

O (des)preparo do hospital judiciário para a ressocialização: violação de direitos humanos

The (un)preparation of the judiciary hospital for resocialization: violation of human rights

La (des)preparación del hospital judicial para la resocialización: violación de los derechos humanos

Ana Flávia Ferreira de Almeida Santana¹

Maria Odete Pereira¹

Marília Alves¹

1. Universidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte, MG, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a capacidade do hospital de custódia e tratamento para a ressocialização de pacientes com transtornos psíquicos, em medida de segurança. **Métodos:** Estudo empírico, qualitativo, interpretativo e transversal, desenvolvido em um Hospital de custódia e tratamento de um município da região Sudeste de Minas Gerais, Brasil, com 22 trabalhadores administrativos, da saúde e de segurança, por meio de entrevista com instrumento semiestruturado e observação não participante. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e apresentados nas categorias: o hospital de custódia e tratamento: espaço terapêutico, de fato?; o HCT como lugar de segregação e punição; e a in (capacidade) do manicômio judiciário para a ressocialização. **Resultados:** Alguns profissionais consideraram o hospital como espaço de tratamento, enquanto outros o consideraram instrumento de punição. No entanto, predominou o caráter punitivo das intervenções. Na perspectiva dos participantes, o hospital não promove a ressocialização. **Conclusão:** No hospital não há tratamentos que atendam à singularidade dos pacientes que estavam em medida de segurança, portanto, estes não são preparados para retornar ao convívio social, assim como ocorre nos presídios. A instituição não investe na ressocialização de seus pacientes.

Palavras-chave: Assistência à Saúde; Defesa por Insanidade; Direitos do Paciente; Transtornos Mentais; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the hospital's capacity of custody and treatment for resocialization of patients with psychic disorders, under security measure. **Methods:** An empirical, qualitative, interpretive and cross-sectional study was carried out in a hospital of custody and treatment (HCT) of a city in the southeast region of Minas Gerais, Brazil, with 22 administrative, health e security workers, through an interview with a semi-structured instrument and non-participant observation. Data were submitted to Content Analysis and presented in the categories: the hospital of custody and treatment: therapeutic space, in fact?; the HCT as a place of segregation and punishment; and the in(ability) of the legal mental hospitals for resocialization. **Results:** Some professionals considered the hospital as a treatment space, while others considered it an instrument of punishment. However, the punitive nature of the interventions predominated. From the perspective of the participants, the hospital does not promote the resocialization. **Conclusion:** In the hospital there are no treatments that attend to the uniqueness of the patients who were under safety measure, therefore, they are not prepared to return to the social life, as it happens in prisons. The institution does not promote the resocialization of the patients.

Keywords: Health Care; Insanity Defense; Patient Rights; Mental Disorders; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la capacidad del hospital de custodia y tratamiento para la resocialización de los pacientes con trastornos mentales en medida de seguridad. **Métodos:** Estudio empírico, cualitativo, interpretativo y transversal, desarrollado en el Hospital de Custodia y Tratamiento de un municipio del Sudeste de Minas Gerais, Brasil, con 22 trabajadores administrativos, de salud e de seguridad, por medio de entrevista semiestructurada y observación no participante. Los datos fueron sometidos al Análisis de Contenido y presentado en las categorías: Hospital de custodia y tratamiento: espacio terapéutico, de hecho?; El HCT como espacio de segregación y punición; e in(capacidad) del manicomio judicial para la rehabilitación. **Resultados:** Algunos profesores consideraron el hospital como espacio de tratamiento, otros, instrumento de punición. Para los participantes, no se promueve una resocialización. **Conclusión:** No hay hospitales que atiendan a la singularidad de los pacientes en medida de seguridad. La institución no promueve una resocialización de los pacientes.

Palabras clave: Atención a la Salud; Defensa por Insania; Derechos del Paciente; Trastornos Mentales; Enfermería.

Autor correspondente:

Maria Odete Pereira.

E-mail: m.odetepereira@gmail.com

Recebido em 13/02/2017.

Aprovado em 09/05/2017.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0022

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira, regulamentada pela Lei nº 10216 de 2001, redirecionou o modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais, determinando a desconstrução do manicômio, que mantinham pacientes como moradores institucionalizados. Os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico - HCTP são os últimos manicômios existentes na atualidade ainda a se desmontar, nas conjunturas jurídico-políticas e conceituais.¹

A palavra manicômio tem suas raízes nas palavras gregas "mania" e "komên", que significam, respectivamente, loucura e curar. Partindo de seu significado, infere-se que o manicômio seja a instituição destinada ao tratamento de pessoas com transtornos mentais.²

Os manicômios judiciais foram instituições projetadas, no século XIX, para abrigar criminosos monomaniacos e degenerados que comprometiam o funcionamento da defesa social. Dessa forma, os manicômios judiciários assumiram características de presídio e asilo. Revelam-se como instituições híbridas, de difícil definição e com objetivos contraditórios.³

No Brasil, os manicômios judiciários são estruturas que integram e misturam funções de instituição hospitalar e prisional. Na perspectiva jurídica, a pessoa portadora de transtorno mental, ao cometer um crime, não é considerada autora do ato, por ser considerada imputável, ou seja, incapaz de distinguir o caráter ilícito dos próprios atos, em função do adoecimento psíquico. Assim, a lei determina a absolvição e aplicação de Medida de Segurança -MS.⁴

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 princípios da Reforma Psiquiátrica. O manicômio transformou-se em hospital, local destinado ao tratamento e à recuperação de pessoas, mas não abandonou a interferência do Estado, que ainda necessitava custodiar as pessoas ali internadas. Ademais, o "hospital" nunca esteve sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e, sim, do Ministério da Justiça, o mantendo excluído da pauta das políticas públicas em saúde mental. Trata-se, oficialmente, de instituições penais que não são regidas, necessariamente, pelas normas e diretrizes do SUS, tanto é que os HCTP não possuem leitos hospitalares.¹

Na perspectiva da Reforma psiquiátrica brasileira, a desinstitucionalização, ressocialização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais devem ser promovidas por todos os profissionais envolvidos no cuidado, por meio de ações intersetoriais, promotoras de acolhimento, vínculo, coresponsabilização e de autonomia. Estas devem ser reinseridas na sociedade e terem a sua cidadania restituída, em plenitude.

Nesse sentido, a pergunta que norteou o presente estudo foi: o hospital de custódia e tratamento consegue, de fato, promover a ressocialização de seus pacientes?

São escassos os artigos que abordem a temática, pois entre os anos de 2006 a 2016 foram publicados apenas 14 artigos na Biblioteca Virtual de Saúde - BIREME.

Assim, o estudo é de grande relevância social, pela contribuição que traz aos profissionais e gestores que atuam nessa modalidade de instituição, por lhes permitir repensarem a sua prática; à ciência, por preencher a lacuna de produções científicas nessa temática e às políticas públicas, por propor estratégias que permitam transformar as intervenções corretivas aos pacientes em cuidado, no sentido amplo da palavra.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi o de analisar a capacidade do hospital de custódia e tratamento para a ressocialização dos pacientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, transversal e interpretativo, na modalidade estudo de caso, tendo como cenário de estudo o Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz - HCTJV, localizado na cidade de Barbacena, MG. Os dados foram coletados entre os meses de agosto e setembro de 2014.

O estudo de caso consiste em modalidade de pesquisa que estuda eventos em contexto de vida real, sendo compreendido como o delineamento mais adequado para a investigação de um caso, em que seus limites não estão claramente definidos.⁵

O HCT está 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 criminosos, 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. A instituição tem capacidade para receber 219 pacientes, entre homens e mulheres, em dois prédios que compõem a unidade, sendo que cada um deles conta com galerias onde ficam localizadas as celas.²

A amostra por conveniência foi composta por 22 trabalhadores, da área da saúde, administrativa e de segurança, com vínculo empregatício com o HCT, sem distinção de tipo de vínculo (contratado ou efetivo) ou ser juiz de Varas Criminais de Execução Penal. Estes foram os critérios de elegibilidade para participação no estudo. A saturação de dados foi adotada para a delimitação do número de participantes.

Os dados foram coletados por meio de análise de documentos, entrevistas e observação não participante. Utilizou-se instrumento semiestruturado elaborado pelas autoras para a entrevista, que foram gravadas em MP4 Player.

Em etapa posterior, os dados foram transcritos na íntegra e organizados nas seguintes fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; inferência e interpretação.⁶ As entrevistas foram identificadas no texto pela letra E, acrescida das iniciais da categoria profissional (AE - Auxiliar de Enfermagem; AG - Agente de Segurança; AS - assistente social; E - enfermeiro; M - médico; P - psicólogo) e do número da entrevista, por exemplo: Auxiliar de Enfermagem 1 (EAE1).

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin, que procura conhecer aquilo

que está por trás das palavras, nas quais o autor se debruça. As categorias surgiram após a indagação das questões norteadoras, sendo elas: o Hospital de custódia e tratamento: espaço terapêutico, de fato?; o HCT como lugar de segregação e punição; a in (capacidade) do manicômio judiciário para a ressocialização.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 03448812.5.0000.5149) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, serão apresentados os dados acerca da prática clínica e terapêutica realizada no HCT. As autoras analisarão se o tratamento destinado aos pacientes possibilita a ressocialização dos pacientes, na visão dos profissionais que atuavam naquela instituição.

Na primeira categoria, foram analisados os conteúdos das falas dos participantes acerca da missão do hospital de custódia, como um espaço de cuidado e tratamento e, portanto, de ressocialização.

O Hospital de custódia e tratamento: espaço terapêutico, de fato?

Em tese, havia uma defesa, por parte de alguns profissionais, da eficácia do tratamento dispensado pelo HCT. O acompanhamento do paciente ao longo do período de internação e após sua alta foi destacado como atribuição da instituição.

Os profissionais destacaram a qualidade do tratamento ofertado aos pacientes durante a internação, de acordo com a fala 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 tem que continuar! (EAE1)

O profissional relatou os objetivos da instituição, que seriam o tratamento e acompanhamento dos pacientes, dentro e fora dos muros do HCT. No entanto, a fala dá a ideia de que o objetivo primeiro é a punição. O tratamento é complemento necessário à pena.

Os Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico se baseiam em noções como a de cessação de periculosidade, que se aplica no sentido amplo, englobando várias categorias psicopatológicas, além de pautarem-se, equivocadamente, na possibilidade de "cura" (grifo do autor) da psicopatologia, o que é muito questionada, em sua totalidade.⁷

Posso observar que chegam aqui muitos pacientes usuários de droga e como perdem o acesso à droga, eles acabam deixando o vício. Para 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 vê na televisão com relação aos presídios. São extremamente degradantes e isso a gente 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. (EAG1)

O profissional destacou a qualidade do tratamento como a abstinência "compulsória", considerada benéfica e eficiente aos 125 usuários de drogas internados na instituição, no período da coleta de dados.

Percebe-se nessa fala que há uma tentativa de supressão da publicidade de caráter meramente punitivo creditado às instituições dessa natureza. Além de que a própria condenação traz ao paciente a marca negativa da segregação social.

Para qualificar o tratamento oferecido aos pacientes, o profissional utilizou como parâmetro o tratamento dispensado aos internos de unidades prisionais, alegando que os internos do HCT recebiam tratamento diferenciado. Dessa forma, de acordo com as falas acima, para aqueles que eram caracterizados como criminosos ou como sujeitos socialmente indesejáveis, todo e qualquer tipo de atenção que lhes fosse dispensada seria suficiente. Ademais, se existe degradação esta é exclusivamente de responsabilidade dos pacientes.

A lógica de internamento e segregação social para o tratamento de usuários de drogas é defendida por vários segmentos da sociedade. Esta foi introduzida, no Brasil, pelo movimento de higiene mental e, embora dominante, na maioria das vezes, não resulta em sucesso terapêutico. Por não privilegiar as questões subjetivas dos sujeitos e enfatizarem o proibicionismo e abstinência, estes quando egressam da internação retomam o uso problemático de substâncias psicoativas.⁸⁻¹⁰

O tratamento é feito para 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 levo para ligar para as famílias ou para um amigo. Então, você ouve na conversa: -- Aqui está bom. Eu estou melhorando, eu estou me sentindo melhor. Eu não estou chorando tanto. Você vê a evolução deles, como num hospital. (EAS1)

O profissional relatou uma percepção pessoal construída a partir de observações. O contato direto com os pacientes e vigilância, em momento de ligações telefônicas para parentes e amigos, lhe abre espaço para acreditar na eficácia do tratamento.

Ouvir os pacientes e suas conversas telefônicas, dizendo que estão sendo tratados e que estão melhorando, levou o trabalhador a inferir que os mesmos estavam satisfeitos com o tratamento recebido. No entanto, todos os atendimentos e internações realizados com os internos eram acompanhados por um agente penitenciário, no mínimo. Em nome da segurança, as portas das salas nunca eram fechadas. Isto significa que o

paciente era monitorado durante seu telefonema e, portanto, não tinha liberdade para reclamações, queixas e reivindicações.

Conhecendo os trabalhadores e a engrenagem manicomial, não deveriam eles questionar as regras e o *modus operandi* que são impostas nessas instituições e que se perpetuam como verdades? Não deveriam eles superar e romper com esses postulados?^{11,12}

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, nosso maior prazer é quando a gente consegue recuperar um paciente. (EAG2)

O profissional destacou o empenho dos profissionais para que os pacientes se "recuperem". A ausência de crises era compreendida como ponto fundamental de recuperação dos mesmos, o que na verdade resultava da medicalização institucional e da sujeição dos internos, ou seja, a intervenção que transforma pessoas com algum nível de periculosidade em corpos dóceis.

Os relatos transcritos acima sinalizam que os profissionais acreditavam na concepção positiva acerca do tratamento dispensado aos pacientes do HCT. Na concepção das autoras, a "crítica positiva" ao tratamento dispensado pelo HCT decorre da lógica alienante que domina as mentes dos que trabalham em instituições fechadas e tem como parâmetro a degradação imposta aos presos de outras unidades prisionais.

A medida de segurança, tomada como forma de tratamento, 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 jurídico utiliza um dispositivo administrativo que dá outro nome à execução da pena. 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.¹³

As falas acima sinalizam o desconhecimento dos trabalhadores acerca da Política Nacional de Saúde Mental, que trouxe uma nova perspectiva ao ordenamento jurídico brasileiro em relação à pessoa com transtorno mental, por meio da Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001. Essa legislação dispõe a respeito da proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e da reformulação do modelo assistencial em saúde mental, expressando, dessa forma, os princípios da Reforma Psiquiátrica.¹⁴

Se alguns trabalhadores consideraram o HCT como espaço de tratamento, outros os enquadraram na categoria de instituição prisional, oferecendo aos apenados as intervenções punitivas e segregadoras, comuns às instituições dessa natureza.

O HCT como lugar de segregação e punição

Outros profissionais, com uma lógica divergente da apresentada nos relatos anteriores expressaram acreditar que o tratamento no HCT não era eficaz, assim como não traz qualquer tipo de benefício para os pacientes. O distanciamento entre

profissional e paciente impedia a interação adequada para a condução das práticas terapêuticas, como expressões a seguir:

Eu acho que prejudica o tratamento do paciente, porque do mesmo jeito que não tem entrosamento com a gente, acho entre eles também não tem, psiquiatra com o assistente social, com psicólogo, sabe? (EM2)

O profissional relata, explicitamente, sua descrença na efetividade do tratamento dispensado pelo HCT. As condições existentes se aproximavam mais às de um ambiente prisional, inviabilizando a proposta de "recuperação" dos pacientes. Ele se expressou ainda acerca da falta de envolvimento e entrosamento dos profissionais com os internos.

Às vezes, a gente tem uma conduta com paciente e os funcionários da segurança tem outra, um contrariando 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 nem discussões de caso, os profissionais não conversam acerca das condutas com cada paciente, o que inviabiliza a condução de um tratamento singularizado para cada paciente.

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.

Apropriando-se de seus princípios e concepções, muitas vezes, baseadas no senso comum, os profissionais exigem do paciente o que consideram necessário, enquadrando-o em um modelo rígido, no qual não se admite a diferença. Sem entender a singularidade do paciente, os profissionais não conseguem discutir acerca de suas necessidades e conceber possibilidades de tratamento e articulação entre o sujeito e o social.¹⁵

Na instituição, não havia espaço físico para discutir questões vivenciadas pelos trabalhadores nem para o desenvolvimento ações, o que favorecia a formação de grupos, por conveniência. Consequentemente, não se elaborava planos de tratamento que atendessem à singularidade dos pacientes que eram atendidos sem planejamento das ações.¹⁶

Os pacientes que estão aqui, além de terem cometido um delito, são doentes mentais, tem uma doença mental acentuada e se você pressionar com regras de presídio, com ditadura de presídio, se fizer marcação de acordo com o POP, começa a acontecer suicídios, problemas, divergências. Isso é fato! O que já aconteceu aqui há alguns anos [...]. (EAG2)

Nós temos um POP a seguir. Nós que eu falo é a secretaria inteira, entendeu? Segundo a secretaria, existe um estudo em andamento de POP para hospitais, com regras diferenciadas, porque o POP para penitenciária não se aplica totalmente aqui. Então, tem que ter um POP diferenciado para os hospitais que são três, está me entendendo? (EAG2)

Por estar vinculada ao sistema penitenciário, a instituição adota procedimentos operacionais - POP de segurança comuns às unidades prisionais, mas a rigidez deste e de toda a estratégia de segurança foram organizadas nos moldes do sistema prisional. Assim sendo, precisam ser adaptados pelos profissionais, para serem aplicados no HCT.

Nos Estados Unidos da América, mesmo as melhores prisões para criminosos com transtornos mentais não podem ser consideradas hospitais. Funcionam como prisões e, em alguns casos, são mais restritivas e austeras, se comparadas com prisões comuns. Naquelas instituições, a taxa de rotatividade é muito elevada e o risco de suicídio é muito maior que nas prisões comuns. Pequenas prisões podem compensar sua falta de tratamento em saúde mental utilizando serviços de saúde local e da assistência médica de emergência.¹⁷

As falas dos participantes apresentadas acima colocam em destaque a incapacidade do manicômio para a ressocialização psicossocial, prevalecendo o paradigma do estigma. A temática será apresentada e discutida a seguir:

A in (capacidade) do manicômio judiciário para a ressocialização

A proposta da ressocialização dos pacientes internados no HCT apareceu na fala dos trabalhadores, conforme as expressões abaixo:

A intenção hoje é voltar com estes pacientes para sociedade, após cumprimento de pena. (...) A assistente social nossa saiu agora, mas ela sempre estava em contato (EAE1).

[...] Mas eu creio ser de suma importância para prosseguir no processo de ressocialização, uma vez que a proposta do sistema prisional é 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)

No período da coleta de dados, foi possível observar que a instituição estava sem profissional do serviço social. Uma profissional de uma unidade prisional foi cedida, temporariamente, um dia por semana para dar cobertura. Pela observação não participante, foi possível inferir 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.

Nas medidas preconizadas no Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico¹⁸ são recomendadas reavaliações semestrais de risco de violência, em substituição ao termo periculosidade, antes do término do tempo da medida de segurança, de modo a privilegiar as internações curtas e que os laços com familiares e sociais não se interrompam, além da reinserção daqueles sem rede nos serviços residenciais terapêuticos da Saúde Mental.

No entanto, do ponto de vista jurídico, o portador de uma doença mental que comete um crime não é considerado autor do ato, pois é incapaz de distinguir o caráter ilícito dos próprios atos, portanto, inimputável. Nesse contexto, a lei determina a absolvição, seguida de aplicação de Medida de Segurança (MS). À pessoa, penalmente culpável, aplica-se uma pena e à considerada socialmente perigosa 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 afiliva e proporcional à gravidade do ato cometido. Não tem como foco a cura e por repousar sobre ele a culpa, tem por objetivo a punição.⁴

Em tese, a internação tem como foco o tratamento do sujeito, sem qualquer intenção punitiva. É uma tentativa de garantir tratamento para o sujeito, sem causar-lhe mal. Como o 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 tempo de duração pré-determinado. No entanto, o que ocorre na prática, em muitos casos, é que a pessoa fica reclusa em uma condenação de prisão perpétua. O estigma do perigo a acompanha, necessitando da comprovação pela perícia médica, da cessação de sua periculosidade, para obter a suspensão da MS. A revogação da medida só acontecerá caso a pessoa, um ano após sua liberação não tenha dado indícios de persistência da periculosidade.¹⁹

Assim como acontece no Brasil, na Grécia as pessoas não culpadas por razão de insanidade também estão em desvantagem, quando comparadas a criminosos condenados ou pessoas internadas em hospitais psiquiátricos. O criminoso comum, quando punido com perda de liberdade por um determinado período e como todos os indivíduos condenados em tribunal tem o direito de recorrer e reduzir a sua sentença em um tribunal superior e, talvez libertado da prisão mais cedo, por bom comportamento, por exemplo. Enquanto que, o indivíduo não culpado por razão de insanidade, fica em desvantagem, por ser mantido (a) internado por um período indefinido de tempo. Além disso, somente será autorizado a deixar a instituição após uma avaliação subjetiva de um juiz, que vai decidir que esse indivíduo "deixou de ser perigoso". Profissional que, diga-se de passagem, não tem nenhum conhecimento psiquiátrico.²⁰

As prisões são paradoxais para prisioneiros com condições de adoecimento mental, pois são "contraterapêuticas ou tóxicas" e podem exacerbar ou desencadear recaídas.²¹

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 masculina e feminina, que vamos fazer aqui no pátio. Eu convido pessoas da comunidade para 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 estão com a cabeça ocupada com o afazer, até a quantidade de medicamento diminui (EE3).

O profissional menciona que a ressocialização deveria iniciar durante o período de internação. As poucas iniciativas artístico-culturais que aconteceram no espaço institucional tinham a adesão dos pacientes, que ficavam motivados e envolvidos. Quando referiu que até a medicação era reduzida, inferiu um caráter terapêutico às atividades desenvolvidas.

Ressalta-se a importância do tratamento psicoterápico, das oficinas de trabalhos, das atividades coletivas, que estimulem a formação e fortalecimento de vínculos sociais. Deve-se promover práticas que levem em consideração a subjetividade do paciente, com objetivo de alcançar para além do controle de sintomas. As oficinas se constituem um espaço promotor de potencialidades e habilidades, permitindo aos pacientes envolvidos que participem ativamente no seu processo de reabilitação psicológica e social.²²

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).

(...) 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)

As autoras do presente estudo propõem que o Ministério da Justiça invista em residências terapêuticas transitórias em propriedade dos HCT. Nestas, os pacientes que estivessem aptos, pela avaliação da equipe técnica de saúde, teriam o acompanhamento e supervisão diária de um profissional da equipe de saúde lotado na instituição, como referência técnica. Nesse período, os pacientes aprenderiam as atividades do cuidado e gestão de uma casa. Se após um ano, a autoavaliação e a avaliação do técnico de referência indicassem que os mesmos estivessem em condições de viverem sozinhos, poderiam ser transferidos

para uma residência terapêutica no município de origem, se não pudesse retornar para suas famílias. Uma das autoras do estudo conheceu essa proposta na Casa de saúde São João de Deus, em Barcelos - Portugal, com moradores do hospital psiquiátrico. O programa mostrou-se bem-sucedido no processo de desinstitucionalização e ressocialização dos pacientes.

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 crianças. A gente tem que reeducá-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)

Em se tratando de HCT, deve-se promover a continuidade do acesso aos cuidados de saúde mental, um serviço deve, necessariamente, ter as seguintes características: não ser estigmatizante e ser flexível; oferecer repetidas oportunidades de engajamento; integrar os cuidados de saúde mental e abuso de substâncias; ter mecanismos de transferência de informações, permitindo a continuidade de avaliação por meio dos prestadores de saúde em cada parte do sistema de justiça criminal; assegurar que as prioridades e os pontos fortes dos itens acima construídos fossem trabalhados e; por fim, ter iniciativas articuladas com os serviços de justiça penal.^{23,24}

No Brasil, a possibilidade de tratamento e cuidado dos pacientes em cumprimento de MS, em regime ambulatorial, tem sido realizada por meio do trabalho de profissionais do Programa de Atenção em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.²⁵

Em 2000, a Corregedoria do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, Brasil, implantou o projeto-piloto, em que o réu ou condenado portador de sofrimento mental, com processos tramitando nas varas criminais da comarca de Belo Horizonte, fosse acompanhado para realizar a mediação entre o tratamento e o processo jurídico, até que sua reinserção social fosse possível. O projeto, inicialmente, denominado: "Projeto de Acompanhamento Interdisciplinar ao Paciente Judiciário" - PAI-PJ, atua junto aos juízes criminais estabelecendo a conexão com a rede pública de saúde, antes e depois da sentença, desde o início do processo criminal até a finalização, ou seja, em todas as fases.²⁶

A equipe do PAI-PJ trabalha no sentido de "secretariar" cada paciente em suas necessidades, como um serviço que auxilia as decisões do poder judiciário. Para alcançar os propósitos do programa, faz-se necessária a parceria com trabalhadores da saúde mental do SUS; de organizações; entidades sociais e familiares, entre outros. Em trabalho articulado com a rede pública de saúde mental, é construído um plano terapêutico singular e social, revisto sempre que necessário, de acordo com as demandas momentâneas.¹⁵

Outra experiência bem-sucedida foi o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator de Goiás - PAILI. Seguindo os princípios básicos preconizados pelo trabalho do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, 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.²⁵

As autoras consideram imprescindíveis as relações interinstitucionais, ou seja, a interlocução de profissionais do HCT com o judiciário e a assistência social, para que sejam negociadas a desinstitucionalização de muitos que ali estão, mas que deveriam receber tratamento em serviços comunitários.

Estudo de *follow-up* por período de 13 a 20 anos, a depender da sanção, de uma coorte de criminosos com transtornos mentais na Suécia, mostrou que a supervisão da comunidade foi mais eficaz em relação à sua capacidade de gerir o risco de reincidência violenta. Os casos que se desviassem do plano de tratamento deveriam sofrer sanções compulsórias que poderiam restabelecer a adesão ao plano. Os resultados também mostraram a necessidade de considerar o tratamento para abuso de substâncias psicoativas, como uma intervenção de gestão de risco importante, para a redução do risco de reincidência na criminalidade violenta.²⁷

As estratégias preventivas ou de enfrentamento de um fenômeno, que se voltam diretamente aos indivíduos, os vendo como "risco" que oferecem à sociedade ou a que se submetem, resultam em estigma e segregação social.²⁸ Nesse sentido, as autoras consideram que o internamento de apenados em MS não contribui para a melhora de seu estado psíquico, apenas o pune pelo ato infrator cometido. Essas pessoas deveriam ser consideradas em condição de vulnerabilidade, pois esta expressa o potencial de adoecimento relacionado ao indivíduo que vive sob um conjunto de condições.²⁸

A vulnerabilidade apresenta características bem diferentes do conceito de risco, pois procura identificar elementos relacionados ao adoecimento em perspectivas mais concretas e particulares, procurando compreender as mediações e relações que os determinam.²⁸

Este estudo tem como limitação ser restrito a um HCT, embora seja o único ainda existente no estado de Minas Gerais. Sendo assim, não é passível de generalizações. Nesse sentido, as autoras sugerem que outros estudos sejam realizados em outros hospitais de custódia e tratamento brasileiros.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Percebeu-se uma contradição vigente na ideologia dos trabalhadores e do sistema jurídico institucional operante, pois teoricamente a ressocialização é colocada como um dos principais objetivos da instituição, mas que, na prática se coloca a serviço do sistema punitivo da sociedade. Os profissionais falaram da

"intenção" de um projeto reabilitatório que deveria ser colocado em prática, mas que na realidade fazem parte de uma máquina de produção de segregação e punição. Não se viu intervenções que atendessem a singularidade dos pacientes em MS, que não são preparados para retornar ao convívio social, assim como ocorre nos presídios.

O "período de transição" para quem é institucionalizado se faz necessário, pois a institucionalização as leva ao descultamento. Assim, essas pessoas tornam-se destreinadas a viverem em sociedade que as tornam incapazes de enfrentar e superar, por algum tempo, as demandas da vida cotidiana ou os problemas inerentes ao convívio social. Essas pessoas precisam ser aculturadas novamente.

Os profissionais da área da saúde, assistência social e justiça devem acompanhar direta e individualmente os apenados que cumprem medida de segurança no HCT, por meio da gestão de casos, para que os mesmos não fiquem em tratamento nessa modalidade de instituição fechada, mas possam ser ressocializados e cuidados nos serviços de saúde comunitários da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

Há experiências como o PAI PJ, de Minas Gerais, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator de Goiás - PAILI, de Goiás - Brasil e as residências terapêuticas, que já foram colocados em prática com êxitos e que devem ser implantados pelo Ministério da Justiça, em ação conjunta com o Ministério da Saúde, que certamente humanizariam as intervenções do HCT para o substituírem, paulatinamente.

As autoras destacam a relevância de "uma clínica feita por muitos", que conta com uma equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários de enfermagem e psicologia, pois ficou evidente a inexistência de um tratamento multidisciplinar no HCT e a pouca interação entre os membros da equipe. É imprescindível que, para a evolução do tratamento, haja a elaboração de um plano terapêutico articulado pela equipe interdisciplinar, e que o mesmo seja executado integralmente e reavaliado periodicamente.

O Enfermeiro tem um papel de destaque na equipe interdisciplinar, haja vista que sua atividade profissional pressupõe maior vinculação com os pacientes. Assim, as autoras sugerem que essa modalidade de instituição tenha em seu quadro funcional mais de um enfermeiro, para que com os técnicos de enfermagem em número suficiente, sejam eles a ministrar o cuidado e acompanhamento dos pacientes durante sua internação e não os agentes penitenciários.

AGRADECIMENTOS

À Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo apoio financeiro à publicação (Edital 02/2017 - Programa institucional para melhoria qualitativa da produção científica).

REFERÊNCIAS

1. Santos ALG, Farias FR, Pinto DS. Por uma sociedade sem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2015 Oct; [cited 2017 Jan 15]; 22(4):1215-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1215.pdf>. DOI: 10.1590/S0104-59702015000400004
2. Santana AFFA. O manicômio judiciário e seus pacientes na visão dos trabalhadores: atenção à saúde e equipamento prisional [tese]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2015. 170 p.
3. Carrara S. Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: Eduerj; São Paulo: Edusp; 1998. 228 p.
4. Código Penal (BR). 39ª ed. Saraiva. 2001. 90 p. Available from: http://www.oas.org/juridico/mla/pt/bra/pt_bra-int-text-cp.pdf
5. Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015. 290 p.
6. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 280 p.
7. Santos ALG, Farias FR. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. *Rev Latinoam Psicopat Fund* [Internet]. 2014 Sep; [cited 2017 Jan 4]; 17(3):515-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v17n3/1415-4714-rlpf-17-03-00515.pdf>. DOI: 10.1590/1415-4714.2014v17n3p515-9
8. Garcia MLT, Leal FX, Abreu CC. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicol Soc* [Internet]. 2008; [cited 2017 Jan 30]; 20(2):267-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a14v20n2.pdf>. DOI: 10.1590/S0102-71822008000200014
9. Conselho Federal de Psicologia (BR). Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2011. 200 p. [cited 2017 Jul 26]. Available from: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf
10. Fossi LB, Guareschi NMF. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2015; [cited 2016 Dec 10]; 15(1):94-115. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>
11. Ibrahim E, Vilhena J. Manicômio judiciário: é possível ao louco-criminoso resistir? *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2014; [cited 2017 Jan 12]; 34(4):879-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n4/1982-3703-ppc-34-4-0879.pdf>. DOI: 10.1590/1982-370001542013
12. Foucault M. A Genealogia e a História. In: Foucault M. *Microfísica do Poder*. Capítulo 2. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979. p. 15-38.
13. Foucault M. *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 1987. 288 p.
14. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BR). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial; 2001.
15. Santana AFFA, Alves M. Health professionals experiences in a judicial asylum and their view about the patients. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2015 Sep; [cited 2017 Jan 28]; 9(Suppl. 8):9366-75. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6673/pdf_8629. DOI: 10.5205/reuol.6812-75590-1-ED.0908sup201505
16. Santana AFFA, Alves M. Realidade de um manicômio judiciário na visão de profissionais: do tratamento à segregação. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2015b Jun; [cited 2017 Jan 7]; 19(2):133-41. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1011>. DOI: 10.5935/1415-2762.20150031
17. Felthous AR. Prisons and mental health: introductory editorial: hospitalizing mentally ill patients. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2013; [cited 2017 Jan 12]; 36(3-4):185-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23651702>. DOI: 10.1016/j.ijlp.2013.04.011
18. Ministério Público Federal (BR). Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001. Brasília: Ministério Público Federal. 2011. 104 p. [cited 2017 Jul 26]. Available from: http://pfcd.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf
19. Fontana-Rosa JC, Cohen C. *Psicopatologia Forense na esfera penal*. In: Cohen C, Ferraz FC, Segre M, orgs. *Saúde Mental, Crime e Justiça*. 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 2006. 284 p.
20. Douzenis A. The importance of the patients deemed not guilty by reason of insanity for the psychiatric reform. *Psychiatriki* [Internet]. 2016 Jul-Sep; [cited 2017 Jan 21]; 27(3):165-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27837570>
21. Human Rights Watch. Ill-equipped: US Prisons and Offenders with Mental Illness. 2003. 223 p. [cited 2017 Jul 26]. Available from: <https://www.hrw.org/reports/2003/usa1003/usa1003.pdf>
22. Farias ID, Thofehrn MB, Andrade APM, Carvalho LA, Fernandes HN, Porto AR. Oficina terapêutica como expressão da subjetividade. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. [Internet]. 2016 Jul-Sep; [cited 2017 Jan 28]; 12(3):147-53. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n3/pt_03.pdf. DOI: 10.11606/issn.18066976.v12i3p147-153
23. Byng R, Quinn C, Sheaff R, Samele C, Duggan S, Harrison D, et al. *Cocoa: Care for offenders, continuity of access*. London: National Institute for Health Research, Queen's Printer and Controller of HMSO; 2012. 265 p. [cited 2017 Jul 26]. Available from: http://www.netscc.ac.uk/hdsr/files/project/SDO_FR_08-1713-210_V01.pdf
24. Forrester A, Exworthy T, Olumoroti O, Sessay M, Parrott J, Spencer SJ, et al. Variations in prison mental health services in England and Wales. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2013; [cited 2017 Jan 29]; 36(3-4):326-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Variations+in+prison+mental+health+services+in+England+and+Wales>. DOI: 10.1016/j.ijlp.2013.04.007
25. Santana AFFA, Chianca TCM, Cardoso CS. Direito e saúde mental: percurso histórico com vistas à superação da exclusão. *Psicol Rev* [Internet]. 2011 Apr; [cited 2017 Jan 26]; 17(1):16-31. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9563.2011v17n1p16>. DOI: 10.5752/P.1678-9563.2011V17N1P16
26. Barros-Brisset F. Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* [Internet]. 2010; [cited 2017 Jan 25]; 20(1):116-28. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100016. DOI: 10.7322/jhgd.19951
27. Lund C, Hofvander B, Forsman A, Anckarsäter H, Nilsson T. Violent criminal recidivism in mentally disordered offenders: a follow-up study of 13-20 years through different sanctions. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2013; [cited 2017 Jan 28]; 36(3-4):250-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Violent+criminal+recidivism+in+mentally+disordered+offenders%3A+a+follow-up+study+of+13%E2%80%9320+years+through+different+sanctions>. DOI: 10.1016/j.ijlp.2013.04.015.
28. Gama CAP, Campos RTO, Ferrer AL. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2014; [cited 2017 Mar 25]; 17(1):69-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v17n1/v17n1a06.pdf>