da Justiça desmentindo as críticas e justificando o tratamento dispensado aos alienados perigosos. A situação complicou-se com a fuga de Custódio Serrão, e um novo ofício foi enviado ao ministro da Justiça, declarando a impossibilidade do Hospício de oferecer a segurança necessária aos alienados criminosos e aos condenados alienados. A solicitação de criação de uma instituição específica para esta população foi colocada como necessidade urgente.

O Código Criminal do Império do Brasil já dizia que os loucos que tivessem cometido crime deveriam ser recolhidos às casas para eles destinadas ou entregues as suas famílias. No entanto, tal determinação não se fazia valer. Não importava à polícia a condição da saúde mental do indivíduo e não havia instituições destinadas a receber doentes mentais “delinquentes”. Eles eram encaminhados à Casa de Correção ou permaneciam nas cadeias das províncias. No fim do século XIX, a comunidade científica já denunciava e descrevia a situação deplorável em que se encontravam os “delinquentes alienados” (PERES, 2002).

Em 1903, o deputado federal Teixeira Brandão conseguiu aprovar um decreto que determinava a permanência de alienados delinquentes somente em asilos públicos ou em pavilhões especialmente reservados. Os condenados alienados deixaram de ser enviados para as cadeias públicas, mas continuaram sendo depositados no Hospício Nacional de Alienados. Nessa época, já existia um movimento dos alienistas em favor da construção de manicômios criminais, uma vez que a permanência dos delinquentes

alienados nos asilos de alienados ameaçava a especificidade da psiquiatria. A internação de um alienado, considerada questão pertinente à ciência, não poderia ficar a cargo de decisão judicial. A proposta de uma análise científica da loucura, agora comparada às doenças somáticas, necessitava de intervenções médicas. Nesse contexto, surgiram as primeiras discussões acerca da necessidade de instituições distintas para a especificidade de cada doença e, conseqüentemente, a justificativa para construção de instituições específicas para loucos delinquentes (CARRARA, 1998, MATTOS, 1999).

No entanto, só no início do século XX, por influência da Escola Positiva do Direito, surgiram as primeiras leis que orientaram a construção de manicômios criminais ou de seções especiais para loucos criminosos nos asilos. O decreto 1132 de 1903 instituiu a obrigatoriedade de tais instituições nos estados, levando à construção da seção Lombroso no Hospital Nacional, no Rio de Janeiro. O Código Penal de 1890, vigente à época, previa apenas que os criminosos loucos, após arbítrio do juiz, deviam ser entregues às famílias ou internados nos hospícios para garantir a segurança da população em geral.

A necessidade de construção de manicômios criminais ganhou relevância a partir das teorias biodeterministas da pessoa humana, da necessidade de controle e prevenção social. Com a instituição da ordem burguesa, fizeram-se necessários recursos penais que garantissem o estabelecimento das novas diretrizes políticas, econômicas e jurídicas. (CALHAU 2004, WACQUANT, 2008).

Loucos criminosos que ganhavam notoriedade na imprensa contribuíam para fomentar a ideia de perigo que a sociedade corria ao não reprimir e conter tais transgressores. Os casos que provocavam impasse entre médicos e juristas reafirmavam a necessidade de criação de manicômios criminais. (BARROS, 2003)

Carrara (2010) cita um caso emblemático, que em 1919 ganhou publicidade e ampla discussão na imprensa. A morte de D. Clarice Índio do Brasil, esposa de um Senador da República, assassinada por um degenerado, mobilizou o governo federal a votar no congresso créditos para a criação de manicômios criminais. O movimento a favor dos manicômios criminais ganhou força após a rebelião na Seção Lombroso do Hospital Nacional que aconteceu em Janeiro de 1920. No ano seguinte, no dia 30 de Maio, foi inaugurado o primeiro manicômio criminal do Brasil na cidade do Rio de Janeiro. No entanto, a instituição recebeu o nome de manicômio judiciário. (PAIM, 1998; RAMOS e COHEN, 2002; CARRARA, 2010).

Em 1921, foi promulgado o Decreto 14.831 que regulamentava o agora denominado manicômio judiciário e definia que os indivíduos deveriam ser encaminhados para a instituição:

- “1) Dos condenados que, achando-se recolhidos às prisões, apresentarem sintomas de loucura.
- 2) Dos acusados que pela mesma razão devem ser submetidos à observação especial ou tratamento.
- 3) Dos delinquentes isentos de responsabilidade por motivo de afecção mental (Código Penal, art. 29) quando, a critério do Juiz, assim o exija a segurança pública.” (Brasil, decreto 14.831 de 25 de maio de 1921)

Infere-se que a troca do nome “Manicômio Criminal” para “Manicômio Judiciário” esteja relacionada à necessidade de delimitação do arbítrio do Poder Judiciário sobre os sujeitos e sobre a instituição que os acolheria. O Parágrafo 3 do Decreto 14.831 deixa claro que o Juiz, ou o Poder Judiciário, e não o médico possui autonomia para definir o encaminhamento do sujeito julgado. O Decreto 20.155 de 1931 veio corroborar com a autonomia da decisão do Poder Judiciário, afastando o poder médico da cena do manicômio judiciário. Tal decreto determinou que o manicômio judiciário passasse a ficar sob a jurisdição do Departamento Nacional de Assistência Pública.

A partir da reforma Penal Brasileira de 1984 o manicômio judiciário foi renomeado. A nova denominação “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” (HCTP) certamente sofreu influência do movimento e das discussões da Reforma Psiquiátrica. O manicômio transformou-se em hospital, local destinado ao tratamento e à recuperação de pessoas, mas não abandonou a necessidade de interferência do Estado, que ainda necessitava custodiar as pessoas que ali iriam se tratar. Além disto, o “hospital” nunca esteve sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e, sim, do Ministério da Justiça. Trata-se, oficialmente, de instituições penais que não são regidas, necessariamente, pelas normas e diretrizes do SUS. Os HCTP sequer possuem leitos hospitalares.

3.3 – Medida de Segurança

Para melhor compreensão da resposta do Estado às infrações penais, faz-se necessária a diferenciação de alguns termos jurídicos que definem a função e a aplicação de medida de segurança e de pena.

A criminologia é uma ciência jurídica que tem por objetivo embasar o direito penal, a partir da elaboração e aplicação das leis, e que considera a existência de três diferentes conceitos aplicáveis ao indivíduo que infringiu a lei. O primeiro é a imputabilidade, considerado como sendo a base psicológica da culpa. Este conceito envolve a capacidade de reconhecimento e valorização da imposição legal do cumprimento das normas, bem como a capacidade de controle ou prática de livre vontade da inibição dos impulsos para delinquir. A imputabilidade pode ser conceituada ainda como atribuição de autoria ou responsabilidade por fato criminoso, considerando a responsabilidade como caráter ou estado do que é responsável (SESGRE, 2006; RAMOS e COHEN, 2002)

O segundo conceito, a Culpabilidade, como uma característica do delito, diz respeito ao seu aspecto subjetivo. Segundo Rosa e Cohen (2006), a culpabilidade está relacionada à avaliação do autor pela execução de um ato punível. Esta avaliação está ligada à motivação psicológica do ato, tendo como premissa o direcionamento da atitude a um fim esperado, ou seja, o alcance da realização de um ato, conhecido ou esperado pelo autor, que descumpra as leis estabelecidas. O dolo e a culpa são duas espécies da culpabilidade, sendo que o primeiro representa a intencionalidade, e o segundo representa a realização de um ato que poderia e deveria ser previsto, mas não o foi por imprudência ou negligência do agente.

A Responsabilidade é o terceiro conceito que diz respeito ao aspecto externo ou objetivo do delito. Pode ser considerado como a consequência do delito e está intimamente vinculado à aplicação da pena, fazendo com que esteja fora do delito propriamente dito (ROSA E COHEN, 2006).

Peres e Nery (2002) apontam que a imputação estabelece uma relação causal entre um sujeito e uma ação delituosa. Logo, culpável seria um ato praticado por um sujeito imputável, que tinha consciência do caráter ilícito de seu ato e tinha também condições de agir de acordo com as normas do direito. Mas, segundo Almeida (2004), a culpabilidade é um juízo de valor que se faz do autor do ato ilícito, é o mecanismo de censura utilizado por aquele que julga.

A imputabilidade, para Almeida (2004), é um conceito jurídico dependente das condições de saúde mental e normalidade psíquica do sujeito. A imputabilidade penal diz das condições de um agente realizar um ato com discernimento, sendo capaz de atribuir valores por intermédio de seus pensamentos e capacidade volitiva, o que o torna susceptível de ser juridicamente imputada a prática de um ato que deve ser punido. No

entanto, Ramos e Cohen (2002) alertam para a necessidade de esclarecimento da diferença entre imputabilidade e responsabilidade penal, uma vez que a segunda diz das consequências jurídicas provenientes da prática de um ato criminoso.

Rosa e Cohen (2006) concluem que imputabilidade pode ser considerada como antecedente ao fato punível, já a culpabilidade é contemporânea ao fato punível, e a responsabilidade é consequência do fato punível. Portanto, o sujeito considerado inimputável, por não ser capaz de entender ou posicionar-se de acordo com a representação social do ato ilícito, não pode ser culpado, mas assume a posição de socialmente perigoso. O Código Penal brasileiro vigente, em seu artigo 26, reza que:

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Brasil, 2001).

Tratando-se de um ato delituoso cometido por um inimputável, não se configura a autoria e inexistente o crime. A sentença jurídica é sempre a absolvição, com o imediato estabelecimento de uma medida de segurança. O sujeito penalmente culpável recebe uma pena, e, ao socialmente perigoso, é aplicada uma medida de segurança (ANDRADE, 2001; RAMOS e COHEN, 2002).

No que diz respeito às medidas de segurança, o sistema penal brasileiro abandonou o sistema duplo binário e adotou, a partir da reforma da parte geral do Código Penal, o sistema vicariante. O sistema vicariante não admite a aplicação cumulativa de penas e medidas de segurança para os imputáveis e para os semi-imputáveis.

Teoricamente, as penas e as medidas de segurança possuem finalidades, causas, condições de aplicação e modos de execução distintos. A pena é aplicada, exclusivamente, aos imputáveis e edifica-se na culpabilidade do delinquente. Ela se baseia-se no caráter ético e de justiça, sendo caracterizada como sanção penal imposta por um fato concreto e passado, ou seja, é uma sanção repressiva imposta após o delito, não para impedir futuros atos criminosos, mas para retribuir o mal causado pelo crime. A pena possui cunho retributivo, com intenção aflitiva e proporcional à gravidade do ato

cometido, é determinada proporcionalmente à gravidade da infração e, seu caráter retributivo-preventivo, tem como um de seus objetivos a readaptação do criminoso à sociedade. A pena não tem como foco a cura ou reabilitação do homem considerado livre e imputável. Por repousar sobre a culpa, objetiva a punição (PERES e NERY, 2002; ANDRADE, 2001; ALMEIDA, 2004; ANDEUCCI, 1981).

A medida de segurança foi uma forma legal encontrada para tratar dos inimputáveis que cometeram contravenção penal. Essa medida tem como fundamento a periculosidade do agente, e não mais a culpabilidade, ou seja, a medida de segurança não tem como objetivo a retribuição da culpa do agente, mas, sim, o impedimento do perigo que esse sujeito possa causar, ao qual se atribui a probabilidade de retorno à prática do ato delituoso. A medida de segurança pode ser considerada eticamente neutra, desprovida de caráter aflitivo, pois é aplicada àqueles considerados incapazes de responder por seus atos. Sua aplicação, por ser de natureza preventiva, é atribuída após o cometimento do crime, mas não em função do mesmo. Ela pode ser vista também como um conjunto de providências que visa à prevenção, que impede os malefícios da periculosidade do sujeito por meio da “segregação tutelar” ou da readaptação individual. Como foco, apresenta a assistência ao sujeito e o tratamento destinado a ele sem qualquer intenção punitiva. Trata-se, teoricamente, de uma tentativa de garantir tratamento para o sujeito, sem causar-lhe nenhum mal, somado à defesa da sociedade, que corre riscos com um indivíduo perigoso (BADARÓ, 1972; ANDRADE, 2001; COHEN, 2006).

A medida de segurança, segundo o art. 96 do Código Penal brasileiro, pode ser determinada sob a forma de internação ou tratamento em regime ambulatorial. A internação deverá ser cumprida em hospital de custódia e o tratamento psiquiátrico em estabelecimento adequado (art. 96, I, do CP). Por se tratar de medida destinada ao tratamento, ela deve, necessariamente, ser cumprida em local com características hospitalares, nunca em ambiente prisional como cadeia pública ou presídio. (BRASIL, 2001)

O art. 97 do CP (2001) prevê como critério para o cumprimento da medida de segurança de internação ou de tratamento ambulatorial a gravidade do delito cometido. No entanto, a literatura e a mídia oferecem exemplos de situações contrárias a esta determinação, como na reportagem do Fantástico da Rede Globo, que foi ao ar no dia 10 de fevereiro de 2013, mostrando que o Sr. Nelson ficou em um manicômio judiciário

durante 53 anos por ter cometido um furto. A mesma reportagem destaca que mais de 700 pessoas internadas em todo o Brasil já deveriam estar em liberdade

Peres e Nery (2002) sugerem que o crime exerce a função de sintoma do estado perigoso do indivíduo. Como esse estado perigoso está relacionado à saúde mental, pressupõe-se não ser possível calcular o tempo necessário para sua extinção, fazendo com que a medida de segurança não tenha um tempo determinado de duração. Diante dessa situação, o que se percebe na prática é que, em muitos casos, o sujeito fica recluso a uma condenação de prisão perpétua. O estigma do perigo acompanha o sujeito, que, mesmo tendo comprovada a cessação de sua periculosidade pela perícia médica, terá suspensa a medida de segurança, com a desinternação ou a liberação para tratamento ambulatorial. A revogação da medida só acontecerá, efetivamente, caso o sujeito, após um ano de sua liberação, não tenha dado indícios da persistência de sua periculosidade. Portanto, diferentemente da pena, o prazo de duração da medida de segurança é indeterminado, como estabelece o parágrafo 1º do artigo 97 do Código Penal Brasileiro (contrariando o art. 5º, XLII, b, da Constituição Federal, que prevê a não existência de respostas penais de caráter perpétuo):

Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

§1. A internação ou o tratamento ambulatorial será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo será de 1 (um) a 3 (três) anos.

§2. A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

§3. A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, praticar fato indicativo de sua periculosidade.

§4. Em qualquer fase do tratamento, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos. (Brasil, 2001)

A medida de segurança e a pena estão relacionadas à privação ou restrição dos direitos fundamentais da pessoa, apesar de possuírem legalmente finalidades distintas, Andrade (2001) chama atenção para o ponto comum existente entre ambas: “ambas possuem caráter aflitivo, sendo da essência delas a privação ou restrição de direitos fundamentais” (ANDRADE, 2001: 94). A verdadeira natureza, tanto da pena como da

medida de segurança, paira sobre a necessidade de controle social, ou seja, são formas legais de exercício de poder do Estado sobre a liberdade do homem.

3.4 - Fatos e lutas contra os muros do manicômio judiciário

Percebe-se a existência de uma lacuna no movimento da Reforma Psiquiátrica referente aos pacientes em cumprimento de medida de segurança em manicômios judiciários. A tentativa de inclusão social dos pacientes psiquiátricos, iniciado no século passado com o movimento da Reforma Psiquiátrica, parece não ter contemplado de forma abrangente o louco infrator.

É possível identificar algumas iniciativas tímidas que foram tomadas em prol da defesa dos direitos e das necessidades dos pacientes dos manicômios judiciários a partir da década de 1980. Na I Conferência de Saúde Mental realizada em 1988, foi discutido o direito ao tratamento de saúde dos pacientes internados nos HCTP. Apesar de tímida, a discussão considerou as necessidades dos pacientes (SAMPAIO, 2010).

Em 1996 foi realizado em Vitória, o I Encontro Nacional dos Hospitais de Custódia. O evento produziu um documento que, dentre outras propostas, previa a criação de uma Vara de execuções Criminais específica para medida de segurança, autonomia dos profissionais para conduzir o tratamento, credenciamento dos HCTP junto ao SUS, mudanças no código civil, trabalho multiprofissional, entre outros. O II Encontro Nacional dos Hospitais de Custódia aconteceu em 1998, em Maceió. No evento, foram discutidas as dificuldades de implementação das propostas do primeiro encontro e a alteração da medida de segurança para a medida de tratamento, uma opção para a melhoria das condições dos pacientes internados. A criação de cursos específicos para capacitação de profissionais que trabalham em HCTP também apareceu na pauta como sugestão. Mais uma vez, o credenciamento dos hospitais de custódia pelo SUS foi considerado como prioridade (SAMPAIO, 2010).

As discussões do II Encontro renderam bons frutos para o HCT do estado de São Paulo, que conseguiu a integração do Hospital André Teixeira de Lima ao SUS. Além disso, este Hospital implementou o processo de supervisão institucional por equipes, o que impulsionou o trabalho de desinternação progressiva dos pacientes a partir de 1988. No entanto, o Hospital não conseguiu credenciar seus leitos no SUS (SAMPAIO, 2010).

Em 1999 foi realizado o III Encontro Nacional de Hospitais de Custódia, em São Paulo. Após este encontro, foi criada uma identidade jurídica com comissão técnica

permanente. Também foi firmada, em São Paulo, parceria entre os HCTP e uma Universidade.

Por influência das questões trazidas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, Fernanda Otoni Barros, Psicóloga do Tribunal da Justiça do Estado de Minas Gerais, no ano de 1999, concluiu uma pesquisa, que teve como objetivo mapear processos criminais em que os autores eram portadores de sofrimento psíquico. Em função da pesquisa, visitou-se o HCT, o que permitiu evidenciar a já conhecida violência contra os direitos humanos daqueles sujeitos (BARROS, 2003).

Tal pesquisa deu origem a um projeto piloto, “Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário” – PAI-PJ, que foi apresentado à corregedoria do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. O acompanhamento, a mediação entre o tratamento e o processo jurídico com o objetivo de inserção social, foram os focos do trabalho apresentado. Originado de uma ação coletiva do Poder Judiciário, Rede de Saúde Pública do estado de Minas Gerais e sociedade, o projeto PAI-PJ foi aprovado e implantado em 2000 pelo TJMG, sendo transformado no ano de 2001, no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator, por meio da Portaria Conjunta nº 25/2001 (BARROS, 2003).

O programa tem como objetivo proporcionar aos Juízes, subsídios técnicos frente a pacientes que estejam sob suspeita de insanidade mental ou em cumprimento de Medida de Segurança. Trabalhando com equipe multidisciplinar, o PAI-PJ pretende acompanhar integralmente o portador de sofrimento mental em todas as fases do seu processo criminal, desconstruindo o mito da periculosidade e promovendo recursos tanto para o tratamento do sofrimento mental, como para a inserção social do sujeito (BARROS-BRISSET, 2010).

A possibilidade de tratamento e cuidado dos pacientes em cumprimento de medida de segurança, em regime ambulatorial, tem sido viabilizada pela proposta de trabalho do PAI-PJ, em concordância com o preconizado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

Outra experiência bem sucedida foi o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator de Goiás (PAILI). Seguindo os princípios básicos preconizados pelo trabalho do TJ-MG, o PAILI conquistou a autonomia dos médicos e das equipes psicossociais das unidades de serviços abertos e das clínicas conveniadas com o SUS para direcionamento do tratamento dos pacientes em cumprimento de medida de segurança. O processo de execução da medida continua sendo jurisdicionalizado, mas a prática

terapêutica fica a cargo dos profissionais de saúde mental, sob a responsabilidade de fiscalização e acompanhamento dos profissionais do PAILI (SILVA, 2010a).

Pode-se incluir como exitosa a conquista do movimento social da Reforma Psiquiátrica, a Lei Federal 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. No entanto, os HCTP não foram contemplados com os benefícios oriundos das conquistas alcançadas por tal Lei. Fora do âmbito da saúde e ligado às Secretarias de Defesa Social, os Hospitais de Custódia não foram citados claramente na Lei.

No ano de 2003, foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), uma ação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Justiça. Instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, o Plano não configura uma Política Nacional de Saúde, mas uma estratégia governamental para tentar organizar as ações e serviços de saúde no sistema penitenciário.

O Plano prevê a inclusão da população penitenciária, aquela julgada e sentenciada no SUS. Os HCTP foram incluídos como Unidades Básicas, mas o foco do Plano são as altas incidências de doenças infectocontagiosas entre a população carcerária. Os hospitais, apesar de serem incluídos, não receberam benefícios específicos em função de suas especificidades, o que não contribuiu para a melhoria do tratamento dos pacientes internados (SILVA, 2010b).

No ano de 2009, foi realizado, em São Paulo, o I Simpósio Internacional de Manicômios Judiciários e Saúde Mental. A partir das discussões no evento, foi lançada uma edição especial da Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano sobre o tema. O Simpósio discutiu, entre outros temas, o histórico dos manicômios judiciários, a questão da suposta periculosidade dos pacientes em cumprimento de medida de segurança, as novas práticas, que tem tido êxito em sua condução, comprometidas com a humanização do atendimento e com o ideal de desospitalização como o PAI-PJ e o PAILI. O Simpósio foi fortemente marcado por discussões acerca da necessidade e urgência de novos direcionamentos para os HCTP e para a execução de medidas de segurança impostas aos portadores de sofrimento mental.

4 - PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 - Materialismo Dialético

Diante do problema exposto, o materialismo histórico dialético (MHD) foi escolhido como possibilidade teórica, isto é, como instrumento lógico de interpretação da realidade. Com sua inerente essencialidade lógica, a dialética nos apontou um caminho epistemológico para a compreensão da realidade do HCT e uma possibilidade de apontar uma proposta para sua transformação, tendo em vista as contradições existentes, entre o previsto em sua estrutura e a realidade evidenciada. Em essência, o objetivo do materialismo histórico, elaborado em meados do século XIX por Marx e Engels, está associado ao fato de compreender a realidade com o fim de transformá-la (MARX, 2006; MARX e ENGELS, 1977).

Uma corrente filosófica pode ser utilizada tanto como teoria, corpo de conceitos de uma ciência, quanto como método, forma pela qual os conceitos serão utilizados, para compreensão científica de fenômenos sociais. Nesta perspectiva, o MHD foi utilizado como instrumento de análise do fenômeno social estudado (HARNECKER 1983; FONSECA, 1994).

O MHD é constituído por uma teoria científica da história e por uma teoria filosófica, sendo, respectivamente, o materialismo histórico e o materialismo dialético. Trata-se da teoria geral do Partido Marxista-Leninista, assim denominado por ter o seu método de investigação e de conhecimento baseado na dialética, e sua concepção e interpretação dos fenômenos sociais baseada no materialismo (EGRY, 1996).

O estudo teve como base a concepção histórica do método dialético, que fundamenta o materialismo histórico e que, em sua essência, lida com a forma com a qual o real é apreendido. A dialética possui o caráter de fazer a mediação do real, para que este seja transformado. No que diz respeito aos fenômenos de saúde, eles são compreendidos como resultado da organização social para a produção/consumo, pois é dela que dependem os seres humanos para suprirem suas necessidades vitais. As transformações no modo de produção e reprodução social, sob a ótica do MHD, de um determinado momento histórico geram igualmente transformações na saúde humana (FRIGOTTO, 2004).

O materialismo é uma doutrina filosófica que tem a matéria como princípio determinante de todas as coisas. Como filosofia da ciência, o materialismo possui uma determinada visão de mundo, formada por convicções e conceitos que indicam as relações existentes entre o homem e a realidade, bem como entre o homem e suas próprias ações (SUAPE & NAKAMAE, 1994).

Para o materialismo, segundo Kovalhov (1974), a natureza antecede a existência, e a consciência humana é o elemento primordial, que se desenvolve segundo suas próprias leis. A realidade é anterior e independente da consciência humana, e esta consciência é um produto da matéria. Ou seja, a matéria é anterior à consciência, “todos os fenômenos, objetos e processos que se realizam na realidade são materiais” (TRIVIÑOS, 1987, p. 52). O mundo, segundo o materialismo, é cognoscível, pois o homem é capaz de conhecer os aspectos quantitativos, a essência e a causa do objeto (TRIVIÑOS, 1987, p. 52).

A noção de matéria envolve uma gama infinita de objetos, fenômenos e processos da realidade objetiva. Todas as coisas são compostas de matéria e todos os fenômenos resultam das interações destas matérias. Os corpos e objetos são constituídos por diversas propriedades, como por exemplo, densidade e massa. Tais corpos e objetos possuem uma propriedade inalterável, existem objetivamente e são independentes da consciência humana (KOVALHOV, 1974).

Para o materialismo moderno, a prática humana é o instrumento que afirma a veracidade do conhecimento. No mundo e na natureza não existem coisas desconhecidas, mas existem coisas por conhecer. Os objetos não são como o homem os percebe, nem mesmo há uma relação imediata e coincidente entre as representações feitas pelo homem e o real. O materialismo supõe que as representações correspondem ao real segundo uma lei estabelecida e que cabe à ciência investigar, experimentar, aprofundar e criticar a correspondência dos fatos existente (LEFEBVRE, 1983).

O materialismo histórico refere-se à teoria científica da História e dedica-se ao estudo da sociedade como um todo, concebendo-a de um ponto de vista materialista, porque tem na produção material a base de sustentação da vida do homem e, conseqüentemente, a determinação da vida em sociedade. A teoria sociofilosófica do marxismo pode ser considerada, pois tem como objetivo o estudo das leis gerais do desenvolvimento da sociedade nos diferentes sistemas sociais. Ou seja, a sociedade é vista como o produto da interação da humanidade, que existe e se desenvolve por meio da aplicação de leis próprias e não de elementos externos a ela. (KOVALHOV, 1974)

O materialismo histórico concede aos fenômenos sociais caráter histórico, levando em consideração que o conhecimento tem suas origens na prática, na atuação histórico-social da vida do homem. A sociedade, com suas instituições, regras, valores e processos políticos e espirituais é determinada pelo seu modo de produção, ou seja, por condições materiais construídas historicamente. No entanto, não se trata de uma

tentativa arbitrária de ligação entre a história concreta e as ciências. Kovalhov (1974) afirma que o materialismo histórico, ao contrário das chamadas “filosofias da história”, não pretende ser o estudo último, exaustivo e absoluto da sociedade. Seu objetivo seria conhecer as leis gerais do desenvolvimento social para criar recursos científicos pertinentes à análise de princípios iniciais que identifiquem a formação da vida em sociedade. Assim, o MHD

... designa uma visão do desenrolar da história que procura a causa final e a grande força motriz de todos os acontecimentos históricos importantes no desenvolvimento econômico da sociedade, nas transformações dos modos de produção e de troca, na consequente divisão da sociedade em classes distintas e na luta entre estas classes (Engels, 1977 p260).

A história é vista como uma sucessão de modos de produção que tem como consequência a transição dos tipos de sociedade, e a compreensão dos processos históricos é buscada por meio da organização produtiva ou do modo de produção vigente. O colapso de determinado modo de produção e a consequente substituição por outro modo de produção provocam a superação da contradição entre forças produtivas, tornando possível o movimento e desenvolvimento da sociedade (FONSECA, 1994).

Na perspectiva materialista, o método de pesquisa está vinculado a uma concepção de realidade, de mundo e de vida no seu conjunto. A questão da postura, nesse sentido antecede ao método. Este se constitui numa espécie de mediação no processo de aprender, revelar e expor a estruturação, o desenvolvimento e transformação dos fenômenos sociais.

A filosofia grega antiga tinha a dialética como arte do diálogo. A palavra dialética, na Grécia Antiga, representava uma maneira específica de dialogar, baseada na argumentação e na consequente descoberta das contradições contidas no raciocínio do interlocutor. No diálogo travado entre duas pessoas, demonstrava-se uma tese por meio de uma argumentação. As contradições existentes nesta tese eram apontadas para que a validade de sua argumentação fosse superada abrindo espaço para a construção de novos argumentos (antíteses) capazes de definir os conceitos envolvidos na discussão, construindo, assim, uma síntese (GADOTTI, 2001; KONDER, 2008).

Todavia, o conceito de dialética sofreu transformações ao longo da evolução do pensamento humano e da ciência. A dialética de Marx e Engels, chamada dialética materialista, considerada uma teoria do desenvolvimento, superou a dialética idealista de Hegel.

A dialética, segundo Krapivine (1986), pode ser considerada como um método fundamental de pensamento, que concebe os objetos como processos, algo em constante mudança. Esta maneira de ver o mundo tem como pilar dois princípios fundamentais. O primeiro é o da conexão universal, que considera que o surgimento ou a modificação de objetos e fenômenos só acontece quando há interligação com outros sistemas materiais. A unidade material é a base da conexão universal. O segundo princípio é o do desenvolvimento, que reconhece o movimento de mutação contínua de todos os objetos e processos em meio ao progresso e ao regresso, sendo o progresso considerado como desenvolvimento para uma organização maior, e o regresso representa o contrário.

De acordo com Frigotto (2004), o materialismo dialético situa-se no plano de realidade e no plano histórico sob a forma da trama de relações contraditórias, conflitantes, de leis de construção, de desenvolvimento e da transformação dos fatos. O caráter histórico e relacional da existência do manicômio judiciário e sua compreensão dialética exigem, pois, que se leve em consideração uma teoria do conhecimento que articule historicidade e materialidade da existência da inerente ambiguidade desta instituição.

O conhecimento dialético acontece em um processo de correlação em espiral que tenta explicar a evolução tanto da matéria como da natureza e do homem. Como ciência das leis gerais do movimento, o MHD concebe cada processo de desenvolvimento subordinado a leis fundamentais da dialética. A primeira lei, chamada Lei da unidade e luta dos contrários, pressupõe que as contradições são forças internas de um objeto ou fenômeno que atuam de forma decisiva para o desenvolvimento de um sistema material. A reciprocidade da ligação entre os contrários determina a contradição, formando uma relação de unidade e ao mesmo tempo de luta. Os contrários não existem de forma independente, e as ações entre os contraditórios provocam mudanças em cada aspecto do objeto ou fenômeno (KOVALHOV, 1975).

A segunda, a Lei da transformação da quantidade em qualidade, pressupõe que no processo de desenvolvimento dos objetos e fenômenos acontecem mudanças quantitativas e qualitativas. A quantidade e a qualidade são interdependentes e mutuamente determinadas. A primeira diz do grau e da intensidade presentes no objeto e a medição é forma ilustrativa característica da quantidade. Já a qualidade expressa aspectos como propriedade, estrutura e funções do objeto, aspectos que definem determinantes essenciais do objeto e o formam como algo específico (KOVALHOV, 1975; SUAPE & NAKAMAE, 1994).

Objetos e fenômenos sofrem variações quantitativas dentro de limites determinados, sem que haja modificação na qualidade do objeto. Tais limites são considerados como a medida do objeto. Quando as mudanças quantitativas ultrapassam os limites da medida, há uma variação qualitativa. O desequilíbrio da medida provoca a contradição entre quantidade e qualidade, condição propícia para o aparecimento de uma nova qualidade, com novas medidas e limites de medida. A lei da passagem da quantidade à qualidade tem como essência mecanismos do desenvolvimento tanto do mundo objetivo como no processo de conhecimento da realidade (KOVALHOVE, 1975).

A terceira é a Lei da Negação da Negação. O significado de negação diz respeito à relação mútua entre a transformação do velho para o novo. No processo de desenvolvimento do velho para o novo, este nega o primeiro deixando de lado aquilo que não mais corresponde às novas condições e exigências para sua existência. No entanto, o que o velho tinha de positivo ou de necessário é conservado no novo. A negação dialética consiste na tendência de progresso de objetos e fenômenos que, ao mesmo tempo em que são modificados, mantêm sua estabilidade. O desenvolvimento acontece quando há a negação de um elemento que é superado e ultrapassado por novo elemento. Este novo elemento surge na base do antigo, o substitui, mas conserva traços positivos e aspectos característicos (KOVALHOV, 1974; SUAPE & NAKAMAE, 1994).

Para Frigotto (2004), a dialética materialista como método de análise não constitui uma ferramenta asséptica, mas está fixada na essência, no mundo real, no conceito, na teoria e ciência. É com esses elementos que se procede à análise, sempre numa tentativa de buscar a totalidade das relações de produção e das forças produtivas. Essa estrutura corresponde às formas de consciência social e nelas se desenvolve o processo de vida social.

Lefebvre (1983) afirma que o método dialético representa o *universal concreto*, por fornecer leis objetivas e ao mesmo tempo leis do real e do pensamento, ou seja, leis do movimento tanto no real quanto no pensamento. O método, com suas leis universais e concretas, faz a mediação com o particular. Para atingir o particular, faz-se necessário investigar sua essência, o conceito, as relações existentes por meio das experiências e do contato com o conteúdo daquilo que está sendo estudado.

Lefebvre (1983) descreve cinco leis do método dialético, a saber:

- A) Lei da interação universal – a pesquisa dialética abarca cada fenômeno no conjunto de suas relações com os demais fenômenos envolvidos. Há uma mediação recíproca entre todos os fenômenos, e nada é considerado de forma isolada.
- B) Lei do movimento universal – o método dialético reintegra fatos e fenômenos, utilizando a conexão lógica dos movimentos internos e externos que estão envolvidos no devir universal.
- C) Lei da unidade dos contrários – o método dialético estuda o conteúdo concreto e os movimentos das contradições. Busca a ligação, a unidade, os contraditórios, as oposições que fazem com que fatos e fenômenos se choquem e se desenvolvam.
- D) Transformação da quantidade em qualidade – chamada lei dos saltos ou lei da ação, que estuda a continuidade e profundidade dos movimentos e a descontinuidade, ou o surgimento do novo com o fim do antigo.
- E) Lei do desenvolvimento em espiral – Considera a superação, a compreensão profunda do movimento da matéria. O movimento em espiral no qual há um retorno ao que foi superado para que ele possa ser compreendido, aprofundado e posteriormente libertado de sua unilateralidade.

Lefebvre (1983) descreve ainda regras práticas do método dialético que revelam o rigor e a fecundidade da análise do objeto ou fenômeno estudado:

- A) Dirigir-se à própria coisa estudada por meio de análise objetiva
- B) Apreender o conjunto das conexões, movimentos e desenvolvimento daquilo que está sendo estudado.
- C) Apreender o objeto em sua totalidade e a unidade dos contraditórios.
- D) Analisar o conflito interno das contradições e as tendências.
- E) Considerar que tudo está ligado a tudo.
- F) Captar as transições, contradições e passagens no devir.
- G) Aprofundar o conhecimento.
- H) Aprofundar, compreender as contradições e o movimento do conteúdo.
- D) Retomar, rever, repetir, aprofundar e transformar o pensamento.

4.2 - Local do estudo

A instituição estudada foi o Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz (HCTJV), localizado na cidade de Barbacena, MG. Trata-se do único manicômio judiciário do estado de Minas Gerais, criado em 1927 e inaugurado em 1929. Seu primeiro nome foi “Manicômio Judiciário de Barbacena”. Em 1956, passou a ser Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz.

A opção pelo cenário de estudo teve como base o fato de ele ser o único manicômio judiciário do estado de Minas Gerais, ser de fácil acesso à pesquisadora e ser uma instituição de grande porte. Foi considerada, também, a natureza qualitativa do estudo como forma de aprofundar a análise sem pulverizar os resultados e o fato de ser continuidade da dissertação de Mestrado da autora “Qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais cumprindo medida de segurança em um hospital de custódia e tratamento” realizada nesta instituição.

A HCT é subordinado à Secretaria de Estado de Defesa Social do estado de Minas Gerais (SEDS). É considerada uma instituição prestadora de serviço de custódia e assistência a presos, com objetivo de fazer valer internação e tratamentos psiquiátricos, terapêuticos e reeducativos de indivíduos de ambos os sexos, a partir de 18 anos, provisórios e/ou condenados ao cumprimento de medida de segurança com vistas à cessação de sua periculosidade. Segundo Art. 99 da LEP- L-007.210-1984 (Brasil, 1984), o HCT destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no Art. 26 e em seu parágrafo único do Código Penal. No Art. 100, a legislação prevê que o HCT realize exames psiquiátricos e os demais exames necessários ao tratamento de seus internos (BRASIL, 1984).

A instituição tem capacidade para receber 219 pacientes, entre homens e mulheres, nos dois prédios distintos que compõem a unidade. Cada prédio conta com galerias onde ficam localizadas as celas. Em cada cela, chamada de dormitório há, em média, 12 camas de alvenaria, com um criado mudo, também de alvenaria. Cada dormitório conta com uma pequena área aberta como espaço para banho de sol dos pacientes. O sanitário coletivo fica dentro do dormitório, sem que haja qualquer tipo de privacidade, pois até mesmo as pessoas que passam pelos corredores têm acesso visual às dependências sanitárias. As particularidades de cada sujeito não são respeitadas. Há, também, o local de isolamento que é utilizado para triagem de pacientes recém-chegados e para aplicação de sanções.

A estrutura funcional e administrativa é distribuída pelos setores: clínica médica, perícia médica e psiquiátrica, psicologia, enfermagem, odontologia, assistência social, terapia ocupacional, jurídico, administração e segurança. Estes setores são subordinados à Diretoria Geral, cargo de indicação política, e a três subdiretorias: Administrativa, de Segurança e de Atendimento.

Não foi possível o acesso ao organograma e à quantidade de profissionais que prestam serviço na instituição. Solicitamos estas informações à Diretoria Administrativa, que alegou a inexistência de um organograma e a impossibilidade de repasse de informações sobre o quadro de funcionários. No entanto, foi autorizado o acesso aos profissionais.

4.3 – Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais do HCTJV – pertencentes às áreas de saúde, de segurança e à área administrativa –, e os magistrados das Varas Criminais e Execução Criminal, por serem responsáveis, respectivamente, pela aplicação e pela manutenção ou suspensão da medida de segurança. A escolha dos sujeitos/amostragem foi por conveniência. As entrevistas foram realizadas com informantes que detinham informações privilegiadas.

Para inclusão na pesquisa, foram considerados os seguintes critérios: ser profissional do HCT sem distinção de tipo de vínculo (contratado ou efetivo), ser juiz de Varas Criminais de Execução Penal e aceitar participar da pesquisa. Entre os critérios de inclusão, não foi estipulado período de atuação no HCTJV. Esta estratégia permitiu que encontrássemos diferenças significativas entre as falas de profissionais mais antigos e mais novos. Assim, profissionais contratados, concursados e que ocupam cargo de confiança fizeram parte do estudo. Como critério de exclusão, considerou-se: estar de férias ou de licença médica na época da coleta de dados.

4.4 – Coleta de dados

A coleta de dados foi conduzida tendo como parâmetro duas fontes distintas para encadeamento e cruzamento das informações. A primeira foi composta por entrevistas semiestruturadas com profissionais da administração, diretoria, agentes penitenciários, peritos e equipe de saúde do hospital. Também foram realizadas

entrevistas com juiz de vara criminal e vara de execução. O recrutamento dos sujeitos entrevistados ocorreu por meio de convite para participar do estudo. A segunda fonte foi a da observação simples da organização e funcionamento da instituição como forma de enriquecer a análise.

Antes de iniciar a coleta de informações para a Tese, foi realizado estudo piloto com 05 (cinco) entrevistas, com os seguintes profissionais: psicólogo, médico clínico, agente de segurança, funcionário administrativo e odontólogo, visando testar o entendimento das questões e verificar o alcance dos objetivos. Após o teste, foram realizadas alterações, visando adequar o roteiro. As entrevistas do estudo piloto não foram incluídas na análise final dos dados.

Antes de cada entrevista, os profissionais foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, convidados a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas realizadas pela pesquisadora foram gravadas e transcritas. Apenas um profissional entrevistado não consentiu que a entrevista fosse gravada, mas manifestou interesse em participar e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido. As informações deste profissional foram devidamente registradas.

As entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho, sendo algumas vezes interrompidas em função das atribuições dos profissionais. Não foi possível assegurar total privacidade em algumas entrevistas, em função da falta de local apropriado. O critério de saturação de dados foi adotado para delimitação da amostra, totalizando 22 entrevistas.

Foram entrevistados os seguintes profissionais do HCT: 03 (três) psicólogos, 03 (três) médicos, 01 (um) terapeuta ocupacional, 01 (um) auxiliar de enfermagem, 01 (um) enfermeiro, 01 (um) farmacêutico, 01 (um) analista jurídico, 01 (um) assistente social, 03 (três) agentes penitenciários, 02 (dois) funcionários administrativos, diretor de segurança, diretor administrativo e diretor geral. O roteiro destas entrevistas encontra-se no anexo 1. Também foram entrevistados: 02 (dois) juízes de direito da região metropolitana de Belo Horizonte, sendo um deles responsável por uma vara criminal, e outro, por uma vara de execução criminal. O roteiro da entrevista feita com os juízes foi diferente do aplicado aos profissionais do HCT (anexo 2), tendo em vista a busca de informações sobre suas ações como juízes. As entrevistas foram identificadas no texto pela letra **E** acrescida das iniciais da categoria profissional e do número da entrevista, por exemplo: Auxiliar de Enfermagem 1 (EAE1)

As observações foram realizadas no período em que foram feitas as entrevistas, registradas em diário de campo e utilizadas na análise dos dados. Foram realizadas observações do funcionamento da instituição pela pesquisadora. Todos os setores foram visitados e o funcionamento de cada um deles foi observado; houve conversas informais com profissionais; foram feitas visitas frequentes ao refeitório; foram assistidas consultas médicas e uma perícia e houve participação no atendimento técnico a uma família.

Em relação aos aspectos éticos, o projeto foi aprovado pela instituição por meio de um ofício e submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP /UFMG). O projeto recebeu aprovação n. 65593, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vigente à época da submissão.

4.5 - Análise dos dados

Os dados coletados por meio de entrevistas foram submetidos à Análise de Conteúdo segundo Bardin (2011). De acordo com o autor, a Análise de Conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos aplicáveis a todo e qualquer tipo de discurso (conteúdos e continentes), objetivando extrair suas estruturas traduzíveis em modelos. Trata-se de uma hermenêutica controlada e baseada na dedução, um esforço de interpretação que tem como foco tanto a objetividade como a subjetividade. Nessa concepção, a Análise de Conteúdo busca o latente que não foi dito, mas expresso na mensagem.

Foram percorridas, neste estudo, as três etapas da técnica de Análise de Conteúdo: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação. Na pré-análise, com o objetivo de organizar e sistematizar as ideias iniciais, foi realizada uma leitura flutuante de todo o material, visando fundamentar a interpretação. Assim, foi possível realizar a escolha do material a ser analisado.

Antes da análise propriamente dita, todo o material reunido foi preparado. Foram organizados documentos, entrevistas transcritas e descrições das observações, articulando as informações obtidas. O método dialético de análise de dados foi tomado como referência, tendo como princípio fundamental a apreensão do conjunto das conexões internas dos dados.

A seguir, foram realizadas a leitura e a construção de unidades de registro, ou seja, foram estabelecidos os temas, a saber: organização (caracterização, políticas, objetivos, carências, particularidades); pacientes (caracterização, inserção familiar, inserção social); questões legais; segurança; tratamento. Na etapa seguinte, as unidades de registro organizadas foram reagrupadas por similaridade em categorias empíricas, em função de características comuns.

Para a realização da análise de conteúdo, a análise das mensagens foi o ponto de partida para a compreensão dos significantes e significados que revelaram as falas, intenções, opiniões e realidades subjacentes. As observações foram utilizadas para descrição do ambiente de pesquisa e enriquecimento da análise das falas.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram organizados em 04 (quatro) categorias, a saber:

I – Ambiência do cenário de pesquisa: concepções gerais.

II - Trabalho em uma prisão ou em um hospital? Tudo conspira contra a identidade profissional;

III – Condições de trabalho para proporcionar o tratamento;

IV – Medida de segurança ou pena? O foco das contradições.

5.1. Categoria I - Ambiência do cenário de pesquisa: concepções gerais

Torna-se importante explicitar a caracterização da instituição, utilizando dados objetivos como documentos e, também, relatos dos trabalhadores sobre o ambiente. Esta foi uma sugestão de grande relevância nas discussões realizadas no exame de qualificação que resultou na proposta de que a descrição da ambiência do HCT era algo inicial na descrição e discussão dos resultados. Esta proposta favoreceu a reorganização do conteúdo, utilizando observações e relatos dos entrevistados. Esta categoria foi dividida em 03 (três) subcategorias, a saber: caracterização e objetivos da instituição; caracterização do paciente e sua inserção familiar e social; particularidades da instituição: políticas, carências e segurança.

5.1.1– Caracterização e objetivos da instituição

O manicômio judiciário, em uma visão popular, ou HCT, em uma versão “politicamente correta”, com seus acertos e desacertos, é representado de várias maneiras pelos trabalhadores de saúde e de segurança que, trabalhando juntos, procuram se articular para atender interesses tão díspares. Os relatos explicitam a concepção do HCT, a estrutura física inadequada à finalidade do hospital, que se revela como local de reclusão daqueles que a sociedade não consegue acolher e a crença de que os usuários gozam de privilégio, se comparado ao sistema prisional, que é um local originalmente concebido como local de exclusão, segregação e abandono. Tantas concepções a respeito de um equipamento social refletem tanto o que acontece no interior desta instituição como o posicionamento da sociedade a esse respeito, com seu “silêncio

pouco generoso”, apesar dos movimentos de sobrevivência e acúmulo de medidas, algumas assertivas e outras nem tanto.

Nas falas dos entrevistados fica explícita a quase unanimidade sobre a importância social da instituição como hospital que custódia a loucura, uma instituição a serviço do poder judiciário ou do poder de punição da sociedade. A função de proteção da sociedade, que corre risco em função da periculosidade dos pacientes, faz dela uma instituição válida e que necessita ser mantida.

O hospital de custódia e tratamento seria o local adequado, para as pessoas que sofressem desse tipo, qualquer tipo de doença que necessitasse de tratamento especializado, teria esse local para que isso pudesse acontecer. Então seria o local destinado a esse tratamento justamente, de pessoas com qualquer sofrimento físico mental. (ED1)

Eu posso observar que chegam muitos pacientes usuários de droga e como eles perdem o acesso à droga, eles acabam deixando esse vício. Pra mim essa é a melhor qualidade do HCT. É tirar a pessoa daquela vulnerabilidade que ele teria fora daqui. Vejo assim. (EA1)

No relato, o profissional não consegue ter clareza quanto às doenças ou tratamento, que são chamados de “esse tipo de doença” (EM1), “esse tratamento”(EE1). O “local adequado” (EAS) para o “tratamento especializado” (EM2) contraditoriamente não pode ser direcionado para um tratamento específico de uma patologia que também deveria ser específica.

Pelo relato, verifica-se a visão de benefício ao paciente, sua internação e tratamentos compulsórios, como se o paciente pudesse se curar da dependência química por meio do impedimento compulsório de acesso à droga. A instituição também é descrita como local apropriado para resgatar os sujeitos da vulnerabilidade social que vivenciavam. Uma visão que não alcança a dimensão da vulnerabilidade causada pelo isolamento social dentro do HCT.

De acordo com Amarante (2007), Pinel concebia o manicômio como estabelecimento que, por si próprio, era uma instituição terapêutica com o poder de cura da alienação mental. Esta concepção criou o imperativo fundamental para a relação inequívoca entre tratamento e institucionalização.

Em contra partida, Lobosque (2003) e Barros-Brisset (2010) defendem em seus trabalhos atuais, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, a prática a eficácia da clínica antimanicomial. O tratamento fora dos hospitais psiquiátricos busca resgatar efetivamente a cidadania do louco. A viabilidade do tratamento em meio aberto deixou de ser uma utopia, concretizando-se em uma real possibilidade de trabalho. A

organização de redes intersetoriais nas comunidades com fluxos bem estabelecidos, profissionais capacitados e participação social tem contribuído para a manutenção de milhares de pacientes psiquiátricos inseridos na sociedade.

A instituição, a meu ver, é considerada pelos profissionais como local apropriado, ou até mesmo o único local disponível para garantir a saúde e os cuidados de pacientes que necessitam de tratamento psiquiátrico. Prevalece a ideia popular de afastamento, de isolamento social em prol do sujeito, sem considerar os efeitos maléficos proporcionados por uma instituição total. É um caminho de mão única, sem volta. O interesse social de afastamento dos sujeitos indesejáveis é encoberto por justificativa apaziguadora, que pretende minimizar seus interesses segregadores por meio de uma inversão de valores. A instituição que segrega seria a mesma que traz benefícios para a saúde. É incorporada e replicada socialmente a convicção do bem social que a instituição proporciona, fazendo com que o sentido das palavras segregação e proteção virem sinônimo.

A experiência adquirida com essa pesquisa e os estudos sobre Saúde Mental fazem com que se aposte na necessidade de garantia da cidadania e do respeito ao direito da individualidade do portador de sofrimento mental. Mesmo que o sujeito seja um infrator, ele pode ser tratado sem que haja a exclusão social promovida pelos muros de um hospital psiquiátrico. Porém, a política de tratamento, assim como os mecanismos utilizados para este fim, precisa de estrutura sólida e recursos físicos, financeiros e ideológicos que garantam a eficácia da proposta de trabalho. O ideal da reforma psiquiátrica sem o aparato necessário não faz nada além de reproduzir a exclusão social e o fracasso da Saúde Mental.

De acordo com os entrevistados, o HCT exerce papel social fundamental na medida em que o trabalho é direcionado à reinserção social dos internos, à recuperação de suas potencialidades e à readaptação às demandas sociais. Seria uma instituição que tem como foco o acolhimento e que objetiva tratar, cuidar de pessoas com transtornos mentais. Assim, uma das principais funções seria trazer benefícios para seus internos, que necessitam de tratamento psiquiátrico.

No meu ponto de vista a função aqui é ver a possibilidade daqueles que tem funcionalidade ainda, capacidade interativa e intelectual. É pra ele ser reinserido na sociedade, voltar ao trabalho. Então, é necessário se fazer o tratamento, essa avaliação pra que se dê condição a esse paciente, pra ele ter um futuro de vida. (EAS1)

Então, o hospital, como o próprio nome diz, é um hospital para tratamento, para cuidar dessa patologia dele, pra voltar com ele pra sociedade. Acredito que seja essa

a função do hospital né?. E para o paciente é mesmo esse alívio de ter um lugar onde vai ser cuidado né?. (...) Pra sociedade ele vai ter essa, entre aspas, cuidado. Não mais oferecendo aquele risco. Vai ser monitorado, vai ter todo o suporte de medicação. Então, pra sociedade, a tranquilidade desse retorno dele ao convívio. (EAE1)

Bom, para o paciente é tentar recuperar, de certa forma, tentar recuperação. Ele vem pra cá pra fazer o tratamento se tiver, se passar durante o período e ele estiver bem. Como te falei: ele retorna, então pra instituição a função dela é essa, né? Tentar recuperar o paciente, né? Através do tratamento, ... é como é que eu vou dizer pra você? ... Agora eu fiquei enrolado. (EA2)

No primeiro relato o profissional descreve como objetivo do HCT o trabalho de avaliação das potencialidades dos seus pacientes. Aqueles que demonstrarem capacidade “interativa” ou “intelectual”, após o tratamento teriam condições de serem reinseridos na sociedade. A reinserção a que se refere não considera a possibilidade de um retorno ao convívio social sem a interlocução com o trabalho, trabalho este que está intimamente relacionado à possibilidade de um “futuro de vida”. O discurso construído deixa implícito que a falta de capacidade para o trabalho inviabiliza a conquista de uma vida digna para os pacientes e o retorno à sociedade. No entanto, não há referência àqueles que não têm estas capacidades e aos investimentos que são feitos para melhorarem a condição destes sujeitos.

Santana et al (2009) constatou que a precariedade da atividade ocupacional é um dos principais elementos que interferem de forma negativa na qualidade de vida dos pacientes internados. O estudo mostra ainda que muitos pacientes encontram dificuldades no que diz respeito à inserção no mercado de trabalho formal, em função das limitações físicas e psicológicas geradas pelo transtorno mental.

No segundo relato, o profissional tenta mostrar o HCT como instituição hospitalar. No entanto, ficam implícitas dúvidas sobre as afirmações. O entrevistado busca, constantemente, com um tipo de interrogação, “né”, confirmação com o entrevistador sobre a veracidade daquilo que está sendo dito. Ele mostra necessitar da confirmação para sustentação de suas ideias.

Na terceira fala, o entrevistado aborda a questão do objetivo de “recuperar” o paciente. Ao tentar explicar o significado do tratamento, não consegue concretizar suas ideias, demonstrando desconhecimento sobre a função de recuperação. A incerteza apresentada aponta a existência de dúvidas sobre a relação estabelecida entre recuperação e tratamento da saúde mental do sujeito. Tem-se a impressão de estar ligado a um doutrinamento, sem reflexão, para que haja a possibilidade de reinserção social daquele que cometeu um crime.

Neste sentido, Carrara (1998) aborda a incapacidade do manicômio judiciário de atingir seus objetivos terapêuticos e destaca o objetivo de contenção e moralização dos seus internos:

(...) Além disso, o MJ me pareceu totalmente incapaz de atingir os objetivos terapêuticos a que se propõe. É certo que uma bibliografia já clássica nas ciências sociais vinha revelando que, sob a fachada médica das instituições psiquiátricas, desenrola-se, na verdade, uma prática secular de contenção, moralização e disciplinarização de indivíduos socialmente desviantes. (Carrara, 1998: 27)

Foi possível observar durante a pesquisa que existe o objetivo institucional de tratamento dos pacientes, mas este objetivo está intrinsecamente vinculado a outro grande objetivo, que seria a proteção da sociedade. A recuperação do paciente parece estar condicionada ao retorno do paciente para a sociedade sem que transtornos sejam causados. A função institucional de proteção da sociedade, que corre riscos em função da periculosidade dos pacientes internados, é preponderante.

Mesmo considerado um dos objetivos da instituição, a reinserção social não acontece como esperado, apresentando falhas neste trabalho. A falta de interesse e investimento na ressocialização dos pacientes aparece nos relatos dos entrevistados. Fica implícito que o trabalho realizado na instituição é inócuo no que diz respeito à ressocialização. Ficam também implícitos a contenção e o isolamento dos pacientes como formas eficientes de salvar a sociedade, questões exemplificadas nas falas a seguir:

Eu acredito que seja um hospital é... que dê acolhimento aos pacientes, né? Que busca algum tipo de tratamento, que busca a socialização, o que falta. Eu acredito que ainda tem que ser trabalhado, que essa parte ainda está sendo deixada de lado, sabe? Pra sociedade. (pausa) Bom, é justamente não fornecer perigo à sociedade, embora eu não acredite muito nisso, por que a gente aqui tem muitos pacientes, tenta voltar, o juiz libera. E que acaba acontecendo de novo, né? Infelizmente às vezes acaba matando e volta a cometer os mesmos delitos. Então, eu não acredito muito nisso. (EF1)

Há clara descrença no trabalho realizado. Aquilo que a instituição deveria promover, ou seja, tratamento e socialização, não são promovidos, é “o que falta”. A contradição existe na luta entre o objetivo e a falha no seu cumprimento, produzindo uma instituição desacreditada. Se o profissional não acredita na instituição, não vai fazer esforços para mudar, ainda mais sendo um trabalho coletivo. É um sintoma claro do abandono.

Barros-Brisset (2010) defende que o tratamento nos HCT não levam em consideração as necessidades dos pacientes com transtorno mental. Segundo a autora, não existe um trabalho efetivo de reinserção social, pois

“outros estão por lá, há muitos anos, tendo como único modo de tratamento, algumas oficinas internas, medicação e muitos senões. Outros acabaram de chegar de outras comarcas do Estado e chegaram já com o recado que a passagem é sem volta!” (Barros-Brisset, 2010: 84)

As observações realizadas mostraram falta de investimento, tanto dos profissionais como do órgão controlador do HCT, no trabalho de reinserção social dos pacientes. O fato da instituição não ter, durante o período da pesquisa, assistentes sociais em seu quadro, demonstra descaso com a questão. A única profissional do serviço social da instituição estava sendo emprestada de outra unidade prisional em alguns dias da semana.

Analisando a fala dos entrevistados, verifica-se que a principal importância social da instituição diz respeito à custódia e à separação dos pacientes do convívio com outros indivíduos. Estes pacientes não podem viver livremente, ou seja, a instituição trata, mas o objetivo último é privar da liberdade. A proteção que a instituição proporciona para a sociedade faz com que o tratamento se misture ou se confunda com o isolamento social, chamado pelo entrevistado de “reservado”.

Pra sociedade eu acho que ele é um elemento protetivo. Quando você traz o paciente que não tem condições de conviver socialmente para cá, você está protegendo a sociedade e protegendo essas pessoas. (EA1)

Pra sociedade é manter o paciente aqui, pra não causar danos à sociedade. Porque enquanto ele está aqui, está sendo tratado e reservado. (EE1)

As falas exprimem a função de proteção do HCT. Os entrevistados incorporam a função de proteger a sociedade, que precisa ser defendida do perigo que os pacientes representam para sua ordem e justificam o confinamento dos pacientes, geralmente oriundos de classes/famílias menos favorecidas, que se sentem aliviadas ao transferir as responsabilidades. Não há prognóstico positivo para os pacientes, que são vistos como objetos com um único destino, permanecer ali indefinidamente. Guardados em segredo, esperando que alguém se importe e procure por eles, o que não é frequente. Existe a ideia de que o HCT é uma instituição destinada a retirar o sujeito do convívio social, restringir a circulação daquele considerado louco que prejudica a ordem social. O estigma da loucura, a segregação daquilo que pode ser considerado uma ameaça aparece de forma clara.

Lombroso (2007), precursor da antropologia criminal no século XIX, considerando o crime como ato cometido por seres humanos inferiores e como um ato animalesco, faz uma associação da relação direta entre o temor social que delinquentes causam e a necessidade de manutenção do aprisionamento destes sujeitos:

Há em nós a necessidade de vingança e o temor de deixar o réu livre, em razão de sua temibilidade, e também não se conhecia ou imaginava outro modo de paralisar os malefícios de sua ação, a não ser com o cárcere e a morte (Lombroso, 2007: 194).

O posicionamento dos entrevistados evidencia resquícios do pensamento Lombrosiano. As teorias dos séculos XX e XXI não foram superadas para que novas práticas possam ser aplicadas. A transformação dos paradigmas sobre periculosidade e tratamento louco não adentraram os muros do manicômio judiciário.

Concordamos com Barros-Brisset (2010) quando diz que a voz de Esquirol pode ser escutada quando os profissionais defendem a existência dos HCT para a internação de psicopatas ou de transtorno de personalidade. Uma referência indireta, mas que possui as mesmas bases da crença da deformação do crânio, das orelhas e das extremidades, assimetrias faciais e todas as monomanias e degenerescências. O relato a seguir utiliza uma metáfora que resume os objetivos institucionais: tratamento e segregação em defesa da sociedade:

Na verdade é uma corda amarrada nas duas pontas, né? Onde a gente vai dizer assim... Você vai guardar a sociedade de um indivíduo perigoso, de um assassino, né? Então, vamos dizer assim, ela está salva daquele elemento, aquela comunidade. Aquele elemento não vai perturbar mais, né? Então, não tem essas coisas de mantê-lo confinado, porque na verdade não deixa de ser um confinamento. (EA1)

Os relatos dos entrevistados sugerem, ainda, outro importante papel social do HCT que é a disponibilização de local apropriado para o cumprimento de pena dos pacientes. Partem do princípio que a instituição tem como meta deter pessoas que cometeram atos fora da lei. A instituição não perde a função de fazer expiar os erros cometidos pelos “Pacientes/Presos” (EAG1). Aparece a noção de justiça social, que deve ser preservada e imposta para garantia da ordem pública. Uma instituição que presta serviço ao poder judiciário, ao poder de punição da sociedade, como pode ser observado na fala a seguir.

Eu acho importante, primeiro como que você deixa um paciente que tem extremo desvio de conduta psiquiátricos, neurológicos, neuropsíquico que **essas pessoas num tem convivência com os seres humanos? (Grifo da autora)** Nem seus familiares têm maneira de conviver com eles. (...) Então, esse hospital tem esse fator importante que é restringir um grupo de pessoas de alta periculosidade de convivência, um setor altamente ligado, simplesmente isso, eu acho de fundamental importância. (EM1)

A observação permite visualizar que os muros da instituição isolam por completo o interior de suas dependências do mundo externo. O isolamento aparece como resultado da reciprocidade entre a periculosidade dos pacientes e a necessidade de proteção da sociedade. Assim, os muros da instituição representam a concretude da separação dos seres que não são considerados humanos de suas famílias e da sociedade em geral.

Neste sentido, o HCT se caracteriza como uma “instituição total”, conforme descrita por Goffman (1974), um tipo de instituição que inviabiliza que o sujeito participe, mesmo que minimamente, do convívio social, retirando toda e qualquer possibilidade de interação com o mundo fora dos muros. Segundo o autor, “as instituições totais são também incompatíveis com outro elemento decisivo de nossa sociedade – a família” (GOFFMAN, 1974: 22). Aliada à necessidade das grades, aparece, nos relatos dos entrevistados, a noção de uma instituição que necessita manter seus internos sempre sob extrema vigilância, sempre observados, conduzidos e guardados por alguém. Como necessita guardar seus internos, nada mais justo que existam guardas, agentes prisionais ou carcereiros vigiando os pacientes.

Ressalta-se que a instituição está posta, instituída, sustentada pela ideia de proteção da sociedade e com recurso do poder judiciário para cumprir esse papel e resguardar os doentes que comentem atos infracionais e são inimputáveis. Algo que parece imutável, sem chance de ser revertido ou modificado. Os 80 anos de existência fazem com que a instituição seja considerada pelos entrevistados como algo inevitável, indissolúvel, intocável, parte de uma história triste, cuja existência é pouco discutida.

O Hospital tem 80 anos, me parece então, quer dizer, antes de eu nascer ele já existia aqui. Alias, até uma curiosidade... A minha mãe trabalhou nesse hospital. Ela era chamada de guarda, né? (EP1)

O HCT foi construído sob a influência do modelo manicomial clássico, reproduzido e ainda mantido. A estrutura física e o ambiente manicomial revelam um período em que a cidade de Barbacena foi palco da história da loucura ou da tortura da loucura no Brasil. Enquanto a área da saúde luta insistentemente para apagar as profundas marcas das colônias e manicômios, o HCT continua preservando o passado da psiquiatria e o (des)tratamento da loucura. O prédio é patrimônio histórico, um bem de valor significativo para a sociedade a ser preservado, assim como os valores e filosofia que são preservadas a despeito das novas leis que regulamentam o tratamento

da saúde mental. A imutabilidade no prédio, nos móveis, no espaço como um retrato antigo a ser preservado, transmite o ideário da instituição, invadindo o modelo de atendimento, como se mudanças internas não fossem possíveis. Esta imutabilidade representa uma postura ideológica sobre como devem ser tratados os pacientes como no relato a seguir:

Então, a instituição é doente de todas as maneiras, no aspecto físico, prédio, aparato físico, arquitetura. Não pode mexer porque é patrimônio. Então, você tem detalhes assim, que no meu entender chega a ser ridículo. Assim, você mantém essa porta ou essa mesa, tem que ser essa mesa? Desse tamanho, eu não posso ter uma mesa menor para que eu tenha mais espaço. A mesa ocupa o espaço todo, eu não posso mexer aqui nesse arco, porque é arquitetura inglesa da era vitoriana. Então, quer dizer, um monte de entraves. São pequenas coisas que, por ser patrimônio público, não pode mexer e que não se adapta mais a nossa necessidade. O modelo de manicômio é um modelo inglês, esses corredores esses arcos, remetem ao manicômio inglês, os primeiros manicômios construídos, com esse tipo de arquitetura. Assim, se tem muitas celas, muitos corredores, poucos consultórios, nenhum espaço para lazer. Então, não tem equalização das necessidades, esse espaço físico é deficiente. (EP1)

Os argumentos relatados não encontram respaldo nem na condição de patrimônio histórico, que pode e deve ser reformado internamente, nem em novos arranjos para alcançar os objetivos mais humanos. A falta de movimento da instituição não abre espaço para o surgimento do novo. A imutabilidade da estrutura reflete o modelo manicomial de tratamento como algo edificado, solidificado. A superficialidade dos movimentos para romper com aquilo que um dia caracterizou o tratamento da loucura impede que o HCT possa ter qualquer inovação, impedindo que seu funcionamento possa quebrar paradigmas que já se encontram em processo de mudança na sociedade. Assim, concorda-se que é uma instituição doente.

Lobosque (1999) discute a necessidade de um movimento que vá além da desconstrução literal dos muros dos manicômios: desconstrução dos muros simbólicos e práticas assumidas por estas instituições que podem fazer a diferença e incorporar operações em sentido contrário à deficiência do tratamento que exclui. Concordando com a posição de Lobosque, acrescenta-se a necessidade do movimento de reforma na concepção daqueles que prestam serviço no HCT. A organização está diretamente entrelaçada à concepção daqueles que ali atuam. Esta concepção é herdeira do imaginário popular e da formação profissional de cada trabalhador.

De acordo com os entrevistados, trata-se de uma instituição com número grande de pacientes que exigem muita atenção e cuidado. Uma instituição que deveria ter recursos físicos, materiais e humanos para atender à demanda específica de pacientes com transtorno mental. No entanto, o ambiente prisional, com grades, galerias e celas,

sobressai sobre o ambiente hospitalar interferindo na organização e na estrutura física adequada ao funcionamento condizente com uma instituição que pretende dispensar cuidados à saúde.

(...) eu acho realmente que o ambiente é muito fechado, muito né? Os pacientes ficam muito reclusos, reclusos demais. E então, eu acho que é muito mais pra prisão do que para um hospital. (EM2)

O profissional destaca a preponderância do ambiente físico prisional sobre um ambiente que se pretende hospitalar. A contradição existente entre os dois ambientes atua de forma decisiva para a determinação da soberania do caráter prisional. O HCT chega a ser definido pelos sujeitos da pesquisa como uma instituição “manca”, “obsoleta” e “doente” (EP1). Os adjetivos indicam uma instituição considerada defeituosa, arcaica e enferma. Porém, os relatos mostram que a organização e funcionamento do HCT, seus padrões e objetivos explícitos não são criticados. O alvo das críticas e as reformas almejadas recaem sobre o ambiente físico e organizacional. O espaço físico incomoda os profissionais em seu trabalho, mas a política de tratamento da doença mental tratada em regime fechado não é questionada.

A atenção que nós damos é ao paciente. Acontece que o espaço físico não é adequado para ser hospital, porque tem as características de um presídio. Então, tem que ser uma coisa associada, ele não pode ser só presídio. Por que presídio é presídio. E aqui, apesar de ter cela, a gente não chama, eu pelo menos não chamo de cela, chamo de... Esqueci o nome. (EM3)

(...) Esse espaço físico é deficiente, já aconteceram algumas reformas aqui, mais todas passaram por essa dificuldade. (...) Então, o que se faz na maioria das vezes é melhorar o aspecto. Das paredes, do chão, da janela. Mas as janelas continuam com grade, continua tudo sendo mais ou menos do mesmo jeito que sempre foi desde que manicômio foi construído. (EP1)

O ambiente fechado, com características de presídio, contrapõe à necessidade de um espaço adequado para o trabalho dos profissionais da saúde. O espaço físico interferindo no tratamento produz a ineficiência deste e a manutenção dos objetivos de um presídio. O entrevistado tenta dar um nome alternativo para a cela em que os pacientes vivem, mas até se esqueceu, porque o local onde os internos são alojados não deixa de ser uma cela.

Trata-se de um local que recebe pacientes com periculosidade, o que exige um esquema de segurança diferenciado de qualquer outra instituição de saúde. Há certo incômodo com as grades que encarceram os pacientes, mas que não impede que estas mesmas grades sejam tratadas como algo naturalmente necessário como pode ser observado a seguir:

O sistema de grades, por exemplo, eu acho que se poderia pensar em dormitórios, mas não necessariamente com tantas grades, porque elas colocam o indivíduo cada vez mais voltado para sua primitividade. (EP1)

Tem que ter as características de segurança, por serem os pacientes que são. Estão, em processo judicial. Então, tem que ter alguma coisa de maior segurança do que no hospital privado ou público, um hospital simplesmente psiquiátrico. Mas tinha que ter estrutura de hospital para melhorar as condições de tratamento e de recuperação desse paciente (EM2)

Mas parece uma coisa. (pausa) Povo doido, tirar a grade deixar os caras soltos. Isso é uma coisa que a gente nem nunca... A gente nem fala porque vira pandemônio, vai fazer rebelião. Então, sempre se pensa por esse lado. Do vício, de fuga em massa, em tudo. Na verdade, a gente tem mesmo é um sistema de confinamento, dormitório com 10, outro com 1, outro com 12. São micros sistemas de confinamento, todos têm grade, né? (EP1)

A crítica ao confinamento dos pacientes subjugados às grades não elimina a defesa destas mesmas grades ou sustenta a posição contra o confinamento. Incomodam de alguma forma, mas são vistas como naturais. Diante da contraposição entre grades danosas, mas necessárias, resta ao paciente o retorno à sua condição de “primitividade”. As consequências maléficas do encarceramento, que retiram do paciente sua condição de cidadão são admitidas, mas não conseguem visualizar o tratamento do mesmo sem a presença destas grades. Parece haver medo dos profissionais em trabalhar sem vigilância constante e movimentos limitados. O segundo relato evidencia que o HCT não pode ser comparado a qualquer outra instituição de saúde, porque seus pacientes estão sob o poder da justiça, ou seja, necessitam ser punidos de alguma forma. Consequentemente, o tratamento com o objetivo de recuperação não assume o primeiro lugar na instituição, que precisa se voltar para um objetivo maior: o andamento do processo judicial. Neste sentido, Foucault (1987) trata a questão das celas e galerias como um artifício para garantir a submissão dos corpos e como maneira eficiente de controle social:

As disciplinas, organizando as “celas”, os “lugares” e as “fileiras” criam espaços complexos: os mesmos arquiteturais, funcionais e hierárquicos. São espaços que realizam a fixação e permitem a circulação; recortam segmentos individuais e estabelecem ligações operatórias; marcam lugares e indicam valores; garantem a obediência dos indivíduos, mas também uma melhor economia do tempo e dos gestos. São espaços mistos: reais pois que regem a disposição de edifícios, de salas, de móveis, mas ideais, pois projetam-se sobre esta organização caracterizações, estimativas, hierarquias. (Foucault, 1987: 126)

Para evitar desavenças ou até mesmo represálias institucionais, para garantir que o imaginário social seja preservado, acreditamos que a ideia de “soltar os doidos” não

pode ser proferida pelos profissionais, pois quem ousa pensar nesta opção acaba invertendo a situação e assumindo o papel de doido. Fica claro que o sistema de confinamento dos pacientes traz desconforto para alguns profissionais, mas é considerado um mal necessário. Diante da crença sobre a periculosidade, as grades servem como barreira concreta e como uma barreira simbólica que impede a proximidade com os pacientes.

Não existe consenso entre os profissionais sobre a caracterização da instituição. Foi encontrada, nos relatos dos entrevistados, a construção de três modelos possíveis para o HCT. O primeiro deles é descrito como uma instituição “mista”, composta por uma parte destinada à saúde, que remete à função hospitalar da instituição, e parte destinada ao sistema prisional, que remete à função de segurança pública.

Meio a meio. Porque nós aqui agimos das duas formas, não deixamos de ser agente, não deixa de ser prisão, mas também precisa do tratamento psiquiátrico. Precisa dos dois, tem um meio termo aí. Se for só hospital o preso teria que ficar solto, as enfermarias teriam que ficar abertas. Se fosse só prisão não teria esse corpo clínico, atendendo diariamente. (EAG1)

Ele é mesclado. (...) Então, aqui tem... Se trata como preso, como detendo, mas se trata como paciente também. Quando que é paciente? Porque o seguinte... Há o tratamento que não tem no presídio. Psicólogo, psiquiatra, remédio dentro do horário, entendeu? E quando é penitenciária? Tem cela, tem grade, tem agente, tem escolta armada, entendeu? Então é mesclado, pra mim é mesclado. (EAG2)

A vertente hospitalar da instituição é caracterizada em função do corpo clínico existente. A composição da equipe técnica influencia para que a parte da saúde possa ser considerada como significativa na caracterização da instituição. O HCT é descrito como local onde o paciente poderá receber tratamento e ser observado e receber cuidados em condições supostamente adequadas.

O fato de existir uma situação de reclusão e de isolamento social faz com que a vertente prisional seja concebida. As grades aparecem como símbolo da parte prisional da instituição, assim como o corpo clínico molda o significado de ambiente hospitalar. É uma instituição organizada com os mesmos aparatos de uma prisão convencional. A existência de celas, de agentes penitenciários, de escolta armada e de procedimentos de segurança marca a parte prisional. A falta de liberdade também determina a vertente prisional e é descrita, pelos profissionais, como mais flexível, quando comparada à falta de liberdade em instituições prisionais. No entanto, a punição exercida pela instituição, não deixa de ser relevante.

A vertente prisional e a vertente hospitalar não possuem relação de unidade, somente de luta. Cada uma das vertentes da instituição atua de forma contrária e suas ações são independentes. A reciprocidade da ligação entre as vertentes determina incompatibilidade entre os interesses médicos e os penais, uma peculiaridade que faz com que HCT não possa ser considerado como um único sistema material. São dois sistemas em atrito, que não podem ser definidos por suas características básicas em função do atravessamento de objetivos opostos. Carrara já havia descrito de forma brilhante a incompatibilidade dos opostos desta instituição: “Para prisão enviamos **culpados**: o hospital ou o hospício recebe **inocentes**” (CARRARA, 1998: 27).

Em meio à concepção de uma instituição “mista” ainda existe uma distinção entre o predomínio da parte prisional e da parte de saúde. A relevância de cada uma na instituição é explicitada pelos entrevistados:

Pode colocar 70% saúde e 30% prisional. (...) Prisional só porque eles estão delimitados, não vão e vem à hora que querem. Tem os horários, tem as grades, como todo presídio tem. Então isso, a Liberdade deles é limitada até certo ponto, porque no presídio ela é muito maior, né? (EAS1)

Ela é mista. Tenta ser de saúde que deveria ser, via de regra, seu principal objetivo, a restauração, o acolhimento, o cuidar do doente deveria ser, porque o nome é hospital. Então é misto, mas tem essa coisa de estarem confinados em celas. Cela pra mim tem a conotação de presídio, prisional, Às vezes ela pende mais para um lado que pro outro. Mas quando pende mais para um lado, sempre vai pender para o lado prisional do que para o hospital. (AP1)

O primeiro relato tenta caracterizar o HCT com predominância hospitalar. No entanto, as descrições das características prisionais concluem que a instituição em nada difere de uma unidade prisional comum. Na tentativa de amenizar o peso da falta de liberdade, o entrevistado pondera que a privação do HCT pode ser considerada mais branda se comparada à privação das penitenciárias. No segundo relato, o entrevistado constrói argumentos que indicam predominância prisional. Aponta incoerência entre o principal objetivo institucional, que deveria ser o tratamento, e a realidade da instituição que sempre opera de acordo com as regras de uma prisão. Sobre as ambiguidades dos HCT, Carrara descreve a “ambivalência como marca distintiva” (CARRARA, 1998: 28) da instituição que ele denomina como prisão/hospital ou hospital/prisão. Segundo o autor, trata-se de uma instituição híbrida e contraditória, de difícil definição.

Pelas observações realizadas, a instituição funciona de acordo com a organização do sistema prisional, sob a influência do órgão gestor. O sistema de grades, de vigilância, bem como a falta de liberdade dos pacientes são oriundos da normatização do sistema de segurança e não do sistema de saúde. Os profissionais que

se ocupam do acompanhamento diário dos pacientes são os agentes penitenciários e não a equipe de enfermagem. A equipe de enfermagem fica restrita à função de administrar medicação. Todo o processo de condução dos pacientes (até mesmo as consultas médicas), organização de horários, cuidados com a higiene pessoal e alimentação fica a cargo dos agentes penitenciários. O que resta para caracterizar o nome de hospital é a medicalização generalizada.

O segundo modelo descrito é aquele que considera o HCT como uma instituição de saúde. Por ter como objetivo tratar, cuidar de pessoas com transtornos mentais e por existir forte influência do tratamento medicamentoso, o foco hospitalar é ressaltado pelos profissionais:

Então, o hospital, como o próprio nome diz, é um hospital, é para tratamento, para cuidar da patologia dele, pra voltar com ele pra sociedade. Acredito que seja a função do hospital (...). Para mim que sou da saúde, eu classifico como da saúde. (EAE1)

Porque aqui é tratamento, porque se fosse prisional, as pessoas que estão aqui há tantos anos, já pagou a pena e tinha que ir embora. Não é assim? Como não é assim, aqui é saúde, é tratar. Bom, eu não sei, é porque eu sou profissional da saúde então, levo pro meu lado (risos). (ETO1)

Na primeira fala, o profissional descreve características e objetivos inerentes a uma instituição hospitalar. O fato de o HCT carregar o nome “hospital” é condição suficiente para que ele possa ser considerado como uma instituição de saúde. Além disto, o entrevistado defende sua atividade pontuando que, como profissional da saúde, só poderia trabalhar em uma instituição de saúde.

O segundo relato reafirma os objetivos de tratamento dos pacientes, mas é inevitável a conexão com a condição de prisioneiros. O raciocínio construído perpassa uma questão temporal. A instituição não objetiva simplesmente fazer cumprir penas, porque os pacientes ficam internados tempo muito superior ao que seria preconizado por uma pena. Diante disto, a instituição teria que extrapolar a penalização e alcançar o tratamento dos pacientes. Caso isto não ocorra, não há justificativa para que os pacientes fiquem reclusos na instituição por tempo prolongado. Este argumento revela a situação de cronicidade que é utilizada para defender a internação prolongada.

O terceiro modelo relatado pelos entrevistados traz a concepção de uma instituição meramente prisional, encarregada de conter sujeitos perigosos.

Porque todo nosso esquema está direcionado ao jurídico, aqui nós prestamos serviço ao doente psiquiátrico. (...) Então, esse hospital tem esse fator importante que é

restringir um grupo de pessoas de alta periculosidade de convivência, simplesmente isso eu acho de fundamental importância. (EM4)

Eu classifico como uma instituição prisional. (...) Porque tem... Esse elemento, como eu vou traduzir isso... Coercitivo, o elemento coercitivo é muito forte. Então, não pode ser uma instituição de saúde. É uma instituição prisional, porque é altamente coercitiva. As pessoas não estão aqui porque querem. As pessoas estão aqui porque precisam. Então, isso pra mim a elimina como instituição de saúde. É uma instituição prisional. Há um atendimento à saúde? Sim. Mas, não é o ponto forte desta instituição. (EA1)

O primeiro profissional descreve uma instituição que encarcera as pessoas, que previne a aproximação e a possibilidade de convivência entre elas, excluindo os seres de alta periculosidade. A prestação de “serviço ao doente psiquiátrico” implica o “direcionamento jurídico” da instituição, que dialeticamente contém a necessidade de aprisionamento.

O “elemento coercitivo” do HCT, de acordo com a segunda fala, é o que o caracteriza. O direito de repressão exercido, a imposição da vontade alheia, a vontade do poder da sociedade faz com que a instituição não possa ser considerada de saúde. Há atendimento à saúde, mas este não é o que a caracteriza, uma vez que tem seu funcionamento baseado em conceitos da segurança pública. Carrilho em 1920 também defendia a necessidade de um regime repressivo para os loucos infratores, que à época eram chamados degenerados ou anômalos morais:

Urge, pois, que os indivíduos de que nos ocupamos [os degenerados ou anômalos morais] sejam assistidos em estabelecimentos especiais, resultante da corrente preventivista atual, a um só tempo hospital e estabelecimento repressivo de saúde e órgão de profilaxia do crime. Estes estabelecimentos apropriados aos estados intermediários entre crime e loucura são modernamente representados pelos asilos de segurança e pelos manicômios judiciários. A sua criação se prende diretamente à assistência aos anômalos morais perigosos e tem, assim, uma alta significação na defesa social contra a atividade nociva desses indivíduos, visando estabelecer um regime repressivo que se impõe em nome da tranquilidade pública e da profilaxia criminal (Carrilho, 1920: 133-134).

Neste contexto, sobre a funcionalidade das prisões, Foucault fala dos objetivos das grades e galerias, pois “a prisão tem a vantagem de produzir delinquência, instrumento de controle e de pressão sobre o ilegalismo, peça não negligenciável no exercício de poder sobre os corpos, elemento dessa física do poder que suscitou a psicologia do sujeito” (FOUCAULT, 1994, p. 43).

Acreditamos que a posição assumida pelos profissionais sobre o HCT é reflexo do que a instituição representa para a sociedade: local de contenção de pessoas que precisam pagar pelo crime cometido e pela loucura que carregam. Os profissionais desconhecem propostas inovadoras e eficientes como o Programa de Atenção Integral

ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), que aboliu a estrutura manicomial judiciária da prática com as MS. O PAI-PJ vem demonstrando ser possível o acompanhamento dos sujeitos com doença mental que cometeram delitos desde o início do processo criminal até o desfecho da sentença e do cumprimento da MS. Este procedimento visa auxiliar o judiciário na tramitação processual e, ao mesmo tempo, “secretariar o sujeito no acesso aos recursos sociais e clínicos” (BARROS-BRISSET, 2010: 84) a que tem direito. Por meio da assistência de uma rede intersetorial, os pacientes são acompanhados e tratados em meio aberto, circulando e participando da vida em sociedade.

Nos discursos dos profissionais foram encontradas ainda duas concepções complementares sobre a função do HCT. A instituição tem como meta, em um primeiro momento, educar seus internos, que precisam ser polidos para adquirirem condição de retornar para a sociedade. E, ainda, fazer com que os seus internos sejam transformados em “uma pessoa melhor”.

(...) Tratá-lo pra educá-los, para e dessa forma reinseri-lo na sociedade. Voltar e ter ciência do que ele cometeu. E pra voltar melhor, uma pessoa melhor para sociedade. (ED2)

Duas questões implícitas aparecem nesta ideia. A educação descrita não está relacionada ao conjunto de normas pedagógicas ou ao trabalho intelectual, de instrução dos sujeitos internados. Trata-se de atender ao objetivo de adestrar, de polir o comportamento socialmente desviante. Além disto, trata-se de uma instituição que acolhe pessoas ruins. O aspecto dualístico entre o bem e mal aparece indicando questões éticas entre o que é moralmente considerado positivo e/ou negativo. Aqui, o objetivo ideológico da instituição aparece, uma vez que há a intenção explícita de normatizar os sujeitos de acordo com a convenção produzida pelo poder dominante do que seria o bem e do que seria o mal, ou o indesejável socialmente.

Foucault (1987) alega que a disciplina é utilizada como mecanismo de sujeição, pois pretende produzir a obediência e a utilidade dos homens. A coerção exercida pelo processo de disciplinarização manipula comportamentos e gestos, manipula corpos submissos e “dóceis”: “Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita” (FOUCAULT, 1987:119).

Em meio às diversas concepções a respeito do HCT como equipamento social, o abandono e a exclusão são destacados. Abandono dos pacientes, que são entregues a internações por períodos indeterminados, e o abandono de todo o arcabouço institucional. Além disso, a proposta de ressocialização ou reinserção implica que há algo anterior a ser recuperado e há um caminho para onde voltar. Quando há este vazio anterior à proposta, torna-se difícil alcançá-la, o abandono torna-se a regra em vez de ser a exceção.

A propagação da ideia de alta periculosidade dos internos abriu espaço para um estereótipo pré-concebido da necessidade de impedir qualquer tipo de aproximação dos loucos criminosos da sociedade. O desconhecimento ou a falta de interesse, por conveniência, fazem com que o imaginário popular propague a história de uma instituição que abriga “aberrações humanas”. A realidade do funcionamento institucional é descrita, pelos profissionais, como totalmente desconhecida pela sociedade.

Quando eu não estava aqui, minha visão era outra. Quando a gente entra vê que a realidade é completamente diferente. (...) Mas achava que eram pessoas perigosas, agressivas. Não achava que eram pessoas com capacidade de serem inseridas, achava que era um grau muito alto de periculosidade. Quando entrei, vi que tem esse tipo de pessoa, mas a grande maioria que está esquecida aqui poderia ser revista, porque tem potencialidade, capacidade que vai além dos nossos olhos. (ETO1)

Olha, pra sociedade... A sociedade não entende isso aqui como um hospital para tratar pessoas que tem problema, para a justiça, né? Que o juiz manda pra cá, eles acham que isso aqui é um lugar onde se enfia a pessoa que fica aqui e não sai mais, né? E vai só denegrindo a imagem do hospital. Acham que o paciente daqui é um bicho, um bicho de 7 cabeças. Tem que ficar pra fazer tratamento e se não fizer um tratamento, como é que eu vou dizer... Se não houver a recuperação dele, não tem como atender a sociedade ... Acho que a sociedade tinha que vir e ver como é feito, de que forma é feito, como ele chega e como sai. Não sei se é da justiça. A justiça nos cobra muito. O Juiz cobra muito, mas ele não está aqui. (EA2)

No primeiro trecho destacado, o entrevistado fala da sua visão ou talvez concepção antes e depois de começar a trabalhar no HCT. Antes, por desconhecer a realidade, supunha a instituição como abrigo de pessoas perigosas, criminosos incorrigíveis. Após sua inserção no contexto da instituição, houve uma mudança qualitativa, que permitiu a relativização da visão anterior e a consequente ponderação sobre a capacidade dos pacientes. A periculosidade e a capacidade foram colocadas, dialeticamente, como forças opostas. Os sujeitos antes considerados exclusivamente perigosos, agora são também considerados sujeitos capazes. Quando observada de perto

e olhada pelo avesso, a instituição pode mostrar uma realidade diferente, até mesmo despojar parte do perigo que guarda.

Os relatos mostram que a sociedade não conhece o funcionamento e os objetivos do HCT. A tensão gerada entre a incompreensão e o desconhecimento produz uma espécie de mistificação da instituição. De local apropriado para o tratamento de pacientes, o HCT passa a ser concebido, pela sociedade, como depósito eterno de indivíduos irrecuperáveis, considerados “bicho de 7 cabeças”. O desconhecimento e a ausência do poder judiciário também são apontados como empecilhos para a desmistificação do arcabouço institucional preponderante. O poder judiciário determina a internação, cobra efetividade, mas oferece o abandono para a instituição.

“Bicho de sete cabeças” é o nome de um filme brasileiro de 2001, dirigido por Laís Bodanzky, com roteiro de Luiz Bolognesi, que foi baseado no livro autobiográfico de Austregésilo Carrano Bueno (2001), Canto dos Malditos. O livro narra a história de um jovem internado por sua família em um hospital psiquiátrico para um tratamento contra o uso de drogas. O filme, a começar pelo nome, ilustra a cruel realidade de pacientes internados em manicômios sob o argumento de tratamento médico. Pacientes que sofrem ao serem submetidos a situações desumanas por detrás dos muros da instituição e por serem subjugados ao preconceito da sociedade. A expressão “bicho de sete cabeças” é utilizada para falar sobre algo extremamente complicado e que demanda muito esforço para ser decifrado. Há quem defenda que a expressão tenha origem na mitologia grega. De acordo com o mito, Hidra de Lerna era uma gigantesca serpente que possuía sete cabeças e habitava a região pantanosa de Lerna, na Grécia antiga. Era um animal extremamente perigoso e difícil de ser extinto, porque quando uma das cabeças era cortada outra renascia no mesmo lugar. Somente Hércules conseguiu derrotar o monstro e para impedir a renovação das cabeças, queimava cada uma à medida que as cortava.

A trama ilustra, entre outras questões, o desconhecimento da família sobre a organização e funcionamento de uma instituição psiquiátrica. A família colaborou para que o tratamento no manicômio fosse escolhido como a melhor alternativa para a saúde do jovem. A trama, baseada em histórias reais, retrata todas as mazelas vivenciadas pelos pacientes internados que degradavam a subjetividade e a saúde mental do sujeito de forma irreparável.

O filme mostra ainda o desconhecimento por parte da sociedade sobre a questão e reafirma a discriminação e o perigo da loucura. Após ter recebido alta da primeira

internação, o protagonista do filme passa pelo constrangimento de ser expulso da casa de um colega. O medo provocado pelo estigma do doente mental pode ser observado quando a mãe do colega do protagonista exige que ele não frequente sua casa. A porta de entrada do manicômio significou a chave para porta de saída do convívio social.

Acreditamos que a instituição exista apoiada pelo desconhecimento e pela convivência da sociedade. Como em jogo de faz de conta, o HCT torna-se invisível, oculto. Mas, basta que um incidente envolvendo um louco perigoso seja estampado nas páginas dos jornais, que “o bicho de sete cabeças” a ser derrotado faz com que olhares críticos se dirijam à realidade, mesmo que por pouco tempo.

A lógica do bicho de sete cabeças representa uma missão quase impossível para a sociedade, confirmada por uma profissional que descreve as dificuldades no trato com os pacientes que “escolhem” a posição degradante.

Existe algum momento em que há alguma degradação? Sim. Mas isso é muito mais por decisão do paciente. Não é uma determinação externa, é uma determinação do próprio paciente. Nós temos pacientes aqui que gostam de estar isolados e eu, dentro da minha concepção, acho o isolamento extremamente degradante. Mas ele não acha. (EA1)

A transferência da responsabilidade pela degradação para aquele que ali está por que necessita ser cuidado soa como irresponsabilidade do profissional e da instituição, considerando que esta última é a guardiã de pessoas vulneráveis e indefesas. A inversão de valores faz acreditar que a degradação dos sujeitos internados está incorporada por uma instituição tão doente quanto o próprio paciente. O paciente não escolheu ser despojado de todos os seus direitos, pertences, sua cidadania, seus laços e convívio social, enfim de sua vida. Fica claro que a instituição não tem como alcançar a meta de ressocialização em decorrência de ineficiência institucional.

Alguns relatos mostram que para o paciente o HCT é organizado para concretizar a exclusão social. Tais profissionais demonstraram uma postura crítica, ensejando que os pacientes sejam vistos como sujeitos que estão sendo colocados à margem da sociedade, por serem indesejados. Alguns profissionais também fazem conexão entre a loucura e a marginalidade, motivo pelo qual os pacientes são abolidos do convívio social. O HCT é caracterizado como um local utilizado como prisão perpétua, prestando serviço ao poder judiciário e ao poder de punição da sociedade, como nas falas a seguir:

Para a sociedade acho que é excluir mesmo, excluir aquilo que a sociedade não quer. É o louco, antigamente leproso. É excluir mesmo da sociedade aquilo que os municípios, a comunidade não está dando conta, né? (EP2)

Então, muitas vezes o lugar que eu vejo aqui, é um lugar de abandono, na maioria das vezes, que paciente chega pra tratamento, né? Às vezes na avaliação de sanidade mental já ganha logo o rotulo de doído, de louco. A família quer abandonar, ninguém quer porque dá trabalho. (EAS1)

A relação dialética estabelecida entre a loucura e a exclusão tem como produto o abandono. A falta de amparo do poder estatal, a negligência das famílias de origem e a renúncia da sociedade marcam de forma definitiva a situação de abandono dos pacientes internados no HCT. Barros-Brisset (2010) fala sobre a lógica da segregação que matém a estrutura manicomial do HCT, obstruindo a possibilidade de exercício da cidadania pelos pacientes.

Estamos agora juntos, na tarefa de abrir as portas, para fazer com que a vida passe a circular com ares de liberdade arejando os espaços abafados da segregação. Pois é consenso que os pacientes encontram-se enclausurados numa estrutura sem comunicação, sem prosperidade, esvaziada de vida criativa... Vivendo de passado, sem perspectiva de pro-jetar, sem projeto futuro! (Barros-Brisset, 2010: 85)

A postura em relação à figura indispensável do HCT só é rompida por um dos profissionais entrevistados, que não permitiu que sua entrevista fosse gravada. O profissional se coloca contra a existência deste tipo de organização. Em sua visão, a instituição é tomada como um lugar de segregação, um lugar que exclui e que retira o sujeito da sociedade. Uma instituição que destitui o sujeito de tudo o que é seu, tornando-o um “objeto de manipulação” (sic). Uma “prisão perpetua” (sic) para aqueles que são indesejáveis para a sociedade. Na visão do profissional, a extinção da instituição aparece como única solução para o problema da segregação, embora deva ser considerada uma medida de longo prazo. Aposta na ausência de relevância da instituição, assim como aposta em seu fim. Este olhar é fruto das concepções da Reforma Psiquiátrica.

No HCT há incompatibilidade entre os interesses de uma instituição de saúde e uma instituição prisional. Seriam dois polos distintos que possuem funções e atribuições incompatíveis de serem realizadas conjuntamente. A intenção legal, ou o propósito descrito, de criação de uma instituição médico penal tem como foco o trabalho concomitante e complementar de duas áreas distintas do conhecimento, áreas estas que não conseguem funcionar em conjunto, de forma complementar, o que faz com que se excluam mutuamente.

Trata-se de duas áreas do conhecimento que dominam partes importantes do controle social. A medicina, com seu poder de controle sobre a vida e a morte, e o direito, com seu poder de controle sobre a liberdade do homem. Duas potências que possuem um nicho de controle e soberania, que se mantêm em função do poder adquirido pelo saber. Juntos necessitam dividir espaço, ceder parte dos holofotes direcionados à grandiosidade e importância que possuem. Precisariam abrir mão do controle absoluto da situação, perdendo parte do poder que lhes é conferido. A falta de consenso provoca o movimento de anulação mútua dos dois polos de poder da instituição.

Ressalta-se que a normatização da instituição fica a cargo do poder judiciário, e a administração, sob a responsabilidade do controle social, ambas repartições públicas diretamente relacionadas ao conhecimento do direito. Mas o conhecimento da medicina não pode ser dispensado, precisa ser valorizado, pois abre a possibilidade de prever ou de externar a ideia de tratamento para os sujeitos apenados.

5.1.2–Caracterização do paciente e sua inserção familiar e social

A percepção dos trabalhadores sobre os internos mostra a multiplicidade e a contradição das caracterizações dos pacientes do manicômio judiciário. A começar pela própria denominação dada às pessoas que estão internadas na instituição, um mistifório confuso entre as concepções de paciente e de presidiário. A descrição de um funcionário que os define como “pacientes/ presos” (EAP3) explicita a condição de um grupo de pessoas sem definição de seus papéis e funções sociais, marcado por rótulos e estigmas. Em meio à dualidade de descrições dos internos, buscou-se compreender sob que ótica os sujeitos do manicômio judiciário são tratados pelos profissionais do HCT.

Foram encontradas nos relatos três principais caracterizações dos internos do HCT. Na primeira, eles são caracterizados como pacientes com transtorno mental que necessitam de tratamento psiquiátrico. A caracterização como pacientes reforça a ideia de que são seres humanos e que devem ser respeitados e tratados como tal. Independente do crime cometido e da impossibilidade de contato com outras pessoas, eles devem ser respeitados.

Penso que são pacientes com transtorno. Porque aqui a maioria tem transtorno mental, a maioria vem aqui para tratamento psiquiátrico, ou para exame. (...) Os que ficam são mais de tratamento né? e os de medida de segurança. (EAE1)

São pacientes, pra mim são pacientes, né? São seres humanos que vamos dizer assim... A distorção do comportamento foi tão grave que ficou impossível a convivência. Então, são pacientes, independente do crime, foi leve, se foi só uma tentativa, se foi hediondo, a minha visão é a mesma. E o respeito que eu tenho por eles, é igual. Muitas pessoas perguntam se tem medo, deve ter algum tipo de paciente que assim, te impressiona muito, e você chega a ter medo? Não, eu não tenho medo de paciente. Eu tenho é do que eu não consigo fazer, o que eu não posso fazer por ele. (EP1)

No primeiro trecho o profissional diz acreditar que as pessoas são internadas no HCT a fim de realizarem tratamento psiquiátrico. Corroborando com a primeira fala, o segundo profissional complementa a ideia dos pacientes como merecedores de respeito, independente dos atos cometidos. A contradição existente entre aquele que necessita de tratamento e que, ao mesmo tempo, apresentou uma distorção de comportamento extremamente grave não pode romper com a perspectiva do ser humano, que deve ser respeitado. A denominação “paciente”, utilizada de forma generalizada entre os profissionais, emerge dos cuidados dispensados com a saúde dos pacientes.

Acreditamos que a fala dos dois profissionais seja fruto da repercussão da luta e dos ideais propagados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, que evidencia a necessidade de garantir uma assistência integral, eficaz e humanizada em saúde mental. A fala dos dois profissionais indica um movimento de busca por um tratamento humanizado, tentando reverter as atrocidades que eram cometidas, travestidas sob o nome de tratamento.

No entanto, percebemos que os discursos construídos tentam também tamponar o fracasso da função terapêutica, socializadora e protetora do HCT. A internação das pessoas ditas “pacientes” continua sendo sinônimo de destituição de desejos, emoções, voz, ação e cidadania. Com uma roupagem diferente, escondido por traz das máscaras do “tratamento humanizado”, o HCT continua sendo um veículo de “mortificação do eu”.

Mesmo que os internos sejam considerados pessoas “doentes” que necessitam de tratamento de saúde, a periculosidade continua sendo uma característica inerente. O estigma do crime, com a conseqüente punição, não descola da figura do paciente. Assim como existe uma dupla caracterização da instituição, existe uma dupla caracterização de seus internos. Trata-se de um sujeito que é doente mental e, ao mesmo tempo, criminoso. A imputação da responsabilidade pelo crime cometido os obriga a expiar sua culpa e faz com que os pacientes não possam ser somente pacientes, pois eles também são criminosos como se verifica nas falas a seguir:

Nós, nós temos uma visão de que eles são doentes, pacientes. Por que pra nós eles não são presos, eles são pacientes e a gente os trata como doentes. A gente tem todo o respeito e carinho com eles e lógico, preservando o fato de terem uma periculosidade. Então, a gente tem certos cuidados, para evitar que eles se tornem perigosos em relação a nós. (EM3)

Eu vejo como ser humano. É, qualquer um de nós, Deus que nos livre disso, está sujeito a um erro, a uma pena. Então, pra mim não me interessa o que fez. Eu sei que ele tem que pagar pelo erro dele, mas enquanto enfermeira, na área de saúde, eu o olho como ser humano. Como um ser humano, e que precisa ser atendido naquilo que está precisando. E é o nosso objetivo aqui. Agora, a parte que ele fez lá fora, a parte judicial dele não cabe a nós aqui, cabe ao juiz e outras autoridades. (EE1)

Os pacientes são duplamente caracterizados pelo primeiro profissional com enfoque no atendimento à saúde. São pacientes, por necessitarem de tratamento psiquiátrico, e são criminosos, por terem infringido leis. Trata-se de uma clientela “diferenciada” que não pode ser definida somente como criminosa, mas a loucura, também, implica o perigo.

Para o segundo profissional, a humanidade dos pacientes aparece indicando a obrigatoriedade de tratamento de saúde. Porém, este ser humano, ao qual o profissional se refere, carrega a mácula do crime. Pelo relato, o profissional se diz incompetente para imputar responsabilidades sobre os atos cometidos pelos pacientes, mas afirma que eles são merecedores de punição. Como profissional da saúde, alega não poder se posicionar em relação às questões jurídicas do paciente, embora como cidadão tenha aval para julgar necessária a penalização pelo erro.

Para Almeida (2004), a “Ideologia da Defesa Social” trouxe para o direito penal a noção de periculosidade do homem que, com suas características físicas e psíquicas foi colocado como figura principal da questão penal. O perigo considerado inerente a ele, devido a comportamentos desajustados à ordem jurídica, passou a representar uma ameaça à harmonia social.

Peres e Nery (2002) sugerem que o crime exerce a função de sintoma do estado perigoso do indivíduo. Em meados do século XX, a presunção de periculosidade foi destinada exclusivamente aos loucos criminosos. Este estado perigoso passou a ser diretamente relacionado à saúde mental do sujeito. A relação entre loucura e criminalidade funcionou como aval para o destaque do caráter perigoso e violento dos doentes criminosos e para a necessidade de tratamento dos mesmos.

Assim, a aplicação da medida de segurança foi destinada ao sintoma do estado perigoso da doença mental, ou seja, ao inimputável, àquele que em razão de sua loucura não pode ser considerado culpado, mas representa perigo para a sociedade. A profilaxia

social, direcionada aos cuidados com a loucura, permitiu que a medida de segurança, no campo do direito penal, funcionasse como um dispositivo de atuação frente à mesma. A atuação feita é tida, teoricamente, como possibilidade de tratamento e assistência, sem caráter aflitivo (PERES e NERY, 2002; ALMEIDA, 2004).

Barros-Brisset (2010) chama atenção para a banalização da atribuição da periculosidade aos loucos que cometeram crimes. A presunção da periculosidade faz com que o sujeito seja “lançado para fora da órbita da humanidade e, na maioria das vezes, sem passagem de volta”. (BARROS-BRISSET, 2010: 19). O autor argumenta ainda que o medo do perigo da reincidência dos loucos vai além da possibilidade de cometer novos crimes. Isto porque o medo do perigo paira sobre a desestruturação e incerteza que a loucura provoca quando se pensa em um ideal de ser humano.

Observamos que a presunção da periculosidade dos pacientes do HCT extrapola a lei e é generalizada pelo imaginário popular. A ideia de perigo que o louco infrator representa para a sociedade tornou-se um paradigma, uma regra. O perigo que o paciente representa extrapola a ficção e se materializa na figura do louco criminoso, que pode, a qualquer momento, cometer outros crimes. A loucura, em oposição à razão, desnuda o ideal positivista da racionalidade inerente ao ser humano. A criminalização da loucura desvela uma história da humanidade pautada na intolerância para com a indiferença entre as pessoas. Como em uma operação matemática, a loucura precisa ser “des-humanizada”, uma vez que assumir a humanidade da loucura abriria um pressuposto para questionar a razão como pilar e sustento da ciência e da organização social.

A terceira caracterização encontrada nos relatos foi a da dualidade entre capacidade e incapacidade. O estigma da incapacidade dos pacientes alicerça a ideia de pessoas inaptas a reger a própria vida. Há um movimento de infantilização, com um sentido pejorativo, que retira as responsabilidades e capacidades jurídicas e sociais dos pacientes, como ilustra a fala a seguir:

São meus meninos e minhas meninas, Eu falo pra eles... E tem uns que falam: - não, eu já sou homem. Ai eu falo: não, menino e menina que dá trabalho, mulher num dá trabalho não, já tá com caráter formado e vai pra frente, você ainda são meninos e meninas.(EAS)

Agora a preocupação minha, principalmente como diretor, quando entrei é mais humanitário. Porque ainda mais tratando de pessoas com uma deficiência mental. Eu acho que tem que ser tratado da forma que trata uma criança. Tem que ouvir, ter carinho, aconselhar. E quando tiver que chamar a atenção, tem que conversar também, entendeu?! Então pra mim é isso aí. (ED3)

As falas são explícitas ao tomar os pacientes como crianças. Crianças levadas, que dão “trabalho” e que não possuem “caráter formado”. O tratamento dispensado tem como base a forma como uma criança é tratada. A concepção de criança exposta é a de um ser inferior, incapaz de compreender sua realidade e responder pelos próprios atos. Além disto, negam ao sujeito sua identidade como homem/mulher. A afirmação da autoimagem do paciente é desconstruída e é imposta uma projeção feita pelo olhar do outro. Há um choque, no qual adultos são tratados como crianças em função de sua condição psíquica.

Ao discutir as instituições totais, Goffman diz que um interno, ao chegar ao estabelecimento carrega uma concepção de si mesmo que foi construída ao longo de suas vivências em seu mundo doméstico e em suas interações sociais. Ao entrar na instituição, o sujeito é despido de tudo aquilo que lhe servia como referência e é deposto dos papéis que exercia na sociedade:

A linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais começa com uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. (...) A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu (Goffman, 2008: 24).

A literatura mostra ainda que a loucura é objeto de interesse do Direito, uma vez que a incapacidade do sujeito e a impossibilidade da expressão de sua vontade definem atos jurídicos. Os ordenamentos jurídicos regem a classificação da incapacidade do louco e suas consequências com a intenção de resguardar a segurança das relações sociais, legislando sobre quem tem capacidade para praticar atos da vida civil ou na esfera penal. O tratamento diferenciado para com a loucura justifica-se pela falta de razão do sujeito, bem como por sua suposta incapacidade de reger a própria vida. A letra da lei reza que os loucos e crianças, no âmbito civil, são incapazes de praticar atos jurídicos e, na esfera penal, são inimputáveis, não praticam crimes. A história da legislação brasileira mostra que os loucos e crianças são tratados de forma equivalente, como na Lei de 16 de dezembro de 1830:

Art. 10. Também não se julgarão criminosos:

1º Os menores de quatorze annos.

2º Os loucos de todo o gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos, e nelles commetterem o crime.

3º Os que commetterem crimes violentados por força, ou por medo irresistíveis.

4º Os que commetterem crimes casualmente no exercício, ou pratica de qualquer acto licito, feito com a tenção ordinária.

Art. 11. Posto que os mencionados no artigo antecedente não possam ser punidos, os seus bens comtudo serão sujeitos á satisfação do mal causado.

Art. 12. Os loucos que tiverem cometido crimes, serão recolhidos às casas para elles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao Juiz parecer mais conveniente. (Brasil, 1830)

Seguindo esta lógica o código civil de 1916, Lei N 3.071 dizia:

Art. 5. São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

- I. Os menores de dezesseis anos.
- II. Os loucos de todo o gênero.
- III. Os surdos-mudos que não puderem exprimir a sua vontade.
- IV. Os ausentes, declarados tais por ato do juiz.

Art. 142. Não podem ser admitidos como testemunhas:

- I. Os loucos de todo o gênero.
- II. Os cegos e surdos, quando a ciência do fato, que se quer provar, dependa dos sentidos, que lhes faltam.
- III. Os menores de dezesseis anos.
- IV. O interessado no objeto do litígio, bem como o ascendente e o descendente, ou o colateral, até o terceiro grau de alguma das partes, por consanguinidade, ou afinidade.
- V. Os cônjuges. (Brasil, 1926)

Na legislação brasileira, atualmente, o que gira em torno da questão da loucura e da figura do louco é a responsabilidade pelos atos cometidos. O centro da questão parece ser o limite da conceituação do que seria “culpa” para a determinação do que seria ato ilícito tanto na esfera penal como na cível. O louco continua sendo tratado como sujeito sem culpa, mas incapaz de exercer seus atos de forma responsável. É o que pode ser visto tanto no atual Código Civil como no regente Código Penal (BRASIL, 1984; BRASIL, 2002):

Art. 1º Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil.

Art. 2º A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

- I - os menores de dezesseis anos;
- II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;
- III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

- I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;
- II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;
- III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;
- IV - os pródigos. (Brasil, 2002)

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Art. 27 - Os menores de dezoito anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial. (Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Pela Legislação, conclui-se que a norma social infere a equivalência entre incapacidade e loucura, assim como a equivalência entre incapacidade e infância. Percebe-se falta de atenção e respeito às fases do desenvolvimento humano, suprimindo as particularidades e necessidades dos pacientes. Talvez a falta de previsão de visitas íntimas para pacientes internados em HCT tenha como pano de fundo a desqualificação das necessidades sexuais dos mesmos, uma vez que existe a errônea noção de equivalência entre loucura e infância.

Em meio às três caracterizações básicas encontradas nos relatos, algumas características pontuais também apareceram como relevantes. A começar pela existência de distinção entre grupos de pacientes, na qual alguns são considerados pacientes asilares, que não respondem a nenhum tipo de intervenção ou tratamento. Outros apresentam potencial para responder satisfatoriamente às intervenções e tratamentos. Ainda há discriminação entre aqueles que não deveriam estar internados em um HCT e aqueles que cumprem medida de internação por justa causa. O balizador neste caso incide sobre o tipo de crime cometido e comportamento menos ou mais agressivo do paciente, como pode ser visto a seguir:

Aqui tem um mesclado, um pouco de tudo aqui. (...) têm pacientes aqui, que são asilares, que não são de manicômio, que é caso de FHEMIG. Têm pacientes que pra mim não estariam aqui, são casos asilares. Tem paciente que realmente você vê que não tem a mínima condição, a gente investe, mas é um grau que ele já não te responde mais, né? E tem pessoas aqui que tem muitas condições. Que precisaria de mais investimento. Por mais profissionais que tenha aqui, eles não são insuficientes para fazer um bom trabalho. Mas tem muita gente aqui com potencial, pra fazer muita coisa lá fora. Eu acredito. (ETO1)

Bom, eu tenho muitas visões. Primeiro aqui tem pacientes que não precisavam estar aqui. Porque casos de indivíduos aí consegue roubar, furtar uma caneca, uma bicicleta, não tem homicídio, não é caso do rapaz estar aqui. É certo que precisa de tratamento, mas tem clínica assim... Mais aberta, mais amena pra ele fazer um tratamento. Aqui também tem pacientes que precisam daqui, porque no convívio com a família, no convívio em outra clínica, não vai ter essa pessoa como nós ou como os enfermeiros da casa pra dar o remédio na hora certa, fazer contenção na hora certa, evitar que ele bata em alguém, evitar que ele mate mais alguém, que ele agrida alguém (...) A não ser, é muito importante, nós temos casos aqui que é crônico. Então, o cara pode tomar remédio a vida inteira, o ano inteiro, mas ele não vai apresentar melhora, infelizmente é isso. (EAG2)

O primeiro profissional distingue em sua fala dois diferentes grupos de pacientes. O primeiro seria composto por aqueles que, em função da cronificação da doença e da falta de perspectiva positiva em relação ao tratamento, não deveriam estar internados em um HCT. O profissional aponta as instituições asilares como melhor opção para o acolhimento deste grupo. Estes pacientes estariam ocupando e onerando o trabalho realizado, sem a possibilidade de respostas terapêuticas positivas. O segundo grupo de pacientes é composto por pessoas com capacidade para responder à proposta terapêutica e com potencial para desenvolver habilidades que podem ser aproveitadas na vida do outro lado dos muros do HCT.

O segundo profissional também caracteriza os pacientes em dois grupos. No entanto, esta divisão não é feita em relação às condições clínicas ou potencialidades dos pacientes e, sim, em relação à gravidade do ato ilícito. Os crimes de menor potencial ofensivo são utilizados como justificativa para contraindicar a internação. Já os crimes de maior potencial ofensivo, que exigem contenção química e física, são tomados como justificativa para a importância da internação.

Ao discriminar os dois grupos de pacientes os profissionais explicitam a falta de conformidade em relação à caracterização dos mesmos. A dualidade entre o paciente hospitalar e o paciente preso aparece como resultado da distinção entre a fala de um profissional da saúde e a fala de um profissional da segurança. Cada qual considerando o perfil do interno de acordo com suas referências profissionais e sua visão. Diante da duplicidade de caracterização, o paciente se porta também de forma dúbia, para atender aos interesses de cada um dos profissionais. A denominação de “camaleão”, feita por um dos profissionais, mostra o movimento que explicita a perda da identidade que os obrigando a apresentar um comportamento lábil:

(...) O paciente se mostra de um jeito para o médico, de outro para o psicólogo, de outro pro agente. Ele é um camaleão. Sabe que com o agente ele tem que agir assim, de cabeça baixa, mão pra trás. Ele sabe que com o medico é DR., sim senhor. Porque ele é um dr. e eu tenho que tratar assim, eles tem essa humildade. Sabe que com o psicólogo ele pode conversar um pouquinho mais a vontade, mas também não é com tanta largueza, porque tem um agente do lado ouvindo tudo que ele tá falando. (EP1)

O profissional descreve um comportamento adaptativo do paciente que é balizado de acordo com o tipo de relação de poder que cada profissional exerce. As relações contraditórias entre o profissional e o paciente, ou entre o profissional e o preso indicam qual deverá ser a postura assumida pelo interno. Ao paciente, não é reservado o

direito de expressão de suas particularidades, pois impera os ditames sociais de cada saber ou prática profissional.

Goffman (2008) afirma que a admissão em uma instituição total acarreta a perda de equipamentos de identidade, impedindo o indivíduo de apresentar aos outros a imagem usual que possui de si mesmo. Para o autor, a situação de submissão provoca diferentes tipos de indignidades por obrigar o paciente a participar de atividades ou situações incompatíveis com sua concepção de eu. A forma de tratamento, as ações exigidas do internado “correspondem às indignidades de tratamento que outros lhe dão” (GOFFMAN, 2008: 30). Também a indefinição de papéis faz com que o paciente seja visto como aquele que não possui espaço, que não pertence a lugar nenhum. Alguns não fazem parte nem mesmo do manicômio judiciário, como na fala a seguir:

Nós temos pacientes que não teriam, assim, a menor condição de permanecer aqui, do ponto de vista jurídico. E não teria a menor condição de ser acolhido pela família, do ponto de vista sociológico. (EA1)

Sem papel definido, estas pessoas também não possuem condições de compreender a própria situação jurídica e social. A precariedade de entendimento sobre a motivação de sua custódia impede que os pacientes entendam a necessidade de sofrerem as consequências pelo crime cometido. Os relatos mostram pessoas que não possuem crítica sobre os atos criminosos cometidos e que, conseqüentemente, não apresentam condições para compreender que o manicômio judiciário é o único destino possível.

Eu já te falei, eu vejo com..., existe um traço de compaixão. Mas acho que a justiça tem que ser feita. E se ela cometeu um crime, tem que pagar por ele, ainda que não tenha noção. Nós temos muitos casos aqui de pessoas que não tem noção de que estão pagando um crime, entendeu? Mas isso é necessário do ponto de vista social. Individualmente, eu acho que é uma vida que se perde, mas... Pra você fazer uma coisa boa.... Não tem jeito de fazer uma omelete sem quebrar o ovo né? É o que eu penso. (ri) (EA1)

Eu não sei se pro paciente existe assim... Primeiro ele não entende, boa parte deles, não tem o entendimento critico. Na maioria das vezes não se dá conta nem de onde está, demora anos pra entender qual a real situação dele. O que está fazendo aqui, porque que veio para cá. No entendimento dele não fez nada de errado. Então, houve até uma injustiça, ele veio pra cá injustiçado. É essa palavra da maioria deles, né? Mas não entende que essa custódia é necessária e que a condição dele, pelo próprio crime que cometeu, não me deixou..., mais brechas pra outras coisas. Não lhe restou outra coisa a não ser estar confinado dentro de um hospital de custodia. Eu acredito que eles não têm a menor ideia do que é, pra eles vai ser sempre isso, injustiçado. Eu não fiz nada, porque são essas coisas assim. (EP1)

As falas não deixam dúvidas quanto à falta de compreensão dos pacientes em relação à sua condição de custódia. São igualmente incisivas quanto à falta de capacidade crítica para compreender que sua internação foi motivada pelo desajustamento social de seus comportamentos. Segregados, sem a dimensão dos atos ilícitos cometidos, os pacientes também não compreendem a importância do isolamento social a que são submetidos, isolamento este que se faz imprescindível para que o paciente/preso possa pagar pelo crime cometido. A perda da vida social deste paciente é tomada como fato, julgada como contingente do contrato social. Para se conseguir a manutenção do statu quo, fragmenta-se a vida daquele que ameaçou os interesses sociais.

Barros-Brisset (2010) alega que a legislação brasileira sustenta juridicamente o doente mental como incapaz de reconhecer e assumir os atos ilícitos cometidos. A incapacidade de responder pelo caráter ilícito dos atos é utilizada como justificativa para a estimativa da probabilidade da reincidência de crimes e, conseqüentemente, aponta para o perigo que sujeito representa. No entanto, os resultados do trabalho realizado pelo Programa PAI-PJ apontam para uma resposta oposta à presumida em lei, sob o argumento de que o campo jurídico é a instituição, por excelência, responsável pela avaliação da intencionalidade e capacidade de agir do cidadão, bem como de atribuir culpa, responsabilidade e garantir seus direitos. Assim, a medida jurídica imposta ao louco infrator só atingirá seu fim público de zelar pelos direitos desses cidadãos, ao convocá-los a responder por seus atos diante do corpo social.

Concordando com Barros-Brisset, acredita-se que ser considerado inimputável, não ter direito de autoria das próprias palavras e ações, ser condenado ao silêncio no exílio social eterno, não parece cumprir as exigências impostas pelos direitos humanos. Ao contrário, ser convocado a responder pelo crime, assumir a responsabilidade pelos próprios atos apresenta para o sujeito a dimensão da lei, instrumento que pode operar no sentido de uma construção de convivência com o social no espaço público. A presunção de incapacidade de compreensão sobre a situação da custódia é furtar-se a escutar e olhar atentamente a singularidade do paciente, tratá-lo e reinseri-lo.

O fantasma da periculosidade e irresponsabilidade dos pacientes faz com que sejam vistos pelos profissionais como indivíduos com desvios de condutas extremos e graves patologias psiquiátricas e neurológicas. Patologias que impedem o convívio com outros seres humanos e suas famílias. Como consequência, são tomados como pessoas que não aceitam ou não estão aptas à convivência social, optando pelo afastamento.

Pacientes em situação de degradação em função das próprias escolhas e do perfil que possuem.

Eu acho muito importante, primeiro como você deixa um paciente que tem extremos desvios de conduta psiquiátricas, neurológicos e neuropsíquico? Essas pessoas não tem convivência com os seres humanos, nem com seus familiares, não tem maneira de conviver com eles. E os homicidas que temos aqui, fica de difícil convivência. Porque a conduta deles é muito diferente da nossa. De uma época para cá, o hospital se tornou praticamente encontros de viciados e drogados, em muitos processos de dependência química, associados sempre a homicídio, ao distúrbio de conduta psíquica. (EM1)

(...) Nós temos paciente que não aceita o convívio social, ele não aceita. E isso é uma coisa que eu considero degradante, mas ele não, né? (ri) (EA1)

Porque tem pacientes que não conseguem viver em sociedade. Não se consegue colocar ele num quarto com mais 10 pacientes. Que ele não consegue viver em sociedade. São casos de exceção. Então, o tratamento é pra pessoa sentir que está se tratando que esta melhorando. (...) (EAS1)

No primeiro trecho, o profissional classifica os pacientes como seres não humanos. Os transtornos psiquiátricos e neurológicos são classificados como desvios de conduta. O crime cometido é utilizado como adjetivo que classifica o paciente. Assim, no lugar de pacientes como internos existem “homicidas”. Como homicidas e portadores de graves desvios de conduta, estes seres se tornam inviáveis ao convívio social, mesmo com o da família de origem. As falas dos dois outros profissionais corroboram a impossibilidade da convivência social de alguns pacientes. Por falta de aceitação ou por incapacidade estes pacientes se afastam do convívio social, até mesmo com seus pares no HCT.

Jacobina (2008) fala sobre a desumanização da loucura. Ao longo dos séculos, a loucura teria passado a ser considerada uma entidade equiparada à doença. Esta entidade assumiu o lugar de uma vontade, que superou a própria vontade do homem, sobrepondo-se à noção de livre-arbítrio, superando a representatividade da ideia de punição, mas não sendo suprimida pela prática do julgamento e da exclusão daqueles considerados loucos.

Embora reputando irresponsável e inimputável o louco, porque tomado por uma entidade não humana com uma vontade superior à sua, o direito brasileiro contemporâneo prorroga a jurisdição da justiça criminal para que a doença possa sofrer um julgamento penal e ser punida – sendo este o significado do instituto da medida de segurança: um instituto que pune a loucura, sob o fundamento, nem sempre explícito, de a desmascarar, arrancar do ser humano esta doença (Jacobina, 2008: 42).

O autor ainda discute o desrespeito às condições singulares dos loucos, que impede que o sujeito seja aceito com a capacidade que lhe é própria enquanto ser humano pleno e individual. A atribuição de incapacidade da loucura precipita a imputação da suposta inaptidão para cumprir o contrato social, provocando a falta de condição de convivência em sociedade.

Assim, fica explícita uma postura autoritária e pouco sensível às particularidades que a loucura expressa. Há imposição de conduta, de postura e de noção de cidadania aos pacientes. Tomando como ponto de partida os princípios e as concepções próprias, os profissionais exigem do paciente mudança naquilo que nele é divergente, julgando necessário o enquadramento em um modelo rígido de equiparação daquele que se mostra diferente. E, não atentos às singularidades do paciente, os profissionais não conseguem conceber as múltiplas possibilidades de articulação entre o sujeito e o social.

Os pacientes são tomados ainda como pessoas de difícil trato, que não aderem e demonstram resistência às atividades propostas pelos profissionais. Pacientes que dificultam a implementação do trabalho dos profissionais por não disporem de condições suficientes para responder às expectativas, exigem novos métodos de abordagem devido as suas características, evidenciando as deficiências de formação/capacitação dos profissionais para lidar com os pacientes. Entre as justificativas apresentadas, foram relatadas predominância de pacientes com baixa capacidade cognitiva, com importante comprometimento da inteligência e baixa escolaridade com alto índice de analfabetismo. Em contra partida, de forma contraditória, os profissionais falam de pacientes com capacidade intelectual que superam as expectativas. Em função do perfil dos pacientes, prevalece a caracterização de que são pessoas que exigem esforço e gasto de energia muito grande dos profissionais.

São pacientes muito difíceis de a gente lidar. Porque ao mesmo tempo em que você quer ajudar, eles mesmos têm resistência. Então, é complicado porque têm pacientes aqui muito difíceis. Tenta-se fazer um trabalho com ele, mas às vezes não flui. É complicado, porque não é qualquer atividade que você pode fazer. Eu acho que tem haver uma mudança, sabe? (EF1)

Um paciente de um manicômio judiciário exige muita atenção... Então, nem sempre você está no dia bom, pra você ouvir 50 vezes a mesma frase. Você pergunta e ele te fala a mesma frase 50, 90 vezes e vai perguntar as mesmas coisas. Tem aqueles pacientes que são mais graves, tem uma paciente aqui que matou o pai e a mãe e pede pra eu ligar pra eles. E toda vez que ela senta e pergunta: - num tem jeito de ligar? Você conta o que aconteceu, tem que trazer ela de volta a história dela. Ai ela entende, daí a 10 minutos, ai ela está: - liga pra minha mãe, você não quer ligar pra minha mãe? Você tá de mal de mim, você não gosta de mim. Então, o desgaste é

muito grande e a doação é muito maior porque são todos dependentes... são como crianças. (EAS1)

O nível de inteligência é muito baixo, o analfabetismo é extremamente dominante, a falta de estudo, de conduta pessoal, de higiene. Falta de noção de família, convivência em família é enorme. (EM4)

Eu os vejo como pessoas... Pode parecer absurdo, mas normais. E pessoas que... Só para você entender, eu fiz aqui um concurso de redação. E eu vi redações feitas aqui... Essa aqui no setor feminino... tem redação lá que é capaz de um universitário não escrever igual. Muito Boa. (ED3)

(...) Mas uma grande maioria aqui está esquecida, poderia ser revista, que tem potencialidade, capacidade que vai além dos nossos olhos... Eu vejo que vai muito além do que a gente pensava. Eu penso que a gente fica até frustrada, porque nosso trabalho... A gente não consegue encorpar todo mundo, do modo que a gente queria, no caso. Deu pra entender? (ETO1)

Na primeira fala são considerados como polos opostos o desejo de “ajudar” do profissional e a “resistência” do paciente que é responsabilizado pela dificuldade de êxito nos resultados. A contradição entre o “ajudar” e a “resistência” tem como ação final o fracasso da proposta de tratamento.

Nas observações e no que foi analisado no período de coleta de dados, foi possível perceber a falta de preparo e até mesmo de conhecimento técnico de alguns profissionais. O distanciamento teórico e prático das particularidades da saúde mental pôde ser constatado, assim como uma inversão de valores relativa ao papel, direito e deveres dos profissionais para com os pacientes. A marginalização da população de internos do HCT abre espaço para que os profissionais acreditem que seu trabalho seja vinculado à prestação de atos de caridade. A responsabilidade pelo cuidado do paciente é confundida com favores a pessoas excluídas. De sujeitos de direitos, os pacientes passam a ser considerados sujeitos que devem obrigação e respeito àqueles que fazem algum tipo de tratamento.

A este respeito, Foucault (2004) já dizia que a condição da loucura, considerada como uma “desgraça” que aflige a humanidade, apresenta à sociedade uma importante ambiguidade: “é preciso ao mesmo tempo proteger de seus perigos a população internada e conceder-lhe o favor de uma assistência especial” (FOUCAULT, 2004: 419)

A contradição existente nas constatações feitas nos relatos mostra, mais uma vez, a dualidade na caracterização dos pacientes, com destaque para o comprometimento cognitivo dos pacientes, que estaria interferindo de forma negativa em todas as áreas da vida. A falta de escolarização, a precariedade das noções básicas de saúde e de higiene, assim como a falta de possibilidade de inserção familiar adequada trazem prejuízos para os pacientes em função do comprometimento cognitivo

e incapacidade de reger a própria vida. Em contra partida, há profissionais que destacam posição contrária, salientando a capacidade e a potencialidade dos pacientes que não aproveitadas. Outro profissional destaca a deficiência do sistema e dos profissionais, que não conseguem alcançar o objetivo de proporcionar atividades compatíveis com as potencialidades dos pacientes. E, ainda, chama atenção para a contradição entre a potencialidade do paciente e a falta de alcance dos olhares dos profissionais para a questão, que, por não conseguirem visualizar as capacidades, imputam a responsabilidade pelo insucesso ao paciente.

Estudo realizado por Santana et al (2009) no HCT Jorge Vaz, foi constatado que 69,2% dos pacientes não concluíram o 1º grau, e 20% deles podem ser considerados analfabetos funcionais, denominação dada à pessoa que, mesmo tendo aprendido a decodificar minimamente a escrita, geralmente frases curtas, não desenvolve a habilidade de interpretação de textos. Segundo a classificação internacional das profissões (CIOU88), quase a totalidade dos pacientes, 96,3%, exerciam, à época do estudo, atividades ocupacionais compatíveis com os níveis 1 e 2 de competência, representando as atividades elementares e sem qualificação. O mesmo estudo indica que as limitações de recursos pessoais dos pacientes dificultam o usufruto de uma qualidade de vida adequada, assim como provoca entraves ao desenvolvimento das potencialidades. A submissão a diversas formas de preconceito, bem como a necessidade de enfrentar o estigma associado à doença mental, também são fatores apontados como extremamente prejudiciais aos pacientes.

Um estudo realizado no Brasil em um hospital psiquiátrico, em que 50% dos pacientes tinham diagnóstico de esquizofrenia, mostrou que 81% da população estudada eram analfabetos funcionais (FLECK et al., 2007). Na literatura, há divergências acerca da relação entre a escolaridade e qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos, mas alguns trabalhos apontam a baixa escolaridade como fator associado a um maior comprometimento da qualidade de vida dos mesmos (CARDOSO et al., 2005; COELHO E PANTALEÃO, 1999).

A prática cotidiana indica que a falta de escolarização dos pacientes psiquiátricos não tem como principal fundamento a baixa capacidade cognitiva. Sem desconsiderar a existência de doentes mentais com comprometimentos da inteligência, acredita-se que o tipo de estrutura familiar, a precariedade dos recursos financeiros e sociais, a falta de políticas públicas e a desestabilização provocada pelos momentos de crise sejam fatores que prejudicam a escolarização e o desenvolvimento das

potencialidades dos pacientes. No entanto, isso não significa que a doença mental esteja atrelada à baixa capacidade cognitiva.

O paciente e a doença mental ainda assumem, de acordo com a fala dos entrevistados, o caráter de monstruosidade. O estigma de homem mau, que comete atrocidades contra a ordem pública os caracteriza. São descritos como seres com características impressionantes, propagadoras de medo e que carregam uma cicatriz perdurável que estampa em letras garrafais a alcunha de louco perigoso. Ao mesmo tempo, também são descritos como pessoas, na maioria das vezes, “dóceis” e “domesticáveis”. No entanto, algumas delas podem ser comparadas a um animal “feroz”, extremamente agressivo.

Aquele cara que é maquiavélico, doente mental, que pratica crimes absurdos, né? Que é incomum com a sociedade. Não crimes comuns, mas crimes que fazem com que a sociedade fique de boca aberta, com coisa que normalmente não acontece. (EAG1)

(...) Realmente o paciente é perigoso e vai poder continuar cometendo crimes. Vem pra cá como medida de segurança pra sociedade... (EM2)

A grande maioria é de pessoas domesticáveis, pessoas dóceis, que quando você conversa entende. Existe um grupo extremamente feroz, não aceita, não entendem. E são muito agressivos, tá? Mas é uma porcentagem bem menor, muito menor que a outra. A outra é mais favorável. (EM1)

Mesmo que ele fique solto lá fora, vai ser prisioneiro para o resto da vida. Porque quem sai do hospital psiquiátrico sai com a mácula, né? De um estigma, de coisa ruim... O povo não quer saber se é tratamento de droga, se é tratamento. Se tiver um distúrbio mental não quer saber. Saiu do hospital psiquiátrico é doido e vai fazer maldade. Tem casos aqui de cidades pequenas, que para coagir crianças usam o nome do paciente, porque cometeu a fatalidade matar o pai, ou mãe, alguém da própria família, no momento de insanidade. E passa a ser o bicho papão da cidade. (EAS1)

As falas reafirmam o perigo que os pacientes representam, extrapolando aquilo que pode ser aceito como razoável pela sociedade. Isto porque os crimes cometidos não podem ser considerados como “comuns”, uma vez que provocam espanto por serem contrários ou repugnantes ao que se julga sensato.

Os relatos mostram, ainda, que os atos cometidos, independente das motivações, são utilizados como símbolos de identificação e de rotulação dos pacientes. Uma vez considerado louco infrator, o sujeito passa a assumir o estigma da “maldade”, tornando-se o “bicho-papão”. O bicho-papão é um ser mítico que traduz a personificação do medo. Um ser mutante que pode assumir qualquer forma de bicho, frequentemente com características amedrontadoras. Por ser comedor de crianças, fica à espreita e é atraído

por crianças desobedientes. Por isso, suas representações são associadas ao mesmo mal que pode ocorrer às crianças no caso de elas se afastarem ou contrariarem os pais, e essa noção se perpetua nas comunidades de onde os pacientes vieram, fazendo com que o lugar destinado a eles fora dos muros institucionais seja o da monstruosidade.

Na última fala, o entrevistado, associa a figura do bicho-papão com a do paciente. Como bichos, algumas vezes podem ser “ferozes”. Porém, na maioria das vezes, em função da perspicácia de seus tratadores, que utilizam a conversa para amansar a fúria, eles podem ser “dóceis” e “domesticáveis”. Duas forças internas são atribuídas aos pacientes: o ser feroz e a possibilidade de domesticação. Ambas dão o caráter de animalidade atribuído aos pacientes.

A literatura indica que o crime pensado como um ataque à sociedade, formada por um contrato regido harmoniosamente entre interesses individuais e coletivos, fez com que a ruptura do contrato social assumisse caráter de irracionalidade. Crimes que contradiziam o que era considerado como “natureza humana”, negando princípios básicos do contrato social, até mesmo a existência da racionalidade intrínseca ao ser humano. Em meio às reflexões sobre a problemática do crime e sua relação com a loucura, conceitos nosológicos como a monomania, degeneração, atavismo e o criminoso nato colocaram o crime como manifestação de uma doença mental. A classificação de criminosos natos apareceu como um tipo regressivo do ser humano, fazendo do crime uma manifestação da animalidade no interior da civilização. A reflexão sobre os criminosos natos levava em consideração a obediência destes à natureza bestial de cada um. A figura do criminoso nato foi delineada a partir de indicadores de sua animalidade original, marcada por estigmas que apareciam tanto no seu corpo como na sua alma. Manifestações patológicas, variações ou inferioridades biológicas, distúrbios inatos e hereditários e estados mórbidos, tornaram-se aval para a não responsabilização de sujeitos desviantes das normas e preceitos morais e sociais, bem como funcionaram como justificativa para as diferenças existentes entre os homens (MATTOS,1999; CARRARA,1998).

Concorda-se com Foucault (2008) quando diz que o aprisionamento, objetivando a retirada de sujeitos indesejáveis do cenário social por meio da internação em instituições como o HCT, responde aos arranjos da “mecânica do poder”, que trabalha explorando a arte da disciplina do corpo humano e fabricando corpos submissos, exercitados e dóceis. A domesticação a que se refere reproduz a sujeição e a coerção descritas pelo autor: “Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele

por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação e sujeição estrita.” (Foucault, 2008: 119)

Os profissionais entrevistados destacam a precariedade das condições socioeconômicas da maioria dos pacientes e constataam a predominância de pessoas oriundas de comunidades com baixa condição socioeconômica e de famílias desagregadas. O rótulo da marginalidade é estampado a partir da infância e a desagregação familiar é responsabilizada por esta situação.

(...) O nível social é baixíssimo, muito baixo. Mais baixo que se pode prever em nível de hospital, tem característica social e de tratamento psiquiátrico. (EM1)

(...) Quando chega, por exemplo, uma pessoa com esclarecimento com estudo, a gente já teve arquiteto, médico, advogado, até psicólogo aqui com surtos psicóticos. A gente tem policial, tem todas as classes. Mas o perfil do nosso paciente é analfabeto, oriundo de comunidades pobre sem recurso, onde já viveu uma vida marginal na infância. Ele já era um pré-marginal na infância com família desagregada, com o sistema assim..., de muita violência, desunião, de muita coisa feia dentro de casa que ele presenciou. Mas é claro que a gente recebe pessoas letradas, pós-graduadas, que estudaram no exterior que são sofríveis de uma doença. Mas quando aquele surto é amenizado pela medicação, pelo acompanhamento, ele percebe que está em um ambiente totalmente adverso. É o período mais perigoso, porque na hora que ela se da conta: - puxa vida, eu um arquiteto, cara estudado o que estou fazendo aqui com essas pessoas? Quando ele volta a consciência normal da sua condição, é muito triste. Ele tem uma crítica, tem um conhecimento. Porque o conhecimento intelectual, a capacidade de inteligência não é perdida. Não é perdida porque o indivíduo tem a doença mental, ele pode tratar um pouquinho às vezes as ideias, inverte alguns valores. (EP1)

As falas ressaltam a predominância de pacientes com precária condição socioeconômica. O discurso do segundo profissional evidencia clara distinção de duas classes sociais a que os pacientes pertencem. Uma minoria possui uma condição privilegiada, balizada pela conclusão de um curso superior ou pelo destaque da profissão exercida pelo paciente antes de sua internação. Para estes, a dificuldade de aceitação e de adaptação às condições impostas pela internação é ponderada como mais “sofrível” ou como causadora de mais angústia. Como se a maioria dos pacientes, oriundos de comunidades carentes e desprovidos de recursos culturais e intelectuais, suportassem com mais resignação os sofrimentos da internação. A condição socioeconômica e familiar desfavorecida, vinculadas às experiências e hábitos ao longo da vida, fazem com que os pacientes se adaptem de forma mais resignada aos sofrimentos causados pelas condições de segregação. O ambiente da instituição é “adverso” para a minoria, que se depara com as mazelas do grupo da maioria.

A precariedade da condição socioeconômica da maioria dos pacientes é associada à marginalidade, que tem início ainda na infância destas pessoas e está intimamente relacionada a uma suposta desagregação da estrutura familiar. Como crianças “pré-marginais”, o presente destes pacientes não poderia fugir à regra ou não poderia ser diferente. Corroborando a realidade socioeconômica dos pacientes, o estudo realizado por Santana et.al. (2009) no HCT Jorge Vaz mostrou que a renda familiar era desconhecida para 74,1% dos pacientes estudados. Dentre os que informam a renda familiar, 64,3% disseram que a renda é de no máximo 2 salários mínimos. A maioria dos pacientes não possuía fonte de renda, 7,4% recebiam aposentadoria e apenas 22,2% possuía algum benefício como o Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/Loas), por exemplo.

As observações permitiram concluir que a maioria dos pacientes internados no HCT é oriunda de famílias desfavorecidas do ponto de vista sociocultural. Inferiu-se que há falta de condição adequada para manutenção do tratamento psiquiátrico, por carência de recursos, falta de opção ou por falta de esclarecimento familiar, os doentes mentais ficam mais vulneráveis a crises e à instalação da doença crônica. A precariedade do tratamento não contribui para que, nos momentos de crise, o período em que os crimes acontecem, possa haver acompanhamento e orientação ao paciente e à família. Se o paciente recebe tratamento adequado as suas necessidades e a rede familiar está envolvida, há uma diminuição significativa do risco de o sujeito passar ao ato em meio à crise.

A última caracterização dos pacientes pelos profissionais diz respeito à realidade do abandonado e à rejeição pelas famílias de origem, que ignoram suas responsabilidades, delegando ao Estado toda e qualquer ação em benefício do paciente. Este, por sua vez, é deposto do seu lugar na dinâmica familiar. Há a formação de um novo arranjo que não comporta a presença daquele ente que se tornou um estorvo. A repulsa do convívio com o paciente chega ao extremo de provocar o deslocamento físico da família, que não quer ser encontrada.

Como pode ser detectado na fala dos profissionais, o abandono familiar e a falta de estrutura social que acolha e comporte um tratamento adequado complicam ainda mais a situação dos pacientes, que ficam vulneráveis diante da precariedade do tratamento e cuidados adequados. A precariedade do aporte familiar faz com que a perspectiva de reinserção social, a possibilidade de uma vida estável, a inserção no mercado de trabalho e a constituição de família fiquem muito longe de ser alcançados.

É assim: toma que doido é seu. Porque a ordem judicial manda desinternar. E se puder, eles ainda mudam de endereço quando vai chegando a época da desinternação. A gente já teve muito caso assim, casos de levar o paciente na casa e chegar lá a casa estar vazia, sendo que o endereço o tempo todo conferiu, havia aquele endereço real, as pessoas estavam ali. Mas quando concretizou vai desinternar, a família sai. Assim, igual sai refugiado de guerra largando até as coisas pra trás, pra não ter que conviver com o paciente, aquela pessoa, no ambiente familiar. Porque o delito ocorre 80% dos casos dentro da família. (EP1)

Então, aos poucos a gente vai se inteirando dos casos. Querendo ou não a gente participa um pouco da vida da maioria deles. (...) Estão abandonados pela família aqui, como temos alguns casos que estão liberados, cessou a periculosidade, mais a família simplesmente abandonou. Eles não têm perspectiva nenhuma de vida. (ED2)

Mas igual a gente coloca na conclusão dos laudos. Então, não adianta só o tratamento aqui. O paciente fica estabilizado, mais lá fora é diferente. E a gente nota um pouco de descaso também com isso. A família rejeita, a sociedade também não tem estrutura e muitas vezes rejeita também. Ainda mais em cidade pequena, fica: nossa aquele cara vai voltar! Então, muitas vezes a pessoa sai daqui bem, mas volta, comete novos crimes, porque não teve uma estrutura trabalhada lá fora familiar, e social pra recebê-la. (EM2)

As falas apontam para o distanciamento entre a família e o paciente. São feitas constatações de casos em que a família opta por se “refugiar”, por abdicar da própria casa para não ter que assumir a responsabilidade pelo familiar indesejado, que está retornando após a internação. O primeiro profissional ressalta, como justificativa, a alta incidência de crimes cometidos no próprio seio familiar. Crimes estes que desestruturam a dinâmica familiar, despertam um temor generalizado e colocam o doente mental como protagonista de todos os infortúnios. As famílias deixam de apostar na recuperação ou possibilidade de convivência harmônica com o paciente, mesmo após ter sido atestado o declínio de sua periculosidade. No imaginário familiar, a pessoa sempre representará um risco para os outros membros.

As falas explicitam claramente que os pacientes são abandonados e rejeitados pelas famílias e entregues ao Estado que, por sua vez, também não tem estrutura para suportar a demanda desta população. Na terceira fala, o profissional fala de uma estrutura social que extrapola o núcleo familiar, mas que também não suporta o convívio com o paciente desinternado, pois além da rejeição familiar também existe a precariedade da estrutura social, estrutura esta que compreende tanto a organização de um sistema de saúde eficiente que possa dar continuidade ao tratamento do paciente, como os mitos e estigmas que giram em torno da loucura. Aos olhos da sociedade, um louco criminoso sempre será um risco. Carregando a mácula do risco, este paciente não encontrará espaço que o acolha e que ofereça a oportunidade de reconstrução de laços, de sua identidade e de seu papel social.

Tavolaro (2002) confirma a constatação dos profissionais. Cerca de 60% dos pacientes não mantêm contato com a família. Esta trágica estatística acontece, na maioria das vezes, segundo o autor, porque os familiares quebram o vínculo com o paciente e evitam assumir suas responsabilidades. O autor diz ainda que a família, ao ser localizada, resiste ao máximo à proposta de reconstrução dos vínculos perdidos e, ainda, que os pacientes são procurados no decorrer dos anos quando há interesse de partilha de bens ou ao tomarem conhecimento de sua morte.

Goffman (2008) considera a família como elemento decisivo da sociedade e afirma que as instituições totais são incompatíveis com ela. O autor justifica sua afirmação com base na perda, no afastamento da vivência doméstica durante o período de permanência na instituição total.

5.1.3 – Particularidades da instituição: políticas, carências e segurança.

Nos relatos os profissionais destacam três importantes particularidades da instituição, que se mostraram relevantes para melhor compreensão do sistema material do HCT. A primeira questão diz respeito às políticas, aos regimentos internos e à relação entre o HCT e seu órgão regulador, a SEDS. A segunda, às inúmeras carências do HCT, e a terceira aos procedimentos de segurança.

Em relação à primeira caracterização, para os profissionais, a instituição não conta com apoio dos órgãos governamentais do Estado. Não há integração entre o funcionamento institucional e o órgão regulador. Também não existe um plano de trabalho ou um direcionamento que regulamente a prática institucional. O HCT não conta com um sistema de metas e prioridades a serem cumpridas como pode ser constatado nas falas a seguir:

(...) E fora isso eu acho que essa instituição poderia ter mais apoio da SEDS, do governo (...) (EAE1)

Eu acho que falta integração entre a ..., aqui falta. Eu acho que já melhorou bastante, mas acho que falta dos órgãos superiores com a instituição; Uma proposta efetiva, a gente não tem meta a cumprir e nada muito definido. Então, assim, acaba que cada um trabalha como convém como quer. (EF1)

Nós temos planos de ação assim, nascidos do governo, mas não nascidos da própria equipe. É outra coisa que eu sinto falta. (EA1)

As falas evidenciam a falta de integração entre a instituição e os órgãos superiores de regulamentação. A forma de hierarquia entre órgão regulador e instituição

regulada impede que os profissionais da ponta, aqueles que vivem e conhecem a realidade e as necessidades do HCT, tenham autonomia de planejamento e execução de planos de ação em prol de melhorias. Faltam diretrizes. Como não há a integração entre quem regula e quem é regulado, os planos, as metas e os direcionamentos não condizem com as necessidades da instituição. Na segunda fala, o trabalhador destaca que a falta de um plano de trabalho faz com que os profissionais atuem sem qualquer tipo de critério, o que impede a formação de uma unidade que caracterize a instituição. A falta de regras e de organização imprime na instituição uma desestrutura gerencial que, por sua vez, faz com que o HCT se torne um lugar de ninguém. Não existe um plano de desenvolvimento institucional que explicita e reestruturam as ideias contraditórias existentes no HCT.

Segundo os profissionais, o abandono por parte do órgão regulador inviabiliza a prática de procedimentos específicos do HCT, que fogem à regra dos procedimentos aplicados às demais unidades prisionais. O desconhecimento das necessidades por parte do órgão regulador faz com que o tratamento dispensado ao HCT siga os mesmos moldes daqueles de uma prisão. O não reconhecimento das singularidades relativas à função hospitalar do HCT faz com que haja disparidade entre a valorização dos profissionais de saúde e os profissionais da segurança. Os profissionais da segurança são mais valorizados e seu trabalho reconhecido, havendo diferença até mesmo salarial.

(...) Primeira coisa, a SEDES tem que olhar mais para instituição. Porque todo o treinamento dado, todo curso é voltado pro presídio. (...) Eu acho que seria esse um abandono, não tem um olhar sobre o Hospital. (...) (EP2)

A SEDS, quando eu cheguei, cheguei a notar e até a acreditar que isso aqui não existia para eles. Por quê? O número de presídios que tem no Estado é grande demais. (...) O restante, tudo é presídio. Então, o número de problemas na cabeça deles tudo só fala em presídio. Aí, o hospital passa esquecido. E, até os tratamentos e as coisas todas são consideradas como presídio. A gente é que tem que falar de vez em quando: espera aí, isso aqui é hospital, entendeu? Então, é isso aí, é onde eu passei a ir mais a Belo Horizonte, a convidá-los para vir aqui. No ano passado pessoas da SEDS vieram aqui que falaram: - nunca vim aqui, não conhecia, não sabia que isso aqui era tão bonito, que o tratamento é esse. E as coisas todas. Quer dizer, não vinham. Porque os concorrentes são os presídios. Estão preocupados é com os presos por uma questão de segurança e tudo. (ED3)

Sugestões, é... (pausa) A primeira sugestão que eu dou é que a SEDES, teria que reconhecer melhor a instituição na parte hospitalar, nós não temos suporte. A SEDES reconhece aqui como parte penitenciária. Um exemplo que eu dou é que existe uma disparidade grande, entre o salário e apoio do a gente penitenciário pela SEDES e o salário do apoio que a SEDES dá aos da área técnica. (...) Muito diferente. Os agentes penitenciários são muito mais reconhecidos pela SEDES do que nos da área de apoio. (EE1)

As falas mostram que, aos olhos da SEDS, o HCT não existe como instituição de saúde. Todos os investimentos e toda a atenção do órgão regulador estão direcionados à parte prisional. A segunda fala evidencia que o HCT não possui lugar nas prioridades da SEDS, as pessoas responsáveis pelo gerenciamento desconhecem tanto o ambiente como o funcionamento da instituição, sendo necessário que o profissional convide o órgão regulador para conhecer a instituição que administra. Também fica claro nas falas que as particularidades do HCT não são levadas em consideração, porque todo o plano de trabalho da SEDS está voltado para interesses do sistema prisional. Como órgão governamental responsável pela segurança pública, as ações são planejadas para este fim. Aqui podem ser percebidos dois polos que são colocados em lados opostos: interesses da saúde e interesses prisionais. No entanto, a luta entre estes opostos acontece de forma desigual, pendendo para o lado prisional.

Por meio das observações realizadas, foi possível perceber a soberania da organização prisional; o sistema de segurança ocupa papel de destaque na instituição e o sistema de saúde atua sob os preceitos e normas impostas pelo sistema de segurança. Todo tipo de atividade realizada pelos pacientes, inclusive consultas médicas e psicológicas, são feitas com a presença de agentes penitenciários. Diante desta situação, questiona-se a efetividade de um atendimento em que o paciente está, a todo o momento, sendo vigiado. Não há abertura possível para que questões íntimas sejam tratadas ou reveladas para o profissional de saúde e a relação médico paciente não tem sigilo, o que é previsto por lei. Cabe aos profissionais da segurança decidir se um paciente pode ou não ser retirado da sela para atendimento, independente da solicitação dos profissionais da saúde. Isto se dá porque são eles que lidam com o paciente no dia a dia, fazem o diagnóstico das condições deste paciente, visando sempre os itens disciplina e agressividade.

Os profissionais também destacaram que a dinâmica institucional é volátil e depende de interesses políticos e pessoais. O funcionamento do HCT reflete ideias daqueles que ocupam cargos de direção, que são entregues por conveniências a pessoas que nem sempre estão aptas a desenvolver um trabalho condizente com as necessidades dos pacientes. O jogo de interesses políticos e, conseqüentemente, de protecionismo interfere no ambiente de trabalho e nos contornos dados ao direcionamento da trama institucional.

Olha, nós já tivemos períodos aqui mais produtivos, a gente está vivendo um

período assim de banho Maria. Manicômio tem muito disso, é reflexo de quem está na direção clínica, na direção geral, na direção administrativa. Se essas peças, esses profissionais são considerados apenas peças de um quebra cabeça, então a gente vai funcionar assim: - você fica aqui, você fica ali. Se quem dirige a instituição pensa nesses profissionais, como peças chaves a solução para apresentação de soluções, viabilização de soluções, não só como peças mecânicas, onde cada um só encaixa exatamente ali. Porque ele é bom ali onde está. Mas a gente precisa de uma liderança, tudo parte de uma liderança forte, inteligente, imparcial, né? Que não tem conotação política nas suas ações, isso é muito difícil. Alguns casos são essencialmente políticos. E aí tudo se perde quando esbarra nisso. Eu tenho aqui um profissional que não produz nada, pode vir trabalhar o dia que quiser, porque tem, vamos dizer assim ..., uma largueza política dentro da instituição. Nada pesa! Esse outro aqui às vezes é até mil vezes melhor, tem uma habilidade, mas não tem valor nenhum. Ele falta um dia aí corta e ele revolta, com aquela frustração: - poxa vida, eu trabalho tanto, eu faço mais do que pedem, mas não tenho valor, então não vou fazer nada. São esses extremos que acabam por disseminar uma desordem total no ambiente de trabalho. Então, depende sempre de uma liderança positiva, firme e com uma compreensão profunda do que é tratar do doente mental. Não adianta colocar essa pessoa num cargo, ela tem até título, mas ela nunca trabalhou dentro dessa instituição e não tem a menor ideia do que que é um doença mental. (EP1)

Nós precisamos aqui de uma pessoa que saiba como gerenciar, que infelizmente aqui é um lugar político, só funciona através da política. São pessoas que vem que não sabem como funciona a instituição, são leigas nessa parte. Até eles entrarem, começar a entender... Aí já tá saindo, já tá vindo outro, outro administrador, outro diretor e volta tudo de novo. Então, isso tem que entrar em discussão, podia melhorar essa parte. Um médico, porque aqui é só advogado. Nós não precisamos de advogado, precisamos de médico que vai saber como atender um paciente. (EA2)

Na minha visão o hospital de custódia do Estado depende de quem está no comando. Quando nossos governantes, nossos chefes olham isso aqui como hospital, há uma melhoria boa, o trabalho nosso aparece. Aparece resultado com os pacientes. Quando é tratado como penitenciária, que não é, que eles vem isso aqui como penitenciária de segurança máxima, ou lugar de castigo em termos penitenciários, aí não fica bom. (EAG1)

Nas duas primeiras falas os profissionais questionam a administração direta da instituição, evidenciando que questões políticas interferem na dinâmica e funcionamento do HCT. Há um tom de crítica e de reivindicação por uma direção que seja realmente capacitada para gerenciar a instituição. A falta de experiência e prática dos gestores gera constante instabilidade, o que impede o alcance dos objetivos institucionais. O HCT e o quadro de funcionários são comparados a um quebra-cabeça com peças montadas de acordo com interesses e conveniências. O jogo de poder estabelecido por alianças políticas reflete na administração e na dinâmica institucional e no tipo de tratamento dispensado aos pacientes. Na terceira fala, o profissional aponta a instabilidade como responsável pela dicotomia entre instituição de saúde e prisional, imputada à condução administrativa. A resposta dos pacientes ao tratamento também é condicionada à labilidade dos interesses e das propostas gerenciais.

Ao descrever as características da equipe dirigente de uma instituição total, Goffman (2008) inicia o texto dizendo que, apesar de funcionarem apenas como

depósito de pessoas, existe, para a sociedade, a imagem de uma organização consciente, planejada e eficiente para atingir seus objetivos oficiais. O autor segue constatando a existência de uma contradição entre o que é feito e aquilo que é dito. Tal contradição é apontada como o contexto básico das atividades da equipe dirigente.

A partir da fala do autor, infere-se que o jogo político que envolve a administração do HCT tem como finalidade a manutenção do retrato que precisa ser apresentado para a sociedade. Independente do que acontece na prática cotidiana é necessário garantir a imagem de uma instituição que proporciona segurança para sociedade e, ao mesmo tempo, tratamento humanitário para seus internos. Há pouco interesse da equipe dirigente com os resultados da proposta de tratamento para os pacientes. Interessa provar a estabilidade da instituição de “segurança máxima” que exerce função social. Diante disso, não julgam necessária uma equipe dirigente conhecedora de técnicas e teorias sobre saúde mental, mas somente de administração realizada de forma isolada.

A segunda particularidade, encontrada nos relatos diz respeito às carências do HCT, que interferem significativamente no funcionamento e organização da instituição. A precariedade da estrutura física foi apontada como uma das principais carências do escopo necessário para o funcionamento de instituição de saúde que, de uma maneira geral, não atende às condições de trabalho de uma instituição que pretende ser um hospital.

Acho que precisaria ter mais aspectos de hospital do que de presídio, mas como aqui é um hospital de custódia, então tem que haver. É um hospital psiquiátrico judiciário, então tem que haver. Acho que precisa melhorar as condições de hospital, tá? (...) Precisa melhorar o hospital, acomodações, espaço, físico. (EM3)

Locais mais apropriados pra trabalho. Pra desenvolver trabalhos que eles tenham potencial, né? Área de lazer maior, porque eles gostam muito de diversão, tem muita festa. Uma oficina de música seria interessante. (EAS1)

Primeiro, a sala de atendimento, porque aqui é um hospital e por ser antigo, são 3 mesas, quer dizer, ao mesmo tempo você atende 3 pacientes,... quer dizer, é um falando do outro aqui, não tem assim... fica difícil. (EA2)

(...) Como melhoria além do prédio, por ser uma estrutura bem antiga, nada é... não é que está faltando, porque dá pra trabalhar. Mas como o objetivo é melhorar, acho que teria que ter uma reforma na parte elétrica. São os encanamentos, coisas arcaicas mesmo. Quando a gente tem um problema o sistema de aquecimento de banho não funciona nas enfermarias. Então, pra gente dar o banho tem deslocar os pacientes pra outras enfermarias, e isso traz certo transtorno na mudança de enfermaria. Além ampliações também pra vagas da unidade pelo estado físico dela, uma obra pra mais enfermaria pra abrigar mais pacientes, que estão hoje nos presídios, e penitenciárias. Sei que o número é grande (...) (ED2)

Investimento igual, em presídios tem escola, aqui ainda não tem. Atividades, exercícios físicos, aqui não tem área pra isso. (EAE1)

Os profissionais relatam a deficiência da estrutura predial, tendo em vista que é uma edificação antiga, que não recebe reformas que pudessem garantir o bom estado de conservação e manutenção da construção e problemas práticos, como encanamento e aquecimento. A precariedade da estrutura física também não permite que os profissionais garantam privacidade do atendimento aos pacientes. Os profissionais precisam “disputar” salas de atendimento ou se sujeitar a dividir o mesmo espaço com outro profissional. Um profissional revelou que realiza seus atendimentos em meio ao “entre e sai de pessoas da sala”. A instituição carece também de estrutura física para atividades terapêuticas, lazer e um mínimo de conforto para a proposta de tratamento. Na última fala o profissional fala da falta de atividades de ensino no HCT, como em unidades prisionais clássicas. Até a data da realização das entrevistas, não existia qualquer tipo de trabalho na área da educação para os internos.

As condições materiais construídas historicamente em torno da precariedade do tratamento dispensado a doentes mentais são perpetuadas até mesmo na estrutura física da instituição. A falta de investimento e preocupação com o espaço físico desvela a contradição entre os objetivos explícitos e os implícitos da instituição. O objetivo explícito de tratamento, recuperação e reinserção social não pode ser pensado sem a existência de condições físicas que garantam o necessário para um tratamento eficaz.

Segundo os profissionais, a instituição também sofre carência de estrutura material, pois não conta com artigos básicos como roupas e material de higiene pessoal para os pacientes. A precariedade destes itens faz com que os pacientes não tenham garantidos os direitos à sua integridade física, pois é uma região em que normalmente as temperaturas são baixas.

(...) Aqui agente tem muito problema com questão de vestuário, higiene, material de higiene. (...) Às vezes falta roupas que são poucas. Então, acho que teria que investir nessa questão, seria uma forma de humanização. O paciente ter uma roupa limpa, todo dia, né? Como é reduzido o numero não dá pra ser trocado todo dia, então, como é que a gente vai fazer para resocializar esse paciente, sendo que não tem essa questão, deveria ser mais olhado isso. (...) A gente faz milagre (ri). A gente troca quando dá, prioriza assim... Os pacientes mais idosos, quando tem pouca, e os pacientes que estão mais isolados, porque é um setor mais frio. A gente prioriza, dá pra eles primeiro e depois a gente tenta. Quando não tem blusa de frio, a gente dá mais de duas camisas, três. Aumenta o número de cobertor e vai fazendo esse jogo porque a noite aqui é muito frio. (EAE1)

Em tom de denúncia, o profissional aponta que não é concedido ao paciente o

direito ao mínimo necessário para sua higienização, como roupas limpas e materiais de higiene pessoal. Em uma cidade de clima frio, como Barbacena, faltam roupas que possam garantir o mínimo conforto e até mesmo a saúde dos pacientes. São usadas estratégias na tentativa de minimizar os prejuízos causados pela falta de roupas. O cenário descrito foi observado, também, durante o período de coleta de dados. Enquanto os profissionais se protegiam do frio com roupas quentes, meias e botas, os pacientes perambulavam com seus uniformes feitos de tecido fino e chinelos, sem direito a um par de meias que pudesse aquecer os pés. Alguns tentando se aquecer ao sol, outros se defendendo com cobertores de péssima qualidade.

De uma forma menos dramática, pode ser observada a repetição das vicissitudes enfrentadas por pacientes internados nas extintas colônias psiquiátricas de Barbacena nos anos 1970, antes da reforma psiquiátrica. Resquícios de um período em que vítimas travestidas de pacientes psiquiátricos sucumbiam ao frio, maus tratos e suas conseqüentes doenças, como pneumonia. O livro “Nos porões da loucura”, de Hiram Firmino, não deixa a sociedade esquecer a tragédia silenciosa que fomentou a história de um indiscriminado extermínio.

O orçamento da instituição não contribui para que haja a reversão de suas carências, pois não há verba prevista para atividades inerentes ao tratamento do paciente. Isto se dá porque o HCT não recebe verba diferenciada, condizente com suas necessidades especiais, em relação às outras unidades prisionais. Arranjos orçamentários são feitos para manter um mínimo de material destinado às atividades terapêuticas. O processo burocrático imposto pelo órgão regulador também é explicitado como empecilho à utilização dos recursos e à otimização do trabalho a ser realizado como pode ser observado nas falas a seguir:

Alguns pacientes aqui precisariam de uma avaliação. Aqui é comparado com presídio, eles não vêm a diferença. Até verba, eu trabalho com atividade, vou falar no meu caso. A gente tinha uma verba que comprava o material pra fazer atividades de tratamento. Eu não tenho que fazer produção. Coisa pra vender, a gente não é obrigada a isso. Então, nossa verba foi cortada, por não ser produção. Sendo aqui um Hospital, a gente não pode enxergar como produção, é tratamento. A gente deveria ter a mesma verba, ou ter esse material de outra forma. Então, a gente passa um sufoco danado pra gente conseguir material, a gente entra na verba do diretor administrativo. Um dinheiro que ele recebe: queimou um chuveiro, essas coisas, pra coisas pequenas. Aí ele teve que encaixar nossa verba na dele porque a gente não tem de onde tirar material. (ETO1)

Em nível de Estado seria a questão de relação. Aqui é complicado você trabalhar sem recurso. Imagina você na sua casa e depender de outra pessoa pra fazer compras pra você. O que nós vivemos é isso: tem uma pessoa que faz compras pra nós, só que muitas vezes essa pessoa não vê nossas necessidades. O Estado teria que melhorar a legislação. Em conscientização de quem legisla para olhar de forma

diferenciada, porque é um estabelecimento diferenciado, não é prisional, apesar de a gente estar inserido em um sistema prisional. Isso a gente sempre batalhou e nunca conseguiu (...). Então, o governo com a legislação que tem destina verba pra saúde, mas nós não somos beneficiados. Destina verba para a defesa social, para o sistema prisional, mas muitas vezes não somos beneficiados. A gente fica muito em cima do muro, quando se trata do sistema prisional somos a saúde, quando se trata da saúde somos o sistema prisional. (ED1)

A falta de recursos muitas vezes por parte do Estado, nos deixa um pouco a mercê, porque a gente tem um trabalho a desempenhar e, às vezes, não tem manutenção de viatura. A gente bate na burocracia do Estado pra fazer as manutenções, tem viatura que a gente não pode usar. (EG3)

As falas mostram a realidade econômico-financeira da instituição, que é mantida pelo Estado, mas não recebe recursos suficientes para suas necessidades e, conseqüentemente, atingir seus objetivos. Embora seja comum faltar recursos em outras organizações públicas, neste caso configura-se um triplo abandono. Abandono pelas famílias, pela sociedade e pelo Estado. Além disso, o HCT fica sujeito à direção de pessoas que não conhecem sua realidade, mas são responsáveis pela gestão financeira. A dualidade da instituição é refletida também na questão orçamentária, não tem os investimentos da saúde por ser manicômio e não recebe do sistema de segurança por ser hospital. Portanto, não é considerada no orçamento nem de um nem de outro e por isto fica marginal aos dois. Sua condição particular de instituição total híbrida já não encontra respaldo nos orçamentos na sociedade contemporânea, mas não se encontra saídas para sua manutenção ou desativação, ficando no total abandono. A reciprocidade da ligação entre os contrários que o determinam, hospital e prisão, culmina na falta de limites de sua caracterização e, conseqüentemente, de seu planejamento orçamentário.

Os entraves da máquina burocrática do Estado deixam o HCT fora do sistema e sujeito a interferências comprometedoras, considerando-se a precariedade dos vínculos com os órgãos reguladores e a dificuldades de gerenciamento por parte de seus dirigentes.

Ressalta-se, ainda, a carência de profissionais qualificados, principalmente da área da saúde como outra deficiência da instituição. O número reduzido de profissionais impede que práticas terapêuticas importantes possam ser estendidas aos pacientes. Há falta de peritos que resulta na permanência desnecessária de muitos pacientes na instituição. Até mesmo prazos legais são desrespeitados em função da morosidade do setor de perícia, que conta com número insuficiente de profissionais.

Diante deste cenário, os profissionais relatam que a instituição não tem como oferecer aos internos nada além do dicotômico “marasmo” entre comer e dormir. Para

além da falta de estrutura adequada para o funcionamento como instituição de saúde, o HCT não oferece aos pacientes tratamentos psiquiátricos eficazes. Nem mesmo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde é colocado em prática dentro dos muros da instituição.

A nossa casa é uma instituição em que os pacientes, muitas vezes, são ociosos, poucos trabalham. Nossos governantes... a gente tenta fazer aqui com o aparato que tem. ... Ter mais assistente social, mais TO, aumentar a quantidade de trabalho, fazer alguma coisa que tire a ociosidade, entendeu? Por que se não o tratamento fica mais lento. Quando você coloca o pessoal daqui pra trabalhar na horta, eles vão embora mais rápido, porque automaticamente você diminui a quantidade de remédio, o cara cansa porque trabalha e vê que é útil. Mais oficina de trabalho, mais profissionais gabaritados, entendeu? Precisa. (...) A gente tá com um quadro muito pequeno de perito, devia ter mais perito na casa para sair mais rápido. Por que muitas vezes o cara vem pra cá fazer o exame de 45 dias e acaba ficando 90, 120. É assim, em vez de melhorar ele vai ficar muito ansioso e querendo sair. Chega lá no advogado ele fala assim: - pela lei você pode ficar lá 45 dias. Então ele tá sabendo. Você prende o indivíduo aí 4 meses, 5 meses por falta de perito. (EAG2)

Tem que fazer uma estrutura de hospital psiquiátrico moderno (...) Mas tem que dar condições pro paciente melhorar. E aqui eu não acredito que tenha. Alguns melhoram porque tem que melhorar. Dão sorte, mas não é o hospital que traz a condição de melhora. O paciente fica só recluso, tomando remédio. Eu acho que tinha que melhorar o ambiente físico. Que façam os muros, que ponham guardas, mas que tenham um tratamento realmente nos moldes preconizados ai pelo ministério da saúde. (EM2)

(...) Mais terapia ocupacional, porque hoje eles só comem e dormem. São cinco refeições - café da manhã, aí dormem quando não vai pro sol; Almoça e deita. Café da tarde e deita. (Interrupção). Aí fica nesse marasmo, sem fazer nada. A mente dele trabalha mal, só pensar em bobagens. (EAG1)

Há falta de trabalhadores e falta de trabalho para os pacientes. Faltam profissionais qualificados, recursos terapêuticos e direcionamento adequado para o tratamento com atividades para os pacientes. A falta de peritos resulta em falta de laudos de acordo com o que é preconizado pela lei de execução penal e regulamentação do Ministério da Saúde. As falas evidenciam o descompromisso com as regulamentações legais. Um dos profissionais deixa claro: os pacientes alcançam algum tipo de melhora por eles mesmos, sem a contribuição do HCT. A atual proposta de trabalho precisa ser revista, atendendo às práticas e normas existentes, mas não respeitadas.

Outra carência apontada diz respeito à falta de recursos básicos para o funcionamento de uma instituição de saúde. Os procedimentos médicos, por mais simples que sejam, não podem ser realizados pela equipe do HCT, e as demandas de atendimento à saúde são remetidas a uma instituição de saúde externa do município.

Agente não tem aqui médicos que fazem sutura. Se precisar tomar soro às vezes precisa ir para o hospital. Pra tomar uma injeção, por exemplo, benzetacil que requer um médico tem que ir ao hospital. (AG3)

(...) É um hospital psiquiátrico. Ai um soro que precisar tomar não toma aqui, mesmo com um corpo médico, ele tem que ser levado ao hospital. São coisas simples que pra gente é muito importante. A gente não precisa levar o paciente para passar por constrangimento no hospital, para fazer uma sutura, sendo que a unidade tem um espaço físico. (AD2)

A gente depende da rede de saúde da cidade. Aqui a gente trata problemas psiquiátricos, mas os problemas clínicos não são resolvidos. E a gente encontra dificuldade de conseguir vaga na rede pública. ... Para um raio x de dente é preciso mandar para a rede publica para ser feito. Não é resolvido aqui no hospital. Então, são situações que a gente repara e fica de mãos atadas (...) Por exemplo, temos um paciente, que a gente está lutando há 3 meses: ela estava no chão, por quê? Porque não tem uma simples cama com grade para colocar. São situações que assim. (EAD1)

Para tomar um benzetacil tem que levar o paciente para a Santa Casa, porque não temos como socorrer se ele tiver um choque anafilático. (EF1)

Os profissionais apontam em suas falas o distanciamento entre o que é necessário para o funcionamento de uma instituição hospitalar e o que é possível realizarem no HCT. A instituição tem como foco de trabalho apenas o tratamento psiquiátrico dos internos, não sendo possível abranger atendimentos clínicos, o que é inadmissível para o grande grupo de pacientes internos. Mesmo existindo no quadro um número expressivo de profissionais de saúde, ações básicas como suturas, aplicação de injeções, administração de soro e uma cama adequada às necessidades do paciente, não fazem parte do escopo de atendimento. A instituição tem a denominação de “hospital”, mas não exerce suas funções. Os profissionais negam sua caracterização como tal, ou seja, como instituição hospitalar.

Durante o período de coleta de dados, foi possível observar a existência de profissionais médicos na instituição, como clínicos gerais, cardiologistas, psiquiatras, dentre outras especialidades. No entanto, a atuação destes profissionais não nos pareceu condizente com as necessidades dos pacientes. Constatou-se que os médicos não permaneciam por mais de 2 horas por dia no exercício de suas funções. Após algumas rápidas consultas, todos iam embora, atender compromissos profissionais em outras instituições. Qualquer urgência médica realmente não poderia ser atendida pelos profissionais do HCT, uma vez que, na maior parte do dia, nenhum deles se encontra na instituição. Além disso, não existe plantão médico noturno. No que diz respeito ao pessoal da enfermagem, durante todo o período de coleta de dados, não foram encontrados mais que dois auxiliares de enfermagem para atender toda a ala masculina.

As atividades práticas diárias ficam a cargo dos agentes penitenciários, que estão sempre em maior número. Com a segurança garantida, os procedimentos de saúde parecem não ser a prioridade.

A terceira particularidade destacada diz respeito aos procedimentos de segurança. A instituição, por estar vinculada ao sistema penitenciário, adota procedimentos de segurança comuns a qualquer outra unidade prisional. O Procedimento Operacional Padrão (POP) não prevê sua aplicação no HCT, sendo o mesmo de unidades prisionais como penitenciárias. Assim, o POP de segurança no HCT precisa ser adaptado pelos profissionais, sem que haja estudos que possam garantir a padronização. A rigidez do POP e toda a estratégia de segurança são organizadas pelo sistema prisional e adaptada para ser aplicada no HCT.

A gente, da direção de segurança, tenta buscar o enquadramento daqui nas normas do sistema prisional quando possível, embora não consiga aplicar a tudo que é do sistema prisional. Os procedimentos operacionais padrão são designados para presídio e penitenciária e não há o hospital previsto nele. Então, agente adapta no que é possível, porque nosso caso aqui é ímpar, mas, a gente vem buscando sempre o aprimoramento. O sistema prisional é rígido no sentido de tirar o cara da cela, cabeça baixa, o cara não pode ficar olhando pra gente, é algemado, é a submissão do apenado, mesmo por questão de segurança e de respeito também. Aqui funciona um pouco diferente porque a gente lida com pessoas psiquiátricas. Às vezes uma conversa com a pessoa você ajuda e evita problemas de segurança. Então, se o cara está alterando você bate um papo com ele, encosta na grade: - oh cara, o que tá acontecendo, papapa, papapa. Você faz um trabalho de psicólogo às vezes. (...) A gente no sistema prisional nunca vai ter um preso andando no corredor sem algema, ainda mais uma cela inteira solta andando no corredor. Isso para agentes que chegam aqui de outra instituição é uma coisa absurda, só que pra gente é normal, é controlável. (EAG3)

E nós temos o POP que é para o sistema penitenciário e aqui é um hospital de custódia vinculado ao sistema penitenciário. (...) Por nossa conta, por que aí literalmente, por nossa conta é que nós temos as normas internas, entendeu? Nós não criamos porque é ilegal, né? Mas nós temos uma forma de trabalhar, seria paralelo ao procedimento. Lógico que um procedimento externo, uma escolta externa é obedecido todos os padrões, só que dentro do pavilhão, nós não temos um procedimento profissional próprio para o estabelecimento penal, no caso médico penal. Nós não temos muitas vezes o tratamento para com o paciente, porque aqui só tratamos com outros pacientes, fomos até meio mal visto no Estado, por ter essa diferenciação. Até outras unidades não reconhecem justamente por falta de informação, acham “nossa você tá lidando com doido”, só que não entende, né? (ED2)

Os pacientes que estão aqui além de terem cometido um delito, a maioria é doente mental, tem uma doença mental acentuada e se você pressionar com regras de presídio, com ditadura de presídio, se fizer marcação de acordo com que o POP manda, começa a acontecer suicídios, problemas, divergências. Isso é fato. Isso já aconteceu aqui há alguns anos atrás. (...) Porque existe um estudo, nós temos um POP a seguir. Nós que eu falo a secretaria inteira, entendeu? Mas segundo estudo da secretaria nossa lá em cima, está sendo estudado um POP para hospitais, com regras diferenciadas, porque o POP para penitenciária não pode se aplicar totalmente aqui. Então, tem que ter um POP diferenciado pros hospitais que são só 3, tá entendendo? (EAG2)

Os relatos não apresentam divergências quando o assunto é segurança. Existe um procedimento padrão único para as unidades prisionais, que também deveria ser aplicado ao HCT, embora seja adaptado pelo bom senso dos agentes de segurança e do conjunto da instituição. No nível central da Secretaria de Estado, a distinção não é feita, devido à falta de informação e de interesse, sendo mais fácil considerar que todos cometeram algum tipo de crime e todos devem ser presos. No HCT, a prática profissional evidencia a incompatibilidade da aplicação da POP de presídio para os pacientes, tendo como parâmetro experiências mal sucedidas, trágicas do passado que culminaram em suicídio, alertando os agentes para a inadequação da rigidez máxima. A alternativa encontrada pelos profissionais foi a adaptação das normas de segurança para o HCT, apesar de que as mesmas não possuam amparo legal, de acordo com os critérios estabelecidos.

A falta de um “procedimento profissional próprio” faz com que cada profissional atue da maneira que acreditar ser a mais conveniente. Mais ou menos rígido, cada agente penitenciário tem a possibilidade de agir de acordo com seus próprios preceitos. Por um lado, existe um padrão de atuação, mas, por outro, este padrão não pode ser aplicado, provocando a desestabilização do fenômeno. No meio da luta entre estes contrários, fica o paciente subjugado a procedimentos e autoridades divergentes.

Diante do exposto, percebe-se que o HCT não tem voz, seus gritos por socorro não são escutados em meio aos ruídos de um sistema que tem como meta a segurança pública e não a saúde da população sob a qual são responsáveis. Como em um jogo entre surdos e mudos, nada se fala e ninguém responde. Em meio à invisibilidade do HCT melhor seria se o silêncio pudesse ser uma regra.

5.2. Categoria II - Trabalho em uma prisão ou em um hospital? Tudo conspira contra a identidade profissional.

Para melhor compreensão da dinâmica do HCT, faz-se necessário observar aqueles que garantem seu funcionamento diário. A identidade dos profissionais reflete a imagem da instituição, que é, ao mesmo tempo, refletida pela caracterização da instituição em questão. Particularidades de um HCT fazem com que não haja similar para comparação. Uma mistura não homogênea de profissionais dá origem a um emaranhado composto por trabalhadores de saúde e de segurança. Uma equipe, a de saúde, é preparada para aplicar habilidades de promoção, recuperação e manutenção da

saúde; outra equipe, a de segurança, possui preparo para manter e vigiar os detentos nas unidades prisionais, escoltá-los e executar revistas em celas, nos materiais e nos visitantes, e aplica estas habilidades aos internos do HCT. Assim, por um lado, há a proposta de garantir a saúde e, por outro, a obrigação de garantir a segurança da sociedade, privando o sujeito da liberdade. Nesta categoria, serão analisados, por meio dos relatos dos profissionais, o funcionamento e as particularidades das equipes do HCT, contraditórias por sua natureza e complementares institucionalmente, elas poderão apontar indícios do desenvolvimento material da instituição.

O perfil das equipes aponta para uma nova geração de profissionais, uma renovação do quadro de funcionários, cada vez mais jovens e selecionados a partir de alguns parâmetros, como as exigências das normas específicas do sistema de segurança, que não incluem a habilidade no trato com doentes mentais.

Não depende só dos funcionários que estão aqui. Porque nós temos funcionários aqui de várias classes. O negócio é o seguinte, os antigos, igual a mim, com uma visão mais conservadora e chegou o pessoal mais recente, mais atualizado, que está tentando fazer, tentando mesclar conhecimento antigo com o jovem. É claro que há divergência, mas é bom, porque a gente tem uma visão mais apurada, mais atualizada. (EAG2)

A gente tem muito que mudar, é uma instituição muito antiga. Tem servidores antigos e tem servidores novos. Isso às vezes pela formação de cada um desses grupos há certo choque de gestão, digamos assim. Isso torna a coisa um pouco difícil, mas a gente vai caminhando no sentido de melhorar aqui enquanto instituição pública e do sistema prisional. (EAG3)

Cada vez mais chega agentes jovens, cada vez mais jovens e nossos agentes assim... Barrigudos, velhos, e até meio caducos. Hoje são jovens que fazem até teste físico. Têm porte físico, tem que ter dentes bonitos, não pode nem ter dente estragado, não passa no teste. Eles fazem psicotécnico e tudo, mas a habilidade de lidar com humano é bem primitiva. (EP1)

Nas falas, fica nítida a divisão de dois perfis de profissionais que atuam no HCT. Um grupo mais antigo, que iniciou sua carreira de forma aleatória, sem qualquer tipo de exigência relacionada a conhecimentos específicos na área e sem perfil físico condizente com as necessidades da função, como é o caso dos agentes penitenciários. Outro grupo, mais recente na instituição, é formado por profissionais que passaram por algum tipo de processo seletivo, receberam algum treinamento e são mensageiros de uma proposta de trabalho diferenciada da existente. O conflito de gerações aparece de forma evidente, conflito este que ocasiona um embate de opiniões e de propostas de atuação. No entanto, os profissionais demonstraram perceber que as divergências estão proporcionando o início de um processo de mudança da equipe como um todo. A

experiência dos mais velhos de um lado e, do outro, a atualização dos mais novos, movimentando o sistema.

Nas observações foi possível constatar nitidamente a existência dos dois grupos descritos pelos profissionais. Também foi possível perceber certa rivalidade entre os grupos, principalmente entre os agentes penitenciários, que compõem a maioria do quadro funcional. Os profissionais mais novos, a maioria concursados, possuem estabilidade no emprego e fazem questão de mostrar que ingressaram na carreira por mérito próprio, por ter tido capacidade e conhecimento suficiente para passar em um concurso público. Por outro lado, os mais antigos, foram todos contratados por meio de indicação política ou por parentesco. Depois de muitos anos de atuação profissional, todos foram efetivados por meio de regulamentação governamental. Os profissionais antigos possuem como trunfo o tempo de experiência no cargo, além da garantia de intervenção privilegiada de seus “padrinhos”.

A falta de interação da equipe também é apontada como característica marcante. A atuação solitária e independente impede que existam reuniões para discussão das questões de trabalho. Não há interlocução entre os profissionais, nem quando atuam na mesma área. Mesmo existindo um quadro funcional com profissionais de várias áreas, não existe trabalho em equipe, não existe interdisciplinaridade. Isto pode ser observado nas falas a seguir:

Falta trabalho em equipe, falta um elo de verdade entre assistência e segurança, porque não é uma coisa contínua. Tudo na vista deles, tudo é plantão. Então, tipo assim: o plantão o atendimento é x, o plantão não é bom o atendimento é y. Porque a gente conta diretamente com a segurança, dependo de quem está com a gente. (ETO1)

(...) Tem uma equipe multidisciplinar, tem equipe, tem todos os profissionais que precisa? Tem. Mas ainda é muito visto só como presídio. (EP2)

(...) Uma falta também de integração da equipe que trata dos pacientes. A gente tem assim... Cada um por si, não tem uma coisa global. Como perito, por exemplo, a gente se baseia no prontuário do paciente, mas às vezes o prontuário é falho, as informações não ajudam muito. Então, acho que falta integração maior, a parte assistencial do paciente aqui fica muito solta. (...) Impressão de que realmente não há o trabalho em equipe. (EM2)

Nós não fazemos reuniões de trabalho. Nem entre os parceiros, por exemplo, equipe de saúde... Nem entre os parceiros. Aliás, a parceria aqui, via de regra, não é baseada na parceria profissional, na parceria de trabalho. Ela é baseada na simpatia, entendeu? Se eu tenho simpatia por algum colega, nós vamos conversar muito, mas normalmente não é sobre trabalho, entendeu? É sobre as nossas questões particulares. (EA1)

Em todos os relatos os profissionais apontam a falta de integração ente os membros da equipe. Independente de os profissionais atuarem na área da saúde ou de segurança, não há grupos coesos. Cada profissional atua da maneira que considera ser a mais conveniente, sem qualquer tipo de planejamento e de proposta formal, criando um cenário que impacta diretamente no tratamento do paciente, que fica sem um direcionamento. Isso interfere também no ambiente de trabalho, que não possui regras de condutas, mesmo que implícitas, que possam contornar desentendimentos ou garantir limites para os embates.

Diante de tal constatação, questiona-se a efetividade do tratamento dos pacientes. Ao que tudo indica, não existe um plano de tratamento. O paciente é atendido por cada um dos profissionais de forma aleatória, sem que haja um direcionamento. Além disto, os profissionais da área da saúde ainda se submetem à inconstância da área de segurança, o que impede uma linha de trabalho adotada de forma contínua. A inconstância e desorganização impedem que um paciente psiquiátrico possa se organizar subjetivamente.

Não há espaço físico e interprofissional adequado para discussão das questões vivenciadas pelos profissionais, assim como para adequações e regulamentação de condutas e ações. A questão da falta de espaço provoca agrupamentos paralelos feitos por conveniência. Presenciou-se, em mais de uma ocasião, situações em que provocações entre os profissionais eram feitas sempre em tom de brincadeira, com ironia. Em conversas particulares, uns acusam os outros, provocando certa animosidade nas relações. Constatou-se, também, que não existe uma equipe de trabalho, havendo apenas profissionais que prestam serviço de forma individualizada.

A visão dos profissionais sobre o relacionamento entre os membros da equipe não foi unânime, há importantes divergências. Alguns vislumbram a possibilidade de relacionamento positivo entre profissionais, sem que haja qualquer tipo de interferência significativa. Outros apontam significativa dificuldade de relacionamento entre os profissionais. As proximidades e os laços construídos são seletivos e baseados em critérios individuais de “simpatia”. A falta de “amistosidade” é apontada como característica da relação entre os profissionais, como pode ser visto nas falas a seguir:

(...) A nossa convivência com os profissionais é ótima. (EM1)

(...) A relação mais difícil aqui é com os funcionários. (EP2)

A relação entre profissionais não é tão legal, vou usar um termo, uma gíria, quanto a relação dos profissionais para com os pacientes. (...) o porquê eu não sei. Atribuo a

certa competitividade, que eu acho até que é norma, é aceitável, pelo menos, mas acho que deveria melhorar. A gente passa a maior parte do tempo dentro de uma instituição na qual trabalha no meu caso, são 8 horas dia. Tem pessoas que fazem plantão de 24 horas. Então, o que acontece? Acho que essa relação tinha que ser mais amistosa e esta conduta de baixa amistosidade eu não percebo. (...) As pessoas eram colocadas aqui por indicação política e elas tinham que aceitar certo cabresto. Por conta dessa maneira precária como as pessoas entravam na instituição gerava essa conduta de baixa amistosidade, Eu acredito que possa ser um dos motivos. Mas desde que eu entrei aqui a relação profissional X profissional melhorou muito. Tá bem melhor, mas sempre tem uma resma, uma dificuldade de relação amistosa entre profissionais aqui, entendeu? (EA1)

A divergência de opiniões ficou nítida nas falas. O primeiro profissional considera “ótima” a relação com os outros funcionários, enquanto o segundo alega ser a relação “mais difícil”. A caracterização das relações mostra a dicotomia entre as falas, dois extremos que não conseguem definir o tipo de relação existente, mas apontam a existência de informações divergentes.

Na terceira fala, o profissional constata a dificuldade de relacionamento entre os companheiros de trabalho. A relação pouco amistosa faz com que não se aproximem para o estabelecimento de um contato saudável. Há a descrição de uma postura de competitividade que acontece de forma velada e sem objetivos explícitos e concretos, revelando um estado pouco definido de relações de poder. O profissional entende que a “conduta de baixa amistosidade” possa ter sido herdada de antigas práticas e costumes institucionais. A interferência política do passado fazia com que os funcionários nunca tivessem estabilidade, que ficassem expostos aos caprichos de quem estava no poder. A postura de competitividade, então, era assumida como mecanismo de defesa pessoal. Apesar das modificações ocorridas na instituição, essa característica das relações foi perpetuada. Hoje, mesmo na ausência das antigas motivações, uma “resma” impede que o padrão comportamental seja modificado.

Observou-se que o clima de competitividade ainda possui como pano de fundo as motivações políticas, suportadas pelo desejo de exercício de poder. Dirigir a instituição e, conseqüentemente, imprimir as regras de funcionamento, garante a primazia do controle sobre o tipo de tratamento aos pacientes e, também, certo controle sobre a atuação dos demais profissionais.

Segundo Foucault (1987), não existe uma ordem linear e pré-estabelecida no exercício do poder dentro das prisões. Todos os sujeitos envolvidos estão expostos ao controle das normas institucionais. Os pacientes, por um lado, os agentes, técnicos e outros funcionários, por outro, fazem concessões recíprocas, que produzem as redes de

poder. O poder disciplinar leva seus processos de decomposição até as singularidades necessárias e suficientes para manter a ordem e a vigilância hierárquica.

No que diz respeito às condições de trabalho, os profissionais relatam falta de preparação para ingresso no HCT, considerando suas especificidades. Os profissionais relatam falta de conhecimento no início da atuação profissional na instituição, uma limitação que não é resolvida com programas de capacitação, cursos ou orientações sobre o trabalho a ser desenvolvido.

Acho que há muita desinformação, pessoas entram aqui inexperientes, não conhecem o que é um manicômio, e fazem coisas assim... Achando que... Lógico que a intenção é boa, mas não é o melhor caminho. (EM2)

Por que a gente entra aqui sem preparação, simplesmente é jogado na unidade. Acho que deveria haver um treinamento. Um de tempo em tempos, curso. Alguma coisa nesse sentido. Até já foi proposto, porque eu acho que ninguém vem pra cá preparado, pra lidar com isso. E a secretaria não te dá um respaldo de como gostaria que você trabalhasse. (EF1)

(...) Não, não. Acho que deveria ter um treinamento diferente. Além de passar na academia, por concurso e tudo na academia. Fomos formados pra trabalhar em presídios, penitenciárias. Não pra ter esse tratamento humanitário que nós fazemos. Conversar, temos que ter mais carinho, maior entendimento, porque alguns agem como criança e a gente tem que saber relevar. Chora por qualquer coisa e a gente, às vezes... eu chego em casa e falo com minha esposa: - ah, hoje eu tive que fazer isso pra ele. Uma simples carta, alguma coisa que você fala pra ele, ganhou o dia, fica tranquilo o resto do dia. (EAG1)

Acho que primeiro a pessoa que entra aqui tinha que ter treinamento diferenciado. Deveriam preparar o profissional antes de ele entrar. Pros que já estão, deveria ter acompanhamento, uma capacitação, porque às vezes são pessoas que trabalham com aquilo e não acreditam no que ela própria tá fazendo, entende? Então, assim, a minha sugestão era essa, preparar antes de entrar, capacitar os que estão aqui dentro, entendeu? (ETO1)

(...) Acredito que teria que ter um curso de formação. Não só o básico de agente penitenciário, mas deveria ser um curso normal a partir do momento que o agente vai realizar suas tarefas numa unidade dessas, que o próprio estado fornecesse treinamento específico, bem como procedimento próprio e escutar mais a gente. O que a gente fala aqui, que nós somos cobrados como uma unidade prisional. (...) Igual sempre falo com pessoal aqui, que fiz um concurso pra agente de segurança penitenciário, pra ir pra um presídio, uma penitenciária. Fui treinado pra presídio (...). Eles (os agentes prisionais) tiveram esse curso sim e antes de realizarem as tarefas aqui, a própria unidade criou um treinamento pra eles. Só que nós não temos esse amparo legal pra isso. Nós damos o treinamento que vai tratar, procedimentos como eu falei, normas que regem a nossa classe, que teriam de ser seguidas a risca. Que tem que ter essa maleabilidade, pra trabalhar aqui, tem que ter esse lado humano e querer aprender. Se ela não quiser aprender fica complicado de realizar o serviço. (ED2)

Eles treinaram mão pra trás, rosto na parede, entendeu? Se fizer isso aqui, “o cara surta”. Quando chegam aqui, eu na época estava de diretor, tinha que chegar numa sala e desfazer isso tudo, sabe? - Aqui tem que fazer de acordo com o paciente. Você olha pra ele primeiro, dá uma olhadinha, vê como ele vai reagir, pergunta, puxa conversa vê se tá entendendo? Pra ver se você pode agir ou não de certa forma. Então, tem que ter esse POP separado. (...) Os antigos nossos aqui sabem lidar que é uma maravilha, não tem erro. AH quando chega de fora, a gente tem que chegar e

acompanhar. Quando a direção aqui é uma direção que quer interagir com a gente, o que faz? Não deixa entrar pra dentro não, sabe? Fica uma semana lá na telessala falando no ouvido dele. E eu falo e outro fala, pra mostrar os pontos diferentes daqui e de uma penitenciária. Apesar de ter grade, cadeado, ter que escoltar, ter... Mas o ser humano tem que ser tratado diferente, porque se você pressionar o doente mental, ele suicida, se corta, ele se bate, porque ele não aguenta pressão. Ele não é normal. (EAG2)

Os relatos tem um tom de crítica, ao mesmo tempo que ecoam um pedido de socorro. Os profissionais falam, com sofrimento, da falta de preparo quando entram na instituição. O despreparo prático e o desconhecimento do que é um manicômio, seus objetivos e a realidade do HCT faz com que o profissional se sinta “jogado”, desamparado no início de sua atuação. A falta de capacitação ainda é apontada como responsável por atuações errôneas e prejudiciais aos internos. Houve unanimidade entre os entrevistados com relação à ideia de um curso preparatório, específico para os funcionários do HCT, para que possam atuar, refletindo os ecos que não são escutados por aqueles que podem fazer algo neste sentido. A falta de capacitação pode implicar na falta de direcionamento dos profissionais para o desenvolvimento de um trabalho condizente com as necessidades da instituição.

Os agentes penitenciários, após aprovação em concurso público, passam por um período de formação/capacitação antes de iniciar as atividades. No entanto, o curso é básico para todo o quadro de agentes do sistema prisional, sem qualquer tipo de especificidade para aqueles que ingressarão no HCT. Os profissionais aprendem a agir de acordo com o POP, mas não são alertados sobre as particularidades do tratamento do paciente psiquiátrico. Uma estratégia possível seria o HCT ter como norma realizar capacitação para os novatos recém-admitidos ou transferidos, mesmo que tragam com eles a cultura de lidar com presidiários. Sempre se pode aprender.

Os entrevistados falam da existência de curso preparatório, organizado pela própria equipe do HCT, específico para agentes penitenciários. Curso que não possui qualquer tipo de orientação da SEDS e que não é regulamentado. O que se faz, na prática, é um repasse de experiências dos mais antigos para os novatos. Este repasse é feito de acordo com os conhecimentos e crenças daqueles que aprenderam, no dia a dia, a lidar com os pacientes. As pessoas responsáveis pela “preparação” dos novos funcionários também não receberam formação adequada e não possuem recursos teóricos. Não há reciclagem ou atualização. Os vícios da prática são, indiscriminadamente, repetidos, eliminando possibilidade de reforma da dinâmica institucional. O conhecimento que a ciência e a prática clínica desenvolveram sobre o

campo da saúde mental não é oferecido aos profissionais, que são enquadrados dentro dos muros do HCT. O desconhecimento de uma prática profissional específica e adequada ao HCT também atinge os profissionais de saúde. Presume-se que estes profissionais, em função da formação acadêmica, tenham recursos para lidar com as exigências do trabalho. No entanto, a maioria dos profissionais de saúde, também não teve formação adequada para atuar no HCT. Assim, a falta de habilidade dos profissionais para lidar com os doentes mentais é destacada e, em função da necessidade de manter o emprego, os profissionais assumem a demanda de trabalho no HCT, encontrando na necessidade financeira subterfúgios para a realização deste trabalho como demonstrado a seguir:

Eu acho que precisa mais suporte, mais capacitação... E: (pausa) profissionais qualificados. Mais gente com vontade. Você tá aí fazendo essa pesquisa, com intuito de buscar alguma coisa. Eu acho que precisa realmente de pessoas que queiram buscar alguma coisa, porque estar aqui, trabalhar receber o dinheiro no final do mês não é garantia do sucesso. (EAD1)

(...) Falta habilidade específica dos profissionais pra trabalhar com a doença mental, com entendimento das reações do paciente, habilidade pra dialogar com paciente da dinâmica, paciente agressivo, paciente que cometeu delito grave, crime hediondo, que a gente tem muito. (...) Mas, a gente sente que boa parte dos funcionários, uns 80%, não tem preparo. Entra na instituição para trabalhar e encaixa num canto, rebolando, porque todo mundo tem que ter seu ganha pão, mas falta habilidade. E pior, falta interesse do ponto de vista administrativo e técnico de preparar, né? De dar sustentação a essas pessoas para que elas possam crescer. (EP1)

Os profissionais ressaltam a precariedade do preparo dos funcionários para lidar com as necessidades dos pacientes. E, além da falta de capacitação, há o desinteresse pelo aprimoramento no trabalho. Os relatos mostram que não há empenho dos profissionais em buscar aperfeiçoamento, buscar novos conhecimentos ou adquirir o necessário para lidar com os pacientes, que cometeram crimes, mas não são presidiários do sistema comum. A comodidade impede o desenvolvimento profissional e a possibilidade de alcançar resultados além dos já obtidos, mantendo o status quo. A estabilidade financeira mantém muitos dos profissionais ligados à instituição, apesar de haver pouco ou nenhum interesse nas atividades desenvolvidas e em adquirir novas habilidades condizentes com o trabalho específico do HCT.

Outra questão relativa às condições de trabalho é a precariedade de recursos materiais e humanos, que assume proporções maiores em função da distribuição adequada da carga de trabalho. A dificuldade para manter o quadro de funcionários completo é atribuída aos baixos salários oferecidos. A escassez de médicos é citada como causa de entraves para o trabalho dos demais profissionais, principalmente agente

e pessoal da enfermagem. Existe sobrecarga de trabalho gerada pela falta de apoio dos médicos da instituição.

(...) Falta pessoal da área técnica... Eu tenho, falta técnico de enfermagem. Nossa área é bem precária, falta psiquiatra, nós temos só 3 psiquiatras, pra atender essa população toda. Então, eu acho que se tivesse maior reconhecimento, por parte da SEDES, poderíamos ser mais bem remunerados e teríamos condições melhores de trabalho. (EE1)

Olha... Uma das partes é administrativa. E a outra cobrança que é muita, a é demais. Eu só tenho um computador, ele serve pra digitar, pra fazer ofício. Teria que ter 2 computadores. Mais gente, mais pessoal, que aqui não tem. O pessoal aqui é pouco, é falho. Em alguns setores tem mais gente e em alguns tem menos, aqui, só tem 2. No jurídico são 4, na secretaria também são 4 ou 5 pessoas, quer dizer... Há certa diferença, né? (EA2)

E a gente trabalha com essa deficiência, tem, praticamente é técnico, que acho que precisa ter mais peritos, pra liberar os laudos, porque o gargalo todo está na perícia. O psicólogo atendeu, os psiquiatrias já atenderam, a própria pessoa clinicamente está em condições. Mas enquanto o perito não fizer o laudo, liberando para ser encaminhado para a comarca, ir pro juiz, ele vai ficando aqui! (...) Um perito efetivo ganha por mês pra trabalhar 4 horas por dia, e eles ficam normalmente uma hora, eles não ficam mais do que isso, médico não fica mais do que isso em lugar nenhum. O efetivo ganha 4 mil e poucos reais, mas o contratado ganha é mil cento e oitenta reais. Então, o contratado rende de acordo com o que recebe... É preferível eu ter o médico aqui, mesmo o horário reduzido, que não ter nenhum, senão fica tudo mundo, fecha o hospital, não sai ninguém... Eu faço um mapa de produtividade. Eu dou a meta e eles procuram trabalhar em cima da meta. Dos peritos eu não estou conseguindo que eles cheguem à meta, mas eles me explicam que o que eu estou querendo é impossível. Eu tenho 3 peritos para 200 pacientes e 07 médicos, pra atender na clínica geral. Auxiliar de enfermagem, 12 masculinos mais os femininos... Procuo peritos e eles perguntam: - qual o salário? - Eu falo R\$1200,00. - Ah, você está brincando! Não consigo.... O IML... Tá olhando já é morto, não é o vivo, já é em torno aí de 7, 8 mil reais Então a defasagem é muito grande. (ED3)

Falta um corpo clínico mais presente. Às vezes, os médicos, hoje não tem plantonista na instituição, principalmente à noite. À noite eles falam que estão de plantão, mas nunca acha o profissional. Liga e ele tá passando mal. Ah, fala com enfermeiro pra fazer isso, mas fica com o técnico de enfermagem. (EAG1)

Os entrevistados se queixam do número insuficiente de profissionais da área da saúde, destacando o quadro reduzido de pessoal da enfermagem, de psiquiatras e de peritos. Na área administrativa, o entrevistado alega haver uma divisão desigual de trabalho. O número maior de funcionários em determinado setor faz com que outros fiquem sobrecarregados. A insuficiência de equipamento de trabalho também é apontada como fator dificultador.

No que diz respeito especificamente ao número de peritos da instituição, o profissional utiliza como justificativa os baixos salários, pouco atrativos. A contratação de peritos tem sido um entrave para a direção do HCT. Como consequência, todo o trabalho de realização de laudos de sanidade mental e cessação de periculosidade ficam prejudicados. Os pacientes internados por determinação judicial para avaliação do

incidente de sanidade mental ficam mais tempo que o previsto em lei, aguardando o resultado do laudo. Isto impede a rotatividade de pacientes, que ficam presos em unidades penitenciárias comuns à espera de uma vaga ou são soltos sem uma avaliação adequada devido ao excesso de prazo processual. Já aqueles pacientes em cumprimento de medida de segurança não têm seus direitos garantidos. Os exames periódicos de cessação de periculosidade ficam atrasados, outras vezes não são feitos ou são feitos de forma inadequada, em função da falta de tempo dos peritos. A escassez de peritos no HCT não justifica a sua existência.

Acreditamos que a justificativa da sobrecarga de trabalho dos peritos precisa ser analisada com certa cautela para que o número de profissionais não seja insuficiente. Partindo do princípio de que a instituição tem como principais objetivos a realização dos exames de sanidade mental e o tratamento dos pacientes para alcançar a cessação de sua periculosidade, o trabalho dos peritos assume papel primordial. A ineficiência do trabalho dos peritos acarreta entrave para boa parte do funcionamento institucional. No entanto, fica claro na fala do entrevistado que os peritos que hoje atuam no HCT não permanecem por mais de uma hora na instituição, tempo insuficiente para atender a demanda existente. A dificuldade para conseguir novos peritos faz com que os profissionais contratados sejam valorizados e protegidos de forma descabida, chegando ao extremo de haver justificativas, aceitas como plausíveis, para que o horário de trabalho ou um mínimo de rendimento não sejam cumpridos.

A queixa sobre a ausência de profissionais médicos na instituição também aparece nos discursos. Segundo informações sobre o descumprimento dos horários de trabalho por parte dos médicos, esta ausência ocorre não pela falta de profissionais, mas pela falta de assiduidade. A situação sobrecarrega os demais profissionais, principalmente da enfermagem. O entrevistado relata a inexistência de plantonistas noturnos na instituição, apesar de existir uma escala a ser cumprida e, como há previsão do plantão, certamente o profissional recebe os honorários, sem estar de fato trabalhando.

Questiona-se como uma instituição, que pretende ser um hospital, pode funcionar sem a atuação dos profissionais da área médica e sem quadro suficiente de pessoal da enfermagem e sobre quem cuida dos pacientes. Talvez a melhor pergunta seja: estes pacientes estão sendo cuidados? Nos momentos de crise, ou de qualquer tipo de urgência, qual é o profissional responsável por atender às necessidades dos pacientes? O número mais expressivo de agentes penitenciários nos faz crer que estes

profissionais assumem a linha de frente no cotidiano dos pacientes, havendo desvio de função ou o não atendimento das necessidades dos pacientes. Para manutenção da estabilidade psiquiátrica, evitando a ocorrência de crises, os pacientes são medicados de forma excessiva? Estas perguntas não possuem respostas, mas revelam contradições pelo arcabouço do HCT.

O adoecimento do quadro de funcionários, em função da penosidade e da carga de trabalho, é apontado como outro problema enfrentado pela instituição. Segundo o relato dos profissionais, não existe nenhum tipo de suporte que possa auxiliar no fortalecimento da saúde mental dos funcionários, como pode ser visto na fala a seguir:

Nós não temos acompanhamento psiquiátrico, nenhum dos funcionários. Então, temos casos de alcoolismo, muitos agentes... Tipo muitas mortes vinculadas ao excesso de cigarro, a pessoa acaba afogando um pouquinho as mágoas no cigarro e na bebida. Tem alguns agentes que já morreram de cirrose NE?. E então, essa é um queixa e o procedimento nosso. (ED2)

A queixa do profissional aponta falta de assistência para os profissionais que atuam no HCT. O adoecimento psíquico é apontado como fator preocupante, principalmente entre os agentes penitenciários. Não existe qualquer tipo de acompanhamento médico e psicológico direcionado a estes profissionais que vivenciam uma rotina dura e estressante. Os profissionais precisam cumprir “procedimentos”, sem suporte que resguarde sua integridade física e mental.

Segundo Lourenço (2010), o trabalho dos agentes penitenciários não é valorizado socialmente e é caracterizado no imaginário coletivo como uma ocupação indesejável, vista de forma depreciativa. O autor classifica esta categoria como uma ocupação arriscada e estressante, propícia ao desenvolvimento de distúrbios físicos e psicológicos. São descritos 4 (quatro) tipos de privações infligidas aos agentes penitenciários quando estão encarcerados nos muros das unidades prisionais: privação de liberdade, privação de bens e serviços, privação de autonomia e privação de segurança. Tais privações seriam responsáveis pela penosidade, insalubridade e periculosidade do trabalho realizado pelos agentes penitenciários.

Acredita-se que a falta de suporte para os profissionais do HCT seja um problema significativo, principalmente para os que lidam diretamente com os pacientes. Todas as dicotomias até agora discutidas certamente refletem na vida pessoal e profissional dos funcionários. A instituição é “total” também para seus profissionais, pois eles estão dentro dos muros. Ressalta-se aqui Lourenço (2010) quando diz que os agentes penitenciários sofrem as chamadas “dores do aprisionamento”. Trabalhadores

sem condições adequadas para realizar suas funções contribuem para que não se alcance as metas institucionais.

De acordo com a fala dos profissionais, a implementação de um programa de metas da secretaria de segurança está auxiliando a organização do trabalho da equipe e proporcionando melhoria dos resultados, melhoria esta alcançada em função do benefício financeiro alcançado pelos profissionais.

Então, a minha forma de trabalho, estou procurando com um acordo de resultado que o Estado já tinha, mas que a unidade aqui a nota máxima que ela teve até quando eu peguei foi 8,3. Era 7, mas ainda é pouco 8,3. Eu consegui de setembro a dezembro fechar com 9, certo? O meu resultado, por exemplo, do mês passado foi 9. E a minha meta para este ano é fechar com 10, em um acordo de resultado. E esse acordo traz uma satisfação muito grande para os funcionários, por que ele mexe no bolso deles. Eles têm um décimo quarto, praticamente. Esse é o acordo com resultado. Então, no ano passado, como teve 9, eles tiveram praticamente integral, entendeu? Então, a satisfação deles foi muito grande e com isso eu tenho sentido que tenho hoje o pessoal um pouco mais motivado. (ED3)

O profissional fala do “acordo de resultados” proposto pelo Estado que o HCT não vinha conseguindo cumprir de forma eficiente. Após alguns ajustes administrativos os resultados apresentados pelos profissionais passaram a ser mais expressivos. Atingir as metas ou ficar próximo disto garante uma remuneração extra para os funcionários. A gratificação recebida tem provocado alguma mudança de postura dos profissionais, que trabalham mais motivados. A valorização financeira estaria estimulando a produtividade dos profissionais.

No entanto, torna-se importante ressaltar que as metas estabelecidas seguem a proposta de trabalho do sistema de segurança e não do sistema de saúde. No que foi possível perceber, as metas não estão relacionadas ao tratamento dos pacientes e, sim, a questões administrativas e organizacionais. Em relação ao HCT, fica a dúvida sobre o que pode ser esperado do aumento de produtividade de agentes penitenciários. Pode significar mais repressão ou cumprimento rígido do POP, sendo pouco provável que esteja sendo cobrado dos agentes penitenciários tratamento humanitário e condizente com as necessidades de cada interno.

O estudo sobre o relacionamento entre a equipe e os pacientes mostrou dois tipos de posicionamentos dos profissionais. Alguns acreditam que a relação com os pacientes é tranquila e não foge ao esperado. As obrigações profissionais são cumpridas, há “boa vontade” por parte dos profissionais e as relações são estáveis. Dificuldades no trato com crises de agitação dos pacientes são descritas como comuns no cotidiano. A existência de vínculos de confiança faz com que os relacionamentos sejam fortalecidos.

Na visão de alguns profissionais, em determinados casos, a relação é tão positiva que extrapola limites, fazendo com que haja laços de amizade. Neste sentido, no caso específico dos agentes penitenciários, os profissionais falam de uma proximidade que provoca certa inversão de função.

Funcionário X paciente não vejo muito problema não. O paciente às vezes tem crise de agitação... . A gente faz o atendimento que tem que ser feito, necessário... Não vejo muito problema em relação profissional paciente não. (EAE1)

Aqueles que têm condições a gente convive com eles normalmente. Os demais a gente precisa ter atenção especial, atendimento individualizado. (EAD1)

Nós os tratamos como pacientes, a gente não trata apenas como preso, mas como paciente. Nós temos contato normal com eles, durante a realização do exame, as entrevistas que a gente faz para exames. (EM3)

Aqui no manicômio todo mundo tem... Eu vou usar a palavra carinho, mas na verdade não sei se é carinho. Todo mundo tem boa vontade com o paciente. Temos pacientes que frequentam as áreas externas e tem uma relação muito positiva do profissional com o paciente. Médico, enfermeiro, psicólogo, até os próprios peritos, a gente observa que são atenciosos com o paciente. (...) Muitas vezes eu tenho compaixão, da situação de muitos. (...) Se você começa a oferecer alguma coisa pra preso, brotado do seu sentimento de solidariedade, isso é cortado, é impedido. (EA1)

Nossa! Nós acabamos virando psicólogos deles porque o tratamento é mais de conversa, eles sentem muita falta de conversa, da palavra amiga. Às vezes ele quer falar da família e não tem ninguém pra falar. Aí a gente fica como psicólogos deles. Porque o agente penitenciário de hospital é diferente de qualquer outro serviço, ele não é só um agente ele passa ser um pouco de psicólogo mesmo. (EAG1)

É uma relação até mais tranquila do que a gente poderia imaginar. A coisa funciona quase que como um envolvimento familiar, digamos assim. Muitas vezes o nosso profissional trata o paciente como filho, como um irmão, porque tem que haver isso. Muitas vezes o paciente, com sofrimento mental projeta na gente a figura de um responsável, a figura de um de um pai, de uma mãe, de irmão. (ED1)

Em todas as falas existe a ideia de um relacionamento positivo entre os profissionais e os pacientes. No entanto, no primeiro trecho o profissional deixa implícito em seu discurso que as crises dos pacientes podem vir a ser interpretadas como atuações direcionadas e propositais aos funcionários. Ao dizer que “não vê muito problema”, o profissional está afirmando que existem problemas na relação com os pacientes, principalmente quando os eles estão em meio a crises. Porém, estes problemas são solucionados por serem condizentes com o exercício das funções do profissional. No segundo trecho, apesar de falar sobre a proximidade com os pacientes, o profissional não deixa de delimitar a necessidade de um distanciamento de alguns deles. A “atenção especial” diz respeito ao cuidado que se deve ter no contato com o paciente, contato este que precisa ser monitorado por agentes de segurança.

O terceiro profissional, ao dizer sobre a proximidade existente entre ele e os pacientes, descreve o trivial que acontece em qualquer atendimento. Nada além do existente no relacionamento entre um profissional da saúde e um paciente. No relato fica a marca da necessidade de diferenciação dos internos como pacientes e não como presos. O profissional considera que o tratamento dispensado a presos seria diferente do tratamento feito com os pacientes do HCT.

No quarto trecho, o profissional inicia dizendo de um relacionamento afetivo, mas conclui pela ausência desta afetividade. O que existe, segundo ele, é uma disponibilidade dos profissionais para atender a quem necessita. Principalmente a relação com os pacientes que frequentam a área externa (pacientes estabilizados que realizam algum tipo de trabalho) é considerada muito boa. A tranquilidade da relação é destacada como ponto positivo da instituição. A “boa vontade” para atender os pacientes é considerada como algo além das obrigações de cada um dos profissionais. Em outro momento, ele fala de sua “compaixão” pelos pacientes, um sentimento que é tolhido pelos demais profissionais. Atos de solidariedade não são permitidos na instituição.

A este respeito Goffman (2008) fala dos internos de instituições totais que se tornam objetos de interesse afetivo da equipe de trabalho. O autor chama de “ciclo de participação” o movimento que permite a formação de uma relação afetiva entre o funcionário e um paciente. No entanto, este tipo de situação pode trazer problemas para o profissional:

Essa relação, no entanto, leva a pessoa da equipe dirigente a uma posição em que pode ser ferida por aquilo que os internados fazem e sofrem, e também a colocam numa posição em que tende a ameaçar a posição distante a que seus colegas ficam dos internados. Por isto, a pessoa que estabelece a relação afetiva pode sentir que foi “queimada” e voltar para o trabalho de escritório, para o trabalho de comissões ou outras rotinas “fechadas” da equipe dirigente (Goffman, 2008: 76).

Nas duas últimas falas, os entrevistados destacam o quão positiva é a relação entre os profissionais e os pacientes. A proximidade, principalmente com o agente penitenciário, faz com que os internos os elejam como confidentes. Por não haver outra oportunidade para o estabelecimento de diálogo, os agentes penitenciários, que estão próximos a todo o momento, assumem o papel de “psicólogos”. Escutam, aconselham, tratam com presteza. No relato fica implícito que os pacientes não possuem espaço reservado para tratar de suas questões pessoais, que são divididas com os agentes. A

ligação e a dependência estabelecida com o profissional fazem com que o paciente construa um vínculo tão forte como o de um parentesco. Há uma submissão dos pacientes que, na convivência diária, projetam nos funcionários a figura de um responsável. Em contra partida, os funcionários respondem a esta projeção, tratando-os como pessoas submissas e dependentes.

Os profissionais falam de um processo de melhora na relação entre a equipe e pacientes. A melhoria evidencia que dificuldades estão sendo superadas, com algum sucesso. No entanto, entraves burocráticos ou gerenciais interferem na relação, fugindo ao controle do profissional. Este, por sua vez, tenta minimizar os problemas existentes, mas sua atuação acaba sendo limitada.

Com os pacientes é excelente, porque a gente tem amigos aqui que chegam e me cumprimentam, me abraçam. Não precisa nem de guarda. Tem uns que você tem que ter realmente prevenção. Mas a convivência melhorou demais. (...) Eu vejo confiança entre o paciente e o médico, o psicólogo, entre o doente e o orientador, entre o doente e a enfermagem, houve um passo grande nesse sentido. Melhorou excessivamente essa convivência entre nós todos, aqui melhorou demais, tá? (EM1)

(...) Atualmente, eu acho que o relacionamento é muito bom, já teve época que foi muito pior. (EM3)

Eu acho que tem melhorado bastante. A gente vê que todo mundo tenta, vem aqui, a gente vai lá, tenta da melhor forma possível a resolução dos problemas. Mas é a mesma questão que te falo, tem cota pra exame, cota pra isso... Então, não depende só da gente, mas a integração é boa. (EF1)

Nas três falas há o entendimento de melhoria nas relações entre profissionais e pacientes. Comparado com o passado os relacionamentos evoluíram de forma positiva. Compreende-se nos discursos que atualmente há problemas, porém estão sendo amenizados. O segundo trecho abre espaço para interpretarmos que os problemas de hoje são “menos ruins”. Um passado recente de graves problemas de relacionamento é apontado de forma implícita nos relatos. A terceira fala mostra que a falta de estrutura e recursos adequados interfere de forma negativa no relacionamento entre profissionais e pacientes.

Por outro lado, outros profissionais apontam importantes problemas de relacionamento entre a equipe e os internos, decorrentes da precariedade do preparo dos profissionais para lidar com as particularidades dos pacientes. A interferência da falta de escolarização e da incapacidade de agir com profissionalismo faz com que membros da equipe não consigam ter bom relacionamento com os pacientes. Para alguns

profissionais, este relacionamento também é prejudicado quando os pacientes são tratados como presidiários.

O contato é munido de medo, não respeito. Porque existe uma diferença muito grande. O agente é colocado dentro da instituição pra impor autoridade, o modelo do nosso agente penitenciário, a formação dele é de penitenciária. Então, não é formado com o diferencial pra hospital psiquiátrico. (...) Ele (o agente penitenciário) impõe com o olhar, impõe com o tom de voz, impõe com ameaça: - eu vou te levar pro isolamento! Quando não raras vezes são levados para o isolamento, esquece lá: - pode ficar mofando ainda porque você me desrespeitou. Entra a questão pessoal, eles não conseguem fazer essa divisão. Então, o paciente “xingou” a mãe dele, tá lascado! Então, tem esses erros, mais grotescos, que a gente achava... nunca achei que isso fosse continuar existindo. (EP1)

Eles têm mais contato com os agentes ali, embora aqui tenha vários profissionais. Mas hoje ela é entre aspa harmoniosa. Porque sempre tem aquele estigma do polícia e ladrão. Então, tem aquela coisa que uns interpretam como inimizade. O preso que entra aqui, não é necessariamente meu inimigo (...) Muitos pacientes têm a gente como amigo, como companheiro, embora a gente tenha que saber as fronteiras, até onde a gente pode ir. Lógico que você não vai ficar se misturando muito, porque querendo ou não estão em lados diferentes. Agente está ali pra ajudar e o que a gente pode ajudar, dentro do nosso direito, dentro do nosso dever, a gente faz. Então, essa relação se torna harmoniosa nesse ponto. (...) com eles, com os presos, às vezes não tem muita mistura, quando o cara quer se ajudar o comportamento dele se ajuda. E se enquadrando nas normas da casa, que são perfeitamente adaptáveis, ele tem tudo, dentro do direito dele. Se não, ele vai sofrer sanção disciplinar. (EAG3)

Muita gente não enxerga como paciente. É como o preso que cometeu um delito e que é tudo de ruim. Que não tem nenhum potencial, nenhuma capacidade. (ETO1)

Com a psicologia é muito tranquilo, é muito bom mesmo... (...) (em relação a outros profissionais) é mais ou menos, eu costumo dizer: contra a gente dificilmente eles iram dirigir alguma agressão, porque a gente tá aqui pra ouvir, pra dedicar mesmo, o que faltou pra eles lá fora né? (...) Mas tem pessoa que não enxerga isso. Ah, cometeu um delito bárbaro tem que ser punido tem que ser penalizado, é tratado com agressividade, a gente sabe que isso acontece, não é boa a relação. (AP2)

(...) Uma coisa mais fria, a impressão que eu tenho é essa. (...) (EM2)

Olha, assim, no modo de dizer, tem muita sacanagem, de certa forma... A sacanagem que eu quero dizer é o seguinte: alguns novatos, os antigos não, mas os novatos as vezes batem nos pacientes, faz troca de cigarro. Veja bem que coisa né? a gente fala assim, porque os pacientes vêm e contam pra gente, Conta pra nós, né? Às vezes os pacientes, você sabe, né? O cara tem problema, num é uma pessoa normal, né? Então, quer dizer, às vezes ele xinga o guarda, xinga por xingar. O guarda invés de relevar, vai lá abre a sela e bate nele, isso é o que mais tem aqui mesmo. Mas isso são os novatos, que tão entrando agora. Essa turma que tá entrando agora, porque os mais antigos não, já conhece, já sabe o problema do paciente, relava aquilo que eles falam então, né? Mas com relação aos guardas que eu saiba é essa parte. É o que acontece. E outra coisa eu acho uma..., que não deve ser feito vistoria igual eles fazem nos pacientes, colocar o cara pelado, pra que isso? (...) Fica mexendo, gozando a cara do paciente, às vezes o cara num tá naquele dia bom, aí paciente vai lá e solta um palavrão pra eles, uma coisa assim. Aí o guarda se acha ofendido e vai lá, pum no camarada, dá uns tapas nele. Aí eu acho sacanagem. Igual, muitas coisas já aconteceu aqui há tempos atrás que a gente ficava abismado de ver, porque é... num justificava o que o cara fez. O paciente bobo. É, porque alguma coisa que ele fez e que o guarda num agradou, aí ele ia lá e batia nele, sem mais nem menos. Isso tem e isso é em todo lugar, inclusive no presídio aqui de Barbacena. Aqui é hospital,

tem o presídio, que é pior que aqui, lá eles batem mesmo, lá se bobear eles metem o cacete, enfia o cacete, entendeu? E eu acho uma sacanagem porque o cara, tá certo que ele cometeu o crime, atoa ele num tá aqui, mas acho uma covardia da parte do guarda. Não são todos, tem exceção. Então, eu acho nessa parte, na parte dos guardas, pequenas, mas há nessa parte, né ? (EA2)

Depende muito do fator que te falei da medicação, sabe? Se o paciente está medicado, tá sendo acompanhado com psicólogo, com psiquiatra e está estável não temos problema. A não ser problema de surto momentâneo. Mas se ele está medicado, acompanhado, sendo atendido, dificilmente vai dar problema. A não ser na época de surto. Mas você pode ver hoje, não houve um grito. Você já veio aqui e já ouviu muitos gritos. Então, quando a medicação tá normalizada, quando o atendimento tá normalizado, nós não temos problemas. (EAG2)

De acordo com o profissional que não permitiu a gravação da entrevista, a relação é realmente “objetal”. Alguns profissionais agem de “forma indiferente”, “outros agem com piedade” e “outros agem de forma sacana”. Ainda segundo o profissional, a maioria dos trabalhadores não tem “tato” para lidar com o paciente. Muitos fazem “sacanagem, gozam da cara do paciente, instigam, humilham e algumas vezes maltratam”.

Nas falas, fica claro que alguns profissionais não concordam com a existência de um relacionamento tranquilo com os pacientes, principalmente a relação com a equipe de agentes penitenciários é descrita de forma negativa. No primeiro trecho, é descrita uma relação instituída a partir do “medo”. De um lado, há o profissional que exerce sua autoridade de forma autoritária e agressiva e, do outro, está o paciente, que também é presidiário. Este, por sua vez, deve reverenciar a figura do agente penitenciário e acatar suas ordens. Os profissionais não conseguem compreender algumas atitudes dos internos, mesmo sabendo que são pessoas com problemas psiquiátricos. O uso da força e do poder de dominação é imperativo para o clima de medo e de respeito. Ainda de acordo com o entrevistado, os agentes penitenciários não são capazes de separar vida pessoal da profissional. Isto faz com que questões inerentes à prática profissional sejam transferidas para suas questões pessoais e, conseqüentemente, remetidas de forma indevida para os pacientes.

Na segunda fala, o profissional se contradiz ao afirmar que a relação entre os agentes penitenciários e os pacientes é “harmoniosa” e justifica tal harmonia relacionada ao estigma da luta entre polícia e ladrão. Esta caracterização aponta duas extremidades opostas e extremamente conflituosas, pois não é possível haver harmonia entre quem ocupa o papel de polícia e quem ocupa o papel de ladrão. As contradições do discurso continuam quando o profissional diz sobre a relação de amizade e de companheirismo, uma relação que pode ser interpretada ao mesmo tempo como

inimizade e que não permite o estabelecimento de misturas. Na realidade, a descrição feita é de uma relação de poder e submissão, que se torna pacífica a partir do momento em que os pacientes se resignem às ordens estabelecidas. Caso o paciente não se sujeite, as punições são inevitáveis.

Nas falas seguintes os profissionais dizem acreditar que a relação com a maioria dos profissionais é influenciada pela caracterização dos pacientes como presos. Por não haver compreensão das particularidades dos pacientes e por eles não serem vistos como pessoas que necessitam de tratamento, resta, como possibilidade, a aplicação dos procedimentos do sistema prisional. Os pacientes são vistos como criminosos que precisam ser punidos, e a penalização acontece por meio da agressividade. O relacionamento “frio” proporciona o distanciamento entre aqueles que devem ser punidos e os executores das sanções.

No sexto trecho destacado, o profissional denuncia práticas de agressões físicas e psicológicas. Corroborando as falas anteriores, existe o entendimento de que os profissionais não estão preparados para lidar com pacientes psiquiátricos. Não existe divisão clara entre o ambiente de trabalho, com suas peculiaridades, e a vida pessoal dos funcionários. Valores e questões pessoais interferem, principalmente, no caso dos agentes penitenciários, na dinâmica do relacionamento com os pacientes. O profissional relata questões de despreparo e índole agressiva dos agentes e, conseqüentemente, todo tipo de humilhação e violência contra os internos que deveriam estar sendo cuidados.

Na última fala, o profissional sugere que o relacionamento entre a equipe e os pacientes sofre influência do tratamento medicamentoso e da qualidade do acompanhamento dos profissionais da área da saúde. Isto indica que existem momentos em que há falha no direcionamento dos pacientes, provocando desequilíbrio das relações. Porém, a relação sobre a qual ele fala está relacionada a um vínculo entre quem cuida e quem é cuidado. Não existe uma proximidade que possa sugerir qualquer tipo de ligação afetiva ou profissional. Este último relato nos faz crer que a medicação, ou a sedação dos pacientes é o que possibilita a estabilidade da relação entre profissionais e pacientes. Enquanto não há reivindicações, atitudes agressivas, crises ou qualquer outro tipo de tumulto, não existem empecilhos para o estabelecimento de uma relação “normalizada”. O silêncio dos pacientes, caracterizando uma postura passiva, demonstra como pode ser tranquila a relação com os profissionais.

Ao falar sobre as instituições totais, Goffman (2008) sugere a existência de uma distância entre o que chama de equipe dirigente e os internos, necessária para a

manutenção do controle institucional. A divisão entre um grupo de pessoas controladas e uma equipe de controladores conservam estereótipos antagônicos que se comunicam, mas com pouca interpenetração. Ainda, para o autor, existe uma inclinação de cada um dos grupos a agir de forma hostil e a caracterizar o outro grupo de forma estereotipada:

A equipe dirigente muitas vezes vê os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança; os internos muitas vezes vêem os dirigentes como condescendentes, arbitrários e mesquinhos. Os participantes da equipe dirigente tendem a sentir-se superiores e corretos; os internados tendem, pelo menos sob alguns aspectos, a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados. (Goffman, 2008, 19)

O autor continua afirmando que a qualidade da relação com a equipe dirigente tem início imediato a partir da admissão do sujeito na instituição total. A entrada do paciente é tomada como uma prova inequívoca de que esta pessoa se enquadra nos padrões da clientela que a instituição procura tratar. Como exemplo, Goffman (2008) diz que a cadeia recebe delinquentes, o hospício recebe loucos e uma prisão política recebe um traidor. Mais do que uma identificação, trata-se de um meio básico de controle social. Com o intuito de controlar a instituição e, principalmente, com a intenção de cumprir os objetivos a que a instituição se propõe, a equipe dirigente tem que afirmar seus internos como criminosos, merecedores de castigo.

O distanciamento entre profissionais e pacientes ressaltado pelo autor se mostra pertinente, visto que há uma postura de superioridade dos profissionais, que exercem o papel de controlar um grupo de pessoas socialmente indesejadas. Durante o período de observação, foi possível constatar uma nítida barreira, impenetrável, entre funcionários e pacientes. Esta barreira é imposta até mesmo por aqueles que dizem manter uma relação de amizade com os internos. Indiscutivelmente, trata-se de dois grupos heterogêneos que convivem, mas não estabelecem qualquer tipo de vínculo. Observou-se atitudes que reforçam a distância entre os dois grupos, como, por exemplo, profissionais lavando as mãos após ter cumprimentado um paciente. Em determinada ocasião, fui impedida de me assentar em uma cadeira que fica reservada para os pacientes assentarem: “não assenta aí não, os pacientes assentam nesta cadeira”, sem qualquer justificativa aceitável.

5.3 – CATEGORIA III – Condições de trabalho para proporcionar o tratamento.

Dentre todas as particularidades do HCT, o tratamento dispensado aos pacientes será analisado de forma pormenorizada, por se tratar de uma instituição que pretende ser

hospitalar e o cuidado deve ser destacado. Nesta categoria, serão feitas uma análise do direcionamento do tratamento dos pacientes e dos parâmetros para os planos assistenciais; uma orientação teórica que embasa os procedimentos e uma verificação do tipo de prática clínica e terapêutica realizadas e do resultado a ser alcançado. De uma forma simplificada, discute-se o cuidado com os pacientes na visão dos profissionais que lá atuam.

Teoricamente, há uma aposta, de alguns profissionais, na eficácia do tratamento dispensado pelo HCT. O acompanhamento do paciente durante a internação e após sua saída é destacado como função da instituição. Os profissionais destacam as qualidades do tratamento dado aos pacientes que se beneficiam do período de internação como pode ser visto nas falas a seguir:

Acredito que é isso, é tratamento e acompanhamento. Não só punição, cumprir pena, tem que ser tratado. (...) A gente tem um projeto muito legal, que é tratar, acompanhar lá fora, mesmo depois de sair. Acho que isso tem que continuar. (EAE1)

Posso observar que chegam muitos pacientes usuários de droga e como perdem o acesso à droga, eles acabam deixando o vício. Pra mim essa é a melhor qualidade do HCT. Tirar a pessoa daquela vulnerabilidade que teria fora daqui. Vejo assim. (...) Minha crítica com relação ao tratamento do paciente aqui no manicômio é positiva. A gente observa na televisão presídios, né?... São extremamente degradantes e isso agente não vê aqui. Existe algum momento em que há alguma degradação, mas isso é muito mais por decisão do paciente. Não é determinação externa, é uma determinação do próprio paciente. (EA1)

O tratamento é feito pra justamente a pessoa sentir que está se tratando. O paciente sente que está melhorando. Não sou eu que falo: - olha você está melhorando. Eu vejo a cada semana quando os tiro pra fazer ligação para as famílias, ou um amigo. Então, você sente na conversa: aqui tá bom, eu tó melhorando, eu tó me sentindo melhor, eu num tó chorando tanto. Você vê a evolução deles, como num hospital. (EAS1)

O tratamento é bom, porque ele passa a ser tratado, passa a ser cuidado, a não ter mais crise. É medicado, aconselhado, orientado. (...) O nosso maior desejo aqui, nosso maior prazer é quando a gente consegue recuperar um paciente (EAG2)

Os relatos mostram que os profissionais acreditam ou querem acreditar e repassar uma imagem positiva do tratamento dispensado aos pacientes do HCT. O primeiro profissional relata os objetivos da instituição, que seriam o tratamento e o acompanhamento dentro e fora dos muros do HCT. No entanto, fica implícito que, paralelamente ao tratamento, existe a ideia da punição. A punição aparece como primeiro objetivo, não bastando por si só. O tratamento entra como um complemento necessário à pena. Na segunda fala, o profissional destaca qualidades do tratamento como a abstinência “compulsória”, considerada benéfica e eficiente nos casos de

usuários de drogas. A “crítica positiva” em relação ao tratamento dispensado pelo HCT tem como parâmetro a degradação imposta aos presos de outras unidades prisionais. Existe a degradação, mas os responsáveis são exclusivamente os pacientes.

Não resta dúvida sobre a tentativa de supressão da publicidade de caráter meramente punitivo e a própria condenação marca o paciente com um sinal negativo. A medida de segurança, como uma medida de tratamento, como afirma Foucault (1987), assume um duplo sistema de proteção estabelecido pela justiça entre ela e o castigo imposto. Para se livrar do indecoroso papel de punir, o sistema de justiça coloca em funcionamento um mecanismo administrativo que faz da execução da pena um ser autônomo. Assim, há um remanejamento do poder de punir, que assume a necessidade de cuidar do sujeito, mas não se distancia da economia do poder do suplício da alma. (FOUCAULT, 1897)

O terceiro profissional relata uma percepção pessoal construída a partir de observações. O contato direto com os pacientes, em momento de ligações telefônicas para parentes e amigos, abre espaço para a percepção, mesmo que ingênua, por acreditar na eficácia do tratamento. Ao escutar os pacientes dizendo que estão sendo tratados e que estão melhorando, conclui-se que os objetivos institucionais estão sendo atingidos. Vale ressaltar que todos os atendimentos e procedimentos realizados com os internos são acompanhados por no mínimo um agente penitenciário. Em nome da segurança, as portas das salas nunca são fechadas, por mais particular que seja o assunto. Isto significa que o paciente é monitorado durante seu telefonema e não tem espaço para reclamações, queixas e reivindicações.

O último profissional destaca o empenho para que os pacientes possam se “recuperar”. A ausência de crises é compreendida como ponto fundamental de recuperação dos pacientes.

A literatura mostra que a concepção de tratamento destes profissionais está na contramão da história e das experiências do campo da saúde mental. Desde o início dos anos 1950, movimentos antimanicomiais começaram a ser tecidos, tanto no que diz respeito à clínica como no que diz respeito à construção da cidadania dos pacientes psiquiátricos. Tais movimentos, objetivando desconstruir a estrutura física e a simbologia dos manicômios, sustentaram um trabalho contrário ao da exclusão social, apostando na busca da singularidade e da cidadania de cada um dos pacientes.

A análise institucional francesa, por exemplo, já tratava as instituições manicomiais como “doentes”. Também nos anos 50, a Inglaterra já pensava na criação

de comunidades terapêuticas. Lobosque (2001), ao fazer um recorte da história da loucura constata que o confinamento tem como consequência a anulação da subjetividade do paciente:

Em todas estas tendências, podemos constatar uma preocupação com a pobreza dos laços e da produção humana no interior das instituições, e uma tentativa de resgatar este empobrecimento subjetivo pelo viés do grupo, da análise das relações intergrupais, institucionais, etc. (Lobosque, 2001: 13)

Lobosque (2003) ressalta, ainda, a importância do desenvolvimento de ações que não permitam que a clínica da saúde mental seja mantida como instrumento de controle social. Ações que desconstruam os paradigmas técnicos e científicos, colocando-os a serviço da promoção da autonomia e independência dos pacientes.

Os profissionais utilizam como parâmetro o tratamento dispensado aos internos de unidades prisionais. Nas comparações tentam mostrar que os pacientes do HCT recebem tratamento diferenciado. Caracterizados como criminosos ou como sujeitos socialmente indesejáveis, qualquer tipo de atenção dada é considerada suficiente. Existe uma inversão de valores aplicável somente aos pacientes do HCT, pois a reclusão, o tratamento compulsório e a rigidez da rotina institucional são considerados úteis e positivos, mas só para pessoas marginalizadas. Verifica-se, ainda, a imprecisão dos conhecimentos teóricos da maioria dos profissionais sobre o que se espera do tratamento de pacientes psiquiátricos. Práticas e conceitos antigos, já superados, são reproduzidos com alguns arranjos, sem, no entanto, conseguir alcançar os ideais da reforma psiquiátrica.

Outros profissionais, com uma concepção oposta, dizem acreditar que o tratamento no HCT não possui eficácia, assim como não traz qualquer tipo de benefício para os pacientes. A falta de investimento nos profissionais da área da saúde para o tratamento é abordada como um problema. O distanciamento entre profissional e paciente impede que haja uma interação adequada para a condução das práticas terapêuticas como nas seguintes falas:

Eu acho que dificilmente um hospital nessa estrutura, vai conseguir recuperar alguém, ou tratar de alguém. Num ambiente tão fechado, assim... Mais pra presídio do que para hospital. (...) Eu acho que prejudica o tratamento do paciente porque do mesmo jeito que não tem entrosamento com a gente acho, também, que não tem entre eles, psiquiatra com o assistente social, com psicólogo, sabe? (...) Fecha o paciente, atende alguns minutinhos pra ver se ele tá bom, se num tá bom, sabe? Não tem uma relação mais afetiva com o paciente, visando sua melhora (EM2)

Minha crítica aqui é que cada um dá um tiro para um lado. Psicólogo dá seu tiro, tenta fazer sua parte. O terapeuta ocupacional, o psiquiatra, a segurança, ninguém senta e discute o melhor para o paciente. Para o tratamento psiquiátrico todo mundo precisa ter a mesma linguagem, né? (...) Além disso, os profissionais precisam também rever seus conceitos. Conversar sobre cada caso, né? Tem que ter o que acontece nos presídios, o PIR que é o programa e de ressocialização, porque a proposta é ressocializar. Às vezes a gente tem uma conduta com paciente, a segurança tem outra, um desfaz a fala do outro. (EP2)

Um profissional relata que não há uma linha única de trabalho, a instituição não tem plano de tratamento para os pacientes. Cada profissional age de acordo com suas próprias concepções, sem que exista qualquer tipo de direcionamento do trabalho. Não há reuniões de equipe, não há discussões de caso, os profissionais não conversam sobre as condutas com cada paciente, o que inviabiliza a condução de um tratamento individualizado e adequado para cada um dos pacientes.

O primeiro profissional relata, explicitamente, sua descrença na efetividade do tratamento dispensado pelo HCT. As condições existentes são mais próximas de um ambiente prisional, inviabilizando a proposta de “recuperação” dos pacientes. Ele fala ainda sobre a falta de envolvimento e entrosamento dos profissionais com os internos. Há um tom de crítica quando é dito: Fechando, o paciente, atende ali alguns minutinhos pra ver se ele tá bom, se num tá bom, sabe? Ou seja, são realizados procedimentos triviais, sem que as reais necessidades dos pacientes sejam atendidas.

Os outros profissionais destacam a falta de integração entre os funcionários e de planejamento de condutas clínicas e terapêuticas. Cada profissional age de acordo com suas convicções, de forma independente. Não existem reuniões clínicas, discussões de caso ou evolução do quadro dos pacientes. Os objetivos institucionais relacionados à saúde não são cumpridos. A ausência de diálogo provoca desequilíbrio entre as ações dos profissionais, que agem de formas contraditórias e algumas vezes, incompatíveis.

Concordou-se com os profissionais que criticam a inexistência de um tratamento multidisciplinar no HCT e um mínimo de interação entre os membros de uma equipe. Para a evolução de qualquer tratamento é necessário um plano para a condução terapêutica, seja ela medicamentosa ou não. Cálculos precisam ser feitos para atingir as necessidades de cada um dos pacientes. Na realidade há uma massificação do tratamento, fazendo com que os pacientes sejam “despersonalizados”, tratados como objeto.

Barros-Brisset (2010) descreve as conquistas alcançadas pelo PAI-PJ a partir da condução de um trabalho que prioriza o acompanhamento integral do paciente judiciário. O que a autora chama de “uma clínica feita por muitos” conta com uma

equipe interdisciplinar composta por psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários de psicologia. A equipe do PAI-PJ trabalha objetivando “secretariar” cada paciente em suas particularidades, como um serviço que auxilia as decisões do poder judiciário. Para alcançar os propósitos do programa, a autora afirma ser imprescindível o trabalho em conjunto com trabalhadores da saúde mental do SUS, de organizações e entidades sociais e familiares entre outros. Em conjunto com a rede pública de saúde mental, é construído um projeto terapêutico e social para cada paciente, projeto este que é revisto sempre que necessário de acordo com as necessidades específicas de cada sujeito.

A necessidade da reinserção social do paciente é reconhecida pelos profissionais. No entanto, não há relatos de ações efetivas para a preparação do retorno ao convívio social dos pacientes. A descrença dos profissionais na viabilidade de reinserir socialmente um paciente do HCT aparece como entrave a ações efetivas. Alguns movimentos insipientes estão abrindo caminho para que a internação no HCT deixe de ser perpétua como pode ser percebido nas falas a seguir:

A intenção hoje é voltar com estes pacientes para sociedade, após cumprimento de pena. (...) É, bom, a assistente social nossa saiu agora né, mas ela sempre estava em contato. Igual, no PAI-PJ os pacientes saem daqui e estão indo para a residência terapêutica. Tem essa troca de informações. (EAE1)

Mas eu creio ser de suma importância para prosseguir no processo de ressocialização, uma vez que a proposta do sistema prisional é essa, ressocializar, devolver a pessoa ao convívio social com condições de ter convívio social. Eu acho que o papel do hospital nesse ponto é de suma importância. (EAG3)

A gente tinha que ter um espaço de transição onde ele ainda não ficasse por sua própria conta e risco e ainda tivesse certa proteção do Estado. Eu acho que esse período de transição, uma transição sociológica e espacial, inclusive (EA1)

Eu tenho procurado, às vezes até pelas rádios, os trabalhos que a gente procura fazer aqui de ressocialização. Convidar pessoas da sociedade para vir aqui. Por exemplo, estamos marcando nossa quadrilha para o dia 28. A quadrilha masculina e feminina, que vamos fazer aqui no pátio. Eu convido pessoas da comunidade para vir assistir. (...) Eu acho que o principal trabalho é o de ressocialização, com trabalhos manuais, trabalhos com os psiquiatras. Por exemplo: quando a gente faz um forró para eles, igual eu fiz um carnaval, a festa de natal e eles apresentaram um teatro, porque eles ficaram ensaiando um mês preparando a peça. Enquanto eles estão com a cabeça ocupada com o afazer, até o remédio diminui a quantidade. (ED3)

Através de uma avaliação, de acompanhamento e tratamento pós internação o paciente vai ter possibilidade de voltar para a família, constituir família, a reger a própria vida... Levar no cinema, levar no shopping igual a gente faz com as criança. A gente tem reeduca-los para voltarem pra vida que eles deixaram. Só que para boa vida, não para o lado ruim que ficou pra trás. Mas a realidade da nossa unidade deixa muito a desejar. Eles estão abandonados aqui. Lógico que tem aqueles casos extremos que num tem como fazer isso. (EAS1)

(...) Cada Comarca teria que ter a sua residência para acolher esses pacientes que já estão com periculosidade cessada. (...) Tem pacientes que não tem nada, não tem família, ou a família não aceita. Aí fica confuso e esperando o Estado encontrar uma solução. (...) Aí acabam ficando aqui, e é melhor aqui que jogados na sociedade sem tratamento sem nada. (EM3)

Os profissionais falam de uma “intenção”, de um projeto que deveria ser colocado em prática. A ressocialização é vista, teoricamente, como um dos principais objetivos da instituição, que estão diretamente relacionados ao sistema punitivo da sociedade. De acordo com a ideologia vigente, assim como os imputáveis são segregados e, supostamente, preparados para retornarem ao convívio social, os inimputáveis também devem receber tratamento condizente para tal fim.

O “período de transição” sugerido evidencia uma das questões descritas por Goffman (2008), causadas pela permanência de pessoas em instituições totais: o “desculturamento”. O autor alega que o interno é “destreinado”, o que o torna incapaz de enfrentar e superar, por algum tempo, as demandas da vida cotidiana ou os problemas inerentes ao convívio social.

Fica claro que o que existe de concreto, em relação à ressocialização, foi realizado pela equipe do PAI-PJ. Um dos profissionais pontua que a instituição não está contando com o trabalho do assistente social, um dos principais interlocutores no processo de ressocialização. No período da coleta de dados foi possível observar que a instituição estava sem funcionários do serviço social. Uma profissional de uma unidade prisional estava sendo cedida, temporariamente, um dia por semana para dar cobertura. Pela observação, foi possível detectar que a assistente social não tinha condição de fazer nada além de um serviço burocrático, nada que pudesse ser comparado às práticas de um trabalho de reinserção social.

Os relatos também apontam que o conceito de ressocialização social dos trabalhadores se reduz diante da possibilidade de contato dos pacientes com pessoas e com uma pequena aproximação por meio de eventos culturais. A realização de festas em ocasiões comemorativas com a presença de algumas pessoas da comunidade são suficientes para aqueles que foram declaradamente abolidos do convívio social. O máximo possível neste tipo de “ressocialização” se restringe a um contato temporário e provisório com a vida fora dos muros.

Alguns entrevistados alegam que o despreparo social e governamental para garantir o direito à reinserção social do paciente faz com que muitos deles permaneçam desnecessariamente internados. Diante disso, eles acreditam ser melhor para o paciente

permanecer internado a ficar pelas ruas sem assistência. A falta de apoio da família dos pacientes é apontada como um dos entraves ao processo de reinserção social. Ou seja, os pacientes têm direito de retornar ao convívio social, no entanto ele é cerceado pela falta de estrutura da família e do Estado condizente com as suas necessidades.

Lobosque (2001), ao falar sobre ressocialização sugere um projeto que construa laços entre o paciente e a cidade. Um trabalho que garanta a imersão no espaço cultural:

Ao mesmo tempo em que não se pode reduzir a uma questão técnica ou assistencial, tal posição tem sérias implicações no âmbito da assistência: leva-nos à extinção do hospital psiquiátrico e sua substituição por um modelo inteiramente diverso. (...) Trata-se de um projeto onde o resgate da cidadania não tem como dissociar-se da consideração da subjetividade – tornando falsas, portanto, as relações que estabelecem oposição entre individual e coletivo, sujeito e cultura. (...) Trata-se de um projeto que exige verdadeiramente, para sua existência e vigor, a participação e organização da sociedade – particularmente, dos movimentos sociais, das entidades e instituições envolvidas na luta pela cidadania e pelos direitos humanos. Trata-se, enfim, de um projeto político – posto que exige da gestão pública um compromisso com uma transformação real na estrutura da sociedade em que vivemos. (Lobosque, 2001: 155)

O último relato resume o processo de ressocialização do HCT: “não chega a lugar nenhum”, não existe um trabalho que alcance os objetivos de um processo de reinserção social dos pacientes.

Um outro fator que se destaca é a falta constante de medicação, apontada pelos profissionais como uma dificuldade à evolução do tratamento dos pacientes. Procedimentos de saúde são iniciados e interrompidos em função da falta de medicamentos específicos, decorrentes dos processos burocráticos de compras e distribuição. A continuidade do tratamento dos pacientes é prejudicada.

(...) Nosso suporte é se a SEDES reconhecesse que aqui tem uma parte de saúde. Reconhecesse o trabalho da gente e desse suporte para o trabalho... Nossa farmácia é muito precária, falta muita medicação. (...) Não tem pessoal qualificado, falta medicamento. Essa problemada toda! (EE1)

É difícil a ausência da medicação. O doente psiquiátrico ficar sem medicação, ele alopra, desequilibra, entra em surtos. Há um agito generalizado, falta de convivência de enfermaria, na falta medicação. (EM1)

No início tive vários problemas, de os médicos aqui faltarem assim: - doutor, o que vamos fazer, não tem remédio? - gente, como é que pode o hospital não ter remédio, o que é isso? Tive contatos em Belo Horizonte e tudo. No início algumas dificuldades. Mas, tive problema, até janeiro. Daí pra cá não estou tendo mais problema de falta de medicamentos. (ED3)

Nossa maior pendência aqui, ultimamente foi remédio. Uma casa que trata pacientes com doenças mentais não pode faltar remédio. Então, quando há esse problema, sempre nós temos problema com os pacientes. Quem toma remédio, se ficar sem automaticamente vai surtar. E esse paciente surtado torna-se perigoso pra ele mesmo e para os demais, entendeu? (EAG3)

As falas não deixam dúvidas sobre o problema que a instituição enfrenta em relação à falta de medicação, o que provoca, na opinião dos entrevistados, total desequilíbrio dos pacientes psiquiátricos. Isso torna difícil toda proposta terapêutica medicamentosa. Além disto, um profissional falou sobre a inexistência de medicação direcionada. Todos os pacientes tomam medicação padrão, variando somente a dosagem. Não há avaliação de caso a caso.

Com a evolução da indústria farmacêutica inúmeros recursos medicamentosos foram colocados à disposição da psiquiatria. Medicamentos cada vez mais avançados que proporcionam melhor qualidade de vida para os pacientes que se beneficiam com a progressiva diminuição de efeitos colaterais. No entanto, cada paciente necessita de tratamento medicamentoso específico, condizente com suas necessidades e suas respostas fisiológicas. A adequação da medicação para cada paciente, precisa ser buscada de forma cuidadosa. O que se percebeu no HCT é uma reprodução maciça de medicação, predominando a antiga combinação de Haldol, Fernergan e Risperidona. O uso do Haldol Decanoato apareceu nas falas dos entrevistados como recurso utilizado para a contenção dos pacientes.

Ainda sobre medicação, alguns profissionais afirmam que ela é o pilar do tratamento dos pacientes. A aposta no tratamento medicamentoso aparece como fonte de segurança para a equipe de saúde, principalmente para os médicos. Para além do que é ofertado por meio da medicação, existem poucos recursos terapêuticos. O trabalho realizado no HCT carece de um direcionamento humanitário e socializador como pode ser constatado a seguir:

(...) É claro que num pode ser uma coisa aleatória. Vai indefinidamente e vamos medicando, sem rever. Mas isso até que não acontece, tem um critério bastante ético. Mas tratamento direcionado para humanização, socialização, para tantas outras coisas importantes no tratamento, eu acho que ainda engatinha. Se fizer comparação do sistema anterior com hoje, de 10 anos atrás, de 20 anos atrás esse hospital Nossa! Hoje melhorou... A gente recebe visita e as pessoas comentam: - nossa, precisa ser assim? A gente sente que as pessoas se assustam um pouco. (...) A gente fica sempre com um buraco muito grande, uma frustração... Se a gente trabalha numa sala inapropriada com um ou dois agentes do lado ouvindo o dialogo, né? O paciente olha pra mim, olha para eles, não sabe exatamente se pode ou não falar. Então, não sei se posso dizer que isso é uma terapia. (EP1)

O trabalho que a gente faz de atendimento individual é de acompanhamento da rotina hospitalar, das queixas, do encaminhamento, das reivindicações. É a modificação de alimentação, tentar outro dormitório, ai vamos conversar com diretor de segurança para vê o que a gente pode fazer. Paciente com dor eu encaminho para o clinico. Mas a terapia mesmo, na verdade não acontece. Eu não posso tirar essa mesa daqui, o consultório tem que ser desse jeito e as coisas são um pouco...

“imexíveis” do ponto de vista físico, e do ponto de vista Psicológico. Da condição da instituição, que a gente tá submetido a normas e regras que já estavam aqui antes da gente existir, né? (risos) (...) A medida de segurança seria eficiente se houvesse um tratamento voltado mais humano, né? Onde ele pudesse ser inserido na terapia ocupacional diariamente. Você vê que o volume de paciente que a gente tem é tão grande que ele vai à TO hoje, o setor de TO tem duas terapeutas e uma auxiliar de terapeuta. Quer dizer, duas mulheres não podem encher uma sala de pacientes para dar terapia ocupacional. Mesmo com agentes você vai lidar com um monte de coisa que oferece risco. Até elas mesmas, então são grupos pequenos, o cara vai na terapia hoje e vai voltar daqui 6 meses, que terapia que é essa? Não tem né? (EP1)

Eu gostaria que tivesse uma meta voltada mais para a socialização, embora eu ache que ela seja muito difícil no paciente do manicômio. Mas a gente deveria procurar assim... Botar o paciente em condições sociais mais favoráveis. Melhor convívio, consideração pelo outro, essas coisas. Isso ainda não é assim... (...) Se o paciente quer conversar, falar sobre a vida dele tem quem ouça. Mas se ele não quiser, não tem quem estimule. Eu acho o isolacionismo uma das piores coisas que pode acontecer com o ser humano. (...) Aqui isso não é uma coisa estimulada como acho que deveria. (...) Então, acho que isso poderia ser transformado numa maneira de lidar porque nós temos pessoas extremamente humanas que trabalham aqui, que tem essa visão humanizada. Mas não é uma coisa bem vista. (EA1)

(...) Mas tem paciente que tem que ficar no isolamento. Quando estão em crise como, por exemplo, em um quadro psicótico, que eles têm. Então, eu prefiro falar isolamento, e não falar que eles ficam na cela. Mas em alguns casos tem que ficar sim, num tem jeito não. Pra evitar que ele machuque a si próprio ou terceiros, nos outros que o estamos tratando. (EM3)

As falas indicam o direcionamento do tratamento medicamentoso como prioritário, com foco na manutenção da estabilidade do quadro do paciente e com o intuito de abrandar os sintomas psiquiátricos. Os profissionais reconhecem que o trabalho realizado com os pacientes fica limitado às condições e normas estabelecidas pela instituição. O psicólogo, por exemplo, não possui condição de realizar um trabalho psicoterápico com os pacientes. As limitações físicas e as imposições do sistema de segurança inviabilizam o atendimento clínico que o setor de psicologia pode fazer. Para os profissionais resta a função de interlocutores dos pacientes, realizando o que o profissional denominou de “acompanhamento da rotina hospitalar”. Em relação à terapia ocupacional, falta estrutura física e profissional. O trabalho, que deveria ser contínuo e progressivo para auxiliar no tratamento do paciente, é feito esporadicamente, sem alcançar efeito terapêutico.

No entanto, um profissional reconhece o avanço do modelo de tratamento nas últimas décadas e a interrupção de práticas perversas. E, ainda, o que se tem hoje não corresponde ao esperado e ao previsto em lei para o tratamento da saúde mental, mas alguns despropósitos de épocas anteriores foram substituídos. Outros persistem e são considerados úteis para o tratamento de alguns dos pacientes.

Percebe-se, no HCT, um esforço da direção na desconstrução da imagem de um período em que a instituição, assim como de outros manicômios de Barbacena, funcionava como verdadeiro campo de concentração. Alguns símbolos do período de horrores, como eletrochoque e camisa de força, foram colocados à mostra no corredor principal da administração. A exposição do passado da instituição parece ser uma tentativa de desvinculação dos horrores vivenciados por inúmeras pessoas, uma prova concreta de mudança e uma advertência para que não se repita os erros do passado.

Diante dos relatos, pode-se verificar a inexistência de um projeto terapêutico para cada um dos pacientes. Todo tratamento realizado tem como alicerce a terapia medicamentosa. A existência de outros profissionais da saúde mental parece ser meramente ilustrativa, uma vez que os próprios profissionais falam sobre a ineficiência e ineficácia do trabalho realizado por eles. A presença de psicólogos e terapeutas ocupacionais na instituição, por exemplo, apenas compõem o quadro funcional. Os profissionais estão presentes, mas os pacientes não são beneficiados pelas práticas e saberes destes.

Foucault (1987) em sua obra *Vigiar e Punir* discute que a punição torna-se a parte mais velada de um processo penal. Tal vigilância e controle saem do campo da percepção e entram no que o autor chama de “consciência abstrata” (Foucault, 1987: 13). A eficácia da punição, movida pela suspensão de direitos e pelo exercício da violência, possibilita que a ideia de que o tratamento possa ser expresso na letra da lei. Diante disto, todos os profissionais da área da saúde do HCT, supostamente dedicados ao cuidado, substituem a figura do carrasco, simplesmente por estarem ao lado do condenado. Tais profissionais garantem à justiça que os corpos dos sujeitos não estarão expostos a uma ação punitiva de suplícios.

Apesar do tratamento ser basicamente medicamentoso, verifica-se que não há medicação suficiente para suprir as necessidades dos pacientes. Para o acompanhamento dos pacientes restam as grades, agentes penitenciários e todo o sistema de contenção do sistema prisional. Nestas circunstâncias o “isolamento” parece ser realmente necessário e, algumas vezes, a única alternativa.

Venturini (2010), ao discutir temas que envolvem tratamentos dispensados pela psiquiatria, destaca a contradição existente em um mesmo paradigma: de um lado está o tratamento e, do outro, o cuidar. No que diz respeito ao tratamento, as terapêuticas têm como foco a eliminação de sintomas, visando alcançar a adaptação social do paciente. Isto faz com que se busque a “estabilização” do paciente com a diminuição do número

de crises. Neste sentido, o autor afirma que a internação hospitalar assume papel privilegiado. Conseqüentemente, o tratamento medicamentoso é visto como principal oportunidade para minimizar o quadro sintomático.

Corroborando as ideias de Venturini (2010), Lobosque (2001) ressalta a importância do tratamento psicoterápico, das atividades coletivas, das oficinas de trabalhos que possibilitem o estímulo da formação e fortalecimento de laços sociais. A defesa de uma clínica que possa aniquilar o processo de exclusão da loucura, bem como promover uma prática clínica que leve em consideração a subjetividade do paciente, tem como objetivo alcançar algo além do controle de sintomas. A autora elege como “matéria prima do tratamento” a expressão da fala do paciente, que deve ser escutada e compreendida em uma oficina, em um atendimento individual, coletivo ou na convivência cotidiana.

Sobre o cuidado com o paciente, alguns profissionais questionam o fato de não haver equipe de saúde para acompanhar a rotina dos internos. Um entrevistado chegou a falar sobre a falta de compromisso de alguns colegas que comumente diziam ter atendido os pacientes, mas, na verdade, não o tinham feito. A ineficiência dos profissionais acaba fazendo com que os pacientes que vêm para o HCT para fazer um exame de sanidade mental, em 45 dias, fiquem internados por até 6 meses.

(...) Ele (o paciente) fica 24hrs... O enfermeiro tem um contato no horário da medicação. E depois ele retoma ao seu posto de trabalho, o setor de enfermagem, onde vai fazer outras funções. O agente não, ele vai o tempo todo de frente para eles. Nos corredores olhando, conversando, ouvindo. Então, o contato é mais direto com os agentes. (EP1)

Lógico que tem alguns funcionários que tem uma afinidade maior, né? Com os pacientes. Que vestem a camisa e procuram entender muitas vezes ali o problema, consolo, como psicólogo lá dentro. Tem uns que não fazem questão nenhuma de ajudar; tiram seu serviço e vão embora. Uma coisa pela parte médica, vamos dizer assim, a parte técnica... O contato muitas vezes é... Além dos psicólogos, que tem contato mais demorado, que o atendimento deles é mais detalhado. Outros funcionários, o contato é bem ríspido. Seria o médico: - É o que você tem? o que você precisa? É um exame como qualquer outro, não tem aquele vínculo, depende muito do tempo de casa. Muitos funcionários não conhecem os pacientes antigos. Muitos na unidade, os médicos não conhecem. Já o agente não, somos obrigados a saber por nome. (ED2)

Os relatos evidenciam que o contato da equipe de enfermagem com os pacientes se resume ao horário da medicação. Durante todo o dia e a noite, quem “cuida” dos pacientes são os agentes penitenciários. A equipe de saúde só entra em cena quando solicitada. O mesmo acontece com a equipe médica. Em tom de crítica, o profissional fala da postura assumida pela maioria dos médicos. Atuando como meros “prescritores”

de remédio, eles não acompanham a evolução do quadro de cada paciente de forma individualizada.

No início deste capítulo, foi proposto investigar o direcionamento dado ao tratamento dos pacientes. Levantou-se questões referentes à prática clínica e terapêutica do HCT. O desfecho desta análise não permitiu chegar a uma conclusão sobre linhas, teorias, práticas e ou direcionamento do tratamento proposto aos pacientes. O que foi identificado é a existência de um sistema prisional que conta com a presença de profissionais da área da saúde. O cuidado aos pacientes mostrou-se aleatório e desconectado dos novos paradigmas e propostas terapêuticas da saúde mental.

As atuais recomendações legais, teóricas e técnicas referentes à assistência ao louco e aos cuidados a ele dispensados estão sendo completamente desconsideradas. Baseados em tratamento farmacológico, com fortes e maciças influências de um modelo hospitalocêntrico, o HCT parece ignorar princípios fundamentais da lei 10.216, de abril de 2001, que trata da proteção e dos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004).

Ao redirecionar o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil, a lei 10.216 define, dentre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do sujeito e a priorização pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. A lei define ainda cuidados especiais aos pacientes de longa permanência, sem descartar a possibilidade de punição para a internação involuntária e/ou desnecessária.

A chamada “clínica em movimento”, proposta e executada por profissionais de todo o país, engajados com o projeto antimanicomial, parece não fazer sentido para a maioria dos profissionais que atuam no HCT. A proposta de um trabalho baseado na dimensão da subjetividade do sujeito e a ideia de um tratamento, que tem como foco a experiência da loucura em meio à sociedade nos mais variados espaços e produções culturais, é rechaçada.

Diante desta constatação, concordando com Lobosque (2001), acredita-se na pertinência da substituição dos hospitais psiquiátricos por modelos assistenciais totalmente diversos. A fim de alcançar, de fato, um tratamento que preze a subjetividade, a cidadania e a inclusão social da loucura, todo o modelo e práticas que se aproximem de experiências hospitalocêntricas e manicomiais precisam ser abolidas.

5.4. CATEGORIA IV - Medida de segurança ou pena? O foco das contradições

Na última categoria, serão discutidas duas sanções penais que pretendem apresentar garantias de ordem e paz social, encobrindo o arbítrio do poder de punição: medida de segurança (MS) e pena. A pena, aplicada aos imputáveis, tem como foco a culpabilidade do delinquente, uma sanção penal de cunho retributivo-preventivo, que tem como objetivo a readaptação do criminoso à sociedade. A MS destina-se aos inimputáveis, tem como fundamento a periculosidade, excluindo a culpabilidade, não tem como objetivo a retribuição da culpa e apresenta, como foco, a assistência ao sujeito e o tratamento do paciente sem ter qualquer intenção afluente. A imputabilidade está para a pena como a inimputabilidade está para a MS. A questão a ser respondida torna-se simples: louco ou criminoso? Martelo batido, sentença definida: para os loucos as contradições inerentes ao Manicômio Judiciário.

A análise das entrevistas com os profissionais do HCT, bem como a das entrevistas com os juízes de direito, possibilitou melhor compreensão do desenvolvimento em espiral da matéria institucional. Todos os movimentos que proporcionam tal desenvolvimento estão intimamente ligados a conceitos (ou pré-conceitos) sociais sobre o perigo que a loucura representa para a sociedade, sobre o poder de punição, em nome da ordem social, e sobre a hegemonia das classes dominantes.

A primeira constatação aponta um desconhecimento, por parte de alguns profissionais, sobre a definição jurídica de medida de segurança. Consequentemente, estes profissionais ignoram os fundamentos da aplicação desta sanção penal. Há um mistura de conceitos e suposições que não alcançam os objetivos teóricos e práticos de sua aplicação. Portanto, não são capazes de distinguir as diferenças feitas pelo direito penal entre pena e medida de segurança. Não há clareza sobre medidas de segurança enquanto “sanções penais destinadas aos autores de um injusto penal punível, embora não culpável em razão da inimputabilidade do agente” (QUEIROZ, 2010: 437) como pode ser observado nas falas à abaixo:

A definição correta eu não sei falar, de medida de segurança. Acho que é pra proteção da sociedade, né? Então, é mandado pra cá, fica aqui até que seja passado pela perícia e avaliado se tem condição de retornar à sociedade. Essas medidas geralmente são tempos bem maiores que a pena. Pena eles tem que cumprir, aqui fica além da pena. (EAE1)

Mas eu acho que a justiça tem que ser feita, sabe? E se ela cometeu um crime, ela tem que pagar por ele. Ainda que não tenha noção. (EA1)

(...) Seria a pessoa que tem um problema de saúde mental. No caso, ela errou no cometimento do crime e vai ter que pagar. Até aí tudo bem, só que ele não pode ficar no estabelecimento com outras pessoas. (...) Então, a medida de segurança vai beneficiar, garante aqui, pelo menos na teoria, que o condenado, ou no caso o culpado... Ele possa pagar a sociedade o que deve de forma diferenciada, porque ele é diferente. Entendeu? (ED1)

(...) É, pra mim quando ele vem pra cá, no caso da medida de segurança, ele foi absolvido do crime. Foi dado, precisou dar a pena no caso, ele recebe essa medida visando a periculosidade dele. (ED2)

A medida de segurança é uma alternativa pros réus que não podem cumprir uma pena convencional. Então, eles têm que cumprir a pena de uma forma especial, no caso deles no hospital psiquiátrico. Eles não podem conviver com outros presos. Então, eles vivem aqui na medida de segurança, porque eles não têm aqui em tratamento e quando cessar a periculosidade deles cessa a medida de segurança. (EAD1)

Na primeira fala o profissional resume a questão da falta de conhecimento sobre a definição e objetivos da medida de segurança: “a definição correta eu não sei falar, de medida de segurança. Acho que é pra proteção da sociedade, né?” O “achismo”, nada científico, permite que o profissional idealize, a partir de suas vivências e percepções, o que é ou para quem é aplicada a medida de segurança.

Todos os relatos evidenciam o embaraço dos profissionais ao serem estimulados a definir a MS. Fica evidente que eles não conhecem os critérios utilizados para a diferenciação entre pena e medida de segurança. Bem como não existe clareza sobre os pressupostos de cada uma das sanções penais.

Mesmo admitindo a incapacidade dos pacientes, “ainda que ele não tenha noção”, o profissional expressa uma ideia comum à maioria: são incapazes de distinguir o caráter ilícito dos próprios atos em função da doença, mas cometeram um crime e, por isto, precisam ser punidos. Esta punição tem como principal fundamento o isolamento social e a privação da liberdade.

Desta forma, os profissionais reproduzem um paradigma social, perpetuando as bases da chamada “pena das sociedades civilizadas” (FOUCAULT, 1987). A moderna tecnologia de punir é caracterizada no imaginário popular por meio do controle de um sistema punitivo engendrado sobre o poder das classes dominantes que fizeram da alma, segundo Foucault (1987), uma prisão do corpo dos condenados. Na visão dos profissionais, não há como aceitar a exclusão da culpabilidade, como prevê o código penal. Consequentemente, não é extinta a noção de punibilidade.

Mesmo os profissionais que demonstram algum conhecimento técnico na área do direito penal, não distinguem a culpabilidade como fundamento da pena e como

conceito contrário à responsabilidade objetiva. Assim, mesmo que a medida de segurança tenha como foco a assistência, o tratamento do sujeito, sem intenção punitiva, o HCT, semelhante a outras unidades prisionais, também exerce a função de privação da liberdade. Os profissionais, por acreditarem na necessidade de punição dos loucos criminosos, fazem com que a instituição trate e puna os pacientes ao mesmo tempo. Há uma reciprocidade da ligação entre tratamento e punição estabelecida pelos próprios profissionais, fazendo do HCT local privilegiado para a ação entre estes contraditórios.

Verificou-se que, para além das determinações legais, a sociedade, representada na figura dos profissionais, faz valer a punição dos pacientes internados no HCT. Os desencontros entre a teoria do direito penal e a prática das sanções penais fomentam ainda mais as contradições apresentadas pela instituição.

O nome dado à sanção penal “medida de segurança” é tomado ao pé da letra pelos profissionais: trata-se de uma segurança para a sociedade. Pessoas “perigosas”, que podem comprometer a ordem social precisam ser afastadas e reclusas, com o objetivo de assegurar o bem estar social. Na concepção dos profissionais a internação tem como função a retirada do paciente do convívio social, como pode ser visto nas falas a seguir:

(...) O que eu sei, eu acho que seria assim... O paciente ficar na instituição pra não causar danos na sociedade. (EF1)

Eu acho que é o que diz o próprio nome. É uma medida de segurança, é a pessoa ficar num ambiente protegido pra proteger a sociedade. Pra ter uma segurança de que ele não vai cometer crime lá fora. (...) E realmente tem pacientes que são realmente perigosos, que precisam ficar reclusos. Então, acho que pra sociedade ela é útil realmente, né? (...) A gente vê aí pacientes perigosos. Até a gente fica até preocupado, depois que começou esse PAI-PJ, começou a criar uma lei que o paciente poderia ser liberado sem o laudo de cessação de periculosidade, né? (EM2)

Olha, o próprio nome já diz, é uma medida para ter segurança daquela pessoa que tem que estar aqui. Porque a pessoa está num estágio em que não pode ter a liberdade, estar no meio dos outros. Então, tem que ter um local onde esta pessoa tem que ficar para ser tratada pelos psicólogos e psiquiatras até que não traga mais perigo à sociedade. Enquanto ele trouxer perigo para a sociedade, é preciso estar com essa pessoa custodiada para segurança das pessoas que estão em liberdade. Às vezes a pessoa está aqui é por segurança dela e da sociedade. Dela, porque se estiver lá fora, está sujeito a alguém querer até matá-lo, certo? E ele matar outras pessoas também, né? Então, ele vem e dá o nome da medida de segurança. (ED3)

Medida de segurança pra mim é evitar, que o individuo que já tem distúrbio da conduta, pode ser por uso de químicos, pode ser exames neurológicos ou convivência familiar. É para evitar novas tragédias em função de muitas que já ocorreram. Então você restringe o individuo do meio social. (EM1)

As falas evidenciam que a medida de segurança é vista como instrumento capaz de barrar a atuação de pessoas que possuem algum tipo de transtorno mental. Na segunda fala, o profissional diz que é necessário “um ambiente protegido pra proteger a sociedade”. Assim, para prevenir possíveis danos causados pelos pacientes, eles são acolhidos e tolhidos pela instituição. A medida de segurança significa uma segurança para a sociedade. O perigo que os pacientes representam, por serem doentes mentais, é expresso de forma clara e está reciprocamente ligado à reclusão.

Assim, o profissional expressa sua preocupação com a atuação do PAI-PJ, que pretende desinstitucionalizar os pacientes. Ele demonstra total desconhecimento sobre as propostas do Programa citado e teme que os loucos perigosos fiquem soltos, sem controle e, conseqüentemente, cometendo crimes. Não há comprometimento com a saúde, e a postura assumida é a de vigilante da sociedade cuja função é evitar riscos, o que, de resto, configura-se como característica do sistema prisional comum. No que diz respeito à suposta lei que poderia liberar pacientes sem o exame de cessão de periculosidade, acredita-se que o profissional esteja fazendo uma interpretação errônea do Código Penal e das diretrizes do SUS para o tratamento dos doentes mentais.

A Lei de Reforma Psiquiátrica 10.216/01 regulamenta todo e qualquer tipo de internação psiquiátrica, inclusive as medidas de segurança. A Lei é clara ao determinar que a medida de segurança detentiva deva ser indicada de forma excepcional, quando os recursos extra-hospitalares forem ineficientes (BRASIL, 2001). O tratamento ambulatorial deve ser sempre a primeira medida a ser aplicada. É por este motivo que Queiroz (2010) afirma que

independentemente da gravidade da infração penal cometida, preferir-se-á o tratamento menos lesivo à liberdade do paciente, razão pela qual, independentemente da pena cominada (se reclusão ou detenção), o tratamento ambulatorial (extra-hospitalar) passa a ser a regra, e a internação, a exceção, apesar de o código dispor em sentido diverso (Queiroz, 2010: 441).

Corroborando as ideias de Queiroz (2010), Jacobina (2006) discute a necessidade de recomendação técnica para a determinação de uma internação. A determinação judicial, segundo o autor, não pode ser autocrática e deve se incumbir da tarefa de executar o prescrito por uma equipe interdisciplinar de saúde:

Teremos que repensar o princípio, atualmente aceito de forma pacífica, de que as medidas de segurança são estabelecidas com base no apenamento do respectivo tipo penal (reclusão corresponde a internamento, detenção corresponde a tratamento ambulatorial). Pela nova sistemática, internamento

ou tratamento ambulatorial decorrem de recomendação da equipe interdisciplinar que lida com o paciente, e não de determinação judicial ou legal (Jacobina 2006).

Na terceira fala, o profissional destaca a impossibilidade de convivência dos pacientes com o restante da sociedade, ficando clara a necessidade da reclusão em função da periculosidade. O aprisionamento do louco infrator é considerado necessário para a liberdade daqueles que não são criminosos. Os pacientes, na visão do profissional, representam risco para a sociedade e pode ser prejudicial para eles próprios.

Na última fala, o profissional sugere que o histórico de crimes cometidos por pacientes com transtorno mental serve como aval para a exclusão social daqueles que podem, por ventura, cometer outros atos ilícitos. O “distúrbio”, que torna o paciente perigoso, é generalizado e inclui todos os indivíduos que apresentam alguma doença ou transtorno mental ou neurológico. Contudo, o profissional não deixa de reproduzir os objetivos da medida de segurança enquanto sanção penal. Como já foi dito, a medida de segurança tem como fundamento a periculosidade do sujeito, ao qual se presume a probabilidade do retorno à prática do ato delituoso. A “restrição” sugerida pelo profissional extrapola a extensão do significado da palavra. “Exclusão” parece ser a palavra mais adequada para expressar a concepção do profissional.

A literatura indica que a questão da inimputabilidade apresentou, ao longo da história do direito criminal, aspectos controversos e polêmicos. Segundo Huss (2011), o Talmud, livro sagrado dos judeus, já ratificava a crença na desresponsabilização pelo comportamento criminal de pessoas com algum tipo de transtorno mental.

De acordo com as descrições de Moran (1981), o emblemático caso de M’Naghten provocou o surgimento do primeiro padrão moderno de inimputabilidade. Em meados do século XIX, na Inglaterra, Daniel M’Naghten viajou para Londres com o intuito de matar o Primeiro Ministro, político do Partido Conservador. Daniel apresentava construções delirantes direcionadas ao partido político que estava no poder. Como o Primeiro Ministro representava o partido que estava no poder, sua morte seria a única forma de interromper a perseguição contra si. No entanto, o réu matou o secretário do Primeiro Ministro, por engano. Mesmo concordando que Daniel possuía transtorno mental, a equipe de acusação argumentava que sua doença não era grave o bastante para fundamentar a eliminação de sua responsabilidade. O juiz do caso teria instruído o júri a considerá-lo inimputável. A partir deste caso modificações foram feitas na lei e o padrão

M’Naghten instaurado. Passou-se a definir que a interferência de “doenças da mente” no momento do ato criminoso retirava do réu a noção da natureza e qualidade do mesmo. Passou-se a considerar que o acusado poderia não saber que o que estava fazendo era errado (HUSS, 2011).

O direito criminal americano adotou o padrão M’Naghten ao estabelecer que um acusado, declarado inimputável, é considerado inocente e é absolvido como uma pessoa considerada inocente por um crime. O direito criminal americano requer “mens rea”, uma mente culpada para que o réu seja considerado responsável pelos atos cometidos. Tal conceito legal reproduz uma antiga frase latina “actus nom facit reum nisi mens sit rea”, ou seja, um ato não torna uma pessoa culpada a menos que a mente também seja culpada (HUSS, 2011).

No entanto, há polêmica em torno da alegação de inimputabilidade que gerou, ao longo da história do direito criminal, estabelecimento de diferentes padrões. A definição de inimputabilidade, segundo Huss (2011), sofreu várias modificações em função da preocupação social pelo fato de ela ser muito branda ou muito severa. A interferência da opinião popular em casos emblemáticos norteou, na maioria das vezes, as mudanças nos requisitos legais para os padrões de inimputabilidade.

Carrara (1998), ao estudar esta questão, delineou um percurso histórico de progressiva aproximação entre crime e loucura, em um processo que vem se desenvolvendo há mais de dois séculos. Os profissionais perpetuam tal aproximação. A ligação entre crime e loucura é reproduzida pelos profissionais, sem que haja uma posição crítica. Nos discursos dos profissionais, os pacientes são indivíduos perigosos, que precisam permanecer fora do convívio social. Contrariando a percepção dos profissionais, no que diz respeito à periculosidade e a manutenção dos pacientes em cárcere, Orlando Faccine Neto (2010) afirma que:

Ora, é o próprio Código Penal que aduz ser a periculosidade o fundamento para a manutenção das medidas de segurança, com o justo objetivo de preservar a ordem social – até aqui, por ora, nada de errado. Entretanto, se é esse o fundamento para admitir-se como razoável o cerceio da liberdade do inimputável, certo é que, quando esse não ostentar situação que propensa à recidiva, mesmo que no primeiro dia de internação, dever-se-á admitir que essa cesse. Do contrário, o tempo adicional – e demasiado – da medida de segurança, consistiria, deveras, em retribuição pelo fato cometido, mas, já aqui, a situação seria de ilegalidade, pois a retribuição é escopo da pena e não da medida de segurança (Faccine Neto, 2010:2).

O fato dos profissionais não conseguirem fazer diferença entre MS e pena e por haver associação direta entre a loucura e crime, os pacientes são tratados pelo delito que

cometeram: “os homicidas que nós temos”. Antes de qualquer característica ou patologia que o paciente possa apresentar, o que o identifica é o crime cometido. O fato de terem cometido um crime faz com que a convivência com e entre estas pessoas se torne “difícil”.

E os homicidas que nós temos muitos aqui, dificulta a convivência, porque a conduta de vida deles é muito diferente da nossa. De uma época para cá, o hospital se tornou praticamente um encontro de viciados e drogados. Tem muitos processos de dependência, de produtos químicos. Mas associados sempre a homicídio, sempre ao distúrbio de conduta psíquica. (EM1)

No relato há nítida separação entre o “nós” (que inclui a equipe da instituição e todo cidadão em liberdade) e o “eles” (pacientes com condutas de vida, distúrbios e comportamentos que contradizem os paradigmas sociais). Ser um “homicida” significa não ser um ser humano como outro qualquer. Para que a ordem seja mantida, é necessário que o contrato social seja obedecido. Caso contrário, existe um esforço para que os desajustes que colocam em risco a convivência em sociedade sejam controlados. Assim, nada mais prudente que os “homicídios”, um dos mais graves crimes, que atentam contra a vida, sejam aniquilados.

Outra questão identificada nas falas dos profissionais é a falta de conhecimento da sociedade, de uma maneira geral, sobre o HCT, o que gera “preconceito”, inclusive do próprio poder judiciário. A ausência do judiciário na instituição, principalmente dos juízes de direito, é apontada como uma falha que prejudica a organização e a dinâmica de trabalho como um todo.

Pra sociedade é um risco. Uma pessoa de alta periculosidade. Acho que não enxergam o trabalho que está sendo feito aqui. Para a sociedade receber uma pessoa que saiu daqui é difícil, mal visto. A compreensão em relação a isso aqui é baixíssima. Até a minha quando não era daqui. (ETO1)

(...) A gente sabe que tem muito preconceito. Se o paciente está no manicômio, já é considerado perigoso. Acho que não é assim. Talvez tenha que ter ciência... Tem clínica particular que é mais perigosa que aqui. Isso acontece muito, se tá no manicômio todo mundo fica com pé atrás. (EM2)

O Juiz cobra muito, mas ele não está aqui. Temos o exemplo: 2 pacientes que foram liberados, inclusive um deles até perigoso. Ele matava lá cidade dele, na hora que cismava, matava as pessoas. Eles vêm pra cá, num é dizer que estava recuperado, mas o que acontece, a justiça mandou soltar esse paciente, que ele fosse pra uma casa terapêutica. E, segundo a gente ficou sabendo, ele quer voltar pra cá, por quê? Porque lá onde ele está... Ele tem trabalho, tá fazendo as coisas. Então, ele não quer, porque aqui não, aqui ele tem médico 24 horas, tem almoço, janta e lá não tem. (EA2)

A medida de segurança precisa ser mais conhecida, pesquisada, trabalhada, analisada e mais concreta. A partir do momento que a pessoa foi submetida a um tratamento de 1 a 3 anos, ela chega aqui no hospital e passa pelo tratamento e a periculosidade cessa. A gente ainda encontra resistência dos direcionadores da lei, pra fazer com que eles continuem e, muito deles, pagando por uma coisa que já foi paga. Porque a partir do momento que cessou a periculosidade, não justifica ficar aqui. (EAD1)

(...) A verdade é que os custodiados daqui, além de réus sentenciados normais, eles são psiquiátricos e sofrem muito preconceito da sociedade e do juiz. Os juízes são protetores da sociedade, querem prevenir ao máximo a criminalidade. Só não sei se é falta de informação ou é preconceito, como outro qualquer. (...) Porque eles (os juízes) têm resistência de aceitar os custodiados. Depois que eles são liberados, a família às vezes aceita, mas a sociedade não aceita. Ela tava me contando um caso que ele foi liberado, a família aceitou, mas o juiz interferiu no pedido de liberdade porque era uma cidade pequena e depois dos crimes que ele cometeu na cidade ninguém queria ele lá. Então, eles são condenados pra vida toda. (EAD1)

(...) Posso te falar dos juízes, porque eles não conhecem, eles nunca visitaram esse hospital. Pelo menos no tempo que eu estou aqui. Nunca teve um juiz aqui, e mandam diversos tipos de pessoas pra cá. A gente trata, é tudo misturado, paciente psiquiátrico com usuário de droga. Então, é muito incoerente o critério que usam, pra enviar paciente pra cá. (EP2)

O discurso dos profissionais aponta que a sociedade, em geral, desconhece o trabalho realizado pela instituição. O primeiro relato aborda o estigma do HCT e seus pacientes. Em sua percepção, o profissional constata que as pessoas têm dificuldade de aceitar o retorno dos pacientes para a sociedade, por não terem noção dos objetivos e práticas do HCT. A “baixíssima compreensão” sobre a instituição faz com que seja mantida a caricatura da ameaça que seus internos representam.

O segundo profissional reafirma o “preconceito” sofrido por aqueles que são internados em manicômios judiciários. No entanto, ele faz uma ponderação relativa à periculosidade imputada aos pacientes do HCT. Segundo ele, os pacientes internados em outros tipos de instituição psiquiátrica podem apresentar um perigo ainda maior para a sociedade. O profissional ressalta, ainda, o perigo que os pacientes representam ao fazer um paralelo com internos de outras instituições. Além disso, ele chama atenção para o risco que a sociedade corre permitindo que pacientes psiquiátricos permaneçam em locais que não possuem a estrutura do manicômio judiciário.

Nas outras falas, os profissionais confirmam o desconhecimento sobre a instituição, situação que se agrava devido à extensão da falta de conhecimento por parte dos próprios juízes de direito sobre o HCT. Como consequência, ocorre a falta de critério para a desinternação dos pacientes. No exemplo dado, é feito um paralelo entre a cobrança que a instituição sofre do poder judiciário e a falha das decisões judiciais.

Fica implícita a posição favorável dos profissionais à manutenção dos pacientes “perigosos” no HCT.

Nas últimas falas, os profissionais consolidam sua percepção sobre a ausência de conhecimento sobre o HCT e sobre a medida de segurança. A ausência dos magistrados e o desconhecimento deles sobre a instituição também são ressaltados. Em meio à insatisfação com as decisões e com o trabalho realizado pelo poder judiciário, os profissionais se queixam dos problemas. A palavra “resistência” é utilizada para falar das dificuldades dos magistrados em lidar com os pacientes e eles promovem, por vezes, internações desnecessárias e indevidas.

A falta de critério para a internação no HCT aparece em tom de denúncia, evidenciando a dicotomia da instituição. Aqueles que decidem sobre a vida dos pacientes, decretando sua inimputabilidade e, conseqüentemente, a internação, parecem não estar aptos a exercer tal função. A “incoerência” das decisões judiciais interfere diretamente na dinâmica do HCT, que precisa se adequar às necessidades dos pacientes.

O que ocorre na prática é a aplicação de leis obsoletas, que não acompanharam o desenvolvimento da saúde mental e seus atuais princípios. A maneira habitual de proceder em casos de inimputabilidade e de determinação de internação compulsória é reproduzida nos moldes da definição feita por Aníbal Bruno, no ano de 1962, que define a medida de segurança como matéria exclusiva do direito penal e de responsabilidade das autoridades públicas. Vista como uma sanção penal que exerce sua função de forma paralela às penas, a MS não passa de um recurso utilizado contra a criminalidade:

Ao criminoso que apresenta condições tais de desajustamento social que faça prever que ele provavelmente torne a delinquir, aplica o estado, pelo órgão da justiça penal, uma medida destinada a impedir o seu novo crime, internando-o em estabelecimento especial, para seu tratamento, ou submetendo-o à vigilância da autoridade pública. São essas as medidas de segurança que o Direito Penal veio a adotar, ao lado da pena, em sua luta contra o crime. (Aníbal, 1962: 253)

Foi possível perceber uma insatisfação geral dos profissionais com relação às decisões do poder judiciário. Alguns, por acreditarem que os magistrados desinternam pacientes que deveriam permanecer reclusos, e outros, por considerarem que os magistrados não demonstram empenho no processo de desinternação dos pacientes. No entanto, há um ponto comum no discurso destes profissionais: concordam que os erros cometidos pelo poder judiciário se devem à ausência e a falta de interesse dos magistrados pelo HCT. Ficou claro que não existe comunicação efetiva entre a

instituição e o poder judiciário. Não há qualquer tipo de interlocução entre as duas partes, o que prejudica o desenvolvimento da instituição.

Para averiguar a concordância ou discordância nos relatos, foram entrevistados 02 (dois) juízes de direito que atuam na região metropolitana de Belo Horizonte. Um atua em uma Vara Criminal e outro em uma Vara de Execução Criminal (VEC), ou seja, são profissionais responsáveis pela sentença de medida de segurança e pelo acompanhamento processual após a mesma.

As entrevistas mostraram que ambos os juízes desconhecem o funcionamento do HCT. Nunca fizeram uma visita para tentar compreender como a instituição coloca em prática as leis que regulamentam a medida de segurança. Ambos demonstraram conhecer muito bem o ordenamento jurídico, embora ignorem a execução das sanções penais. É possível verificar nas falas a seguir que os magistrados concebem o HCT e seu funcionamento de acordo com o que é determinado teoricamente pela lei de execução penal e por meio de notícias às quais têm acesso.

Não, não, não conheço. (...) Bom, eu faço a imagem, basicamente como de qualquer coisa pública que não desperta interesse do político, porque não traz voto pra ele. Eu acho deve ser uma masmorra, um chiqueiro, sei lá. Eu imagino, já vi reportagem há mais tempo. Então, eu acho que não tem interesse de investir, de dar qualidade de vida e dignidade pra aquelas pessoas, né? Eu imagino isso, como qualquer posto de saúde, como qualquer coisa que é pública hoje é tratada, né? A gente vê ai, não precisa falar nada (...). É um hospital com mais segurança, né? Com mais segurança. O hospital nem sempre precisa ter grade na janela, estar trancado. A pessoa ficar às vezes num momento de crise, mais sedada, ficar é... Talvez até presa na cama. Uma coisa eu imagino seja mais ou menos isso e quando eles estão medicados, estão passivos, eu acredito que tenha convivência, algum tipo de distração. Deve promover algum tipo de recreação pra eles, não sei. Os que são mais fáceis de lidar, não sei. Eu imagino que seja assim, se não for é pior ainda, tem que ter controle. (EJ1)

Na verdade eu não conheço o hospital, o que eu sei, assim, é o se comenta. Ele é uma referência por ser... Acho que me parece que tem lá... Acho que tem em Juiz de Fora. (...) Eu acho, eu não conheço, eu não posso ser leviana a ponto de falar. Mas, no meu entendimento, pelos comentários, como estou falando, não posso afirmar. A impressão que eu tenho é que eles seguem muito aqueles hospitais, hospícios que tinham antigamente no tratamento. Não sei se o agravante, o diferencial, na verdade, que ele é submetido a exames periódicos, né? (...) Lá, eles colocam... Lá ele vai ter um tratamento curativo, como muitos chamam a medida de segurança. Mas ele vai ser afastado da sociedade, tipo assim, como se livrasse a sociedade e o colocasse lá. Não posso falar que eu sou favorável, que sou a favor nem contra. Porque realmente eu não estudei, eu não estive lá e, ao mesmo tempo, eu te falo que eu não teria... Para você falar que eu sou contra, você teria, no meu entendimento, que dar outra solução para aquele caso. E eu te falo: eu não tenho. (...) Mas eu não posso ignorar que as pessoas ficam reclusas naquele local. Claro, tem as regras, a forma, creio que são os psiquiatras... Eu estou falando creio, porque não conheço, que impõem as regras, talvez algum benefício ou outro, questão de visitação e tudo. Eu não sei como é que funciona, se é totalmente fechado por todo o período. (EJ2)

Os juízes não se eximem de confirmar que desconhecem o sistema de funcionamento do HCT. A falta de conhecimento não aparece como uma questão para os entrevistados, que demonstram não se sentirem no dever de conhecer a fundo a execução da medida de segurança. O que eles sabem sobre a instituição se baseia no que “se comenta” e na “imagem” criada por eles próprios. A concepção de instituição de saúde aparece nos dois discursos, uma vez que existe a ideia de “hospital” administrado por médicos, mais especificamente por “psiquiatras”. Ou seja, o conhecimento destes juízes não vai além do conhecimento popular, diferenciado pela distinção do alcance da letra da lei.

Uma grande dificuldade para o funcionamento do HCT está na relação dos dois poderes (judiciário e executivo) que se desconhecem mutuamente. Como resultado, os magistrados se eximem de estudar e conhecer profundamente como as sentenças são executadas, apesar das cobranças e da liberação pelo judiciário quando a periculosidade é cessada. Acredita-se que as chances de haver incoerências na determinação de medidas de segurança ou no envio de pacientes para exame de sanidade mental sejam grandes, assim como o processo de desinternação é executado de forma negativa. Sem ter clareza das contradições inerentes à instituição, os magistrados não podem avaliar, de forma adequada, a importância do trabalho de ressocialização.

Como pano de fundo, ao declarado desconhecimento sobre o manicômio judiciário, avaliou-se existir a imputação da responsabilidade para a área da saúde. Questionado sobre os critérios para determinação de uma medida de segurança, um dos juízes afirma:

O laudo. Não tem como... Eu não tenho capacidade técnica para aferir se uma pessoa é ou não inimputável. Não só eu, eu entendo que juiz nenhum tem. (EJ2)

Mesmo não tendo capacidade técnica para avaliar a inimputabilidade de um sujeito, são os magistrados que determinam e definem a sanção penal a ser imposta. Mesmo que seja necessária a perícia e o diagnóstico médico, quem decreta a sentença é o juiz, que pode ou não aceitar as considerações do perito. Dessa forma, os magistrados resguardam suas decisões apoiados na avaliação médica, que serve como uma espécie de escudo protetor. Venturine, Casagrande & Toresini (2012) discutem casos em que laudos médicos são utilizados como prova criminal contra profissionais. Por terem sido favoráveis à desinternação, os mesmos são responsabilizados pela reincidência dos pacientes. Mesmo tendo o juiz o direito de escolha de acatar ou não o laudo médico, os

profissionais que são penalizados são os técnicos da saúde. Esta questão fica clara no discurso do magistrado:

E até, só um juiz é que pode falar: - olha de acordo com este laudo ele está apto a sair. Não deixa de ser uma custódia, você concorda comigo? Isso é uma maneira... Vai ter gente que vai falar que isso aqui não é uma custódia, mas não posso deixar de ver como as coisas são feitas. (EJ2)

Prosseguindo na análise das dicotomias entre a pena e a MS, alguns profissionais demonstram considerar benéfico para os pacientes a internação no HCT quando comparado ao aprisionamento em uma penitenciária comum. Segundo os entrevistados, as outras modalidades de instituição penal não possuem condições adequadas para garantir o tratamento do paciente. Além disto, a existência do HCT, para o cumprimento de seus objetivos explícitos, é tomada por alguns profissionais como extremamente necessária. O perigo que os pacientes representam para a sociedade, em função de sua patologia, só pode ser aniquilado pela proposta da instituição de segregação e tratamento, como nos relatos dos profissionais a este respeito:

Para o paciente eu acho que, de certa maneira, é um alívio. Porque ele pode se tratar, melhor do que... Igual os pacientes, a maioria tem transtorno, ficar em cadeia, penitenciária, eles não tem muita noção e acabam sofrendo risco. (EAE1)

(...) E aí eles veem que a realidade é outra. E hoje eu vejo com eles... Porque faço vínculo familiar. Escuto eles falarem:- aqui é muito melhor que na cadeia, eu num quero voltar pro presídio. Se eu tiver que cumprir a pena, aqui é melhor, aqui eles tratam a gente melhor, a gente faz as coisas, eles dão apoio, a gente consegue conversar. Porque aqui são pacientes, num são presos, né? Então, aqui se torna o lar deles e os outros pacientes passam a ser amigos. E esse vínculo de afetividade, ele é cru lá fora. Porque quando a pessoa tem algum déficit todo mundo tem medo (...) É uma tentativa de manter o paciente longe daquilo que tá sendo nocivo a ele e mantê-lo em tratamento, pra que não seja nocivo. A medida de segurança é uma medida protetiva pros dois lados, tanto pro paciente quanto pra sociedade. (EAS1)

A medida de segurança eu entendia como uma forma que se encontrou, já que não tenho alternativa... O sistema penitenciário não oferece como vamos dizer? Assim... A suspensão, o aparato, pra que aquela pessoa que cometeu o crime cumpra sua pena de uma maneira digna e tal, e também por conta dele ser portador da doença, do sofrimento mental, ele precisa ser tratado diferenciado. É até interessante a medida de segurança, encaixa bem pra essa necessidade. (...) Existem alguns pacientes que eu também concordo né? Não vejo nenhuma saída no momento. Acho que, enquanto a gente não tem certeza, é um risco muito grande você ficar fazendo experiência com pessoas, com patologias tão graves. A gente tem uma sociedade desprovida de defesa, criança com mães indefesas, idosos. Às vezes num tem jeito mesmo, eu entendo muito isso. Mas boa parte dos casos hoje a gente já consegue enxergar uma luz no final do túnel, em questão do retorno dele para sociedade. Até porque, depois de muitos anos, o paciente que faz uso de remédio psiquiátrico vai ficando passivo. Não sei se ele fica passivo porque houve compreensão que tem que ter uma conduta mais passiva, ou porque a medicação o deixa naquele estado. Ele fica passado, vai ficando totalmente lesionado, no seu sentido, nos seu sistema, na sua fala, no seu andar. Então ele fica passivo. (EP1)

A importância atribuída ao HCT para os pacientes aparece de forma indiscutível nos discursos dos profissionais. A existência da instituição é tida como essencial seja para a proteção dos próprios pacientes, seja para a proteção da sociedade. No primeiro relato, o profissional associa a internação dos pacientes aos benefícios relacionados à saúde que não poderiam ser oferecidos em outro tipo de unidade prisional. A oportunidade de tratamento é destacada como benefício, sem que haja crítica sobre a diferença entre os objetivos da pena e da medida de segurança.

Na mesma linha, outro profissional descreve sua experiência, explicitando que “escuta” os pacientes dizerem que estão felizes com a internação em vez do aprisionamento em outra instituição penal. Segundo ele, os internos não são prisioneiros, mas pacientes em tratamento. Em outra unidade prisional seriam meros prisioneiros. A extensão dos benefícios da internação relatados chega ao absurdo do profissional considerar o HCT como o “lar” dos pacientes e os companheiros de cela “amigos”, uma alienação ou conveniência para quem não vê nenhuma perspectiva para os internos. No entanto, o vínculo de afetividade construído durante a internação é considerado improvável quando os pacientes estão fora dos muros da instituição. A importância da instituição na tarefa de proteger a sociedade não deixa de ser mencionada. Mais uma vez, fica nítida a relação dialética entre a importância do HCT e a proteção, seja da sociedade ou do próprio paciente.

Neste momento, faz-se necessário criticar a fala do segundo profissional. Não se chegou a definir se esta pessoa dissimulou suas reais impressões, para não manchar a imagem da instituição, ou está alheia à realidade do seu local de trabalho. Dizer que o HCT se torna o “lar” dos pacientes é, no mínimo, um absurdo para qualquer ser humano.

E, ainda, na terceira fala, o profissional considera o HCT uma “alternativa” à falta de estrutura do sistema penitenciário. A inexistência de um lugar na sociedade para os loucos criminosos justificou a criação, e continua justificando, a manutenção deste tipo de instituição. A “incerteza” sobre o comportamento do louco justifica, segundo o entrevistado, a manutenção da custódia. A gravidade da doença mental é contraposta a uma sociedade indefesa. Fica explícita a ideia de desproporção entre a realidade e a necessidade da internação de alguns pacientes. No entanto, a postura de resignação parece ser a única alternativa, uma vez que a sociedade não dispõe de espaço para a população do HCT. Mas alguma esperança de mudança é almejada, mesmo que seja “uma luz no final do túnel”.

Este profissional ainda levanta uma importante questão a ser destacada. Na sua visão, os pacientes são eximidos do título de perigosos somente quando atingem uma idade ou um grau de cronificação que o impeça de exercer sua autonomia. Seu perigo é contraposto à passividade provocada pela velhice, pela cronificação da doença ou pelo tratamento medicamentoso intenso. Entende-se com isto que, para alguns pacientes, a luz no fim do túnel significa uma vida inteira de custódia e exílio. A chance de retorno para a sociedade acontece somente no fim da linha, depois que o paciente já foi totalmente desprovido de sua identidade.

Outro ponto importante diz respeito à discussão sobre o tempo de internação dos pacientes, tanto o tempo de internação para exame de sanidade mental como o tempo de cumprimento da medida de segurança. Em uma comparação entre o período de permanência dos pacientes no HCT e dos detentos em outros tipos de unidades prisionais, os profissionais constataam que os pacientes ficam internados por períodos longos, superiores ao que poderia ser determinado para o cumprimento de uma pena. Os entrevistados alegam, ainda, que a precariedade da estrutura social para receber os pacientes com a periculosidade cessada faz com que a internação seja o único caminho possível:

Essas medidas geralmente são tempos bem maiores aqui que eles ficam. Até bem maiores que a pena, da pena que eles têm que cumprir mesmo. Costuma ficar bem além da pena. (EAE1)

(...) Na minha área a gente tenta solucionar para que eles possam ir embora, agilizar a vida deles. Porque tem muitos pacientes que estão aí parados, cumprindo a pena e já cessou a periculosidade. A família não tem interesse, não procura e a gente fica tentando buscar uma ponte pra resolver esse tipo de situação. (EAD1)

(...) Alguns internos já estão aqui há muito tempo. E a medida de segurança e a periculosidade deles já cessaram. Mas não tem pra onde ir. Acaba ficando aqui. (EM3)

A gente tem paciente aqui de 20, 16 anos de casa, aqui dentro. Vamos supor: se ele veio pra cumprir medida de 6 anos, medida de segurança e fica aqui 15 anos, como é que vai melhorar? Ele piorou, concorda? (EAG2)

A medida de segurança hoje no Brasil acaba sendo uma pena perpétua, que enquanto o cara não tiver condição de cessação de periculosidade, não vai sair. Então, já teve caso aqui de o cara ficar 40 anos, 30 anos. (EAG3)

Seria o tempo necessário do paciente se tratar, né? Se cuidar mesmo na unidade, pra se ressocializar e voltar a viver em sociedade. Mas isso não acontece, a medida de segurança, se não tiver família ou a família abandonar, torna-se prisão perpétua! Temos pacientes aqui faz 15 anos, isso num prisão perpétua? (EP2)

Então, eu sei que ela (a MS) é de 1 a 3 anos. Só que ela pode ser prorrogada. Ela acaba se tornando prisão perpétua, como nós temos muitos casos aqui. Muitas vezes o paciente tem a periculosidade cessada, passa no laudo ou recebe um alvará. Só que aqui, diferente de uma unidade comum, nós não podemos soltá-los. (ED2)

Entendo medida de segurança, no sentido jurídico, que uma pessoa que vai estar afastada da sociedade porque o convívio social dela é muito difícil ou impossível... Do ponto de vista prático, é uma prisão eterna. (...) Uma prisão perpétua. As pessoas tem muita dificuldade de sair daqui quando cumprem medida de segurança. (EA1)

Eu achei até interessante, porque minha mãe se aposentou e eu estudei, formei, vim trabalhar aqui e encontrei os mesmos pacientes, já velhinhos, bem dependentes de cuidado, mas aquele mesmo paciente. Muitos morreram aqui, sem chance de retorno a comunidade, sem receber uma só visita. Porque também não havia esse trabalho (EP1)

Os profissionais relatam que o tempo de internação dos pacientes é superior ao tempo que um imputável cumpriria uma pena. A incapacidade para distinguir as duas sanções penais leva o primeiro profissional a fazer uma comparação e concluir que o paciente costuma ficar bem além da pena. A tentativa de “agilizar” os processos dos pacientes aparece como alternativa encontrada para amenizar a morosidade da máquina judiciária, responsável pela liberação e, portanto, do excesso do tempo de internação. A segunda profissional afirma que muitos processos ficam “parados”, sem qualquer tipo de movimentação que possa beneficiar o paciente. Mesmo havendo o laudo de cessação de periculosidade, o paciente continua internado, cumprindo uma pena. O desinteresse da família pelo paciente é outro empecilho à desinternação. Caminhos alternativos são buscados, mas nunca encontrados e, conseqüentemente, pena e medida de segurança se confundem, sempre com prejuízo para o paciente.

A medida de segurança como prisão perpétua é reafirmada pela experiência vivida pelos profissionais. A diminuição da probabilidade de desinternação é constatada após uma ordem judiciária de medida de segurança. A reciprocidade da ligação evidencia as posições contrárias entre tempo de internação e tempo de prisão. Aprisionados em instituições comuns, os pacientes teriam seu tempo de restrição da liberdade menor. Teoricamente, por receber tratamento diferenciado, em função da doença mental, a restrição da liberdade excede o prazo estabelecido pela pena.

Os relatos evidenciam que a indeterminação de prazo para a internação somado à falta de espaço na sociedade para os pacientes fazem com que a instituição se torne local apropriado para cumprimento de uma sentença que não está descrita nos parâmetros legais. A morte é apontada pelo último profissional como destino para aqueles que passaram a maior parte de suas vidas sob a custódia da instituição. Durante o tempo em que as pessoas trabalhavam, estudavam e construía família, os pacientes permaneceram sem ação e sem uma vida digna, impedidos de reconstruir suas vidas e de fazer escolhas que lhes permitissem escrever suas próprias histórias.

O Código Penal brasileiro prevê em seu art. 97, §1º, que o prazo mínimo para as medidas de segurança de internação ou de tratamento ambulatorial é de 1 a 3 anos. Este é o prazo mínimo para a realização do primeiro exame de cessação de periculosidade. O Código Penal ainda prevê em seu art. 97, §2º que tal exame deverá ser realizado no termo do prazo mínimo determinado pelo juiz, sendo repetido de ano em ano, ou a qualquer tempo, desde que determinado pelo juiz da execução penal.

A desinternação, tanto nos casos de medida de segurança detentiva, como nos casos de tratamento ambulatorial, está condicionada ao laudo médico pericial comprobatório da cessação da periculosidade do sujeito. O Código Penal não estabelece prazo para a duração das medidas de segurança. Após a confirmação médica da cessação da periculosidade, o art. 97, parágrafos 1º, 2º e 3º, determina que a medida de segurança deva ser suspensa por um ano, para que possam ser verificados indicativos de persistência de periculosidade. Somente após 1(hum) ano, caso não sejam detectados indícios de periculosidade, é que a medida de segurança, até então suspensa, é extinta.

Entende-se que o art. 97, §1º, do CP não atende o que é preconizado pelos arts. 4º, §1º e 5º, da Lei 10.216/01, que regulamenta questões referentes ao tratamento que deve ser dispensado aos doentes mentais. A indicação terapêutica de convívio social e de reconstrução dos laços familiares é ignorada e substituída pela máxima do exílio social em uma “instituição total” (GOFFMAN, 2008). O Código Penal, a nosso ver, ainda burla o art. 5º da Lei 10.215/01 que determina a desinternação de pacientes psiquiátricos hospitalizados por longo período. A desinternação deve ser feita, segundo a Lei, de forma progressiva e respeitando uma política de alta programada com reabilitação psicossocial (BRASIL, 2001).

A literatura atual discute de forma incisiva a questão referente à indeterminação do prazo máximo das medidas de segurança. Juristas já questionam a MS como uma sanção penal que fere os princípios da igualdade, proporcionalidade, humanidade e não perpetuação das penas. Alegam não haver justificativa para que, diferentemente das penas, as medidas de segurança possam durar indefinidamente, não podendo, portanto, exceder o tempo de pena que seria cabível na espécie. A doutrina moderna já se posiciona no sentido de considerar inconstitucional o art. 97, §1º, do CP brasileiro:

A duração indeterminada das medidas de segurança estacionárias significa, frequentemente, privação de liberdade perpétua de seres humanos, o que representa violação da dignidade humana e lesão do princípio da proporcionalidade, porque não existe correlação possível entre a perpetuidade da internação e a confiabilidade do prognóstico de periculosidade criminal do exame psiquiátrico (Santos, 2006: 649).

As medidas de segurança, principalmente as de internação, por interferirem no direito de liberdade do cidadão, devem contemplar todas as garantias dispensadas às penas, garantias estas que são inerentes ao Estado Constitucional e Democrático de Direito. Portanto, a indeterminação de prazo máximo para as medidas de segurança é uma ofensa aos princípios da igualdade, da proporcionalidade, da dignidade da pessoa humana e da proibição de penas de caráter perpétuo (QUEIROZ, 2010). Neste mesmo sentido Ferrajoli (2006) defende que:

A indeterminação da duração se resolve muitas vezes em uma espécie de segregação perpétua para os internos nos hospitais psiquiátricos: prisões-hospitais ou hospitais-prisões, onde se consuma uma dupla violência institucional – cárcere mais manicômio – onde jazem, esquecidos do mundo, aqueles sentenciados por enfermidade mental. (Ferrajoli, 2006: 722)

Além disto, o descumprimento dos prazos legais para os exames de cessação de periculosidade e para os exames de sanidade mental, segundo os profissionais, torna ainda mais longo o período de permanência dos pacientes na instituição:

Mas eu tenho, hoje, por exemplo, 30 exames pendentes de medida de segurança. Que eu preciso fazer certo?! É... Pode ser que desses 30 tenha uns 4 ou 5 que já estão com a periculosidade cessada. Então, porque que não foi feito? A deficiência que eu tenho de peritos. Por quê? É... A perícia para soltar o laudo, não é fácil eles chegarem: Ah! tá aqui e tal... E já solta, e já faz o laudo. Ele tem o estudo de caso, ele tem que conhecer bem a pessoa, porque é uma responsabilidade muito grande dele, que ele tá pondo uma pessoa na rua, no meio da sociedade. E se essa pessoa vier a cometer outro crime ali, e for imprudência do perito? Você entendeu?! (ED3) Então, a medida de segurança ela tem, claro, seu lugar. Mais se fosse assim... Durante aquele um ano. Aí a medida de segurança é de ano em ano e aí ela é revista pela perícia. Então, anualmente ele vai a uma perícia. Mas é só um laudo, se você pegar um laudo de um paciente que fez laudo esse mês junho de 2012, e o laudo que ele fez de julho de 2004, 2001, você vai ver que é quase a mesma coisa, né? O perito às vezes não tem nem o trabalho de elaborar outro texto, ele até repete de forma assim... Mecânica. Aquele texto onde ele descreve o paciente e mantém o CID, o que acontece né? (EP1)

O primeiro profissional confirma a dificuldade encontrada para a realização dos exames periciais e, como consequência, os prazos legais não são respeitados. O número expressivo de perícias na lista de espera para serem feitas inclui a situação de pacientes que já estão com a periculosidade cessada, mas que esperam pela oportunidade de serem avaliados. A demora na realização das perícias é atribuída à escassez de profissionais. A responsabilidade dos peritos também é destacada como justificativa para a demora na realização dos laudos. O profissional atribui a responsabilidade pela liberação dos pacientes aos peritos, que precisam ser muito criteriosos, para não cometerem

equivocos, apesar de eles repetirem os laudos por anos seguidos. Ressalta-se aqui que a vida é dinâmica, assim como as avaliações deveriam ser.

Venturine, Casagrande e Toresini (2012) discutem casos em que peritos são julgados criminalmente por terem elaborado laudos que apontavam a possibilidade de desinternação do paciente e que, após ter sido colocado em liberdade, cometeu novos crimes.

Acredita-se que a tentativa de responsabilizar os peritos seja um subterfúgio utilizado pela sociedade, que não abre mão de “vigiar e punir” (FOUCAULT, 1987) atos que coloquem em risco sua soberania. Como não pode haver punição para o autor do crime, considerado inimputável, alguém precisa responder e sofrer as consequências. O perito, neste caso, recebe a incumbência de “vigiar”, testando e atestando a periculosidade. Ao emitir um laudo que atesta a ausência de periculosidade, o perito, suposto especialista das ciências que estuda a saúde mental do homem, afirma para a sociedade que aquele indivíduo não trará mais riscos e, por isto, pode viver em liberdade. Mesmo que os juízes tenham autonomia para acatar ou não o laudo pericial, as decisões são sempre fundamentadas pelo “saber técnico”. A sociedade espera que este saber seja preciso e infalível, bem como capaz de prever o futuro. O perito deve, então, conjecturar o resto da vida do paciente, assumindo a responsabilidade por seus comportamentos e evolução da doença. Neste contexto, parece não ser levado em conta que o perito é um ser humano e que sua ciência é restrita e naturalmente falha. Também não é considerado que não existem mecanismos que possam garantir o controle do comportamento de qualquer ser humano, louco ou não.

A responsabilidade imposta aos peritos pode ser um entrave a qualquer tipo de avaliação positiva do paciente. O conjunto de circunstâncias que envolvem um atestado de cessação de periculosidade coloca em risco a atividade profissional do perito, que pode vir a ser punido pelo comportamento alheio. Sendo assim, torna-se legítimo o temor do perito, que se preserva ao não indicar a desinternação do paciente.

Na segunda fala, o profissional revela que os pacientes não são periciados conforme a determinação legal. Não há uma reavaliação satisfatória da evolução do quadro do paciente, que tem seu laudo e diagnóstico mantidos de forma regular e conveniente ao perito. Certamente, trata-se de uma conveniência relacionada à responsabilidade imputada a ele. A fala de um dos profissionais apresenta outra relação causal que justifica a dificuldade encontrada pelos peritos para atestar a cessação da periculosidade dos pacientes.

Cessou a periculosidade? Cessou. Ele já pagou o que ele devia pra justiça, pagou. Então, ele pode voltar pra sociedade. Você vê esse crescimento e essa cura. Cura momentânea, cura entra aspas, por quê? Porque ele vai sair e vai ser sempre dependente de tratamento, o resto da vida. É aí que a gente precisa desse vínculo lá fora, pra que esse tratamento que ele tem aqui, o horário do remédio, o profissional que ele tem que visitar, a família, o que quer seja, o cuidador dele, tenha esse cuidado de manter ele. Mantendo ele vai ter uma vida normal por toda vida. (EAS1)

Outra questão destacada na fala dos profissionais diz respeito ao envio de pessoas para o HCT por motivações diversas à aplicação de sentenças previstas em lei. Para os profissionais, algumas vezes os pacientes são encaminhados para a instituição quando o sistema penitenciário não encontra alternativas, ocasionando internações desnecessárias. Em alguns casos, o ingresso no HCT tem como motivação uma punição de pessoas que representam algum risco para a ordem de determinada unidade prisional.

Medida de segurança para o paciente, muitas das vezes torna-se importante e outras vezes não é necessária. Igual eu te falei, tem casos que não era pra estar aqui. Mas um cara, um paciente que já passou em vários presídios, quebrou vários lugares, já teve várias ocorrências. Aqui, o fato de ele ser doente é o lugar pra ele ser tratado com medida de segurança. É necessária essa medida. Por que nós temos pacientes aqui que não tem convivência nem aqui dentro. Então, ele fica no isolado lá em baixo. Porque a gente coloca ele no meio de 12, 15, ele começa a espancar, machucar. Então, refazendo essa pergunta sua, a medida de segurança às vezes é necessária e às vezes não é. Entendeu? (EAG2)

(...) Que eles têm assim... Eventualmente, não tem sempre. Como na cadeia não se cuida isso, não se sabe cuidar disso. Primeira alternativa que eles pensam: - vou mandar pro manicômio, ele desparafusou, vou mandar pro manicômio. Pra não errar também em presídio, conduta de comportamento, tentativa de fuga. Eles percebem que o cara tem uma articulação pra uma rebelião. Então, ele se torna um elemento perigoso naquele clã. Então, antes que ele consiga dominar a situação e influenciar outros, manda ele para o manicômio como forma de castigo, tirar ele do ambiente ali onde ele está oferecendo risco e manda pro manicômio. Porque ali ele não vai ter como articular nada, porque aqui realmente é assim... Não tem como, o sistema de segurança aqui é seguro. Não tem como, o sistema de segurança aqui é seguro. (risos) Aqui é seguro, né? Quanto tempo nós não temos uma fuga, (EP1)

O primeiro profissional explicita sua visão sobre internações desnecessárias no HCT, fazendo uma divisão entre aqueles pacientes que deveriam e aqueles que não deveriam ter sido inseridos na instituição. O comportamento agressivo, bem como o desajustamento de condutas, de alguns indivíduos em outras unidades prisionais é apontado como motivadores para o encaminhamento para o HCT. O profissional indica que a instituição se torna local privilegiado para a contenção daqueles que causam desordem no sistema prisional. Tal contenção é feita por meio do isolamento. A instituição conta com espaço físico que permite o total isolamento daqueles considerados inaptos a conviver com os demais internos, uma estrutura que garante a execução dos objetivos de uma “instituição total” (GOFFMAN, 2008), impondo uma

barreira quase impenetrável entre o interno e o mundo externo, assegurando a profunda ruptura com os papéis sociais e o conseqüente início da mutilação do eu.

Chama atenção o fato de o HCT ter sido eleito local privilegiado para a execução do isolamento social daqueles que trazem problemas maiores para o sistema prisional e para a sociedade. É de conhecimento popular que as penitenciárias também possuem locais apropriados para a separação completa de detentos, locais estes que são utilizados para a chamada “triagem” (que acontece em algumas instituições quando o detento é admitido) e para os tradicionais “castigos” aplicados por indisciplina. Por que, então, o isolamento no HCT? Infere-se que a contenção química possa ser o principal diferencial, utilizado como recurso implícito.

A fala do segundo profissional reforça essa hipótese. Como na “cadeia não se cuida disso”, a forma encontrada para a desarticulação do perigo existente parece ser uma contenção a mais, conquistada com o auxílio dos psicofármacos. A transferência de um detento para o “manicômio” aparece como uma forma de punição e como garantia absoluta do sistema de segurança. Estar internado em um HCT parece ser uma opção ainda mais degradante quando comparada à permanência em uma penitenciária. Na concepção do profissional, o HCT é sinônimo de segurança máxima. No entanto, comparando a estrutura física, assim como a dinâmica de procedimentos operacionais, o HCT não parece ser o local de aplicação de regras mais rígidas. A começar pelos muros, que não são significativos se comparados com os de uma penitenciária. Fazendo limite com as instalações de uma universidade, a arquitetura da instituição em nada se parece com a de uma penitenciária. Basta fazer uma visita à parte externa das dependências, com sua imponente construção arquitetônica, para verificar a inexistência da almejada “segurança máxima”. Também não existem agentes penitenciários fortemente armados, fazendo ronda 24 horas. Ter acesso ao interior da instituição não parece ser uma tarefa difícil. Do lado de fora, é possível avistar alguns pacientes trabalhando na faxina e na horta, alguns deles desacompanhados de escolta.

Assim, reafirma-se a crença na contenção química, que produz muros impenetráveis, assim como viabiliza o controle absoluto sobre o comportamento dos pacientes, independente de sua origem. Para concluir a análise desta categoria, destaca-se a constatação feita por um profissional relativa à comparação entre os réus imputáveis e os inimputáveis:

Tem... E é o que ela está fazendo. Então, porque que ela (assassina da Daniela Perez) como uma assassina, né? Cometeu um delito gravíssimo, sem nenhuma inimputabilidade. Ela vai ter o direito de voltar pra sociedade, de tocar uma vida. E eles, que são os especiais, não tem essa condição. Então, quer dizer, é muita coisa que você fica tentando analisar e você não encontra resposta. A gente compreende que são pessoas perigosas, que são pessoa inimputáveis, que são pessoas incapazes. Mas são pessoa que, se tiverem um acompanhamento familiar, ou do próprio Estado que tem condições de oferecer isso, são pessoas reabilitadas, podem realmente viver em sociedade, porque não? (AAD1)

O profissional faz uma comparação entre o ato cometido por um imputável e o cometido por um inimputável. A gravidade do crime do imputável, um crime contra a vida, em nada se difere dos crimes contra a vida cometidos pelos inimputáveis. Assim, o perigo que os imputáveis representam para a sociedade não pode ser considerado inferior ao perigo dos imputáveis. Em sua fala, o profissional nivela a periculosidade dos dois tipos de réus. Mesmo existindo equivalência entre os prejuízos sociais cometidos, os imputáveis possuem o direito constitucional de retornar ao convívio social, fazendo uso de benefícios legais, que permitem a redução do cumprimento da pena em privação de liberdade. Estes benefícios não existem nos casos de medida de segurança. O profissional, então, questiona e diz não encontrar respostas para o impedimento legal que dificulta o retorno do inimputável para a sociedade. Por que os inimputáveis representam maior risco? Esta é a pergunta a ser respondida. Assim como acontece com os imputáveis, os inimputáveis possuem condições suficientes, com o aporte familiar e do Estado, de refazer suas vidas em meio à sociedade. Acredita-se que a pergunta feita pelo profissional possua uma única resposta: o estigma da loucura faz com que os sujeitos sejam impedidos de exercer seus direitos.

Assim, como muitos profissionais se posicionam desfavoravelmente à desinternação dos pacientes e a consequente desativação dos Manicômios judiciários, a população também teme que tal conduta coloque em risco a ordem social. Durante o período da pesquisa, foram mantidas conversas informais com pessoas de várias classes sociais e de profissão diversas. Esta iniciativa mostrou que as pessoas leigas não acreditam que existam alternativas diferentes aos manicômios judiciários. Uma exclamação foi comum entre todas as pessoas: “E eles vão ficar soltos pelas ruas!?”

Parece-nos conveniente para as classes dominantes manter a população sem informações adequadas sobre o mito que liga a loucura ao crime. Assim, obtém-se toda a força da opinião popular para que as instituições totais continuem sendo a primeira opção para a marginalização e exclusão social da loucura.

Os profissionais demonstraram desconhecer a Lei 10.215/01 que prevê a desinternação gradual e multidisciplinar dos pacientes internados por longos períodos. Existe previsão legal de uma política de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente. O projeto não tem como propósito colocar a sociedade e os pacientes em risco. O que se pretende é garantir os direitos daqueles que foram e continuam tendo seu eu mortificado.

O temor da reincidência parece ser muito superior no caso dos inimputáveis. No entanto, não há estudos indicativos de menor probabilidade de reincidência do réu imputável que cumpre pena privativa de liberdade. Não há parâmetros que distanciem a probabilidade de reincidência do inimputável submetido à medida de segurança de internação. Segundo Huss (2011), existem muitos mitos sobre o uso excessivo de defesas que pleiteiam a inimputabilidade dos réus em casos de crimes graves. Os acusados, segundo crenças, abusam dos pedidos por inimputabilidade. O autor cita um estudo realizado nos Estados Unidos que sugere evidências muito diferentes:

Embora os índices variem nas diferentes jurisdições, estudos sugerem que a defesa por inimputabilidade é raramente levantada e ainda mais raramente resulta em absolvição. Em média, a defesa por inimputabilidade parece ser levantada em aproximadamente 1% de todos os casos criminais e tem sucesso apenas em torno de 20% (Huss, 2011: 183).

Ainda segundo Huss (2011), a opinião pública superestima o uso e impede o sucesso dos pedidos por inimputabilidade. O estudo realizado por Silver, Cirincione e Steadman (1994) evidencia a existência de uma relação negativa entre a frequência de uma defesa de inimputabilidade e o sucesso da mesma.

Na opinião popular também existe uma concepção errônea de que os absolvidos por inimputabilidade não possuam realmente doenças mentais graves. No entanto, Cochrane, Griss e Frederick (2001) constataram por meio de um estudo que 77% dos réus considerados inimputáveis tinham o diagnóstico de psicose, transtorno do humor, retardo mental ou algum tipo de transtorno orgânico que interfere diretamente no comportamento do sujeito. Somente 1% dos casos foi considerado como uma tentativa de simulação de doença mental. A pesquisa de Callahan et al. (1991) mostra ainda que a maioria dos absolvidos por inimputabilidade tinham histórico de internações anteriores motivadas por algum tipo de doença mental.

Outro mito comum sobre a inimputabilidade está relacionado ao delito cometido. No imaginário popular paira a ideia de que a maioria das absolvições e, a conseqüente

aplicação de medida de segurança, acontecem em casos de homicídios. Mas a pesquisa de Callahan et al. (1991) mostra que somente 14,3% dos absolvidos por inimputabilidade respondem pelo crime de homicídio. A repercussão e o foco da mídia em tragédias que envolvem doentes mentais colaboram em grande parte para que esta concepção errônea seja considerada como verdadeira. Nesta mesma pesquisa, os autores alegam que o sujeito acusado por ter cometido um crime violento que não seja o homicídio tem maior probabilidade de receber absolvição, quando comparado com réus acusados de assassinato. Callahan et al. (1991) ainda afirmam que 38,2% dos absolvidos por inimputabilidade foram acusados de terem cometido agressão física, 11,7% agressões violentas, 7,4% haviam roubado, 18% por crimes contra propriedades e 9,9% por crimes de menor poder ofensivo.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desfecho desta análise não permitiu que se chegasse a uma conclusão sobre linhas, teorias, práticas e ou direcionamento do tratamento proposto aos pacientes, porque constatou-se que não existe um tratamento propriamente dito. Não existe um cuidar da saúde, apesar de a instituição ter um quadro de profissionais da área. Prevalece um sistema prisional que conta com a presença de profissionais de saúde. Não há acompanhamento, evolução do quadro e plano terapêutico individual, mas um sistema de medicalização, visando manter os internos estabilizados e vigiados pelos agentes penitenciários, que conhecem os internos pelo nome e tem informações sobre todos os seus passos dia e noite no HCT. Apesar de ser denominado hospital, na realidade tem pouca ou nenhuma relação com o sistema de saúde. É administrado pela Secretaria de Estado de Defesa Social do estado de Minas Gerais (SEDS), que também administra os presídios do Estado.

O HCT, ao fazer cumprir as medidas de segurança, configura-se como um lugar de isolamento de pessoas indesejáveis para a sociedade, semelhante a um depósito de “loucos criminosos”. Na visão dos profissionais, a instituição atua como guardião da sociedade, protegendo-a dos riscos que estas pessoas podem causar; um mal necessário que beneficia também os internos, evitando que permaneçam pelas ruas. Não há discussão sobre tratamentos, trabalho em equipe ou propostas de reinserção social, mas,

sim, tratamentos farmacológicos que asseguram a estabilidade do lugar, mantendo os internos sob vigilância e controle.

A estrutura física e organizacional é obsoleta, assim como os tratamentos dispensados, que não fazem uso das modernas tecnologias de abordagem em saúde mental. Há desconhecimento, por parte dos profissionais, da diferença entre pena e medida de segurança. Os profissionais de saúde não são treinados para trabalhar em um hospital de custódia e tratamento, e os agentes de segurança recebem treinamento para trabalhar em presídios tradicionais e assim seguem, colocando em prática a vigilância para a qual foram treinados.

Há escassez de recursos materiais e humanos que comprometem qualquer proposta de trabalho. A falta de peritos para fazer os laudos de cessação de periculosidade faz com que o tempo de permanência seja muito maior que em presídios tradicionais, havendo um tempo adicional – e demasiado – da medida de segurança. As medidas de segurança passam a ser, em muitos casos, prisão perpétua, quando há tempo legal estabelecido para avaliação que não é feita. Há acúmulo de laudos pendentes que serão feitos ou copiados de outros anteriores quando der tempo. Não há prioridade nem investimento na contratação de pessoal. Além disso, os peritos se sentem inseguros para atestar que a periculosidade cessou. Os juízes que determinam, com base nos laudos técnicos, a possibilidade de liberação dos internos não conhecem o HCT, seu funcionamento e nem mesmo para onde estão direcionando as pessoas que são julgadas.

Por outro lado, os internos, em sua maioria, são abandonados pelas famílias de origem, como indesejáveis. Raramente recebem visitas e podem permanecer no HCT até a morte por não terem para onde ir. O HCT é um retrato do abandono. Abandono pelas famílias, sociedade e pelo Estado que não sabe o que fazer com a instituição ou não quer fazer, por que não haverá reclamação nem visibilidade. A sociedade, por medo e desconhecimento, reforça a necessidade da instituição. As famílias não querem ter trabalho com seus entes fora do padrão.

A resposta às inquietações aqui expostas indica que os parâmetros para o tratamento dos pacientes é estabelecido por cada profissional, individualmente, de acordo com sua percepção, não havendo trabalho em equipe e ignorando o que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas leis específicas para saúde mental. Pode-se concluir que o fim a ser alcançado não é o tratamento nem o cuidado, mas a vigilância constante e a manutenção de sujeitos socialmente indesejáveis, reclusos e estabilizados e sem condição de comprometer a ordem social.

Este estudo tem como limitação ser restrito a um HCT, embora seja o único ainda existente no estado de Minas Gerais e não ser passível de generalizações. Em relação aos profissionais de saúde, apesar da falta de diretriz do Estado e do Sistema de saúde, tornam-se necessárias a implementação de treinamentos e a realização de um trabalho de sensibilização dos profissionais para que exerçam suas funções com dignidade. Em cenários como o do HCT, realizar o mínimo pode ter um grande efeito em prol de um tratamento mais humanizado para os pacientes e para os trabalhadores. Ou, talvez, a desativação da instituição seja a única medida eficaz para corrigir os desvios, tendo em vista que ajustar o que está posto e determinado seria uma tarefa de grande envergadura e de sucesso questionável.

7 - REFERÊNCIAS

ADAMO, B.; MACRÍ, S. **Pericoloso a sé e agli altri. Cultura psichiatrica e istituzioni in Italia dall'inizio del secolo al dopo riforma.** Bari: De Donato, 1980.

ALMEIDA, C. C. P. **Inimputabilidade, Periculosidade e Medidas de Segurança: o enfoque jurídico da atual intervenção penal frente aos problemas de saúde mental.** 2004. 257f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

ALVIM, R. C. M. **Uma pequena história das medidas de segurança.** São Paulo: IBCCRIM, 1997.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1995.

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

ANDRADE, H. C. **Das medidas de segurança.** 2001. 213f. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

ANDREUCCI, R. A. Manicômio judiciário e medidas de segurança alternativas. **Revista do Conselho Penitenciário do Distrito Federal.** Brasília: Ano XVIII, n. 43, p. 53-61, 1981.

BADARÓ, R. **Inimputabilidade, periculosidade e medidas de segurança.** São Paulo: Editora Juriscredi LTDA, 1972.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições, 2011.

BARROS, V.; BERNHEIM, J. **The history of law and psychiatry in Europe.** In: BLUGLASS, R; BOWDEN, P. Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Churchill Livingstone. 1990, p. 103-9.

BARRETO, B. A; VALENÇA, A.M; JOZEF, F; MECLER, K. Periculosidade e responsabilidade penal na esquizofrenia. **J. Bras. Psiquiat.** Rio de Janeiro: v. 53, n. 5, p. 302-8, 2004.

BARRETO, F. P. **Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano.** Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1999.

BARROS, F. O. **Democracia, liberdade e responsabilidade: o que a loucura ensina sobre as ficções jurídicas.** In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). Loucura ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 112-136.

BARROS-BRISSET, F.O. Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante. **Rev. Bras.Crescimento Desenvolvimento Hum.** São Paulo: v. 20, n. 1, p. 83-9, 2010.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F. **Scritti II, 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica**. Torino: Einaudi, 1982.

BELO HORIZONTE. Portaria SMSA/SUS-BH n. 054/2000 de 29 de dezembro de 2000. Minas Gerais, Belo Horizonte, 29 dez. 2000.

BITENCOURT, C. R. **Tratado de direito penal: parte geral**. 16º ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

BRASIL. **Decreto 1132 de 1903. Reorganiza a assistência a alienados**. Rio de Janeiro, Diário Oficial da União, 1903.

BRASIL. **Lei 3.071. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 1916.

BRASIL. Decreto 14.831 de 25 de maio de 1921. **Aprova o regulamento do manicômio judiciário**. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 1921.

BRASIL. Lei do Império 16/12 de 1830. **Manda executar o código criminal**. Recife: Secretaria de Estado dos Negócios da Justiça, 1830.

BRASIL. **Decreto 20.155 de 1931. Declara que o Manicômio Judiciário fica sob a jurisdição do Departamento Nacional de Assistência Pública**. Rio de Janeiro, Diário Oficial da União, 1931.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. **Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941.

BRASIL. **Lei nº 7.210, Institui a Lei de Execução Penal (LEP)**. Brasília: Diário Oficial, 13 jul. 1984.

BRASIL. **Decreto n. 847 de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal**. Rio de Janeiro, Diário Oficial da União, 1890.

BRASIL. **Código Penal do Brasil**. 39. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BRASIL. 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**. Diário oficial, Brasília, 09 abr. 2001.

BRASIL. Portaria Interministerial 1777/2003: Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. Brasília: Diário Oficial, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004 (Série E)**. Brasília: Secretaria-executiva de Atenção à Saúde, 2004.

- BRUNO, A. **Direito penal: parte geral**. Tomo 3º. Rio de Janeiro/São Paulo: Forense, 1962.
- BAUMGART, A. **Lecciones Introductorias de Psicopatologia**. 2ª edição. Buenos Aires: Eudeba, 2006.
- BUENO, C. A. **Canto dos malditos**. São Paulo: Rocco, 2001.
- CALHAU, L. B. **Cesare Lombroso: Criminologia e a Escola Positiva de Direito Penal**. Porto Alegre: Ed. Síntese de Direito Penal e Processual Penal; 2004.
- CALLAHAN, A. A., STEADMAN, H. J., Mc.GREEVY, M. A., & ROBBINS, P. C. The volume and characteristics of insanity defense pleas: An eight-state study. **Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the law**: v. 19, p. 331-8, 1991.
- CARDOSO, S. C. et al. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 1338-48, 2005.
- CARRARA, S. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.
- CARRARA, S. L. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.** São Paulo: v. 20, n. 1, 16-29, 2010.
- CARRILHO, H. P. Considerações sobre a medicina legal, a repressão e a profilaxia dos anômalos morais perigosos. **Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria**. Rio de Janeiro: Ano II, 1 trim, 1920.
- CESARE, L. **L'Homme Criminel**. Paris: Félix Alcan; 1887.
- CIRICIONE, C.; STEADMAN, H.J & MCGREEVY, M.A. Rates of insanity acquittals and the factors associated with successful insanity pleas. **Bulletin of the American Academy and the Law**: v. 23, p. 399-409, 1995.
- COCHRANE, R.E., GRISSO, T., & FREDERICK, R.I. The relationship between criminal charges, diagnoses and psycholegal opinions among federal pretrial defendants. **Behavioral Sciences and the Law**: v. 19, p. 565-82, 2001.
- COELHO, V. L. D.; PANTALEÃO, C. C. A experiência subjetiva na esquizofrenia: contribuições para uma avaliação sintomatológica. **J. Bras. Psiqu.** Rio de Janeiro: v.48, n. 9, p. 393-97, 1999.
- COHEN, C. **Medida de segurança**. In: COHEN, C; FERRAZ, F. C; SEGRE (org.). Saúde mental, crime e justiça. 2ª ed. revisada e atualizada. São Paulo: EDUSP, 2006. p.123-129.
- CORREIA, L. C. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito**. L'altro diritto, Centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità 2009.

<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/index.htm>. Acesso em 15/09/2014.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**. Brasília: UnB, 2013.

EGRY, E. Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Cone, 1996.

ENGELS, G. L. The Need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, New Series*: v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

FANCINE, O. N. **Atualidade sobre as Medidas de Segurança**, 2010. Disponível em: www.ibccrim.org.br. Acessado em 05/07/2013.

FERRAJOLI, L. **Direito e razão: teoria do garantismo penal**. 2ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006.

SALVINO, C. A. F. **Evolução do direito penal: comentários**. Rio de Janeiro: Ed. Rev. de Direito do TJRJ; 2000.

FLECK, M. P. A, WAGNER, L, WAGNER M. Long-stay patients in a psychiatric hospital in Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo: v. 41, n. 1, p.124-30, 2007.

FONSECA, R. G. S. **O materialismo histórico e dialético como teoria e método para a compreensão dos fenômenos sociais**. São Paulo: Esc. Enfer. de SP, 1994.

FONTANA-ROSA, J. C, COHEN, C. **Psicopatologia Forense na esfera penal**. In: COHEN, Cláudio; FERRAZ, Flavio Carvalho; SEGRE, Marco (org.). *Saúde mental, crime e justiça*. 2ª ed. revisada e atualizada. São Paulo: EDUSP, 2006.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1984.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FOUCAULT, M. **Resumo dos cursos do Collège de France**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

FRIGOTTO, G. **O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional**. In: FAZENDA, I (org). *Metodologia da pesquisa educacional*. São Paulo: Cortez, 2004.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. São Paulo: Cortez, 2001.

- GOFFMAN, E. **Manicômios Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- HARNECKER, M. **Os conceitos elementares do materialismo histórico e dialético**. São Paulo: Global, 1983.
- HARVEY, G; LINDQVIST, P. Forensic psychiatry in Europe. **Psychiatric Bulletin**: v. 31, p. 421-24, 2007.
- HUSS, M. **Psicologia Forense: pesquisa prática, clínica e aplicações**. Porto Alegre: Editora ArtMed, 2011.
- JACOBINA, P. V. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Rev. Direito Sanit.** São Paulo: v.5, n. 1, p. 67-85, 2008.
- JACOBINA, P. V. Direito Penal da Loucura: Medida de segurança e Reforma Psiquiátrica. **Boletim dos Procuradores da República**, nº 70, ano VI, maio/2006.
- KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- KOVALHOV, S. M. **Materialismo Dialectico e Histórico**. São Paulo: Novo Curso, 1974.
- KRAPIVINE, V. **O que é o materialismo dialético?** Moscou: Pregresso, 1986.
- LEFEBVRE, H. **Lógica formal, lógica dialética**. Rio de Janeiro: Ed Civilização Brasileira, 1983.
- LENINE, V. I. **Matérialisme et empiriocriticisme**. Paris: Ed. Sociales, 1948.
- LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1999.
- LOBOSQUE, A. M. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
- LOBOSQUE, A.M. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- LOMBROSO, C. **L’homme criminel, criminel-né, fou moral, epileptique étude anthropologique ET medico-legale**. Paris: Felix Alcan, 1894.
- LOURENÇO, L. C. Batendo a tranca: Impactos do encarceramento em agentes penitenciários da Região Metropolitana de Belo Horizonte. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**. Rio de Janeiro: v. 3, n. 10, p. 11-3, 2010.
- MANACORDA, A. **Il manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale**. Bari: De Donato; 1982.
- MARX, K. **O Capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006.

MARX, K.; ENGELS, F. **Cartas filosóficas e outros escritos**. São Paulo: Grijalbo; 1977.

MATTOS, V. **Trem de doido: o direito penal e a psiquiatria de mãos dadas**. Belo Horizonte: UNA Editora; 1999.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MORAN, R. **Knowing right from wrong: the insanity defense of Daniel McNaughtan**. New York: The Free Press, 1981.

OLIVEIRA, A. L. C. Pressupostos para uma análise crítica do sistema punitivo. **Jus Navigandi**. Teresina: ano 10, v. 22, n. 872, nov. 2005. Disponível em < jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7612&p=5>. Acesso em 20/06/2013.

ORGANIZ. MUND. DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artimed, 1993.

PAIM, I. **Estudos psiquiátricos**. Campo Grande: Ed. Solivros, 1998.

PERES, M. F. T; NERY, A. F. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **Rev. História, Ciência, Saúde**. Rio de Janeiro: v. 9, n. 2, p. 335-55, 2002.

PERES, M. F. T. **A estratégia da periculosidade: psiquiatria e justiça em um hospital de custódia e tratamento**. 1997. 165f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 1997.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

QUEIROZ, P. S. **Direito Penal: parte geral**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

RAMOS, M. R. R; COHEN, C. Considerações acerca da semi-imputabilidade e inimputabilidade penais resultantes de transtornos mentais e de comportamento. **Rev. Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo: v. 10, n. 39, 215-30, 2002.

RICH, J. D. Health Issues in prisons and jails: implications for urban health. **Journal of Urban Health**: v.84, n.3, p. 316-18, 2007.

FONTANA-ROSA, J. C; COHEN, C. **Psicopatologia Forense na esfera penal**. In: COHEN, C, Ferraz, F. C, SEGRE, M. (orgs). Saúde mental, crime e justiça. 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 2006

SAMPAIO, P.C. Passagens. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**. São Paulo: v. 20, n. 1, p. 30-35, 2010.

SANTANA, A. F. F. A; CHIANCA, T. C. M; CARDOSO, C. S. Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. **Jor. Bras. Psiquiatria**. Rio de Janeiro: v. 58, n. 3, p. 187-94, 2009.

SANTOS, J. C. **Direito Penal: parte geral**. Curitiba: Lumen Juris, 2006.

SEGRE, M. **Introdução à criminologia**. In COHEN, C; FERRAZ, F. C; SEGRE, M. (org.). Saúde mental, crime e justiça. 2ª ed. revisada e atualizada. São Paulo: EDUSP, 2006.

SILVA, M. B. B. As pessoas em medida de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do plano nacional de saúde no sistema penitenciário. **Rev. Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**. São Paulo: v. 20, n. 1, p. 95-105, 2010.

SILVA, H. C. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência Goiana do PAILI. **Rev. Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**. São Paulo: v. 20, n. 1, p. 112- 15, 2010.

SILVEER, E. Punishment or treatment? Comparing the lengths of confinement of successful and unsuccessful insanity defendants. **Law and Human Behavior**: v. 18, p. 63-70, 1994.

SIMONETTI, G. **Ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti normativi e sociologici. Il caso di Montelupo Fiorentino**. L'altro diritto, Centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità 2006. <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/sanita/simonett/index.htm>. Acesso em 10/08/2014.

STALIN. **Materialismo dialético e materialismo histórico**. São Paulo: Global Editora, 1982.

STONE, H. M. **A cura da mente – a história da psiquiatria da antiguidade até o presente**. Artmed: Porto Alegre, 1999.

SUAPE, R. NAKAMAE, D. D. A dialética materialista na concepção progressista da realidade. **Texto e Contexto Enf**. Florianópolis: v.3, n. 1, p. 30-44, 1994.

TAVOLARO, D. **A cada do delírio: reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha**. São Paulo: SENAC, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VENTURINI. E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. **Rev. Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**. São Paulo: v. 20, n. 1, p. 138-51, 2010.

VENTURINI. E.; CASAGRANDE. D. , TORESINE. L. **O crime louco**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

WACQUANT, L. O lugar da prisão na nova administração da pobreza. **Novos estud.** – **CEBRAP**. São Paulo: v. 80, p. 9-19, 2008.

Roteiro para entrevista

Roteiro para funcionários do Hospital de Custódia

- 1- Nome
- 2- Cargo / Função
- 3- Tempo de trabalho no Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz (HCT)
- 4- Tipo de vínculo com a instituição - Concursado
 - Contratado
 - Cargo de confiança
 - Outro (especificar)
- 5- O que é para você um Hospital de Custódia e Tratamento?
- 6- Qual a função do HCT para o paciente e para a sociedade?
- 7- O que você pensa a respeito das pessoas que estão internadas aqui?
- 8- Que sugestões você faria para a melhoria da instituição?
- 9- Na sua avaliação, quais são os problemas mais frequentes da instituição?
- 10- Como se dá a relação, no dia a dia de trabalho, dos pacientes com os funcionários?
- 11- O que é para você medida de segurança?
- 12- Você classificaria o hospital como instituição de saúde ou uma instituição prisional?

Roteiro para entrevista com juízes

- 1- Nome
- 2- Tempo de magistratura
- 3- Comarca em que atua
- 4- Vara em que atua
- 5- Qual a função do HCT considerando o arcabouço legal que assegura seu funcionamento e sua função social?
- 6- O HCT vem atendendo sua função com eficácia?
- 7- O HCT é uma instituição prisional ou uma instituição de saúde?