

REALIDADE DE UM MANICÔMIO JUDICIÁRIO NA VISÃO DE PROFISSIONAIS: DO TRATAMENTO À SEGREGAÇÃO

THE REALITY OF A FORENSIC PSYCHIATRIC HOSPITAL ACCORDING TO ITS STAFF:
FROM TREATMENT TO SEGREGATION

REALIDAD DE UN MANICOMIO JUDICIAL EN LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES:
DEL TRATAMIENTO A LA SEGREGACIÓN

Ana Flávia Ferreira de Almeida Santana¹
Marília Alves²

¹ Psicóloga. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais –
EEUFMG. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem e do Programa
de Pós-Graduação da EEUFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Ana Flávia Ferreira de Almeida Santana. E-mail: anaflaviaffa@yahoo.com.br
Submetido em: 17/12/2014 Aprovado em: 12/05/2015

RESUMO

Objetivo: analisar as condições contextuais de um hospital de custódia e tratamento, focalizando sua organização como instituição responsável por promover a função de assistência à saúde e de segurança pública. **Método:** optou-se pelo método de estudo de caso de natureza qualitativa como estratégia de investigação que estuda um fenômeno no seu ambiente natural. Os sujeitos foram profissionais que trabalham em um hospital de custódia e tratamento (HCT) cuja finalidade é tratar e privar da liberdade pessoas submetidas à medida de segurança. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** a análise evidenciou a dualidade do HCT como instituição de saúde e ao mesmo tempo prisional, apresentando incompatibilidade de interesses entre suas funções. Os resultados foram agrupados nas categorias: caracterização e objetivos da instituição; trabalho em uma prisão ou em um hospital? As condições de trabalho; medida de segurança e pena. Os resultados mostraram que não houve consenso sobre a caracterização da instituição, que é relacionada a três diferentes modelos de equipamento social: penal, de saúde e misto. Foram evidenciadas precárias condições de trabalho, dificuldades em promover reinserção social, pouca adesão ao cumprimento de medidas de segurança e objetivos institucionais relacionados a funções punitivas e repressivas em detrimento das funções de atenção à saúde e cuidado. **Conclusão:** a posição dos profissionais reflete a representação da sociedade sobre a instituição como local de contenção e exclusão da loucura.

Palavras-chave: Assistência à Saúde; Crime; Direitos do Paciente; Saúde Mental.

ABSTRACT

The present study aims at analyzing the context of a forensic psychiatric hospital responsible for mental health care, as well as public security. This is a qualitative case study. The study subjects were professionals working at a Psychiatric Hospital for Custody and Treatment (HCT). This institution treats and detains individuals under security measures. Data were collected through interviews and submitted to content analysis. Data analysis emphasized the dual attribute of the HCT: mental care institution and prison. This characteristic revealed the conflicts between institutional interests and duties. The results were grouped in four categories: characterization and objectives of the institution; working in a prison or in a hospital and working conditions; security measures or punishment. The results demonstrated the difficulty to classify this type of institution: forensic, mental institution or both? In the hospital studied the researchers observed inadequate working conditions, difficulty in promoting social reintegration, failure to comply with security measures, and compliance with punitive and repressive objectives to the detriment of health care ones. In conclusion, the professionals' perspective reflects the general representation of the institution as a place of control and exclusion of insanity.

Keywords: Delivery of Health Care; Crime; Patient Rights; Mental Health.

RESUMEN

El presente estudio busca analizar las condiciones contextuales de un hospital de custodia y tratamiento (HCT), con el foco en su organización como institución responsable de promover la función de servicio de salud y seguridad pública. Se trata de un estudio de caso cualitativo como estrategia de investigación para analizar un fenómeno en su entorno natural. Los sujetos eran los profesionales que trabajaban en un HCT, cuyo propósito era el tratamiento y la privación de la libertad de personas sometidas a medidas de seguridad. Los datos eran recogidos a través de entrevistas y sometidos a análisis de contenido. El análisis pone en evidencia el carácter dudoso del HCT como institución de salud y carcelario al mismo tiempo, con incompatibilidad de intereses entre sus funciones. Los resultados eran agrupados en las siguientes categorías: caracterización y objetivos de la institución; ¿trabajo en una cárcel o en un hospital?; condiciones de trabajo y medidas de seguridad y pena. Los resultados muestran que no hay consenso sobre la caracterización de la institución, que se relaciona con tres modelos diferentes de equipos

sociales: penal, de salud y mixta. Se encontraron malas condiciones de trabajo, dificultades para promover la reinserción social, poca adherencia al cumplimiento de medidas de seguridad y objetivos institucionales relacionados con funciones punitivas y represivas en perjuicio de las funciones de atención sanitaria y cuidados de la salud. La postura de los profesionales refleja la representación social de la institución como un lugar de contención y exclusión de la locura.

Palabras clave: Prestación de Atención de Salud; Crimen; Derechos del Paciente; Salud Mental.

INTRODUÇÃO

Os manicômios judiciais (MJ), atualmente denominados hospitais de custódia e tratamento (HCT), foram criados no século XIX. Tinham como finalidade abrigar criminosos monomaniacos e degenerados, que comprometiam as intenções e funcionamento da defesa social. Os MJs assumiram características de presídio e de asilo, dupla vertente com a sobreposição de espaço prisional e asilar; penitenciário e hospitalar. O caráter ambíguo da instituição se reflete nas posturas profissionais, em função dos objetivos opostos aos quais cada vertente se destina, pois para a prisão enviamos culpados e o hospital recebe inocentes. Portanto, são instituições híbridas, com objetivos contraditórios e de difícil definição.^{1,2}

A judicialização da loucura, como um dos embates teórico-técnicos do campo da reforma psiquiátrica, necessita ser explorada para que a função social dos MJ possa ser compreendida. Teoricamente, as penas e as medidas de segurança (MS) possuem finalidades, modo de execução e condições de aplicação distintas. A pena é aplicada, exclusivamente, aos responsáveis por seus atos e edifica-se na culpabilidade do delinquente. Por outro lado, a MS tem como fundamento a periculosidade do agente e não a culpabilidade. É considerada eticamente neutra, desprovida de caráter aflitivo. No entanto, o estigma do perigo acompanha o sujeito, que necessita da comprovação da cessação de sua periculosidade pela perícia médica para obter a suspensão da MS.^{3,4}

Assim, o duplo objetivo dos manicômios de custodiar e tratar, teoricamente, não é motivado por um sistema punitivo, mas traz a questão da longa duração dos internamentos. Ilhas para contenção dos banidos pela sociedade foram construídas com o aval da defesa social. As promessas de condições de assistência e tratamento para os alienados, submetidos às restrições jurídicas, foram substituídas pela morte civil dos mesmos. E os manicômios não puderam oferecer aos internos nada além de sua inerente ambiguidade.²

A dúvida realidade social dessas instituições necessita ser compreendida. Além disso, é necessário pensar a formação e capacitação de profissionais para lidar com o conjunto de relações existentes entre crime e loucura, de maneira abrangente, a partir de suas características simbólicas e históricas. Faz-se necessária, também, a adoção de estratégias de análise das percepções e do contexto sociopolítico que mantém a instituição. Os discursos

dos sujeitos e a relação da instituição com a sociedade necessitam ser considerados nas práticas sociais atuais, que envolvem o encarceramento de pessoas portadoras de transtorno mental. Entende-se, neste estudo, por transtorno mental um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis associado a sofrimento e interferência com funções pessoais.⁵

A fusão da prisão e manicômio, duas instituições totais, que a sociedade moderna criou para manter o controle e a ordem social fez surgir na Europa, na segunda metade do século XIX, o manicômio judiciário. A primeira denominação dessa instituição total foi “manicômio criminal”. O primeiro manicômio criminal propriamente dito foi criado em 1857 na paróquia de Sandhurst, na Inglaterra, com a denominação de *Criminal Lunatic Asylum*. A experiência do manicômio criminal foi disseminada para o resto do mundo quase um século após a experiência da Inglaterra. Nos Estados Unidos, o primeiro manicômio criminal foi implantado no ano de 1855. No Brasil, no início do século XX surgiram as primeiras leis que orientaram a construção de manicômios criminais ou seções especiais para os loucos criminosos nos asilos.⁶

A implantação dos manicômios criminais esteve intimamente relacionada ao debate entre duas grandes escolas jurídicas: o movimento político-filosófico iluminista e a Escola Liberal Clássica do Direito Penal. O primeiro, desde o final do século XVIII até a metade do século XIX, registrou novo marco na definição dada pela lei para a conceituação do crime. Uma abordagem legalista para a aplicação das penas que, baseada em ideais humanitários, garantiu a individualização e proporcionalidade entre pena e delito. Já a Escola Liberal Clássica do Direito Penal, assim chamada por seus sucessores positivistas, fundamentou filosoficamente a concepção jurídica do delito e da responsabilidade penal à luz de concepções racionalistas, liberais e jusnaturalista.^{6,7}

A construção de manicômios criminais, no Brasil, ganhou relevância a partir de ideias oriundas do determinismo biológico da pessoa humana e da necessidade de controle e prevenção social. Com a reforma penal brasileira de 1984, o manicômio judiciário foi renomeado para “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”. O manicômio transformou-se em hospital destinado a tratamento e recuperação de pessoas. Mas não abandonou a necessidade de interferência do Estado, que mantém até hoje a necessidade de custodiar as pessoas ali internadas para se tratar. O “hospital” nunca esteve sob a

responsabilidade do Ministério da Saúde, mas do Ministério da Justiça. Assim, são, oficialmente, instituições penais não regidas pelas normas e diretrizes do SUS.^{6,7}

No Brasil só se tem a informação de um único censo sobre a população internada em HCT, no ano de 2011. Segundo esse levantamento, o país contava com 23 HCTs e três alas de tratamento psiquiátrico em complexos penitenciários. Nesses estabelecimentos estavam internados 3.989 indivíduos, dos quais 2.839 cumpriam medida de segurança, 117 em medida de segurança por conversão de pena e outros 1.033 em situação de internação temporária, aguardando realização de exame de sanidade mental ou decisão judicial para o andamento processual. A literatura internacional sobre manicômio judiciário é escassa e pouco específica, não permitindo conhecer seu funcionamento.^{6,7}

Neste estudo buscou-se o entendimento de que fatores e políticas mantêm o HCT como instituição de saúde e de segurança pública. Busca-se, também, a compreensão do papel dos profissionais nesse contexto. Parte-se da tese de que a instituição e os profissionais nela inseridos atuam, prioritariamente, sob a perspectiva do sistema de segurança pública em detrimento dos objetivos relacionados ao cuidado e saúde dos pacientes internados. Assim, tem-se como objetivo analisar as condições contextuais de um hospital de custódia e tratamento, focalizando sua organização como instituição responsável por promover a função de assistência à saúde e de segurança pública.

PERCURSO METODOLÓGICO

Optou-se por realizar estudo de caso de natureza qualitativa como estratégia de investigação, que estuda um fenômeno em seu ambiente natural. Trata-se de uma estratégia de investigação adequada quando se quer saber o “como” e o “porquê” de situações e acontecimentos atuais sobre os quais o investigador tem pouco ou nenhum controle. O estudo de caso permite ao pesquisador lidar com condições de um fenômeno, em seu contexto real, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são bem definidas e permitem a utilização de múltiplas fontes de evidência.⁸

Assim, foi realizado estudo de caso único em um HCT, instituição prestadora de serviço de custódia e assistência a presos, com o objetivo de fazer valer a internação e tratamentos psiquiátricos, terapêuticos e reeducativos de indivíduos de ambos os sexos, a partir de 18 anos.

Os sujeitos da pesquisa foram 20 profissionais de saúde, administrativos e de segurança do HCT (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes penitenciários e administrativos), visando buscar as convergências e divergências nas falas dos grupos de profissionais. Antes de iniciar a coleta de informações para a pesquisa, foi realizado estudo-piloto com cinco entrevistas, visando testar o entendimento das questões e

verificar o alcance dos objetivos. Após o teste, foram realizadas as alterações no roteiro. As entrevistas do estudo-piloto não foram incluídas na análise final dos dados. Foram perdidas quatro entrevistas, em função de falha mecânica e mau uso do material utilizado na gravação.

A amostra foi por conveniência. Os critérios de inclusão foram profissionais contratados, concursados ou que ocupam cargo de confiança, com tempo de atuação na instituição igual ou superior a seis meses e contato direto com os internos. O critério de saturação de dados foi usado como parâmetro para delimitação da amostra. As entrevistas foram identificadas por letras correspondentes à categoria profissional e número das entrevistas, como EM01 (entrevista Médico 01).

A coleta de dados foi obtida por meio de entrevistas no local de trabalho nos meses de agosto e setembro de 2012. Foram utilizados também documentos e observações, articulando informações. As entrevistas gravadas e transcritas foram submetidas à análise de conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, buscando a essência dos relatos por procedimentos sistemáticos e objetivos e descrição de conteúdo das mensagens. A análise de conteúdo possui como objeto a fala em seu aspecto individual e em ato da linguagem e procura compreender os sujeitos e/ou o ambiente, buscando o que está por trás das palavras e outras realidades por meio da mensagem transmitida.⁹

A análise dos dados seguiu três polos: pré-análise (organização do material e sistematização das primeiras ideias); exploração do material (codificação dos pontos identificados na primeira fase e sua categorização); e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (dados categorizados foram tratados de forma a ter significados, propiciando inferências e interpretações).⁹

Os resultados foram elaborados à luz da literatura sobre o tema, visando à interpretação da realidade expressa pelos profissionais entrevistados. Das análises emergiram as seguintes categorias: caracterização e objetivos da instituição; trabalho em uma prisão ou em um hospital?; as condições de trabalho; medida de segurança; e pena.^{9,10}

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), atendendo à Resolução 196/96, vigente à época da pesquisa sob o parecer nº 65593.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ressalta-se, inicialmente, que este estudo teve como principais limitações não ser passível de generalização para outros HCTs e a dificuldade de analisar a estrutura organizacional e o quadro de pessoal, tendo em vista que não foram disponibilizados o organograma e a relação de funcionários da institui-

ção. Assim, outros estudos quantitativos devem ser realizados sobre a população em medida de segurança no país; estudos comparados com outros países em um momento de grandes mudanças na atenção em saúde mental; sobre as diretrizes das Secretarias de Segurança Pública para os HCTs e mecanismos de financiamento.

CARACTERIZAÇÃO E OBJETIVOS DA INSTITUIÇÃO

Na primeira categoria foram discutidas características do HCT, do ponto de vista dos profissionais. Foi possível detectar que não houve consenso entre os mesmos sobre a caracterização da instituição e não foram encontradas diferenças nas falas dos três grupos de profissionais. Foi possível identificar três modelos para o HCT, ou seja, instituição mista, de saúde e prisional que, apesar de interligados, prevalecem distintos.

Ela é mista, né? Ela tenta ser de saúde, que deveria ser seu principal objetivo. Então é misto, mas tem essa coisa de estar confinado em celas. Cela pra mim tem a conotação de presídio, prisional (AP01).

O hospital, como o próprio nome diz, é um hospital, é para tratamento (EAE01).

Eu classifico como uma instituição prisional. Porque tem esse elemento coercitivo. Então, não pode ser uma instituição de saúde (EA01).

Como instituição mista, a parte destinada à saúde remeteu-se à função hospitalar e a parte destinada ao sistema prisional remeteu-se à função de segurança pública. A função hospitalar foi caracterizada, principalmente, por ter uma equipe de técnicos de saúde responsáveis pelos tratamentos e cuidados aos internos. O fato de existir uma situação de reclusão e isolamento social fez com que a vertente prisional fosse mais conhecida.

A existência de celas, agentes penitenciários, falta de liberdade e de procedimentos de segurança marcou a parte prisional, assim como o corpo clínico moldou o significado de ambiente hospitalar.

A vertente prisional e a vertente hospitalar não possuíam relação de unidade, somente de luta, embora uma dependa da outra. Cada uma atuou como se suas ações fossem independentes. A reciprocidade da ligação entre vertentes contrárias determinou uma incompatibilidade entre os interesses médicos e penais. Essas peculiaridades fizeram com que o HCT não pudesse ser considerado um único sistema material. Trata-se de dois sistemas em atrito, cuja definição foi difícil por suas características básicas, em função do atravessamento de objetivos opostos.

Sobre a funcionalidade das prisões, foi encontrado um arcabouço de grades e galerias, pois a prisão tem a vantagem de produzir delinquência, instrumento de controle e de pressão sobre a ilegalidade, peça não negligenciável no exercício de poder sobre os corpos.^{2,11,12}

Os relatos, na perspectiva dos profissionais, foram considerados reflexos do que a instituição representa para a sociedade: local de contenção de pessoas que precisam pagar pelo crime cometido e pela loucura que carregam. As falas reafirmaram a importância da instituição como hospital que custodiava a loucura a serviço do poder de punição diante da periculosidade dos pacientes, validando sua função social. Assim, a MS perdeu o foco da assistência sem qualquer intenção punitiva, reforçando o crime como a função de sintoma do estado perigoso do indivíduo.³

Em relação à saúde, a instituição foi descrita como local apropriado para resgatar os sujeitos da vulnerabilidade social que vivenciavam. Uma visão que não alcançou a dimensão da vulnerabilidade causada pelo isolamento social do HCT. Autores do século XVIII concebiam o manicômio como estabelecimento terapêutico, com poder de cura da alienação mental. Essa concepção criou o imperativo para a relação inequívoca entre tratamento e institucionalização.¹³ Outros autores, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica, descreveram a prática e eficácia da clínica antimanicomial. Descreveram, ainda, a incapacidade de o manicômio judiciário atingir seus objetivos terapêuticos, por privilegiar o objetivo de contenção e moralização.^{14,15}

Os relatos dos profissionais ressaltaram como principal importância social da instituição a custódia e a separação dos pacientes do convívio com outras pessoas fora do HCT.

Assim, a instituição tratava, mas seu principal objetivo era a privação da liberdade. A proteção que a instituição proporcionou à sociedade fez com que o tratamento se confundisse com isolamento. O estigma da loucura, a segregação daquilo que pode ser considerado ameaça apareceu de forma clara na fala dos entrevistados: *"você vai guardar a sociedade de um indivíduo perigoso, de um assassino, né? Ela está salva daquele elemento, aquela comunidade, aquele elemento ali não vai perturbar mais"* (EA01).

O precursor da antropologia criminal no século XIX, Lombroso, considerando o crime como ato cometido por seres humanos inferiores, animais, fez associação da relação entre o temor social que delinquentes causam e a necessidade de manutenção do aprisionamento desses sujeitos.¹⁶ O posicionamento dos entrevistados evidenciou resquícios do pensamento lombrosiano. Não houve processo de negação. As teorias e a ciência dos séculos XX e XXI não foram superadas para que novas práticas fossem aplicadas. A mudança de paradigmas sobre periculosidade e tratamento dos loucos não adentraram os muros do manicômio judiciário.¹⁶

Quanto à questão prisional, os relatos também sugeriram a disponibilização de local apropriado para o cumprimento de

pena dos internos. Partiram do princípio de que a instituição tem como meta deter pessoas que cometeram atos fora da lei. A instituição não perdeu a função de fazer expiar os erros cometidos pelos “pacientes/presos” (EAP01). Apareceu entrelaçada à instituição a noção de justiça social, a ser preservada e imposta para a garantia da ordem pública, prestando serviço de punição para a sociedade.

Os muros da instituição isolavam, por completo, o interior de suas dependências do mundo externo. O isolamento apareceu como resultado da reciprocidade entre a periculosidade dos pacientes e a necessidade de proteção da sociedade. Nesse sentido, o HCT caracterizou-se como instituição total, que inviabiliza ao sujeito participar do convívio social, retirando toda e qualquer possibilidade de interação com a realidade para além dos muros.¹

Ressalta-se que, para os entrevistados, o HCT mostrou-se instituído, sustentado pela ideia de proteção da sociedade, algo imutável, sem chance de ser revertido. E continuou preservando o passado da Psiquiatria e do (des)tratamento da loucura. Foram mantidas a estrutura física, a filosofia e a política de saúde, a despeito da orientação de novas leis que regulamentam o tratamento em saúde mental.^{17,18}

O hospital tem 80 anos, quer dizer, antes de eu nascer ele já existia aqui. [...] A instituição é doente de todas as maneiras, do aspecto físico, prédio, aparato físico, a arquitetura. Não pode mexer porque é patrimônio. [...] São pequenas coisas que, por ser patrimônio público, não pode mexer e que não se adapta mais à nossa necessidade na verdade (EP01).

Nessa fala foi explicitada a falta de movimento, a imutabilidade da instituição que não abriu espaço para o surgimento do novo. A imutabilidade da estrutura refletiu o modelo manicomial de tratamento como algo edificado, sem perspectivas de mudança.

A superficialidade dos movimentos em prol da ruptura daquilo que um dia caracterizou o tratamento da loucura impediu que o HCT fosse renovado e inovado e que seu funcionamento pudesse quebrar paradigmas que já se encontram em processo de mudança na sociedade. O argumento de ser patrimônio manteve estruturas físicas imutáveis como justificativa para a manutenção do HCT, como tem sido ao longo de décadas. Uma edificação classificada como patrimônio pode ser cuidada, reformada em seu interior de acordo com sua finalidade, preservando as características de rara beleza, mas o prédio sem reformas significa, principalmente, o manicômio parado no passado, degradante, imutável.

Estudiosos discutem a necessidade de movimentos para além da desconstrução dos muros dos manicômios. Dos muros simbólicos e das práticas. O ambiente fechado, característico de presídio, se contrapôs à necessidade de espaço para o

trabalho dos profissionais da saúde. Para os entrevistados, a organização do espaço físico interferiu no tratamento, produziu a ineficiência e a manutenção dos objetivos de um presídio.

Houve incômodo com as grades que encarceram, o que não impediu que as mesmas fossem tratadas como naturais e necessárias diante da periculosidade dos pacientes.^{2,14,19}

Relatos complementares sobre objetivos de educar os internos, criando condições de retorno à sociedade e fazer com que sejam transformados em “uma pessoa melhor”, não tiveram sustentação prática. A educação relatada não estava relacionada a questões pedagógicas ou trabalho intelectual, mas em adestrar e polir comportamentos socialmente desviantes. O aspecto maniqueísta entre o bem e mal apareceu, evidenciando questões éticas entre o que é moralmente positivo e/ou negativo. O objetivo ideológico da instituição foi explicitado como forma de normatizar os sujeitos, como convencionado pelo poder dominante do que seria o bem e do que seria o mal ou o indesejável socialmente.^{20,21}

A disciplina foi utilizada como mecanismo de sujeição, pois pretende produzir a obediência e a utilidade dos homens.²⁰ A coerção exercida pela disciplinarização manipula comportamentos e gestos, manipula corpos submissos e dóceis. Neste sentido, no HCT, o abandono e a exclusão foram destacados. Abandono dos pacientes entregues a internações indeterminadas e abandono do arcabouço institucional. A relação entre a loucura e exclusão teve como produto o abandono. A falta de amparo do poder estatal, a negligência das famílias de origem e a renúncia da sociedade marcaram de forma definitiva a situação de abandono dos pacientes, como a seguir:

“É um lugar de abandono, na maioria das vezes. Na avaliação de sanidade mental, já ganha o rótulo de doído, de louco. A família abandona, ninguém quer porque dá trabalho” (EAS01).

A unanimidade dos relatos no tocante ao HCT só foi rompida por um dos entrevistados, que se colocou contra a existência desse tipo de instituição. Em sua visão, o HCT era um lugar de segregação, que destituía o sujeito de tudo que é seu, tornando-o um “objeto de manipulação [...]” (EP03). *Uma “prisão” perpétua para aqueles que são indesejáveis para a sociedade [...]”* (EP03). Para o profissional, a extinção da instituição era a única solução para o problema da segregação, embora fosse medida de longo prazo, se houvesse interesse.

TRABALHO EM UMA PRISÃO OU EM UM HOSPITAL? AS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Nesta categoria foram discutidos o trabalho e a inserção dos profissionais da saúde na instituição. A primeira característica encontrada foi a falta de interação entre os profissionais de

saúde. A atuação solitária e a inexistência de reuniões para discutir o trabalho levaram à falta de interlocução entre os profissionais, que atuaram da maneira que lhes pareceu conveniente, sem planejamento. Esse cenário interferiu no trabalho, não havia espaço físico ou institucional para discutir questões vivenciadas pelos profissionais, nem espaço para adequações de ações, favorecendo agrupamentos paralelos, por conveniência. Como consequência, não havia planos de tratamento e o interno era atendido pelos profissionais de forma aleatória, sem direcionamento: *“Uma falta também de integração da equipe que trata dos pacientes. Cada um por si, não tem uma coisa global... Realmente não há trabalho em equipe mesmo, não”* (EM02).

Foi evidenciado que não havia qualquer tipo de preparação para o ingresso no HCT. As respostas mostraram falta de conhecimento no início da prática profissional e ausência de programas de capacitação ou orientação sobre o trabalho a ser desenvolvido. Além do despreparo, havia o desconhecimento dos objetivos e da realidade do HCT, que faziam com que os profissionais se sentissem desamparados e solitários. Houve unanimidade entre os entrevistados sobre a necessidade de cursos preparatórios, treinamentos específicos, que tornassem possível o direcionamento das ações de acordo com as necessidades da instituição.

Escassez de recursos materiais e humanos foi um aspecto destacado, que assumiu proporções ainda maiores pela má distribuição da carga de trabalho. A dificuldade para manter o quadro de pessoal completo foi atribuída aos baixos salários. Os entrevistados queixaram-se do número insuficiente de profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, psiquiatras e peritos, e sobrecarga de trabalho, que é comum em outras instituições de saúde, mas que no HCT assume grandes proporções, principalmente para elaborar laudos periciais sobre a periculosidade ou não dos pacientes.

Assim, questionamo-nos como uma instituição que pretende tratar pode funcionar com escassez de profissionais médicos e sem quadro suficiente de pessoal da enfermagem, uma dificuldade real para cuidar dos pacientes. A escassez não justificou a falta de atendimento, mas foi usada como argumento para não cuidar adequadamente dos pacientes. Nos momentos de crise ou de qualquer tipo de urgência, não havia um profissional responsável por atender às necessidades dos pacientes. O número maior de agentes penitenciários evidenciou que estes assumiam a linha de frente no cotidiano da instituição. Havia, também, desvio de função e os pacientes não eram atendidos em suas necessidades. Essas questões não demonstraram respostas conclusivas, mas realçaram inúmeras contradições apresentadas pelo HCT.²²

Os respondentes salientaram diversas questões relacionadas às condições de trabalho para o atendimento à saúde prestado aos pacientes. Percebeu-se esforço dos profissionais no

tratamento dispensado no HCT, embora permeado de equívocos. O acompanhamento do paciente durante a internação e no retorno à sociedade foi destacado como função da instituição, como benefício para os mesmos. No entanto, ficou implícito que, paralelamente ao tratamento, existia a ideia da punição estabelecida como primeiro objetivo, ficando o tratamento como um complemento à pena. *“Eu acho que dificilmente um hospital com essa estrutura vai conseguir recuperar alguém, tratar de alguém. Num ambiente fechado, assim... Mais pra presidio do que para hospital”* (EM02).

A medida de segurança assumiu duplo sistema de proteção estabelecido pela justiça para a execução do castigo imposto. O sistema de justiça colocou em funcionamento um mecanismo administrativo que fez da execução da pena um ser autônomo. Houve remanejamento do poder de punir, que assumiu a necessidade de cuidar do sujeito, mas não se distanciou da economia do poder do suplício da alma.^{2,20}

A literatura mostra que a concepção de tratamento explicitada por esses profissionais está na contramão da história e das atuais experiências no campo da saúde mental, influenciadas pelos movimentos antimanicômiais. Esses movimentos objetivam desconstruir a estrutura física e a simbologia dos manicômios, sustentam um trabalho contrário à exclusão social, apostando na singularidade e cidadania dos pacientes.^{14,15}

Um recorte sobre a história da loucura constatou que o confinamento tem como consequência a anulação da subjetividade do paciente e ressaltou a importância de ações que não permitam que a clínica da saúde mental fosse instrumento de controle social.¹²

Os relatos permitiram identificar que os profissionais utilizaram como parâmetro para o tratamento dos internos o que é realizado em outras unidades prisionais. Existiu uma inversão de valores aplicada aos pacientes do HCT. A reclusão, o tratamento compulsório e a rigidez da rotina institucional foram considerados úteis e positivos, mas só para pessoas marginalizadas. Houve, ainda, imprecisão de conhecimentos da maioria dos profissionais sobre tratamento de pacientes psiquiátricos. Práticas e conceitos superados ainda foram reproduzidos com alguns arranjos.

Em oposição, outros profissionais disseram não acreditar na eficácia do tratamento no HCT. A falta de investimento nos profissionais de saúde e de diálogo entre os mesmos foi destacada como fator que inviabiliza o alcance dos objetivos relacionados à saúde, levando à realização de ações isoladas, contraditórias e até mesmo incompatíveis.

Assim, as condições de trabalho mostraram-se mais próximas das de um ambiente prisional, inviabilizando a proposta de tratamento e recuperação dos pacientes. Houve, ainda, falta de compromisso com o tratamento: *“fechando o paciente, atende ali alguns minutinhos para ver se ele está bom, se num tá bom,*

sabe? [...]” (EP02). Portanto, identificou-se a realização de procedimentos triviais que não atendem às carências dos pacientes.

A necessidade da reinserção social do paciente foi reconhecida pelos profissionais, embora não houvesse ações efetivas para tal. A descrença dos profissionais na viabilidade de reinserir os pacientes impedia ações efetivas, apesar de movimentos incipientes para que a internação no HCT deixasse de ser perpétua. As justificativas apresentadas que tiveram algum fundamento assentaram-se na falta de estrutura e despreparo social e governamental para garantir o direito à reinserção social do paciente, o que fez com que muitos permanecessem, desnecessariamente, internados.

Pensavam ser melhor que o paciente permanecesse internado a ficar pelas ruas. A literatura sobre ressocialização sugere um projeto que construa laços entre o paciente e a cidade. Um trabalho que possa garantir a imersão no espaço cultural.^{21,22}

Outro fator decisivo foi a falta constante de medicação, mencionada pelos profissionais como uma dificuldade para a evolução do tratamento dos pacientes, tendo em vista que terapias medicamentosas eram iniciadas e interrompidas, gerando desequilíbrio dos pacientes psiquiátricos. Abordaram, também, a inexistência de medicação individualizada, uma vez que todos os pacientes tomavam medicação padrão, variando somente a dosagem. Segundo os entrevistados, não havia avaliação caso a caso para medicação: *“A farmácia é precária, não tem pessoal qualificado pra trabalhar, falta muito medicamento”* (EE01).

Alguns profissionais afirmaram que a medicação era o pilar do tratamento dos pacientes e que era fonte de segurança para a equipe de saúde, principalmente médicos. Os relatos indicaram que o tratamento medicamentoso era prioritário e tinha como foco a manutenção da estabilidade do paciente. A medicação era utilizada para abrandar os sintomas psiquiátricos. Além da terapia medicamentosa, havia poucos recursos terapêuticos.

Ao discutir tratamentos ainda hoje dispensados pela Psiquiatria, a literatura destaca a contradição existente em um mesmo paradigma: de um lado está o tratamento e do outro está o cuidar.²² No que diz respeito ao tratamento, as terapêuticas têm como foco a eliminação de sintomas, visando alcançar a adaptação social do paciente. Isso leva à busca da sua “estabilização” com a diminuição do número de crises. Nesse sentido, a internação hospitalar assume papel privilegiado e, assim, o tratamento medicamentoso é visto como principal oportunidade para minimizar o quadro sintomático.²²

Segundo um dos entrevistados, as atuais recomendações legais, teóricas e técnicas para a assistência e cuidado em saúde mental estavam sendo desconsideradas no HCT.

Sustentado em um tratamento basicamente farmacológico, com fortes influências do modelo hospitalocêntrico, o HCT ignorava princípios fundamentais da Lei 10.216, que trata da proteção e dos direitos de pessoas portadoras de transtornos

mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ao redirecionar o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil, esta lei define, entre outros direitos, acesso a melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do sujeito, priorizando a inserção na família, no trabalho e na comunidade. Define ainda cuidados especiais à clientela de longa permanência, sem descartar a possibilidade de punição para a internação involuntária e/ou desnecessária.²³

MEDIDA DE SEGURANÇA E PENA

Nesta categoria foi discutido o dilema central para a instituição: louco ou criminoso? Martelo batido, sentença definida: para os loucos criminosos, as contradições do Manicômio Judiciário.

A análise das entrevistas com os profissionais possibilitou melhor compreensão do contexto institucional. Os movimentos, em sua quase totalidade, refletiram acumulações ligadas a conceitos, preconceitos e pré-julgamentos 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 foi o desconhecimento dos profissionais sobre a definição jurídica de medida de segurança que, conseqüentemente, ignoravam os fundamentos da aplicação da sanção penal.

Houve um mistifório de conceitos e suposições que não alcançaram os objetivos teóricos e práticos de sua aplicação. Não houve clareza sobre medidas de segurança como sanções penais destinadas aos autores de um injusto penal punível, embora não culpável, em razão da inimputabilidade do agente:^{21,24} *“Mas eu acho que a justiça tem que ser feita, sabe? E se ele cometeu um crime, ele tem que pagar por ele. Ainda que ele não tenha noção”* (EA01).

Mesmo admitindo a incapacidade dos pacientes, os profissionais expressaram a ideia da maioria: eram incapazes de distinguir o caráter ilícito dos próprios atos em função da doença, mas cometeram um crime e deveriam ser punidos. Reproduziram um paradigma social, perpetuando as bases da chamada pena das sociedades civilizadas. A moderna tecnologia de punir foi caracterizada no imaginário popular a partir do controle de um sistema punitivo engendrado a partir do poder das classes dominantes que fizeram da alma uma prisão do corpo dos condenados. Os profissionais não aceitaram a exclusão da culpabilidade, como prevê o código penal. Conseqüentemente, não foi extinta a noção de punibilidade.^{20,25}

Os profissionais que tinham algum conhecimento técnico na área do Direito Penal também não distinguiram a culpabilidade como fundamento da pena e como conceito contrário à responsabilidade objetiva. Apesar da medida de segurança implicar assistência e tratamento do sujeito sem intenção punitiva, o HCT, como qualquer unidade prisional, exercia a privação

da liberdade. Existiu reciprocidade da ligação entre tratamento e punição, fazendo do HCT local privilegiado para a ação entre estes contraditórios.

Os desencontros entre a teoria do Direito Penal e a prática das sanções penais fomentaram ainda mais as contradições da instituição. O nome medida de segurança dado à sanção penal foi tomado no sentido literal pelos profissionais: tratava-se de segurança para a sociedade. *"Pessoas 'perigosas' que podem comprometer a ordem social precisam ser afastadas e reclusas, visando o bem-estar social [...]"* (EM02).

Assim, a internação teve como função a retirada do paciente do convívio social.

A literatura indica um percurso histórico de aproximação entre crime e loucura. E os profissionais de saúde e de segurança perpetuaram essa aproximação, passando a considerar o crime uma manifestação de doença mental. A inserção dos saberes da Psiquiatria na máquina judiciária fez com que o homem fosse desenhado por meio dos perfis morais do pensamento e do comportamento. Comportamentos até então considerados criminosos assumiram o lugar de objeto de reflexão, que incorporaram à loucura a marca da crueldade, da indisciplina e da periculosidade. Nesse sentido, a ligação entre crime e loucura foi reproduzida, sem uma posição crítica.² Há que se repensar o modelo assistencial do HCT, envolvendo a macro e microestrutura.

CONCLUSÃO

Os resultados revelaram que existem dubiedades quanto ao HCT, responsável por custodiar e tratar os internos, pois a instituição não consegue responder de forma equânime aos seus objetivos de tratar e vigiar. São dois polos distintos, que se chocam pelas funções opostas e complementares, dificultando o trabalho conjunto de profissionais de saúde e de segurança, encarregados de operar o sistema. A criação de uma instituição médico-penal tem como foco o trabalho compartilhado de profissionais das duas áreas, mas os profissionais não estabelecem a complementaridade, prevalecendo ações de vigilância dos internos em detrimento dos cuidados de saúde. A medida de segurança, para os profissionais, configura-se como uma sanção penal comum.

As duas áreas implicadas 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, reconhecido pela sociedade e essencial para a organização social. Juntos, esses conhecimentos necessitam dividir espaço, ceder parte dos holofotes direcionados para a sua importância, abrir mão do controle da situação, o que resulta, não raro, no desinteresse em perseguir os objetivos ini-

ciais. A divisão de interesses pode fazer com que não haja um meio termo que garanta as ideologias (no sentido marxista do termo) individuais. A falta de consenso provoca o movimento de anulação mútua entre os dois polos de poder da instituição.

A medida de segurança, que tem a perspectiva de ser temporária, muitas vezes se apresenta como exclusão permanente da sociedade. Não há projetos terapêuticos singulares para os pacientes, mas quase exclusivamente a terapia medicamentosa para minimizar comportamentos indesejáveis. Os profissionais de saúde mental do HCT não acreditam na eficiência e eficácia dos tratamentos realizados, cumprem a rotina de trabalho administrando medicamentos, realizando perícias para atender ao Judiciário e colaborando com a vigilância, alheios aos internos, que são vigiados em caráter permanente. Os profissionais de saúde estão presentes quase simbolicamente, mas os pacientes não se beneficiam com as práticas e saberes destes.

As discussões deste artigo podem trazer contribuições para a organização, planejamento e capacitação dos profissionais do HCT. A abordagem das questões pode dar início a uma postura mais profissional e humana na relação com os pacientes. E, ainda, a revisão dos processos de trabalho e do cuidado pode trazer mais comprometimento e satisfação dos profissionais de saúde com o trabalho, pois o abandono não é só dos internos, mas também dos profissionais e da instituição. O artigo pode ainda indicar a necessidade de novas pesquisas sobre os manicômios judiciários, instituições pouco estudadas e que permanecem sob a sombra de uma história sombria.

REFERÊNCIAS

1. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 2008.
2. Carrara S. Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1998.
3. Peres MFT, Nery AF. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. Rev Hist Cienc Saúde-Manguinhos. 2002; 9(2):335-55.
4. Barros-Brisset FO. Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010; 20(1):83-9.
5. Organização Mundial de Saúde. CID 10: classificação de transtornos mentais e de comportamento. São Paulo: EdUSP; 1994.
6. Harvey G, Lindqvist P. Forensic psychiatry in Europe. Psychiatr Bul. 2007; 31:421-4.
7. Diniz D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil. Brasília: UnB; 2013.
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento de métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Marx K, Engels F. Cartas filosóficas e outros escritos. São Paulo: Grijalbo; 1977.
11. Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 2004.
12. Sampaio PC. Passagens. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010; 20(1):30-5.
13. Pinel JJP. Biopsicologia. Porto Alegre: Artimed; 2005.
14. Lobosque AM. Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond; 2003.

15. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1995.
 16. Lombroso C. O homem delinquente. São Paulo: Ícone; 2007.
 17. Barros FO. Democracia, liberdade e responsabilidade: o que a loucura ensina sobre as ficções jurídicas. In: Conselho Federal de Psicologia. Loucura ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p.112-36.
 18. Silveir E. Punishment or treatment? Comparing the lengths of confinement of successful and unsuccessful insanity defendants. *Law Hum Behav.* 1994; 18(1):63-70.
 19. Barreto BA, Valença AM, Jozef F, Mecler K. Periculosidade e responsabilidade penal na esquizofrenia. *J Bras Psiquiat.* 2004; 53(5):302-8.
 20. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.
 21. Moran R. *Knowing right from wrong: the insanity defense of Daniel McNaughtan.* New York: The Free Press; 1981.
 22. Venturine E, Casagrande D, Toresine L. O crime louco. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2012.
 23. Brasil. Lei 10.216 de 6 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 [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 9 abr. 2001, Seção 1, p.2.
 24. Jacobina PV. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. *Rev Direito Sanit.* 2004; 5(1):67-85.
 25. Cohen C. Medida de segurança. In: Cohen C, Ferraz FC, Segre M, organizadores. Saúde mental, crime e justiça. São Paulo: EDUSP; 2006. p 123-9.
-