



VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM MANICÔMIO JUDICIÁRIO E A VISÃO SOBRE OS PACIENTES

HEALTH PROFESSIONALS EXPERIENCES IN A JUDICIAL ASYLUM AND THEIR VIEW ABOUT THE PATIENTS

EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN UN MANICOMIO JUDICIAL Y LA VISIÓN SOBRE LOS PACIENTES

Ana Flávia Ferreira de Almeida Santana¹, Marília Alves²

RESUMO

Objetivo: compreender as vivências de profissionais de saúde do Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz (HCTJV) e a visão destes sobre os pacientes. **Método:** estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, fundamentado pelo método dialético, com profissionais de saúde que trabalham no manicômio judiciário. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas e submetidos à técnica de Análise de conteúdo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo nº 65593. **Resultados:** os profissionais de saúde vivenciam o trabalho sob a lógica do tratamento e da segregação das pessoas, ora pacientes psiquiátricos ora criminosos, refletindo a dubiedade da instituição. A percepção dos trabalhadores da saúde sobre os pacientes evidenciou três caracterizações: pacientes com transtornos mentais, criminosos e portadores de capacidade e incapacidade. **Conclusão:** os profissionais associam a caracterização dos pacientes à sua condição social. A loucura associada ao crime e ao perigo é reproduzida como estigma, refletindo na forma como é dispensado o cuidado em saúde. **Descritores:** Assistência à Saúde; Crime; Internação Compulsória de Doente Mental; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: to understand the experiences of healthcare professionals in Custody and Treatment Hospital Jorge Vaz (HCTJV) and their view about the patients. **Method:** exploratory and descriptive study with a qualitative approach, based on the dialectical method, with health professionals working in the judicial asylum. Data were produced through interviews and submitted to the technique of content analysis. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol Number 65593. **Results:** health professionals experience working under the logic of treatment and segregation of people, psychiatric or criminal patients, reflecting the ambiguity of the institution. The perception of health workers about patients showed three characterizations: patients with mental disorders, criminals and people with ability and disability. **Conclusion:** the professionals associate characterization of patients to their social condition. The madness associated with crime and danger is reproduced as stigma, reflecting the way how health care is dispensed. **Descriptors:** Health Care; Crime; Compulsory Hospitalization to Mental Sick Person; Patient's Care Team.

RESUMEN

Objetivo: comprender las experiencias de profesionales de salud del Hospital de Custodia y Tratamiento Jorge Vaz (HCTJV) y la visión de estos sobre los pacientes. **Método:** estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo, fundamentado por el método dialéctico, con profesionales de salud que trabajan en el manicomio judicial. Los datos fueron producidos por medio de entrevistas, sometidos a la técnica de Análisis de contenido. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, Protocolo nº 65593. **Resultados:** los profesionales de salud viven el trabajo sobre la lógica del tratamiento y de la segregación de las personas, tanto pacientes psiquiátricos como criminosos, reflejando la ambigüedad de la institución. La percepción de los trabajadores de la salud sobre los pacientes mostró tres caracterizaciones: pacientes con trastornos mentales, criminosos y portadores de capacidad e incapacidad. **Conclusión:** los profesionales asocian la caracterización de los pacientes a su condición social. La locura asociada al crimen y al peligro es reproducida como estigma, reflejando en la forma como es dispensado el cuidado en salud. **Descriptor:** Asistencia a la Salud; Crimen; Internación Compulsiva del Enfermo Mental; Equipo de Asistencia al Paciente.

¹Psicóloga, Tribunal de Justiça de Minas Gerais, Mestre, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação / Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: anaflaviaffa@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Titular, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Pesquisadora do CNPq. E-mail: marilix@enf.ufmg.br

INTRODUÇÃO

Os manicômios judiciais, hoje denominados hospitais de custódia e tratamento, foram projetados no século XIX para abrigar os criminosos monomaniacos 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 irresponsabilidade e a responsabilidade moral. Diante das circunstâncias, o manicômio judiciário assumiu características de presídio e de asilo e essa dupla vertente caracteriza a sobreposição de um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar. O caráter ambíguo da instituição reflete nas posturas dos profissionais e isto aconteceu em função dos objetivos opostos aos quais cada vertente se destina, pois “para a prisão enviamos culpados; o hospital ou hospício recebe inocentes”^{1:27}. Os manicômios judiciais são instituições híbridas, com objetivos contraditórios, de difícil definição.

O duplo objetivo dos manicômios de custodiar e tratar que, teoricamente, não é motivado por um sistema punitivo, traz como questão as longas durações dos internamentos. Ilhas para contenção dos banidos pela sociedade foram construídas sob 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 destes. Os manicômios judiciais não puderam oferecer aos internos nada além de sua inerente ambiguidade.²⁻⁴

A dúbia realidade social desta instituição necessita ser compreendida, assim como a formação de profissionais para lidar com o conjunto de relações existentes entre o crime e a loucura a partir de suas características simbólicas e históricas. Faz-se necessário um esforço para construir estratégias de análise dos discursos e do contexto sociopolítico que mantém a instituição.

Os discursos dos profissionais de saúde como da equipe de enfermagem, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, odontólogos e outros, responsáveis pela atenção à saúde, necessitam ser considerados na construção das práticas sociais que envolvem o encarceramento de pessoas em manicômios judiciais. Apesar da ideia multiprofissional na composição das equipes, na realidade cada profissão trabalha isoladamente e as respostas às necessidades da clientela são menores que as esperadas,

perpetuando as dificuldades de atenção à saúde e inclusão.

Os manicômios judiciais são mantidos no Brasil em uma estrutura que integra e mistura funções de uma 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 e 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). Ao sujeito penalmente culpável aplica-se uma pena e ao socialmente perigoso uma MS. Teoricamente, as penas e as MS possuem finalidades, condições de aplicação e modo de execução distintos. A pena é aplicada aos responsáveis por seus atos e edifica-se na culpabilidade do delinquente. É caracterizada como sanção penal repressiva, possui cunho retributivo, com intenção aflitiva e proporcional à gravidade do ato cometido. Não tem como foco a cura e por repousar sobre ele a culpa, objetiva a punição.⁵⁻⁶

Por sua vez, 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 qualquer intenção punitiva. Trata-se de uma tentativa de garantir um tratamento para o sujeito, sem causar-lhe mal. 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 determinado de duração. Diante dessa situação, o que ocorre na prática, em muitos casos, é que o sujeito fica recluso como em uma condenação de prisão perpétua. 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. A revogação da medida só acontecerá caso o sujeito, após um ano de sua liberação, não tenha dado indícios da persistência de sua periculosidade.⁷⁻¹⁰

Este estudo busca oferecer subsídios para a compreensão das ações de saúde praticadas pelos profissionais encarregados de atender os internos, tendo em vista que sua formação nem sempre abrange cuidados ou tratamentos a pacientes sob custódia do Estado; ainda, treinamentos são escassos, o que pode levar os profissionais de saúde a se sentirem excluídos, assim como sua clientela. Trata-se de um espaço de trabalho pouco reconhecido

Santana AFFA, Alves M.

e valorizado pela sociedade e os profissionais nele inseridos vivenciam situações de impotência e abandono, com poucas possibilidades de realizar um trabalho socialmente reconhecido. Assim, este estudo tem como objetivo:

- Compreender as vivências de profissionais de saúde do Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz (HCTJV) e a visão destes sobre os pacientes.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Diante das contradições vivenciadas pelos profissionais de saúde, 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 apontou um caminho para a compreensão e, consequente, possibilidade de transformação do trabalho dos profissionais de saúde que atuam no HCTJV, tendo em vista que o MHD está associado ao fato de compreender a realidade a fim de transformá-la.¹¹⁻²

O Cenário de estudo 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. A instituição está subordinada à Secretaria de Estado de Defesa Social do estado de Minas Gerais (SEDS). É 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.

Os sujeitos da pesquisa foram 11 profissionais de saúde que atuam no HCTJV e as entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho nos meses de agosto e setembro de 2012. A amostra do estudo foi por conveniência e o critério de saturação de dados foi usado para delimitar o número de entrevistados.

A produção de dados foi realizada por meio de análise de documentos, entrevistas e observação simples. As entrevistas foram gravadas e transcritas e submetidas à análise de conteúdo com abordagem temática. Foram utilizados também documentos e observações, articulando informações para enriquecimento do texto. 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,

Vivências de profissionais de saúde em um manicômio...

vigente à época da coleta de dados, sob o parecer nº 65593.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os relatos dos profissionais entrevistados evidenciaram três principais caracterizações dos internos do HCT: pacientes com transtornos mentais que necessitam de tratamento, paciente como criminoso e a relação entre capacidade e incapacidade que, em síntese, estrutura o modo de operar a visão dos profissionais sobre os pacientes.

Na primeira caracterização, os internos ou pacientes com transtornos mentais necessitam de tratamento psiquiátrico, reforçando a ideia de que são seres humanos e que devem ser respeitados e tratados como tal. Independente do crime cometido e da impossibilidade de convívio social, os pacientes devem ser respeitados.

Para mim, são pacientes. São seres humanos... A distorção do comportamento foi tão grave que ficou impossível a convivência. Então, são pacientes, independente se o crime foi leve, se foi só uma tentativa, se foi hediondo, a minha visão é a mesma. E o respeito que tenho por eles é igual. Muitas pessoas perguntam "Você chega a ter medo?" Não, não tenho medo de paciente, tenho medo é do que não consigo ou não posso fazer por ele. (EP1)

O profissional relata acreditar que as pessoas são internadas no HCT para tratamento psiquiátrico e são merecedoras de respeito, independente do ato cometido. A necessidade de tratamento e, ao mesmo tempo, ter apresentado uma distorção de comportamento grave não podem romper com a perspectiva do ser humano, que deve ser respeitada. A denominação "paciente", utilizada de forma generalizada pelos profissionais, emerge dos relatos dos sujeitos sobre os cuidados de saúde. Estes relatos dos profissionais são fruto da repercussão da luta e dos ideais do movimento da reforma psiquiátrica, que evidencia a necessidade de assistência integral, eficaz e humanizada em saúde mental.

Apesar de os internos serem considerados pessoas "doentes" e necessitarem de tratamento de saúde, a periculosidade continua sendo uma característica inerente. O estigma do crime, com a consequente punição, não descola da figura do paciente. A segunda caracterização indica se tratar de um doente mental e ao mesmo tempo criminoso. O fato de ter cometido um crime os obriga a expiar sua culpa e faz com que os pacientes não possam ser somente pacientes, pois

Santana AFFA, Alves M.

também são criminosos, como nas falas a seguir:

Nós temos a visão de que eles são doentes, pacientes, por que pra nós não são presos, são pacientes e a gente os trata como doentes, a gente tem todo o respeito e carinho com eles, 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)
(...) Como ser humano que precisa ser atendido em suas necessidades é o nosso objetivo aqui. Agora, o que ele fez lá fora, a parte judicial, não cabe a nós, cabe ao juiz e outras autoridades. (EE1)

Semelhante à dubiedade do manicômio, os pacientes, também, ocupam papéis dúbios e misturados: são pacientes, por necessitarem de tratamento, e são criminosos, por terem infringido leis. Para os entrevistados, é uma clientela “diferenciada” porque não pode ser definida somente como criminosa ou psiquiátrica. Paralelamente, o transtorno mental decreta a definição de criminosos, loucos e perigosos; a loucura implica cuidado e perigo e os atos praticados reforçam os riscos e o perigo. Nos relatos, a condição de humano e de paciente indica a obrigatoriedade de tratamento de saúde. Porém, este ser humano carrega a mácula do crime. De forma contraditória, o profissional diz não ter competência para imputar responsabilidades sobre os atos cometidos pelos pacientes, mas decreta que são merecedores de punição. Como profissional de saúde alega não poder se posicionar em relação às questões jurídicas do paciente, embora como cidadão julgue necessária a penalização daquele que cometeu um erro. A nosso ver, a dubiedade se estende à denominação de hospital de custódia e tratamento que a sociedade não incorporou e continua chamando a instituição de manicômio.

Chama atenção 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”^{13:19}. O medo em torno do perigo da reincidência dos loucos vai além da possibilidade de cometer novos crimes, porque paira sobre a incerteza que a loucura provoca. 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 passou a ser relacionado à saúde mental do sujeito e a relação entre loucura e criminalidade funcionou como aval para o destaque do

Vivências de profissionais de saúde em um manicômio...

caráter perigoso e violento dos doentes criminosos, justificativa para a necessidade de tratamento.¹⁴⁻¹⁵

A presunção da periculosidade dos pacientes do HCT extrapola a lei e é generalizada até mesmo entre profissionais da saúde. A ideia do perigo que o louco infrator representa para a sociedade tornou-se um paradigma, uma regra. A loucura, como o oposto da razão, desnuda o ideal positivista que afirma a racionalidade inerente ao ser humano.

A terceira caracterização que emergiu das entrevistas é a dualidade entre capacidade e incapacidade. O estigma da incapacidade caracteriza os pacientes, que são vistos como pessoas não aptas a reger a própria vida. Há um movimento de infantilização, de sentido pejorativo, que retira responsabilidades e capacidades jurídicas e sociais dos pacientes, como na fala a seguir:

São meus meninos e minhas meninas. Eu falo pra eles que eu tenho, e tem uns que falam não eu já sou homem. Aí eu falo não menino e menina que dá trabalho, mulher num dá trabalho, já está com caráter formado e vai pra frente, você ainda são meninos e meninas. (EA51)

É clara a explicitação dos pacientes como crianças. Crianças levadas, que dão “trabalho” e que não possuem “caráter formado” e não estão aptas a ir para frente, o que compromete a reinserção na sociedade. A concepção de criança é de um ser incapaz de compreender sua realidade e responder pelos próprios atos. Além disto, é negada ao sujeito sua identidade como homem ou mulher. Há um choque entre opostos em que adultos são tratados como crianças em função de sua condição psíquica. Ao discutir as instituições totais, Goffman¹³ 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, é despido de tudo aquilo que lhe servia como referência e é deposto dos papéis que exercia na sociedade.

Os ordenamentos jurídicos classificam a incapacidade do louco e suas consequências com a intenção de resguardar a segurança das relações sociais, definindo quem tem capacidade para praticar atos da vida civil ou na esfera penal. O tratamento da loucura justifica-se pela falta de razão do sujeito e por sua suposta incapacidade de reger a própria vida. A lei reza que os loucos, assim como as crianças, no âmbito civil, são incapazes de praticar atos jurídicos e na

Santana AFFA, Alves M.

esfera penal são inimputáveis, não praticam crimes.¹⁶⁻¹⁷

Na legislação brasileira, nos dias de hoje, o que gira em torno da loucura e da figura do louco é a objetividade da responsabilidade pelos atos cometidos. O centro da questão é o limite da conceituação do que seria “culpa” para a determinação do que seria ato ilícito, tanto na esfera penal como cível. E o louco continua sendo tratado como sujeito sem culpa, mas incapaz de exercer seus atos de forma responsável.¹⁷⁻¹⁸ Assim, a norma social infere a equivalência entre incapacidade e loucura, assim como equivalência entre incapacidade e infância. A figura do louco no HCTV é comparada à figura da criança indiscriminadamente para suprimir particularidades e necessidades dos pacientes.

Além das três caracterizações básicas encontradas nos relatos, algumas características pontuais também apareceram como relevantes, refletindo as vivências dos profissionais e suas posturas. Neste contexto, há uma distinção entre dois grupos de pacientes. Um é composto por pacientes considerados asilares, que não respondem a nenhum tipo de intervenção ou tratamento e outros apresentam potencial para responder às intervenções. Ainda em relação à distinção da população de internos, há discriminação entre aqueles que não deveriam estar internos no HCT e aqueles que cumprem medida de internação por justa causa. O fato balizador para tal distinção é o tipo de crime cometido e o comportamento menos ou mais agressivo do paciente, como na fala a seguir:

Aqui tem um pouco de tudo. (...) Têm pacientes asilares, que não são de manicômio. Têm pacientes que pra mim não estariam aqui, são casos asilares, que realmente você vê que não tem a mínima condição, a gente investe, mas é um grau que ele não te responde mais, né? E têm pessoas aqui que tem muitas condições. Que precisaria de mais investimento, por mais profissionais que tenha aqui, eles não são suficientes. (ETO1)

O profissional ao classificar os dois grupos de pacientes explicita a condição de cronificação da doença do primeiro grupo e a falta de perspectiva de tratamento, motivo pelo qual não deveriam estar no manicômio. No entanto, como as famílias não têm como acolhê-los, continuam indefinidamente no HCT e não há quem se interesse por eles. O profissional aponta outras instituições como opção para o acolhimento deste grupo que, como um problema social, não tem possibilidade de respostas terapêuticas. O segundo grupo é composto por pessoas com capacidade para responder à proposta

Vivências de profissionais de saúde em um manicômio...

terapêutica e com potencial para desenvolver habilidades que podem ser aproveitadas na vida, até mesmo fora do HCT. A dupla caracterização leva o paciente a se portar também de forma dúbia, para atender aos interesses dos profissionais a quem está submetido. A denominação de “camaleão”, feita por um profissional, mostra o movimento que explicita a perda da identidade que os obriga a apresentar um comportamento lábil:

(...) o paciente se mostra de um jeito para o médico, de outro para o psicólogo e de outro para o agente. Ele é um camaleão, sabe que com agente ele tem que agir assim de cabeça baixa mãos para trás, com o medico é DR. sim senhor. Porque ele é um Dr., eu tenho que tratar assim. Eles têm essa humildade. Sabe que com o psicólogo pode conversar um pouco mais à vontade, mas não é com tanto largueza porque tem um agente do lado ouvindo tudo que ele fala. (EP1)

O profissional descreve um comportamento adaptativo do paciente, balizado pelo tipo de relação de poder que cada profissional exerce sobre ele. As relações contraditórias entre profissionais e o considerado “paciente” ou “preso” determinam, em parte, a postura do interno. Ao paciente não é reservado o direito de expressão de suas particularidades, pois impera a soberania dos ditames sociais de cada saber ou prática profissional. A admissão em uma instituição total leva à perda da identidade, impedindo que o indivíduo possa apresentar aos outros a imagem que possui de si mesmo; ainda, 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.^{15,19,20}

Na visão dos profissionais, a falta de entendimento do motivo da custódia impede que os pacientes tenham clareza da necessidade de sofrerem as consequências do crime cometido. São pessoas que não possuem postura crítica sobre os crimes cometidos e não têm condições de compreender que o manicômio judiciário é o único destino possível:

(...) Primeiro ele não entende. Boa parte dos pacientes que a gente tem não tem o entendimento critico. Na maioria das vezes não se dá conta, nem de onde está. Demora anos pra entender qual é sua real situação, o que está fazendo aqui, porque que veio para cá. Porque no entendimento dele não fez nada de errado. Então, houve até uma injustiça, ele veio pra cá injustiçado. É essa a palavra da maioria deles. Mas ele não entende que essa custodia é necessária na condição dele, pelo crime que cometeu. (...) Não lhe restou outra coisa a não ser estar

Santana AFFA, Alves M.

confinado em um hospital de custódia. Acredito que não têm a menor ideia do que é pra eles vai ser sempre injustiça, né? (EP1)

O entrevistado é incisivo quanto à falta de capacidade crítica do paciente 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 o seu isolamento social. 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.

A legislação brasileira sustenta que o doente mental é incapaz de reconhecer e assumir os atos ilícitos cometidos.¹¹ Esta incapacidade é utilizada como justificativa para a estimativa da probabilidade da reincidência de crimes e do perigo que sujeito representa. No entanto, os resultados do trabalho realizado pelo Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) apontam para uma resposta oposta à presumida em lei, argumentando 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 direitos. Entre os direitos, está o de atenção à saúde que não é monitorado, nem garantido, além da incapacidade de compreensão dos pacientes sobre a situação da custódia.¹³

O fantasma da periculosidade e irresponsabilidade dos pacientes faz com que eles sejam vistos pelos profissionais de saúde como indivíduos com desvios de condutas extremos, com graves patologias psiquiátricas e neurológicas que impedem o convívio com a sociedade e suas famílias:

Como que você deixa um paciente que tem extremo desvio de conduta psiquiátrica, neurológica. (...) Essas pessoas não tem convivência nem com seus familiares. E os homicidas? Nós temos muitos e fica de difícil a convivência. De uma época para cá, o hospital se tornou um encontro de viciados e drogados, de dependência de produtos químicos. Mas associados sempre a homicídio, a distúrbio de conduta psíquica. (EM1)

Têm pacientes que realmente não conseguem viver em sociedade, não se consegue colocar ele em um quarto com mais 10 pacientes, que ele não consegue conviver (...). (EAS1)

Os transtornos psiquiátricos e neurológicos são classificados pelo profissional como desvio

Vivências de profissionais de saúde em um manicômio...

de conduta e o crime cometido é utilizado para classificar o paciente. Assim, no lugar de pacientes internos, há “homicidas” como pacientes. Caracterizados como homicidas e portadores de graves desvios de conduta, cujo convívio social é inviável, o atendimento às suas necessidades ficam em segundo plano, deixando visível a postura punitiva dos profissionais do HCT. Neste contexto, a desumanização da loucura ganha destaque. Ao longo dos séculos, a loucura teria passado a ser considerada uma entidade equiparada à doença. E 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. Considerada doença, a loucura tem que ser tratada como qualquer outra doença, a partir do diagnóstico no qual se baseou o juiz para definir a MS.^{15,20}

Os mesmos autores ainda discutem o desrespeito às condições singulares dos loucos. Desrespeito este que impede que o sujeito seja aceito com as capacidades que lhe são próprias como 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.

As entrevistas apontaram uma postura autoritária e pouco sensível às particularidades que a loucura expressa, demonstrando uma imposição de conduta, de postura e de noção de cidadania aos pacientes. Tomando como ponto de partida princípios e concepções próprias, os profissionais exigem do paciente aquilo que nele parece ser divergente e julgam necessário: o enquadramento em um modelo rígido de equiparação do diferente. Sem entender a singularidade do paciente, os profissionais não conseguem conceber as possibilidades de tratamento e 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, dificultando as iniciativas de trabalho por não terem condições suficientes para responder às expectativas.

São pacientes muito difíceis de a gente lidar, porque ao mesmo tempo que você quer ajudar, eles têm resistência. Então, é complicado porque tem paciente aqui muito difícil, tentar fazer um trabalho com ele, às vezes não flui. Então, é complicado, porque

Santana AFFA, Alves M.

não é qualquer tipo de atividade que você pode fazer, acho que tem haver uma mudança sabe? (EF1)

Um paciente de um manicômio judiciário exige muita atenção e concentração. Nem sempre você está num dia bom, pra ouvir 50 vezes a mesma frase. Você pergunta e ele vai te falar a mesma frase 50, 90 vezes e vai perguntar as mesmas coisas. (...) Então, o desgaste é muito grande, a doação é muito maior porque são todos dependentes. (EA51)

São considerados polos opostos o desejo de “ajudar” do profissional e a “resistência” do paciente. Este, por sua vez, é responsabilizado pela dificuldade em se obter êxito nas propostas terapêuticas. Ou seja, a contradição entre o “ajudar” e “resistência” provoca tensão, pois o fracasso da proposta de tratamento é algo difícil de ser aceito por profissionais de saúde. O fracasso não é só do tratamento do paciente, mas do próprio profissional. As dificuldades pela condição dos pacientes parecem quase intransponíveis, mesmo para profissionais que lidam cotidianamente com pacientes psiquiátricos e resultam em grande dispêndio de energia dos profissionais, que precisam se dedicar intensivamente às relações estabelecidas e às práticas profissionais cotidianas.

No período de coleta de dados, foi possível observar, em diversas situações, o despreparo e falta de conhecimento técnico de alguns profissionais para lidarem com as necessidades dos pacientes. Há um distanciamento entre a teoria e a prática nas ações necessárias na área de saúde mental. A marginalização da população de internos do HCT abre espaço para que os profissionais acreditem que seu trabalho está vinculado à prestação de atos de caridade e a responsabilidade pelo cuidado do paciente passa a ser confundida com a dispensa de favores a pessoas excluídas.

A este respeito Foucault ²⁰ já dizia que a condição da loucura, considerada como uma “desgraça” que aflige a humanidade, apresenta à sociedade importante ambiguidade: “é preciso ao mesmo tempo proteger de seus perigos a população internada e conceder-lhe o favor de uma assistência especial”^{20:419}.

Os pacientes são descritos pelos entrevistados como seres com características que impressionam por serem propagadoras de medo e que carregam uma cicatriz perdurável que estampa a alcunha de louco perigoso. Ao mesmo tempo, são caracterizados como pessoas, na maioria das vezes, “dóceis” e “domesticáveis”. No entanto, há aquelas comparadas a um animal “feroz”, extremamente agressivo.

Vivências de profissionais de saúde em um manicômio...

(...) Então é realmente isso, o paciente é perigoso e ele vai poder continuar cometendo crimes, ele vem pra cá como medida de segurança pra sociedade (...). (EM2)

A grande maioria é de pessoas domesticáveis, dóceis que quando você conversa, entende. Mas existe um grupo que é extremamente feroz, não aceita, não entende. São muito agressivos. Mas é um número bem menor, muito menor que a outra. A outra é mais favorável. (EM1)

Mesmo que fique solto lá fora ele vai ser prisioneiro para o resto da vida, porque quem sai do hospital psiquiátrico sai com a mácula, um estigma de coisa ruim. (...) Saiu do hospital psiquiátrico é doido e vai fazer maldade. Tem casos aqui que são de cidades pequenas onde para coagir as crianças usam o nome do paciente, que cometeu a fatalidade de matar o pai, ou mãe, alguém da própria família, no momento de insanidade. E ele passa a ser o bicho papão da cidade. (EA51)

Os relatos reafirmam o perigo que os pacientes representam na visão dos profissionais de saúde e da sociedade. Visão que é construída a partir da relação com os pacientes, relatos, histórias e vivências no cotidiano no manicômio. A ideia de perigo é introjetada e extrapola aquilo que pode ser aceito como razoável pela sociedade.

As falas demonstram ainda que os atos cometidos, independente de suas 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”, torna-se o “bicho-papão”. Duas forças internas são atribuídas aos pacientes: de um lado, o ser feroz, e de outro, a possibilidade de domesticação. Ambas determinam o caráter de animalidade atribuído aos pacientes.

A literatura ressalta que o crime pensado como um ataque à sociedade, formada por um contrato regido entre interesses individuais e coletivos, fez com que a ruptura do contrato social assumisse caráter de irracionalidade. Em função de tal concepção, 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 das razões. 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.^{1,21-22}

Os entrevistados destacam a precariedade das condições de vida da maioria dos pacientes, relatando a predominância de pessoas oriundas de comunidades com baixa

Santana AFFA, Alves M.

condição socioeconômica e de famílias desagregadas. O rótulo da marginalidade é estampado a partir da infância e a desagregação familiar responsabilizada pela situação:

(...) O perfil do nosso paciente é analfabeto oriundo de comunidades pobres, sem recurso, onde viveu uma vida marginal na infância. Já era um pré-marginal na infância, com família desagregada, muita violência, desunião e muita coisa feia dentro de casa, que ele presenciou. Mas a gente recebe pessoas letradas, pós-graduadas que estudaram no exterior. No entanto, são sofríveis de uma doença. Mas quando o surto é amenizado pela medicação, pelo acompanhamento, eles percebem que estão em um ambiente totalmente adverso. É o período é 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 volta a consciência da sua condição, é muito triste. Ele tem um critica, tem conhecimento. (EP1)

O relato traz a loucura e criminalidade associadas, predominantemente, a uma situação de abandono social como pobreza, analfabetismo, desagregação familiar e situação de marginalidade na infância. No entanto, o relato aponta dois perfis dos internos e seus comportamentos: de um lado, as condições de vida desfavoráveis influenciando a loucura, marginalidade e crime e, de outro, aquele que tem melhores condições de vida, estudou, é capaz, em alguns momentos, de fazer análise da situação em que está, mas que em um surto cometeu um crime semelhante ao de outros internos menos favorecidos. Existe clara distinção das classes sociais a que os pacientes pertencem, com predominância de pacientes de precária condição socioeconômica e uma minoria de condição privilegiada.

Os profissionais de saúde retomam a visão da realidade de abandono e rejeição pelas famílias dos pacientes. Para eles, as famílias ignoram suas responsabilidades, delegando ao Estado toda e qualquer ação em benefício do paciente que é deposto do seu lugar na dinâmica familiar. Há a formação de um novo arranjo que não comporta a presença daquele ente que se encontra no manicômio e esperam que não volte ao convívio familiar. A repulsa do convívio com o paciente chega ao extremo de provocar o deslocamento físico da família, que não quer ser encontrada.

Nas falas dos profissionais, o abandono familiar e a falta de uma estrutura social que acolha e que comporte tratamento adequado complicam ainda mais a situação dos pacientes, que ficam vulneráveis diante da

Vivências de profissionais de saúde em um manicômio...

precariedade de oferta de tratamento e cuidados adequados. A precariedade do aporte familiar faz com que a perspectiva de reinserção social efetiva e a possibilidade de uma vida estável com inserção no mercado de trabalho e constituição de família fiquem longe de serem alcançadas.

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

Não adianta só o tratamento aqui, o paciente fica estabilizado, mas lá fora é diferente. E a gente nota o descaso também com isso. A família rejeita. A sociedade também, pois não tem estrutura. E, muitas vezes, rejeita 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 lá fora, familiar e social pra recebê-la. (EM2)

Os relatos apontam para a realidade do distanciamento entre a família e paciente. Em algumas situações, as famílias são capazes de mudar de casa, deixando seus pertences para não ter que assumir responsabilidades relativas àquele familiar indesejado, que está retornando após a internação. As famílias não apostam na possibilidade de uma convivência com o paciente, mesmo após ter sido atestado o declínio de periculosidade. No imaginário familiar, aquela pessoa sempre representará um risco para os outros membros da família.

Pelos relatos é possível perceber a situação de completo abandono e rejeição pelas famílias, passando a responsabilidade para o Estado que, por sua vez, também não possui estrutura suficiente para suportar a demanda desta população e não tem como substituir as famílias neste intrincado processo de lidar com a loucura, o crime e o abandono. Além da rejeição familiar também existe a precariedade da estrutura social como, por exemplo, a organização de serviços de saúde eficientes, que possam dar continuidade ao tratamento do paciente, com os mitos e estigmas que giram em torno da loucura. Aos olhos da sociedade, um louco criminoso sempre será um risco para todos. Carregando a mácula do risco, este paciente não

Santana AFFA, Alves M.

encontrará um espaço que o acolha e que lhe ofereça a oportunidade de reconstrução de laços, de sua identidade e de seu papel social.²³⁻²⁵

Estudos confirmam a constatação feita pelos profissionais ao relatarem que cerca de 60% dos pacientes não mantêm contato com a família. Esta estatística acontece porque os familiares quebram o vínculo com o paciente e evitam assumir responsabilidades. E, ao serem localizados, resistem ao máximo à proposta de reconstrução dos vínculos perdidos. Os pacientes são procurados por muitos anos somente quando há interesse de partilha de bens ou ao tomarem conhecimento de sua morte.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção dos trabalhadores da saúde entrevistados, que trabalham em uma instituição híbrida de segregação e tratamento, mas que mantém a predominância do cunho prisional, como o HCTJV, reflete a multiplicidade e a contradição das caracterizações dos pacientes. 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 visão dos pacientes é fruto de vivência profissional, em contato permanente com a loucura, o abandono, o perigo, o crime e o estigma social do louco infrator. Alguns dos profissionais trazem a caracterização da instituição manicomial como estabelecimento que possui função terapêutica com poder de cura da alienação mental. Concepção esta que reforça o imperativo para a relação inequívoca entre tratamento e institucionalização.

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

Vivências de profissionais de saúde em um manicômio...

Os profissionais concebem o objetivo institucional de tratamento dos pacientes, intrinsecamente vinculado ao objetivo de proteção da sociedade. A recuperação do paciente é condicionada ao retorno deste para a sociedade sem causar transtornos. A proteção da sociedade, em função da periculosidade dos pacientes, é preponderante. Os profissionais vivenciam a dubiedade institucional em suas ações, um misto de tratamento e vigilância, hospital e prisão, prevalecendo a segregação como prioritária.

Os profissionais da saúde não desvinculam a caracterização dos pacientes da condição social destes. Por serem sujeitos sob custódia do Estado, pelo cometimento de atos ilícitos, os pacientes são tratados como tal. A loucura associada ao crime e ao perigo é reproduzida como estigma, refletindo na forma como é dispensado o cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Carrara S. Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1998.
2. Barros, FO. Democracia, liberdade e responsabilidade: o que a loucura ensina sobre as ficções jurídicas. In: Conselho Federal de Psicologia, organizador. Loucura ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 112-136.
3. Jacobina PV. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. Rev. Direito Sanitário. 2004; 5(1): 67-85.
4. Harvey G, Lindqvist P. Forensic psychiatry in Europe. Psychiatric Bulletin. 2007; 31: 421-424.
5. Segre, M. Introdução à criminologia. In: Cohen C, Ferraz FC, Segre M, organizadores. Saúde mental, crime e justiça. 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 2006.
6. Brasil. Código Penal do Brasil. 39ª ed. São Paulo: Saraiva; 2001.
7. Fontana-Rosa JC, Cohen C. Psicopatologia Forense na esfera penal. In: Cohen C, Ferraz FC, Segre M, organizadores. *Saúde mental, crime e justiça*. 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 2006.
8. Bruno A. Direito penal: parte geral. Tomo 3º. Rio de Janeiro/São Paulo: Forense; 1962.
9. Barreto BA, Valença AM, Jozef F, Mecler K. Periculosidade e responsabilidade penal na esquizofrenia. J. Bras. Psiquiat. 2004;53(5):302-308.
10. Moran R. Knowing right from wrong: the insanity defense of Daniel McNaughtan. New York: The Free Press; 1981.

Santana AFFA, Alves M.

Vivências de profissionais de saúde em um manicômio...

11. Marx K. O Capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006.
12. Marx K, Engels F. Cartas filosóficas e outros escritos. São Paulo: Grijalbo; 1977.
13. Barros-Brisset FO. Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante. Rev. Bras.Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010; 20(1): 83-89.
14. Peres MFT, Filho AN. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. Rev. História, Ciência, Saúde. 2002; 9(2): 335-55.
15. Goffman, E. Manicômios Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectiva; 2008.
16. Brasil. Código Civil. São Paulo: Saraiva; 2002.
17. Brasil. Lei nº 7.210, Institui a Lei de Execução Penal (LEP). Brasília: Diário Oficial, 13 jul. 1984.
18. Mattos V. Trem de doido: o direito penal e a psiquiatria de mãos dadas. Belo Horizonte: UNA Editora; 1999.
19. Tavolaro D. A casa do delírio: reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. São Paulo: SENAC; 2002.
20. Foucault, M. História da loucura na idade clássica. 7th ed. São Paulo: Perspectiva; 2004.
21. Cohen C. Medida de segurança. In: Cohen C, Ferraz FC, Segre M, organizadores. Saúde mental, crime e justiça. 2nd ed. São Paulo: EDUSP; 2006.
22. Sampaio PC. Passagens. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano. 2010; 20(1): 30-35.
23. Venturine E, Casagrande D, Toresine L. O crime louco. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2012.
24. Santana AFFA; Chianca TCM; Cardoso CS. Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. Jor Bras Psi. 2009; 58(3): 187-194.
25. Silveer E. Punishment or treatment? Comparing the lengths of confinement of successful and unsuccessful insanity defendants. Law and Human Behavior. 1994; 18:63-70.

Submissão: 28/05/2014

Aceito: 14/08/2015

Publicado: 15/09/2015

Correspondência

Ana Flávia Ferreira de Almeida Santana
Rua João Gomes, 635
Bairro Santa Efigênia
CEP 30270-390 – Belo Horizonte (MG), Brasil