



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - FAJS

Gabriela Nantua Evangelista Barbosa

**UM CONTRAPONTO ENTRE A REALIDADE DO
TRATAMENTO DE PORTADORES DE
TRANSTORNOS MENTAIS NO HOSPITAL SÃO
VICENTE DE PAULO (HSVP) TAGUATINGA – DF
FRENTE AO IDEAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Brasília
2015

Gabriela Nantua Evangelista Barbosa

**UM CONTRAPONTO ENTRE A REALIDADE DO
TRATAMENTO DE PORTADORES DE
TRANSTORNOS MENTAIS NO HOSPITAL SÃO
VICENTE DE PAULO (HSVP) TAGUATINGA – DF
FRENTE AO IDEAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Trabalho de conclusão do curso de Direito da
Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais -
FAJS do UNICEUB como requisito parcial
para obtenção de título de bacharel em
Direito.

Área de atuação: Criminologia

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra de La
Vega

**Brasília
2015**

Gabriela Nantua Evangelista Barbosa

**UM CONTRAPONTO ENTRE A REALIDADE DO
TRATAMENTO DE PORTADORES DE
TRANSTORNOS MENTAIS NO HOSPITAL SÃO
VICENTE DE PAULO (HSVP) TAGUATINGA – DF
FRENTE AO IDEAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Trabalho de conclusão do curso de Direito da
Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais -
FAJS do UNICEUB como requisito parcial
para obtenção de título de bacharel em Direito.

Área de atuação: Criminologia

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra de La
Vega

Brasília, 18 de Junho de 2015.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Alessandra de La Vega

Profa. Orientadora

Ana Sylvia Coelho
Profa. Examinadora

Luiz Patury
Prof. Examinador

Dedico este trabalho a todas as pessoas que conviveram, convivem ou conviverão com as estranhezas comportamentais humanas e sua complexidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força e determinação.

A equipe de docentes que tanto me inspiraram nesta breve jornada acadêmica repleta de novas experiências.

A Professora Dra. Alessandra de La Vega por contribuir efetivamente para o desenvolvimento de minha pesquisa, quando me ensinou pacientemente e me conduziu com maestria. Obrigada por compartilhar comigo seu valioso conhecimento.

A equipe de servidores do Hospital São Vicente de Paula que muito colaboraram com a pesquisa, sem a anuência e boa vontade deles nada poderia ter acontecido.

A minha querida mãe que não mediu esforços para me ajudar a entrar no campo pesquisado, bem como todo apoio emocional, assim como tem feito em todos os momentos desta minha pequena existência.

Ao Alexandre, a mente brilhante que me inspira diariamente.

RESUMO

O presente trabalho se preocupou em demonstrar a realidade encontrada no meio empírico servindo como um contraponto no tocante às obras de referência por mim estudadas, principalmente, a de Foucault e Goffman, nas quais temos um ambiente tão cruel que chega a ser caricatura do medievo, bem como em relação ao ideal da Reforma Psiquiátrica. É por este motivo e também pelo mistério peculiar ao assunto que me dediquei a pesquisar e entender este mundo. O ponto chave da pesquisa encontra-se no confronto do sistema hospitalar psiquiátrico no tocante ao ideal de Reforma psiquiátrica, haja vista que trata-se de portadores de transtornos mentais, grupo o qual sofre certa segregação social. Outro ponto importante da pesquisa é a interferência do judiciário no cotidiano hospitalar de maneira negativa. Para que fosse possível analisar o campo e a realidade hospitalar psiquiátrica realizei entrevistas com servidores do Hospital São Vicente de Paulo, onde vivenciei e desmistifiquei muitas partes do meu estudo dogmático. As visitas me mostraram que no campo estudado há grande esforço por parte da equipe a qual possui interesse e empenho em seguir o formato trazido pela Reforma Psiquiátrica, sendo esta a maior inspiração para realização do trabalho exercido no hospital.

Palavras-chave: Hospital São Vicente de Paulo. Portadores de transtornos mentais. Contraponto. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This study was concerned to demonstrate the reality found in the empirical means serving as a counterpoint in relation to the reference works for me studied mainly to Foucault and Goffman, in which we have a cruel environment that it's caricature of the Middle Ages, as well as against the ideal of the Psychiatric Reform. It is for this reason and also for the peculiar mystery to the point I focused on research and understand this world. The research key point is the confrontation of the psychiatric hospital system in relation to the ideal of psychiatric reform, given that it is the mental patients, group which suffers certain social segregation. Another important point of the research is the interference of the judiciary in the hospital routine in a negative way. To make it possible to analyze the field and the psychiatric hospital reality conducted interviews with servers at Hospital São Vicente de Paula, where experienced and desmistifiquei many parts of my dogmatic study. The visits showed me that the large field is studied effort by the team which has interest and commitment to follow the format brought by the Psychiatric Reform, which is the biggest inspiration for performing the work done in the hospital.

Keywords: Hospital São Vicente de Paulo. Mental patients. Confrontation. Psychiatric Reform.

LISTA DE SIGLAS

CEP- Comissão de Ética em Pesquisa

CP - Código Penal

CPP - Código de Processo Penal

DF - Distrito Federal

HSVP - Hospital São Vicente de Paula

PS - Pronto Socorro

PS DIA- Pronto Socorro Dia

CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial

NAFS - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO DA LOUCURA NAS SOCIEDADES OCIDENTAIS.....	13
1.1 A loucura no tempo e no espaço	15
1.2 Os manicômios.....	17
1.3 Os efeitos de criminalização, discriminação e segregação da internação manicomial.....	20
2 OS MANICÔMIOS NO BRASIL.....	26
2.1 A grande mudança	27
2.2 As políticas Públicas.....	33
3: ETNOGRAFIA.....	35
3.1 A importância da etnografia para a pesquisa de campo.....	35
3.2 A etnografia e suas interpretações.....	36
3.3 Pesquisa no Hospital São Vicente de Paula.....	42
3.3.1 Primeira impressões e visão geral das visitas.....	42
3.3.2 Entrevista com o Diretor do HSVP Hector Ambrosine.....	46
3.3.3 Entrevista com o psicólogo Romeu Cadiveu.....	49
3.3.4 Entrevista com a Enfermeira Paloma Duarte.....	53
3.3.5 Entrevista com a psicóloga Alice Bolkovisk.....	57
3.3.6 Entrevista com o Auxiliar de enfermagem Enzo Marazzo.....	62
4 HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA: CONSIDERAÇÕES SOBRE O CAMPO E O TRATAMENTO.....	66
CONCLUSÕES.....	74
REFERÊNCIAS.....	76
ANEXO A – OFÍCIO AO DIRETOR.....	78
ANEXO B – QUESTIONÁRIO APLICADO.....	79
ANEXO C – TERMOS DE LIVRE CONSENTIMENTO.....	80

INTRODUÇÃO

O objeto da pesquisa se concentra no contraponto entre a realidade encontrada e a estude em livros, bem como em relação ao ideal de Reforma Psiquiátrica quando do tratamento dado aos portadores de transtornos mentais que se encontram internados no Hospital São Vicente de Paulo, situado em Taguatinga- DF. Importante frisar que o objeto da pesquisa abrange outras questões, como veremos mais adiante, como por exemplo, as relações psicossociais e a segregação social. Acredito que estes são pontos relevantes, uma vez que estamos tratando de um grupo que possui diversos problemas, não apenas o do transtorno mental.

Para a realização da pesquisa foi utilizada a etnografia como metodologia de pesquisa, uma vez que a área pesquisada é instigante e curiosa, havendo uma necessidade de estudo sobre este assunto que se mostra pouco explorado. Portanto, avaliei como coerente o método etnográfico, pois se mostra adequado para o propósito da pesquisa empírica, encaminhando o pesquisador para o campo e permitindo a ele interpretar ao horizonte o nativo e suas representações. Tal característica torna este método o mais confiável para uma real constatação do campo e da instituição enquanto detentora de uma massa tida como indesejável.

Tomei como referencial teórico as obras de Michel Foucault e Erving Goffman, quais sejam, “A história da Loucura”¹ e “Manicômios, prisões e conventos”², respectivamente. Foram estas obras que me inspiraram e ainda me inspiram ao conhecimento empírico, apresentando novos meios de aprendizagem e fora de algo determinado e imutável trazido pela já conhecida dogmática. Assim se perfaz o primeiro capítulo, o qual aborda aspectos históricos sobre o transtorno mental, as instituições psiquiátricas e o entendimento de loucura ao longo dos tempos. Especialmente sobre as instituições, tive o intuito de apresentar como funcionava, desde quando existe e suas características. Desta forma, o capítulo inicial se baseia em uma característica mais ampla sobre as instituições psiquiátricas, tanto que Foucault se dedica a explicar a situação na Europa clássica (século XVIII) e Goffman em uma instituição nos Estados Unidos na década de 1960.

¹ FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 7 ed. São Paulo, Perspectiva S.A., 1972.

² GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e conventos**. 6 ed. São Paulo, Perspectiva, 1961.

O capítulo dois trata das instituições psiquiátricas no Brasil, de como os brasileiros lidavam com este tipo de hospital e com as pessoas que ali ficavam presas. O importante a frisar neste momento é a característica que o local de internação tinha no início de sua atuação, pois seu objetivo era extirpar a parte indesejável da sociedade em algum lugar, desta forma, várias pessoas mesmo não sendo loucas eram presas por serem pobres, alcoólatras, prostitutas, viciados em drogas. E por fim, o capítulo três aborda sobre a etnografia e sua importância para este trabalho, bem como as conclusões sobre a pesquisa de campo, trazendo dados coletados no Hospital São Vicente de Paula, onde observei a realidade desta instituição que cuida de pessoas com transtornos mentais e que podem estar cumprindo pena. Aqui trago as interpretações que tive diante da realidade, trazendo à tona o grito do campo contrapondo a polidez da dogmática.

Ressalta-se a importância do significado de uma instituição psiquiátrica e como ela pode criminalizar um indivíduo. Um ponto que deve ser lembrado é o fato de estes sistemas institucionais do manicômio judiciário atualmente se mostram um ambiente inóspito e selvagem, onde as políticas públicas parecem não sobreviver a tamanha crueldade da realidade vivida pelos deficientes mentais. Não é de hoje que essas pessoas vivem sob condições pútridas que a sociedade lhes confere. Seja no entendimento da sociedade sobre o portador de transtorno mental, seja na própria instituição que vivem, ainda há preconceito, abandono e uma visão medieval sobre o tema. E apesar de todos os desprazeres que essas pessoas causam a tantas outras, ainda há certo desconhecimento sobre o que seria a loucura no âmbito do entendimento social. Tanto que as pessoas insistem em estudar, produzir obras, talvez na tentativa de se fazer entender sobre o que seria este fenômeno humano ou até mesmo fazer demonstrações cujo resultado deva ser a conscientização do social diante desses pacientes.

É neste viés que se elabora a pesquisa. É no ambiente ainda confuso, onde não se sabe certamente o que seria prisão e hospital psiquiátrico que será feita a análise da instituição frente a Reforma Psiquiátrica que resultou em leis próprias sobre doença mental e atendimento desses pacientes. Deve ressaltar que as leis traduzem o humanismo no tratamento, alojamento e cuidados com o paciente, objetivando, modificar a visão da instituição psiquiátrica para um ideal concentrado no bom tratamento. Lembrando que lei 10.216 de 2001 veio como uma nova reforma psiquiátrica que tem uma visão mais abrangente

sobre o tratamento psiquiátrico, transportando para instituições comunitárias, e não hospitalares, o tratamento e acompanhamento dos pacientes.

É no campo do hospital psiquiátrico que irei estudar os benefícios trazidos pela reforma, a qual desconstruiu o ideal hospitalocêntrico e objetivou implantar a mudança do conceito de loucura, bem como o tratamento dado a pacientes internados. Esta reforma orienta os profissionais para que seja realizado um tratamento psicossocial no indivíduo enquanto parte de uma comunidade na qual a instituição, agora renovada, tenta se organizar e se adaptar aos conceitos humanísticos.

A loucura, apesar de todos os esforços legislativos para torná-la menos depreciativa em termos de indivíduo e sociedade, sempre foi tratada por muitas pessoas de maneira estereotipada. A visão da sociedade de um louco é de incapacidade, inutilidade, irracionalidade, um ser que não pode sofrer ou entender o mundo da maneira convencional. O interessante é que desde a idade clássica (séc. XVIII) as pessoas já viam a loucura como uma doença contagiosa e, assim, retiravam estes indesejáveis indivíduos de circulação, abandonando-os em instituições, misturados com outros doentes e presos considerados sãos, além de serem vítimas de constantes praticas de torturas justificadas como tratamento e pesquisas médicas.

Ademais, é visível um descompasso entre o ideal e o efetivo trabalho realizado pelo Judiciário, de sorte que, mesmo existindo leis sobre o assunto, ainda há uma lentidão e ineficiência na aplicação legal, pois enquanto se desenrola o processo, o indivíduo portador de distúrbios mentais fica a espera do término dos trâmites burocráticos em penitenciária comum, em convívio com os outros internos sem tratamento algum, situação que deveria ser evitada, uma vez que a mistura dos internos comuns com o interno com problema pode gerar mais problemas a ambas as partes.

A assimetria entre o formal e o real nos faz pensar no que se transformaram essas instituições, uma vez que não cumprem o proposto pelas leis. Será que houve alguma mudança após a implementação da reforma psiquiátrica, ou apenas foi uma forma falsa de aparentar estar seguindo as regras? É por esta obscuridade trazida pela realidade que há a curiosidade de entender o que são estas instituições e como trabalham no seu dia-a-dia tanto para que o tratamento psicossocial seja feito corretamente, quanto ao enfrentamento de práticas desumanas no trato com os pacientes.

Devo salientar que Goffman explica em sua obra que há o próprio preconceito dos médicos, cuidadores, técnicos e demais profissionais da área da saúde que trabalham com pacientes com transtornos mentais que culmina numa discriminação destas pessoas. O problema da discriminação é que esta se desenvolve como uma bola de neve. Se a pessoa tem deficiência mental, ela é discriminada, mas se ela é “criminosa” ou “desobediente”, esta discriminação apenas cresce. Ressaltando que a discriminação é latente em casos de abandono ou quando a família rejeita aquela pessoa por não ser orientada para lidar com situações de crises do familiar doente.

A presente pesquisa empírica realizada pode contribuir para o campo do Direito no momento em que oferece uma compreensão sobre as dinâmicas as quais servem de apoio para uma melhor manutenção e produção de leis, bem como para a eficiência quando do trabalho exercido pelos operadores do Direito, gerando uma conscientização maior sobre o tema, tendo em vista que atualmente há um certo desconforto ou até mesmo desleixo para com os indivíduos que sofrem de transtornos mentais.

A pesquisa foi realizada no Hospital São Vicente de Paula no período de 18 de março de 2015 a 1º de abril de 2015, com prévia autorização do Diretor desta instituição. No capítulo em que trato especificamente das falas e suas análises, não usei os nomes verdadeiros dos entrevistados, tendo em vista que no termo de livre consentimento há esclarecimento de que os nomes não seriam usados. Portanto, troquei os nomes com a exceção de um nome que, inclusive, advém da criatividade de uma paciente, pois ela chama a servidora por outro nome.³

O que foi curioso no decorrer da pesquisa foram as diferentes falas coletadas. Cada entrevistado mostrou sua visão, alguns pontos em comum, mas muitos outros diferentes. Percebe-se que dentro da instituição temos universos diferentes, uns mais distantes e outros bem mais profundos. O interessante da pesquisa se deu nos contrapontos das falas, na diluição de algumas ideias pré conceituais e claro, as surpresas a cada nova visita. Afinal, o local era bastante propício a novas experiências.

³A paciente que dizia ser filha da Rainha da Inglaterra não chamava a enfermeira pelo seu nome verdadeiro, mas sim pelo nome de Paloma Duarte.

1 PROCESSO DE JUDICALIZAÇÃO DA LOUCURA NAS SOCIEDADES OCIDENTAIS

“O buraco do espelho está fechado agora eu tenho que ficar aqui com um olho aberto, outro acordado no lado de lá onde eu caí pro lado de cá não tem acesso mesmo que me chamem pelo nome mesmo que admitam meu regresso toda vez que eu vou a porta some a janela some na parede a palavra de água se dissolve na palavra sede, a boca cede antes de falar, e não se ouve já tentei dormir a noite inteira quatro, cinco, seis da madrugada vou ficar ali nessa cadeira uma orelha alerta, outra ligada o buraco do espelho está fechado agora eu tenho que ficar agora fui pelo abandono abandonado aqui dentro do lado de fora”. Arnaldo Antunes.

O poema acima, escrito por Arnaldo Antunes, foi acionado no filme “O bicho de sete cabeças”, o qual narra a história de um jovem homem que foi internado em um manicômio por seus pais. Na instituição, este jovem passa por diversos sofrimentos físicos e psíquicos. Neste novo mundo, aliás, é neste “lado escuro” do mundo onde ele vive situações intensas. Essa obra nos proporciona uma realidade viva desconhecida, vez que trata de uma narrativa calcada em experiências pessoais. Ressalta-se que, por diversas vezes, o manicômio parecia se confundir com uma prisão, tendo em vista a disposição das acomodações, os métodos cruéis de disciplina, a excessiva manipulação de remédios para docilização do ser humano e a incrível rudeza dos servidores desta instituição para com os pacientes. E assim, podemos refletir porque o buraco do espelho se fecha quando estamos abandonados dentro de um universo de exclusão e fora do “mundo normal”.

Já na obra de Machado de Assis “O alienista”, o personagem principal faz todos os esforços para que seja aberta uma casa para abrigar loucos numa cidade, uma vez que é médico e busca estudar e promover a cura de doenças mentais. Com o passar de suas pesquisas esta casa se tornará cada vez mais cheia, pois o médico acreditava que qualquer comportamento poderia ser considerado parte da loucura, caso em que as internações eram feitas arbitrariamente, sem justificativas convincentes e diante disto, a cidade se rebelou contra esta tirania. Então o médico resolveu mudar seus métodos por duas vezes, e, por fim, conseguiu curar a todos. Contudo, descobriu que o único louco da cidade era ele mesmo e resolveu se trancar na casa pelo resto de sua vida com o intuito de se curar e se estudar.

Há, portanto, na literatura e na dramaturgia cinematográfica brasileira, uma série de obras que se baseiam na ideia da loucura. A doença mental, por ser misteriosa e curiosa, atrai olhares e desperta a ânsia humana sobre o entendimento deste mundo recriado mentalmente

por algumas pessoas. Se isso é um dom ou um simples modo de se orientar no mundo, apenas o tempo dirá. O que podemos afirmar é que se por um lado há avanço nas estratégias medicinais e na administração de medicamentos os quais parecem ser bastante eficientes, por outro lado ainda é um tabu a ser transpassado pela sociedade, tendo em vista que os significados atuais dos termos “loucura”, “louco” e transtorno mental cativam os resquícios do entendimento medieval sobre o assunto.

É a partir da instituição que trata desses doentes que a pesquisa se norteia, tendo em vista que idealmente deve ser um local para a melhora do paciente por meio de tratamento humanizado e participativo do mesmo. Além disso, o funcionamento dessas instituições deve ser baseado no modelo humanizado de política pública proposto pela Reforma Psiquiátrica no Brasil em 1970, a qual apresenta ideais interessantes em termos de humanização e tratamento, mas que não vem sendo cumprida pelas instituições psiquiátricas no plano concreto. É esta aparente assimetria entre o plano concreto e o plano documental da lei que a pesquisa se baseará. Para tanto, o campo de estudo será o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico de Taguatinga –DF, onde será analisada a influência das políticas públicas adotadas por este Hospital com base nas leis que existem sobre o assunto, de forma a esclarecer o seu real funcionamento, além de traçar um perfil institucional, com vistas a correlacionar com a função terapêutica proposto pela reforma de 1970.

Para tal finalidade, é necessário entender o significado da loucura no tempo e no espaço. Então começaremos a desenhar algumas representações sobre as pessoas e como isso influencia no pensamento social, bem como o modelo de tratamento desses indivíduos a partir dos conceitos formados nesta sociedade. O que pode ser dito de pronto é que a sociedade entende a loucura não como uma anomalia, mas como uma particularidade daquela pessoa, apresentando-se de forma contrária a um padrão predeterminado pela sociedade, e em consequência deste pensamento à uma marginalização dessas pessoas deficientes.

Assim, iremos partir do início dos tempos, mais precisamente da antiguidade grega, para compreender melhor como os conceitos de transtornos mentais se desenvolveram ao longo dos tempos, da antiguidade até os dias de hoje. De pronto posso afirmar que os conceitos muito mudaram, nos primeiros momentos se concentraram em causas divinas em outros em causas orgânicas. É visível que as transformações nos conceitos acontecem de acordo com as mudanças e desenvolvimentos humanos.

1.1 A loucura no tempo e no espaço.

Os mais antigos registros demonstram que já existia a estranheza de pessoas dentro de um grupo, bem como a existência de fenômenos mentais que tanto eram considerados misteriosos quanto milagrosos (assim como o sonho, parecia ser divino). Após o desenvolvimento da psiquiatria, as técnicas de tratamento passaram a ser medicamentosas, cujo objetivo era interferir nos neurotransmissores para entender e registrar a memória⁴.

Primeiramente devemos ressaltar que, nos diversos dialetos, tanto nas línguas indo-Européias e orientais, a psiquiatria se tratava de alma, espírito, algo que habitava dentro do ser humano. Aqui está um conceito ligado a religiosidade⁵.

Desde os tempos mais remotos, as pessoas que habitam uma comunidade fazem observações entre si mesmos, percebendo comportamentos, emoções que são consideradas padrões ou desvios. É neste desvio que se trabalha a psiquiatria, que significa, literalmente, 'a cura da mente' (tratamento da alma - em grego *psique*). Mas antes do uso de termos sofisticados, as pessoas precisavam de palavras simples para descrever essas pessoas "desviantes" e daí o surgimento do "selvagem", "louco", não-saudáveis⁶.

Isaias Pessotti explica que a boa definição de loucura “deve descrever uma classe de eventos que configuram a natureza ou a essência da loucura, além de apontar-lhe as causas.” Ensina ainda, que ao longo das épocas os conceitos de loucura mudaram, e por isto o conceito de hoje é diferente do conceito, visto que seguimos novos critérios de inclusão, distinção e de ênfase⁷.

Na antiguidade grega ainda não existia uma concepção sobre o que seria a natureza humana bizarra, somente vindo a ser desenvolvida antes do séc. V a.C, e de forma bastante diluída e inconsistente. Tanto assim, que o entendimento da loucura para Homero era tido como um recurso dos deuses para que suas vontades fossem feitas. Nesta época, a loucura podia ser duas coisas: a mania e a melancolia, sendo uma interferência temporária dos deuses

⁴ STONE, Michael H. **A cura da mente**, a história da psiquiatria da antiguidade até o presente. ARTMED. São Paulo, 1999.p.21-23.

⁵ STONE, Michael H. **A cura da mente**, a história da psiquiatria da antiguidade até o presente. ARTMED. São Paulo, 1999.p.21-23.

⁶ STONE, Michael H. **A cura da mente**, a história da psiquiatria da antiguidade até o presente. ARTMED. São Paulo, 1999.p.21-23.

⁷ PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: ed. 34, 1994.

na vida cotidiana. Para que a pessoa seja restabelecida e tenha consciência de si mesma necessita da participação de outras pessoas ou dos deuses⁸.

Após a antiguidade, veio a doutrina demonista, a qual associava a loucura com a possessão, marca do entendimento medieval sobre a psicopatologia. Desenvolvida por padres apostólicos até Agostino de Hipona, tal vertente se concretiza com os efeitos políticos e morais, sendo mais sistemática na época do Renascimento. Aqui ocorre a transformação das divindades pagãs em demônios, assim o cristão deve preferir o martírio do que servir a estas entidades. O pagão passa a ser herege, instrumento do demônio, deve ser combatido. E daí a intolerância religiosa. Agostinho definia loucura como ausência dos bens naturais, sendo maior mal o pecado, a fraqueza do homem definia tudo⁹.

Mais tarde temos o enfoque médico sobre a alienação mental que aparece em duas principais vertentes no século XVII: a de Zacchias, tentando conciliar as categorias diagnósticas da medicina com os conceitos jurídicos das formas de loucura, classificando as doenças em duas vertentes em *demência* e *amência* podendo ser perda parcial ou total da razão, sua base é jurídica com objetivo de criterizar a imputabilidade e responsabilidade. A segunda vertente é a de Felix Plater, a qual se baseia em categorias classificadas rigorosamente por meio de nosográfico (classificação e descrição de doenças). Até aí, os critérios eram bastante objetivos, a não ser pelo fato de o Plater considerar elementos internos do delírio, incluindo a posseção por demônios. Este autor lança uma tendência em priorizar o delírio como essencial à loucura e não aos comportamentos estranhos. Inclusive fez grande contribuição na área, quando foi o primeiro a realizar classificação patológica mental¹⁰.

No século XIX, Pinel define a loucura como um “comprometimento ou lesão fundamental do intelecto e da vontade”, porém deve haver constante observação do comportamento para classificação e diagnóstico. Os textos do século XIX têm sua importância doutrinária a sua época, entretanto mostra uma ignorância sobre teoria médica, justificando as formas de loucura no organismo humano, buscando comprometimentos nas funções do corpo, como por exemplo, na digestão, menstruação que passaram a integrar um quadro clínico¹¹.

⁸ PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: ed. 34, 1994. p.13-20.

⁹ PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: ed. 34, 1994.p.85.

¹⁰ PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: ed. 34, 1994.p.124-126.

¹¹ PESSOTTI, Isaias. **A loucura nas épocas**. Rio de Janeiro: ed. 34, 1994.p.145-201.

Assim, após diversas constatações criou-se a necessidade de se construir um local que acolhece essas pessoas transtornadas mentais. O motivo era óbvio: essas pessoas eram indesejadas, podiam trazer perigo a sociedade e portanto deveriam ser separadas das demais. Desta forma nasceu o manicômio com aparência mais de prisão do que de hospital. Com isto, visto as atrocidades cometidas contra os pacientes, Pinel se tornou um dos precursores do abandono do sistema basicamente “prisional” destes indivíduos, para um sistema mais humanizado, que tratasse de fato do paciente.

1.2 Os manicômios

No século XII, Salerno alertou para a importância de internação para um indivíduo em um local especial, sem as influências do espaço cotidiano, com o objetivo de proteger e revigorar o alienado. Para Pinel, o manicômio era fator essencial para a melhora e tratamento do paciente não sendo apenas asilo, mas um instituto de cura.¹² A tradição de acolher transtornados mentais tem sua origem na cultura árabe, como salienta Foucault¹³.

Foucault¹⁴ mostra que a construção de instituições para loucos já tinha um precedente no oriente árabe, onde seus hospitais tratavam dos pacientes com música, dança, espetáculos e histórias que eram contadas: aqui, sim, há médicos supervisionando os pacientes. Mais tarde, na Espanha, é construído um hospital que recebe pessoas de todos os lugares, exclusivamente para tratamentos aos transtornados mentais, criando, assim, um espaço bastante democrático. Mas, na Europa, o alienado mental foi colocado num grupo de pessoas diferenciado, pois ficavam em meio aos doentes venéreos, os devassos, homossexuais, e por isto, ele somia no meio de uma multidão, quando misturados com tantos outros “indesejáveis” sociais.

Michel Foucault expõe dados históricos da época clássica (séc. XVIII) explicando que a implantação das casas de correção na Europa começaram a traçar quem vai habitá-las, bem como os tratamentos adequados aos internos. Nessas casas aglomeraram-se tantas pessoas, que era impossível diferenciar os pacientes, qual seu problema e seu nível de “razão”, era uma massa que era formada por pobres, os loucos mais severos e os menos severos¹⁵. Essas casas de correção se limitavam quanto ao aceite de pacientes da seguinte maneira: quando se

¹² PESSOTTI. O século dos manicômios. São Paulo: ed. 34, 1996.P.69

¹³ PESSOTTI, Isaias. O século dos manicômios. São Paulo: ed. 34, 1996.P.151

¹⁴ FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**.7 ed. São Paulo, Perspectiva,1972, p.64-70.

¹⁵ FOUCAULT, Michel.**História da Loucura**.7 ed. São Paulo, Perspectiva S.A.,1972, p.64-70.

constatava que o paciente era tratável, recuperável se aceitava a internação na instituição, caso contrário, se a pessoa era considerável não tratável, a instituição não aceitava o paciente.

Na obra de Edward Shorter, “Uma História de Psiquiatria”, afirma-se que os manicômios existiam desde a Idade Média, não se tratando de uma inovação do séc. XIX, pois veremos que o mundo urbano sempre se confrontou com problemas dos indivíduos doentes mentais indigentes e sem teto, por isso a construção de instituições específicas para guardar estas pessoas, embora a sociedade tradicional não tivesse métodos terapêuticos para tratar destes doentes.

O autor atenta que a ideia de a loucura ser curável não foi o que levou ao aparecimento dos manicômios terapêuticos, mas a capacidade de transformação das instituições em locais de cura, pois acreditava-se que o confinamento destas pessoas nestes locais iria ajudá-los a melhorar, além de extirparem do seio de sua família envergonhada. Para Shorter, o manicômio foi criado com boas intenções, mas ao longo do tempo, transformaram-se em depósitos de insanos e dementes. Pode-se dizer que o universo social é cada vez mais intolerante em relação ao desvio, por isso pode ser um dos motivos que a instituição do manicômio saiu da sua ideia central¹⁶.

Sobre o manicômio, Erving Goffman¹⁷ explica que estes hospitais são instituições totais que constituem um híbrido social, são uma comunidade residencial e organização formal; é onde a residência e trabalho estão alocados juntamente num mesmo local e os indivíduos estão em situação parecida, separados da sociedade por longo período de tempo, levando uma vida de reclusão e administrada. Outro fator que o autor chama atenção é para a função dessas instituições que servem como "estufas para mudar as pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu". Além de fazer uma divisão básica entre um grande grupo controlado que é o grupo de internados, e um pequena equipe de supervisão.

O que mais se encontrou nos prontuários de entrada do paciente do século XVIII é o “furor”, que não são muito bem definidas, mas consistindo em uma mistura de comportamentos violentos. E a partir disso, internavam pessoas com este diagnóstico sem saber se eram pessoas doentes ou criminosas. No período clássico, a loucura era algo

¹⁶ SHORTER, Edward. **Uma História da Psiquiatria**. 1ed. Lisboa, Climepsi., 2001, p.64-70

¹⁷ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e conventos**. 6 ed. São Paulo, Perspectiva S.A., 1961, p.13.

indefinido, os pacientes eram prisioneiros. Alguns pacientes vivem em condições peculiares. Um exemplo disto é o envio de um paciente que pode se curar ao Hotel-Dieu (um hospital psiquiátrico que faz procedimentos tradicionais para a época, como por exemplo, purgações, sangrias). E assim com este hospital, muitos outros se espalharam pela Europa destinados, exclusivamente aos transtornados mentais. Mas, um detalhe: apenas alguns hospitais tinham uma ala específica para alienados. Quanto aos procedimentos ambulatoriais, Foucault explica que o tratamento é igual para todos os que estão internados no hospital, sob o pretexto de que não havia tratamento melhor, além deste tratamento ter sido ser legitimado pelos longos anos que já fora usado, ou seja, era tradição.¹⁸

O autor explica que os transtornados mentais não tinham apenas este diagnóstico de insanidade, mas eram assim considerados por problemas de epilepsia, humores frios, paralisia. E quando entravam nos hospitais não recebiam nenhum tipo de medicamento para que estes espasmos parassem ou pelo menos, fossem tratados. Por mais incrível que pareça, mesmo sem o tratamento adequado, alguns pacientes voltavam a razão. Logo, percebe-se a situação de abandono dos internos, até pelos próprios médicos, chegando a ser, o Hospital, comparado à uma prisão, tanto que suas regulamentações estão de acordo com a lei criminal de 1670¹⁹.

Foucault delinea o nascimento do asilo, onde o hospital com tratamentos cruéis toma a decisão de retirar as correntes dos prisioneiros, onde Pinel teve decisiva contribuição para abolição do sistema hospitalar para o asilar, com o objetivo de tratar dos doentes dignamente. Enfim a “libertação” no hospital de Bicêtre, localizado na Europa, dos alienados foi um grande salto para a terapia psiquiátrica. Assim, os esquemas médicos precisos perdem a razão e a certeza quando se passa a considerar aspectos verdadeiros da loucura²⁰.

Tendo em vista a cultura de maltratar os transtornados mentais, criou-se um certo desprezo por este grupo, o qual a maior parte do tempo era malvisto pela sociedade. A parte considerada como “não produtiva” só trazia mal estar social, ninguém queria estar perto de alguém estranho ou problemático, era perigoso e vergonhoso. Juntando a separação social, familiar e colocando o indivíduo em uma instituição mais parecida com uma prisão do que com um hospital, temos a situação de distanciamento da sociedade, a qual trata daquela

¹⁸ FOUCAULT, Michael. **História da Loucura**. 7 ed. São Paulo, Perspectiva S.A., 1972, p.64-70.

¹⁹ FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 7 ed. São Paulo, Perspectiva S.A., 1972, p. 64-70.

²⁰ FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 7 ed. São Paulo, Perspectiva S.A., 1972, p.459-467.

pessoa como um diferente que deve ser banido do convívio entre pessoas consideradas “normais”.

1.3 Os efeitos de criminalização, discriminação e segregação da internação manicomial

Acreditava-se que nos hospitais havia um surto de febre contagiosa: por isto as pessoas evitavam chegar perto dos internos e os médicos eram poucos. Dizia-se que as famílias dos internos estavam contaminadas com a tal febre. Era um pensamento comum da época de que se uma pessoa entrasse em contato com um interno corre o risco de “pegar” a doença da febre. Foucault²¹ afirma que, para que haja uma internação em um hospital para indivíduos não recuperáveis, precisavam de um despacho do parlamento definindo a internação. Mas a internação não garante um tratamento, e sim uma intervenção pedagógica, seguindo regras e exercícios. É um tipo de “castigo” que os internos devem sofrer para melhorar.

Um fato curioso sobre este assunto na atualidade nos manicômios consisteneste tratamento cruel aos pacientes e até mesmo sofrido por este no seio familiar e social. Ainda havia receio das pessoas ao entrarem em contato com os taxados alienados mentais, pois explica Foucault, que as pessoas ainda acreditavam que por estarem naquele meio, esses doentes se tornavam “contaminados”, ou seja, não era apenas a doença mental que está dentro do corpo e sem possibilidade contaminação, mas a ideia de que vivendo ali, automaticamente contrai-se doenças não mentais, mas físicas. O autor dá o exemplo quando diz sobre o medo de pegar febre e outras doenças físicas e não psíquicas²².

Assim, como é comum os hospitais do século XVIII terem aspecto de prisão, é também corriqueiro, encontrar loucos nas prisões da época. Seja porque já eram loucos e criminosos, seja porque eram criminosos que com a estrutura prisional desordenada ficaram loucos. Os indivíduos eram misturados sem distinção alguma, em instalações precárias e sem estruturas adequadas para um atendimento hospitalar psiquiátrico. Era uma concepção da época que os doentes mentais deveriam ser corrigidos, castigo era visto como uma correção

²¹ FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 7 ed. São Paulo, Perspectiva S.A., 1972, p.64-70

²² FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 7 ed. São Paulo, Perspectiva S.A., 1972, p.72-79

para aquela pessoa. E ainda, a confusão da sociedade em relação ao louco e criminoso, considerando-os escória da vida social²³.

Importante ressaltar que o tratamento dado aos prisioneiros se assemelha ao dos transtornados mentais, vez que sempre foi degradante e hostil. Na obra de Beccaria é perceptível a crítica ao sistema processual penal em 1764. O autor explica como deveriam ser tratada as penas e a sua indignação com a sociedade que não reclama das atrocidades praticadas pelas irregularidades dos processos criminais. Relata ainda, que esse comportamento agressivo do Estado amedronta a população, fazendo com que esta se veja como vítima de injustiças e viva com o sentimento de medo²⁴.

Tendo em vista a semelhança entre os “presos” e os “internos” vale considerar que assim como o cárcere, a internação reflete as características negativas, bem como a relação destes indivíduos (presos e internados) com a sociedade é entre excluído e quem exclui. Assim toda tentativa de reinserção do excluído vai se contrapor a natureza de segregação desta relação conturbada. Não há como incluir e excluir²⁵.

Geralmente os internados que vivem na instituição têm contato restrito com o mundo existente fora de suas paredes. Cada agrupamento (internos e funcionários) entende o outro baseado em estereótipos limitados e hostis. A equipe de dirigentes vê os internos como amargos, reservados e inconfiáveis; estes por sua vez vêem os dirigentes como arbitrários e mesquinhos. Além de haver um ar de superioridade dos dirigentes e inferioridade dos internos. Para Goffman, toda instituição tem tendências de fechamento e seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico, dando o exemplo de portas fechadas, paredes altas, florestas entre outras barreiras. Para este autor a instituição total tem como característica a desprogramação do humano, a desumanização pela autoridade e objetalização ou reificação do indivíduo²⁶.

Um fato importante que devemos nos atentar é a criminalização da loucura no sistema jurídico terapêutico. De início, o que pode ser contemplado são as medidas de segurança que oprimem e segregam infratores doentes mentais. Esses infratores são levados a casas de

²³ FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 7 ed. São Paulo, Perspectiva S.A., 1972, p.72-79

²⁴ BECCARIA, Cesare. **Dos Delitos e Das Penas**. 3 ed. . São Paulo, Martin Claret, 2000.p.40-49.

²⁵ BARATTA, Alessandro. *Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal*. p.186-187.

²⁶ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e conventos**. 6 ed. São Paulo, Perspectiva S.A., 1961, p.12.

custódia, onde recebem nenhum tratamento, tendo me vista o sistema inoperante de uma política pública de saúde mental que foi perfectibilizada por meio da reforma psiquiátrica (Lei nº. 10.216/01). Porém, é uma falsa maneira de tratamento, vez que há uma atuação violenta do sistema punitivo prisional nas casas de custódia. Nestas casas os internos têm seus direitos burlados, são desrespeitados como seres humanos, e visivelmente à sua dignidade humana que, segundo a Constituição Federal de 1988, é princípio essencial para uma visão humanística e desmistificadora de insanidade. O ponto importante de todo o discurso consiste em demonstrar que a percepção criminalizadora do transtornado mental fomenta para que seus direitos humanos básicos sejam rechaçados, e em consequência disto, não recebe o tratamento adequado e é punido eternamente pelo Estado, que o marginaliza e o rotula como louco infrator²⁷.

Um trecho interessante sobre a questão da criminalização do paciente diagnosticado foi descrito pela médica psiquiátrica, Eillen Walkenstein, o qual explica claramente o que acontece com o paciente diagnosticado:

Um diagnóstico psiquiátrico é como um condenação à prisão, um registro permanente em seu prontuário e que o segue onde quer que você vá. Apesar de os psiquiatras saberem quão pouco valem seus diagnósticos, teimam em representar o papel de juízes e vivem baixando sentenças irrecorríveis²⁸.

Em relação à violação de direitos humanos desses pacientes, foi feita uma pesquisa pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, que, ao realizar vistorias em 38 manicômios em 16 estados, incluindo o Distrito Federal, identificou uma situação caótica nestas instituições, onde constatou-se maus tratos aos doentes mentais, de sorte que andavam nus, eram tratados como delinquentes, e portanto como presidiários, rodeados de cadeados, grades e celas. Além dos atendimentos médicos ocorrerem somente uma vez por semana, em alguns locais não havia medicamentos e terapeutas para ocupar os indivíduos em tratamento²⁹.

A questão da criminalização do doente mental pela própria família também contribui para a desvalorização e conseqüente violação de seus direitos como cidadão e pessoa. Tal

²⁷ PEREIRA, Sarah Caroline de Deus. **A criminalização da loucura no modelo jurídico terapêutico- punitivo- prisional dos Hospitais de Custódia e Tratamento psiquiátrico**. São Paulo. Julho de 2013, p.239-241.

²⁸ WALKENSTEIN, Eileen. **Bitolando pela psiquiatria**. São Paulo: Brasiliense, 1980.P.33

²⁹ PEREIRA, Sarah Caroline de Deus. **A criminalização da loucura no modelo jurídico terapêutico- punitivo- prisional dos Hospitais de Custódia e Tratamento psiquiátrico**. São Paulo. Julho de 2013, p.242.

informação é trazida por Melman em sua obra, na qual explica que muitas vezes as famílias se sentem culpadas pelo seu ente doente e isto decorre da pressão da sociedade em predeterminar que uma educação eficiente resulta em uma pessoa sã, que compõe os requisitos sociais. Diante deste cenário, a família se esconde e se envergonha de seus familiares doentes e o abandonam em locais obscuros acreditando na cura³⁰.

O exemplo mais recorrente é o caso entre pais e filhos. Os pais que ensinam e cuidam de seus filhos sentem-se pressionados socialmente, dentro de um dever moral e cívico de fazer com que sua prole cresça saudável e que consiga alcançar prosperidade, seja ela financeira, familiar, social, matrimonial. Porém, se este indivíduo que possui uma certa programação para que seja perfeito, fugir do convencional, porque ele simplesmente nasceu assim, a família logo se julga ineficiente e fracassada na educação deste indivíduo. E, claro, a sociedade está lá para apontar-lhes o dedo e dizer que esta pessoa é imprópria ao convívio da comunidade, por meio de discriminação não apenas no sentido daquela família ter alguém diferente, mas também no sentido de evitar o indivíduo não são, o próprio afastamento dos familiares, amigos, colegas e vizinhos que não querem se "juntar" com aquele núcleo familiar que não segue um padrão³¹.

E assim, a família do indivíduo portador de transtorno mental, diante de tantas intempéries sociais se vêem sem saída e forças para cuidar e tratar de seus parentes doentes e acabam deixando isto para a instituição psiquiátrica. Deve-se levar em consideração que além da situação social, há o lado emocional de a família não saber lidar com a doença do parente, outro ponto que fomenta a criminalização, bem como a abstinência da família em cuidar daquela pessoa deixando que seja feito por outrem, no caso o Estado. Com tantos abandonos familiares, o Estado de fato, se torna a única alternativa para que essas famílias se sintam aliviadas ou até mesmo livres de qualquer responsabilidade pelo que pôde ter dado errado com aquele sujeito. E a partir daí, que o conceito de doença mental e louco na sociedade ocidental entra para a atual conjuntura quando do tratamento e alojamento dessas pessoas³².

³⁰ MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre os profissionais de saúde e familiares.** Escrituras Editora. 2004.p.20-41.

³¹ MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre os profissionais de saúde e familiares.** Escrituras Editora. 2004.p.20-41.

³² MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre os profissionais de saúde e familiares.** Escrituras Editora. 2004.p.20-41.

Um fator de suma importância relatado por Erving Goffman consiste em como o paciente sentem-se dentro de uma instituição psiquiátrica. Segundo ele, os pacientes estão em condições mais baixas quanto sua posição na instituição quando comparado ao mundo externo que vivia, criando um processo de fracasso pessoal que sente constantemente, e tenta fugir disso criando uma história triste para justificar sua atual situação. Outro ponto se refere ao sentimento de tempo perdido quando da internação, sendo esta objeto de mero cumprimento do tratamento, tempo que precisa ser passado, sentindo-se fora da vida por uma temporada.

É neste momento que começamos a refletir sobre o poder de influência de um sentença extensa, pois há que se considerar a perda de contato com a vida externa, seja o social, o profissional, fatores que interferem na promoção pessoal bem como na maneira da pessoa pensar em si própria. Daí nasce a necessidade da elaboração de atividades ligadas a terapias ocupacionais no intuito de matar este tempo, tornado um fator de grande importância para os internos³³.

Ainda sobre Goffman, o autor ressalta a atitude da instituição frente aos internos. Considerando que a instituição é um agrupamento de pessoas as quais são teoricamente treinadas e apropriadas para lidar com portadores de deficiências mentais, pode-se falar em um olhar rude em relação ao paciente. Ou seja, a visão que devem ter, e o que pôde ser coletado na pesquisa do autor, é a justificativa de não perceber o paciente interno como humano. Isso tem grande significância, uma vez que o sentimento de empatia com o outro é um fator que impede o superior, no caso os médicos, enfermeiros e cuidadores usam de tratamentos mais cruéis³⁴.

Outro fator a ser lembrado é justamente a relação entre a instituição e paciente, a qual impede que os superiores se aproximem dos pacientes, tendo em vista que esta aproximação de afetividade leva-o ao distanciamento com os outros colegas de trabalho e daí levado a trabalhar longe de todos. Aqui a instituição age como uma reguladora de limites, impedindo o afeto entre o paciente e o profissional, fazendo com que este seja deixado de lado como forma social de deixar de lado uma pessoa que venha a se envolver com quem não deveria, o

³³ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e conventos**. 6 ed. São Paulo, Perspectiva S.A., 1961, p.63-64.

³⁴ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e conventos**. 6 ed. São Paulo, Perspectiva S.A., 1961, p.75.

paciente. A humanidade, por vezes deve ser punida, a humanidade da instituição deve ter e tem limites³⁵.

A ideia dos manicômios era dar um tratamento digno aos doentes mentais, que são vítimas de suas patologias. Infelizmente, os manicômios, pelo menos no Brasil, não seguiram este caminho, como idealizou o fundador do primeiro manicômio brasileiro, Heitor Carrilho, o qual pregava o tratamento digno desses indivíduos. A maioria tornou-se depósitos humanos, tratando pessoas transtornadas como presas, uma vez que oferecem perigo pelo seu desmando psíquico. Assim, pouco diferem das prisões comuns que também possuem caráter de limpeza e extirpação social³⁶.

No início, os manicômios brasileiros tinham caráter de limpeza social, retirando os indivíduos não produtivos de circulação. A instituição acabou por abarcar todo aquele sujeito que era “indesejado” na sociedade. Tais instituições acomodavam pessoas de todos os tipos, não apenas transtornados mentais, mas pessoas que eram consideradas “impróprias” para a sociedade, como por exemplo, prostitutas, alcólatras, moças de família que era desobedientes e entre muitas outras. Naquele local o tratamento era desumano, uma vez que quem estava ali era “lixo humano”. A situação era caótica a ponto de haver estupros, suicídios e homicídios, além de crianças e adultos conviverem no mesmo espaço. As pessoas não viviam e nem eram tratadas de suas supostas doenças, apenas sobreviviam naquele meio. Arbex nos pinta uma realidade triste do que foi um dos manicômios brasileiros.

Assim, diante do caos proliferante, o Estado entra em ação propondo leis e promovendo políticas públicas que garantam a reinserção social daquele indivíduo, fazendo com que sua rede de relações seja ampliada, podendo, assim, comunicar-se com o mundo, fazer parte dele. Ainda devemos lembrar que houveram mudanças quanto ao tratamento psiquiátrico, devendo agora ser balizado por premissas humanitárias de convivência, afeto e união.

³⁵ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e conventos**. 6 ed. São Paulo, Perspectiva S.A., 1961, p.76.

³⁶ MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira de. Saúde mental e o Direito. P.47-50

2 OS MANICÔMIOS NO BRASIL

O primeiro Hospital Psiquiátrico do Brasil e da América Latina foi fundado em 1852 no Rio de Janeiro pelo Decreto n. 82/1841. Este manicômio tinha base no alienismo francês, o qual manteve a tradição de abrigar pessoas desviadas de todos os tipos que eram administrados por meio de inúmeras intervenções e arbitrariedades. A partir disso, começou a construção, por todo o país, de manicômios e asilos³⁷. No início, os sanatórios eram verdadeiros locais para descarte de indesejados sociais, locais onde as pessoas eram presas por motivos banais que, à época, eram plausíveis, como, por exemplo, uma filha desobediente, uma moça que perdeu a virgindade, alcoólatras, prostitutas, homossexuais. Todos eles eram considerados uma parte “suja” da sociedade que deveria ser mantida presa para que a comunidade seguisse “em paz” com suas vidas.

A “prisão” destes indivíduos era conveniente e trazia uma sensação de segurança e tranquilidade. Mas enquanto a vida lá fora passava ao sabor de pássaros, livros, festas e banquetes, inclusive celebrando o sucesso e todos os benefícios que o manicômio trazia àquela vida social, os “presos” nos sanatórios viviam ao dissabor dos conhecimentos ainda muito básicos e pouco desenvolvidos dos cuidadores e médicos que acreditavam piamente em tratamentos físicos mais parecidos com cenas de tortura. Era assim no hospital psiquiátrico divulgado na obra da jornalista Daniela Arbex "Holocausto Brasileiro". A obra trata de um local chamado Colônia, na cidade de Barbacena, Minas Gerais onde funcionou o maior manicômio do Brasil, responsável por aproximadamente 60 mil mortes, maior parte no século XX. Até hoje existe este lugar, porém fizeram reformas e a diretora do local garante que os macabros tratamentos e modos de interação com os pacientes ficaram no passado³⁸.

A história desta colônia, resgatada pela jornalista acima citada rendeu interessantes observações e apontamentos sobre assunto do manicômio, uma vez que aborda em detalhes, filmagens e surpreendentes depoimentos de ex-internos da época sobre o dia-a-dia da

³⁷ GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. **Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem** Revista Brasileira de enfermagem, vol.22 no, 2 Florianópolis, Abril, Junho, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000200012&lang=pt> Acesso 23 abr 2014.

³⁸ ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. Ed Geração. São Paulo: Método, 2004. P.30-45.

instituição, seu funcionamento, administração de remédios e de castigos desumanos aos mais rebeldes. Como na época era de praxe encaminhar pessoas indesejáveis na Colônia, era fato que nem todas tinham algum distúrbio mental, apenas eram "inconvenientes" para a sociedade. Então, havia uma mistura entre os doentes e os não doentes, homens e mulheres, todos em um só local. Toda esta mistura resultava em situações lastimáveis como a ocorrência de estupros, tanto entre os internos quanto dos cuidadores com os internos, e assim a gravidez de doentes e o nascimento de crianças dentro do hospício, onde cresciam meio a loucos e doentes, sem contar com as agressões, brigas e suicídios³⁹.

Neste ambiente lastimável, quando entrava uma pessoa sã, sem algum distúrbio, com a convivência e a implacável absorção de comportamentos considerados fora do normal, começava a passar por um processo de enlouquecimento, no qual começava a entrar naquele mundo que o rodeava e a fazer parte da loucura. Na verdade se trata de uma maneira de adoecer a pessoa, ou seja, uma pessoa que entrava sem problemas mentais, saía com algum deles. Nos depoimentos, os que conseguiram sobreviver e sair da colônia relatam que nunca foram diagnosticados devidamente, apenas uma indicação familiar foi o suficiente para que fosse internado. Desses que sobreviveram, percebe-se que a instituição lhe deixou marcas, inclusive psíquicas.

Após a constatação tardia de que estes locais eram impróprios e ineficazes no tratamento dos verdadeiramente doentes, e que a internação deveria ser regulamente justificada por meio de perícias médicas, foi implantada no Brasil a reforma Psiquiátrica, a qual tinha o dever de mudar esta situação de lástima e desumanidade e transformar a instituição em um local de cura e fraternidade, calcados na dignidade da pessoa humana. Assim, começa a luta anti-manicomial, que busca a reinserção social do doente mental, no âmbito familiar, profissional e social, fazendo com que ele participe do controle e tratamento de sua doença com o apoio familiar.

2.1 A grande mudança

No Brasil, o tratamento dos doentes psiquiátricos tem uma grande mudança quando ocorre a reforma psiquiátrica, que teve seu auge em 1970. Tal reforma tem base na Psiquiatria democrática italiana, a qual prega a desinstitucionalização da clientela e o desmantelamento

³⁹ GLOBO NEWS. **Holocausto Brasileiro**. Video disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=1xBQr5zFAHs>>. Acesso em 22. abr. 2015.

da estrutura hospitar-asilar, mais conhecida como luta anti-manicomial. A Conferência que mais se destacou neste âmbito foi a de Caracas no ano de 1990, uma vez que a Declaração produzida neste encontro, crítica o modelo psiquiátrico concentrado no modelo hospitalar, apontando os altos custos e ineficiência deste sistema que se concentra em isolar o paciente da convivência social. É a partir deste ponto que se busca um novo modelo de assistência ao doente mental dentro do contexto social⁴⁰.

A Lei nº 10.216/01, já introduzida no capítulo anterior, promoveu a revolução psiquiátrica no Brasil, fazendo com que o paciente com transtorno mental seja assistido de forma especial pelo Estado, dando ênfase nos longos períodos de internação bem como punição para internação arbitrária ou desnecessária. A lei procurou selecionar as pessoas que são internadas, pois pelo histórico brasileiro, em meados de 1960, os manicômios serviam não somente de abrigos para doentes mentais, mas também como depósito de pessoas consideradas inconvenientes pela sociedade, pessoas sãs eram jogadas injustamente nestes locais pelos motivos mais levianos. Além disso, esta lei trás a noção de inserção social do portador de transtorno. Deve-se salientar que, além da reforma no modo de tratamento do louco, tal lei também visa reformar o próprio preconceito que a sociedade tem para com estes indivíduos.

Esta Lei tem com o propósito de continuar a reforma psiquiátrica brasileira no tocante a permanência do doente mental por longos períodos internado em tratamento, concedendo-lhes auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra hospitalares de atenção à saúde mental. Inclusive sobre a permanência do paciente nos manicômios tem-se jurisprudência do STJ no HC87007/ RJ que reconheceu a necessidade de desinternação do indivíduo que passou 44 anos em tratamento, mas por estar abandonado pela família e a longa permanência no manicômio, somados a deficiência mental comprovada, se colocado em liberdade atentaria contra a segurança do paciente, já que é obrigação do Estado garantir seu bem estar.

É frente a estas barreiras que se buscam novas estratégias de funcionamento dos serviços direcionados a estes pacientes. O objetivo é desospitalizar o tratamento que antes era

⁴⁰ PAULA, Patrícia Pinto de. **Políticas públicas atuais de saúde mental e os serviços substitutos em BH.** Maceió. Novembro de 2009.

asilar⁴¹. Esta lei de reforma psiquiátrica se opõe ao tratamento em hospitais psiquiátricos, sugerindo que os pacientes sejam tratados em ambientes abertos e de maneira comunitária, tais como a implantação de bases comunitárias de atendimento, por exemplo, CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) e NAFS (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), residências terapêuticas e ampliação no número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. A lei tem como objetivo o tratamento humanizado dos pacientes, na tentativa de abolir os antigos métodos animalescos de internação e tratamento dado aos pacientes.

Diante de tantas mazelas praticadas com relação ao tratamento que as instituições hospitalares psiquiátricas dispõem aos seus internos, devemos lembrar sobre a gravidade destas práticas grotescas com justificativas “tratamentais”, um vez que são de tamanha brutalidade que ferem os direitos da pessoa humana, caracterizando, muitas vezes, a tortura, maus tratos ou abandono. Porém parecem ser legitimadas pela sociedade e até mesmo se percebe um consentimento na forma como estas instituições trabalham. Então, neste momento temos uma sociedade que não apenas se cala, mas também aceita os tratos desumanos para com os deficientes mentais, os quais são indesejados, assim como em situações cotidianas quando não se tem uma docilização e domesticação do doente.

Ressalta-se que há normas constitucionais que proíbem a tortura e tratamento desumano ou degradante, juntamente com o princípio da dignidade da pessoa humana, sendo fatores determinantes para fundamentar a reforma psiquiátrica na década de 1970, uma vez que o modelo hospitalar é reconhecido internacionalmente como violador dos direitos humanos. A desinstitucionalização, não compreende somente a não hospitalização a sua humanização, mas faz parte de um processo que pode produzir um comportamento original da sociedade no tocante à cidadania, liberdade e da justiça social, além de buscar o respeito frente à diferença. Lembrando que este ideal propõe a construção e reconstrução de princípios fundamentais da psiquiatria e a viabilização material para enfrentamento das dificuldades da exclusão⁴².

A dificuldade deste trabalho encontra-se no enfrentamento cotidiano de uma certa cultura de exclusão... cultura que tem horror daquilo que a loucura anuncia: uma certa desordem que escapa ao sentido daqueles que pretendem

⁴¹ PAULA, Patrícia Pinto de. **Políticas públicas atuais de saúde mental e os serviços substitutos em BH**. Maceió. Novembro de 2009

⁴² LIMA, Vanessa Batista Oliveira, NETO, Joffre do Rêgo Castello Branco. **Reforma psiquiátrica e políticas públicas de saúde mental no Brasil: Resgate da Cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais**. Fortaleza. Agosto de 2010, p.129.

sustentar a utopia de realizar todo o controle da ordem social, mediante a segregação dos diferentes. A sociedade, juntamente com a ciência, excluiu esses indivíduos para os porões da loucura e construíram argumentos inabaláveis para deixá-los por lá. Foi preciso construir a utopia de que era possível conter, controlar, mensurar aquilo que aparece como fora-da-lei. O mais forte desses argumentos é o da periculosidade, que determina a priori que a loucura é uma coisa muito perigosa e que todos os esforços devem ser realizados para excluir essa coisa louca do convívio social. Imediatamente devemos nos perguntar em que tempo sócio-histórico e qual a ideologia política que produziu esse conceito. Acrescenta Fernanda Otoni de Barros⁴³.

No Brasil, o Código Penal de 1890 considerava os criminosos e loucos como penalmente irresponsáveis, portanto, devendo ser encaminhados e confinados em hospitais de custódia ou a sua família para que pudessem ser levados para longe da sociedade como uma modo de segurança para os cidadãos. Em 1903, uma lei especial determinou que fossem construídos manicômios judiciários para abrigar estas pessoas. Se não fosse possível uma única construção para isto, deveria se fazer um anexo aos asilos públicos⁴⁴. Aqui, podemos concluir que as próprias condições históricas de como eram tratados os transtornados mentais é uma forma de entendermos o porquê de estas pessoas ainda serem tratadas de maneira tão precária e preconceituosa. Além disto, observa-se que as leis de 1890 e 1903 deixam claro que o paciente deve ser retirado de circulação para a segurança da sociedade, bem como caráter hospitalocêntrico ou até mesmo de colônia.

A legislação atualmente pertinente aos insanos abrange lei federal e estadual, decretos, portarias, resoluções, bem como artigos inseridos no Código de Processo Penal, Código Penal e na Lei de Execuções Penais. A situação legal dos inimputáveis e semi-imputáveis está descrita no artigo 26 e parágrafo único do Código Penal:

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

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

⁴³LIMA, Vanessa Batista Oliveira, NETO, Joffre do Rêgo Castello Branco. **Reforma psiquiátrica e políticas públicas de saúde mental no Brasil: Resgate da Cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais**. Fortaleza. Agosto de 2010, p.129.

⁴⁴ CARRARA, Sérgio Luis. **A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil**. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010, p.17.

Além deste artigo supracitado, há o título VI do CP que trata das medidas de segurança para os inimputáveis e semi-imputáveis, o Código de Processo Penal nos artigos 149 a 154 também abordam o assunto de insanidade mental. A Lei de Execuções Penais (7.210-84) faz menção ao procedimento necessário para a execução das medidas de segurança dos insanos mentais no seu Título VI, garantindo lhes internamento adequado após sentença transitada em julgado, bem como recolhimento pelo Ministério Público de documento que determina a internação e tratamento juntamente com o laudo psiquiátrico. Ressalta-se que, em qualquer tempo. Inclusive no decorrer da duração mínima da medida de segurança, o juiz poderá, mediante requerimento fundamentado do Ministério Público ou interessado, ordenar exame para que se verifique a cessação da periculosidade do indivíduo, determinando novas diligências com relatório baseado em laudo psiquiátrico.

A Lei nº 9.867/99 trata do desenvolvimento de programas que dessem suporte psicossocial ao paciente psiquiátrico em tratamento acompanhado pelos serviços comunitários. É um excelente instrumento de viabilização dos programas que visam o trabalho monitorado e incluindo, assim, o assistido, tanto socialmente quanto economicamente. Trata-se de uma iniciativa onde cooperativas de trabalho servem de inserção social às pessoas em desvantagem no mercado econômico. Nestes locais o objetivo é minimizar as dificuldades que esta população e desenvolver “programas sociais de treinamento como objetivo de aumentar sua produtividade e capacidade econômica e social”⁴⁵.

Sobre a internação de doente psiquiátrico, o STF julgou procedente Habeas Corpus 69563/ SP pleiteando a transferência de um paciente do presídio comum para um manicômio judiciário, enquanto não realizado o seu exame de sanidade mental do indivíduo. Isto demonstra que apesar de haver reconhecimento da corte, a transferência do paciente se deu tardiamente e mediante pedido. Neste caso, podemos observar que a demora no atendimento correto ao condenado portador de transtornos mentais torna ineficazes as regras formuladas em lei, uma vez que a atenção básica em saúde mental já deveria ser buscada como medida verificadora de um possível distúrbio mental. Ressalta-se que apenas após acionar ao STF foi

⁴⁵ CARRETA, Regina Yoneko Dakusaku. **Pessoas com deficiência organizando-se em cooperativas: uma alternativa de trabalho?**. Tese de Doutorado. p.54. Disponível em: <http://www.btdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/neto@200.136.241.56/1/TDE-2005-02-15T13:35:13Z-511/Publico/TeseRYDC.pdf> .Acesso em 22 abr.2015

possível que o condenado fosse transferido a um manicômio, considerando o longo processo até à Suprema Corte, conclui-se que se houve um grande espaço de tempo para que houvesse qualquer atitude com o preso com distúrbios mentais.

Segundo Carrara, os manicômios judiciários são instituições complexas que pendem para duas realidades quais sejam de asilo para loucos e de prisão, porque os internos pertencem à dois grupos típicos de discriminação, os loucos e os criminosos⁴⁶. Novamente ressalta-se que o paciente destes locais flutua entre dois preconceitos ligados ao rotulação social, uma vez que é cediço que a sociedade brasileira ainda é portadora de preconceitos arraigados, seja pela herança da história que pregava uma rejeição contra loucos e criminosos, seja a maneira pelo qual o Estado conduzir estas situações da forma mais racional possível. Assim, o portador de transtorno mental é duplamente rotulado pela sociedade a sua volta.

Ainda sobre Carrara em sua pesquisa de campo no manicômio judiciário do Rio de Janeiro, o autor deixa claro que a instituição tem um padrão “hospício-prisão”, onde os que deveriam ser pacientes se auto determinam como presos. E daí sai um paradoxo que paira pelos internos da instituição: por um lado eram “inocentes, mas tutelados e sem direitos de uma lado; culpados, mas sujeitos a certos direitos e deveres de outro”⁴⁷. A situação em que se encontram estas pessoas lhes proporciona uma realidade cruel onde seus direitos ora são tutelados ora são esquecidos. Esta flutuação de sua própria posição frente a instituição traz um desconforto ao “paciente-presos”.

A pesquisa realizada por Carrara no manicômio judiciário do Rio de Janeiro enfatizou as primeiras percepções sobre o local de estudo, uma das quais sentiu uma cultura secular arraigada quanto as práticas de contenção, moralização e disciplinarização de indivíduos socialmente desviantes. Em outro momento o autor explica sua impressão sobre o local de estudo:“(...)parecia totalmente incapaz de atingir os objetivos terapêuticos a que se propunha.”⁴⁸Podemos observar que o meio empírico visitado pelo autor lhe proporcionou uma visão crítica sobre o manicômio, trazendo uma perspectiva sobre a realidade ali latente, interpretando os dados de forma a construir uma visão empírica sobre o assunto.

⁴⁶ CARRARA, Luis Sérgio. **A história esquecida**: os manicômios judiciários no Brasil. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010, p.17.

⁴⁷ CARRARA, Luis Sérgio. **A história esquecida**: os manicômios judiciários no Brasil. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010, p.19.

⁴⁸ CARRARA, Luis Sérgio. **A história esquecida**: os manicômios judiciários no Brasil. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010, p.18.

Com a reforma psiquiátrica, podemos perceber que há uma interferência governamental a qual se preocupa em garantir direitos e garantias aos portadores de transtornos mentais. A partir desta reforma psiquiátrica que observamos a atuação do Estado junto aos indivíduos. A atuação do Estado está na criação de leis próprias aos indivíduos supracitados, bem como na promoção da reinserção e integração destas pessoas ao seu meio. Assim, há um crescimento de políticas públicas de apoio não só aos pacientes, mas também às suas famílias. Inclusive, já adiantando uma fala de um dos entrevistados, há uma “parceria” entre a instituição e a família.

2.2 As políticas públicas

A função do Estado vem se modificando ao longo do tempo, e atualmente objetiva o bem estar social, além de ter sua responsabilidade diversificada pelo próprio desenvolvimento da democracia. Para que sua atuação atinja de fato a diversidade de sua comunidade, deve formular ações que abranjam a as diversas áreas (saúde, educação, segurança). Para tanto, os governos usam as políticas públicas para alcançar todas as áreas das quais se responsabiliza. Assim, as políticas públicas são um conjunto de ações e decisões do governo, voltadas para manutenção da vida em sociedade, para solucionar conflitos e problemas. Portanto, o objetivo das políticas públicas é o bem estar social e interesse público, seja em nível nacional, estadual ou municipal⁴⁹.

A abrangência das políticas públicas vai depender de toda uma estrutura governamental a qual elege prioridades naquela sociedade. Por isto há uma certa competição entre diversos grupos da sociedade que querem garantir seus interesses específicos ou gerais.⁵⁰ Além disso, as políticas públicas para que sejam efetuadas dependem de atores, quais sejam: o governo e a sociedade civil, chamados de estatais ou privados respectivamente.⁵¹ É a partir de um processo que as políticas passam a ser aplicadas no que se propõe atuar, inclusive, sendo fiscalizadas por órgãos competentes.⁵²

⁴⁹ SEBRAE. **Manual de Políticas Públicas.** Disponível em: <<http://www.agenda21comperj.com.br/sites/localhost/files/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%C3%9ABLICAS.pdf>>. Acesso dia 11 nov. 2014.

⁵⁰ SEBRAE. **Manual de Políticas Públicas.** Disponível em: <<http://www.agenda21comperj.com.br/sites/localhost/files/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%C3%9ABLICAS.pdf>>. Acesso dia 11 nov. 2014.

⁵¹ Os atores estatais são os que exercem funções públicas no Estado atuando de forma permanente (servidores públicos). Aqui as políticas públicas são definidas no Poder Legislativo, porém as propostas partem do Poder Executivo, poder este que coloca em prática se sancionada no legislativo

Diante deste plano concreto que aparentemente não condiz com as determinações da LEP e da Lei 10.216 é que se busca a real utilização destes dispositivos legais para a realização do trabalho cotidiano no Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico, onde a pesquisa se passa. Para tanto, foi necessário que se fazer uma pesquisa empírica, utilizando do método etnográfico para que se possa analisar os dados e o próprio campo em si. Neste momento devo observar a importância da etnografia para este trabalho, tendo em vista que será o método que interpretará os dados do mundo empírico de forma imparcial, na medida da capacidade de o pesquisador se despojar do seu olhar predeterminado e preenchido com idiosincrasias.

A partir disto, o método que utilizei para realização da pesquisa foi o etnográfico, com o objetivo de compreender em que dimensão as práticas manicomiais no Hospital São Vicente de Paula desafiam as políticas públicas, bem como o ambiente trazido por Foucault e Goffman. Além disso, observarei como ocorre o processo de judicialização dentro da instituição.

sua proposta. Os atores privados não possuem ligação com a administração pública constituindo-se por imprensa, centros de pesquisa, sindicatos patronais e dos trabalhadores. SEBRAE. **Manual de Políticas Públicas**. Disponível em: <http://www.agenda21comperj.com.br/sites/localhost/files/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%C3%9ABLICAS.pdf>. P.9-10.

⁵² O processo pelo qual a política pública passa até ser aprovada e fazer uma atuação é longo e depende bastante tempo, a seguir podemos observar suas fases: primeira fase: formação da agenda (definição das prioridades e principais problemas a serem enfrentados, caracteriza pela urgência, reconhecimento e definição das questões que serão tratadas, utiliza a existência de indicadores de dados e o feedback das ações governamentais). A segunda fase: formulação de políticas, onde se apresentam soluções e alternativas (para que seja construída usa como base a análise de preferência dos atores, ação baseada no conhecimento adquirido e conversão de estatísticas em informação relevante para o problema). A terceira fase: processo de tomada de decisão, onde escolhem as ações (aqui as escolhas são expressas em leis, decretos, normas e resoluções. Estas escolhas são feitas por procedimentos os quais escolhem os atores). A quarta fase: implementação, execução das ações (cabe ao corpo administrativo a responsabilidade pela execução da política, monitorando, controlando e aplicando). A quinta é última fase: avaliação das políticas aplicadas (consiste na mais importante das fazes vez que pode ser feita em qualquer fase da política, permitindo à administração gerar informações úteis para futuras políticas públicas, reconhecer e corrigir falhas, prestar contas e justificar ações). SEBRAE. **Manual de Políticas Públicas**. Disponível em: <http://www.agenda21comperj.com.br/sites/localhost/files/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%C3%9ABLICAS.pdf>. P.10-23.

3 ETNOGRAFIA

Para a pesquisa de campo é de extrema importância que haja a separação dos anseios do pesquisador e da realidade ali vivida, sendo uma obrigatoriedade para que se entenda realmente quais os propósitos dos comportamentos e entendê-los de forma menos preconceituosa possível, chegando assim, a uma visualização mais próxima da realidade do nativo. É a não observância de fora e com as lentes pessoais sobre aquele cenário, mas integrá-lo e senti-lo de forma que quase faça parte daquele cotidiano. O pesquisador estuda e entende não como um ser de fora, mas como um ser de dentro daquela sociedade, recebendo informações de simbolismos e comportamentos nativos. E isso ajuda na pesquisa de campo, porque não se usa o achismo ou mera observação rasa, mas a vivência que atualiza o pesquisador dos reais acontecimentos e dados do objeto estudado.

3.1 A importância da etnografia para a pesquisa de campo

Um fator de peso que deve ser lembrado é a questão da cristalização do Direito frente aos assuntos empíricos. É fato que a linha dogmática se sobrepõe a tudo e à todos que se propõem a estudar a realidade, além de implementar uma linha que consiste em pensamentos fixos, preconcebidos, preconceituosos que acabam por influenciar no entendimento geral sobre assuntos que podem ser levados mais a fundo, os quais prejudicam a racionalização e reflexão de novos pensamentos, uma vez que estes já estão prontos para serem estudados, sem nada a desejar, complementar ou mudar. Assim, como nas ciências tecnológicas que se desenvolvem a todo momento, sempre em busca de novos conceitos e formas, devemos também mancomunar com este pensamento de inovação e transformação. A contribuição empírica para o estudo do Direito é significado de excelência, tendo em vista que a atualização de dados constante promove uma sofisticação da área, gerando novas informações e fomentando o ciclo de pensamentos inovadores.

Ademais, é de grande importância que a força dos futuros operadores do Direito seja revolucionária, que abranja não apenas os conhecimentos adquiridos em livros, dentro de um cubo fechado e pré-estabelecido, mas que a experiência fora dos padrões e portões de uma instituição de ensino sejam relevantes para a formação de um profissional mais completo e

atento para as questões da realidade, tomando para si todas suas conclusões e aplicá-las ao seu trabalho no futuro.

Além disso, a experiência adquirida em campo é enriquecedora e formadora de uma opinião crítica sobre o que temos em nosso ordenamento jurídico, possibilitando a reformulação de valores, pessoais ou profissionais. A visão adquirida frente às dificuldades do campo, o choque de realidade, pode fomentar passos mais firmes e concretos para o futuro, uma vez que a realidade posta é praticamente uma verdade espelhada em relação a legislação existente. A pesquisa é o fator que impulsiona a melhoria social e legal, devendo ser considerada objeto relevante para a atualização, renovação e inovação de propostas.

3.2 A etnografia e suas interpretações

Para Luís Roberto Cardoso de Oliveira, a atuação do pesquisador frente às situações empíricas a serem interpretadas deve ser de imparcialidade. Isto posto, ficamos de frente diversas vezes sobre os questionamentos de como fazer esta interpretação de dados de forma coerente e não arbitrária. Primeiramente cabe lembrar que o autor, em vários momentos, deixa bastante claro que o pesquisador, apesar de ter suas próprias crenças, preconceitos e cultura, deve explorar todas as possibilidades de interpretações possíveis sobre o caso, e não apenas identificando uma forma de pensamento, pois caracterizaria uma arbitrariedade. Outro ponto tocado por Luís Roberto Cardoso, é o fato de o pesquisador ter o dever de mergulhar no mundo nativo, retirando ao máximo sua capa pessoal imbuída de conceitos predeterminados⁵³.

Ademais, podemos observar no texto de Cardoso de Oliveira que sua preocupação no tocante ao trabalho a ser desenvolvido no meio empírico pauta-se principalmente pela forma como o pesquisador a encara. O autor cita, inclusive reflexões de estudiosos quando do ponto de vista do pesquisador na cultura nativa. Um exemplo é o antropólogo Clifford Geertz em seu artigo chamado “ O ponto de vista dos nativos”, levanta a seguinte questão: “(...) o que acontece com a *verstehen* (a compreensão) quando *enfühlen* (a empatia) desaparece”. E de fato se torna algo bastante significativo quando se pensa nesta curta frase, pois não há compreensão adequada ou nenhuma, no momento em que se perde a capacidade de se colocar

⁵³ OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso. Pesquisas em seres humanos versus pesquisas com seres humanos. Disponível em <http://www.academia.edu/4105349/PESQUISAS_EM_VERSUS_PESQUISAS_COM_SERES_HUMANOS>. Acesso em 22 abr.2015

no lugar do outro em situações que são tipicamente culturais⁵⁴. Em minha pesquisa, pude perceber que em vários momentos consegui me colocar no lugar do outro. Senti que as dificuldades eram muitas, mas havia um empenho da equipe. Senti um “clima” tranquilo naquele lugar, um trabalho como qualquer outro. Diferente do que “senti” no PS, porque vi que a situação era mais complicada.

Geertz explica que o acesso ao correto conceito do ponto de vista nativo é impossível ao pesquisador, tendo em vista que este não tem a capacidade de se despojar de todas as suas crenças e pré-concepções. Além disso, o autor defende a ideia de que a “compreensão de daria através da articulação entre os conceitos distantes (os dos nativos) e os próximos (os do antropólogo)”. O que o autor quer nos ensinar, é que haverá a compreensão e a melhor análise das concepções nativas quando há um ponto do antropólogo que conversa com aquela situação distante dos nativos. Complementa ainda que mesmo o antropólogo sabendo da impossibilidade de fazer uma interpretação neutra, não deve deixar de se preocupar em fazer um trabalho de forma mais imparcial, tentar ao máximo expor os diversos pontos de vistas, evitando assim, um discurso de versão unilateral, no qual o antropólogo deve se atentar para os critérios de avaliação justos, não tendo sua interpretação um sentido de violação a direitos legítimos nem manipulação de dados para beneficiar algum ponto de vista preconcebido⁵⁵.

No campo pesquisado, mesmo eu que já havia contruído uma imagem, desconstruí diversas vezes, tanto relação aos pacientes, que antes eu os julgava como “pobre coitados e doidos varridos” quanto em relação aos servidores, que eram “malvados e cruéis, gente sem coração”. Isso foi derrubado quando me deparei com pacientes dóceis e servidores empenhados em realizar um bom trabalho. Ali tirei toda a roupagem trazida por Goffman e Foucault e visualizei os diversos fatores que traziam dificuldades naquele ambiente.

Dialogando com um texto de Luís Roberto Cardoso chamado “A concretude simbólica”, que aborda algumas questões para o trabalho no plano empírico realizado pelo pesquisador, a exemplo, do comportamento do pesquisador diante de um nativo para que,

⁵⁴ OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso. Pesquisas em seres humanos versus pesquisas com seres humanos. Disponível em <http://www.academia.edu/4105349/PESQUISAS_EM_VERSUS_PESQUISAS_COM_SERES_HUMANOS>. Acesso em 22 abr.2015

⁵⁵ OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso. Pesquisas em seres humanos versus pesquisas com seres humanos. Disponível em <http://www.academia.edu/4105349/PESQUISAS_EM_VERSUS_PESQUISAS_COM_SERES_HUMANOS>. Acesso em 22 abr.2015

desvinculando-se dos seus símbolos, possa interpretar e analisar da melhor maneira aqueles costumes diferentes dos seus, observando ainda que há uma lógica racionalista nestes comportamentos. Quando me “livrei” das pinturas criadas por Gofman e Foucault, consegui visualizar muitas outras questões que até o momento não passaram pela minha cabeça. Tive esta percepção quando senti falta de algumas perguntas no meu questionário. Então, em cada momento que tive com os entrevistados surgia uma questão que naquele momento caíria bem. Tanto que faço perguntas aleatórias de acordo com a nova situação que me é posta. Inclusive, devo lembrar que algumas perguntas pre formuladas não eram suficientes ou simplesmente não “cabiam” no caso. Afinal estamos tratando de um mundo com realidades e percepções mutáveis.

O texto aborda questões relativas a pesquisa empírica e de como ela deve ser realizada de maneira mais imparcial possível para que os pré-conceitos do pesquisador não venham a riscar a realidade daquela sociedade nativa. O autor relata a situação que o pesquisador deve olhar para aquele nativo, associar com o mais próximo que conhece daquilo e aí sim, unindo esses dois instrumentos, olhar para o objeto da forma mais justa e com menor fator de preconceitos⁵⁶.

Assim o pesquisador fica sujeito a novas situações e, conseqüentemente, a novos significados do seu ponto de vista. O autor sempre deixa bem claro a oposição dos comportamentos entre a vida estudada e a vida do pesquisador, podendo, este, interpretar o outro e sua interferência no estudo para que elabore um ponto de vista mais abrangente daquela crença. É claro, deve-se dar a importância maior aos símbolos, já que são eles que mostram a realidade dos nativos e do próprio pesquisador como indivíduo integrante de uma sociedade, e que para desenvolver um raciocínio mais preciso necessita de um certo despreendimento dos seus símbolos. O pesquisador não deve ser simpatizante da crença nativa, mas deve conceituar de forma como veria um nativo, se possível⁵⁷.

Deve-se ressaltar que, além das sugestões dadas pelo autor de como separar o seu mundo do nativo, é observar que os costumes dos nativos são tão parecidos quanto os nossos, no sentido de que se aplicados as nossas vidas como aplicamos as nossas próprias crenças

⁵⁶ OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso. A concretude simbólica. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132013000300001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 22 abr.2015.

⁵⁷ OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso. A concretude simbólica. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132013000300001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 22 abr.2015.

veremos que podem explicar acontecimentos das nossas vidas. O interessante é que mesmo nas sociedades que aceitavam os médicos, ciência e religião, ou seja, aceitavam esta concepção mais formal de como entender as coisas, ainda recorriam aos “desenfeitadores”, pois estes sim respondem e dão ouvidos aos seus problemas e não as concepções formalistas⁵⁸.

Outro ponto que me chamou atenção: quando o autor explica que existem várias realidades e que todos nós a percebemos de uma forma diferente, apesar de vivermos num mesmo mundo, cada um o vê de maneira diferente, com seus simbolismos que aprendeu durante a vida. E sempre o pesquisador deve ampliar sua visão interpretativa daquele objeto.⁵⁹ Esta visão ampliada deve ser um dos nortes a serem seguidos pelo pesquisador, não apenas para demonstrar as versões, mas também para não haver interpretações equivocadas e arbitrárias sobre aquela realidade. Foi exatamente o que percebi quando fiz as entrevistas. Cada um tinha sua opinião e maneira de fazer e realizar seu trabalho. Um exemplo é a divergência entre o que o auxiliar de enfermagem do PS pensa sobre a ressocialização e o que a enfermeira e a psicóloga pensa que trabalham do PS DIA pensam sobre isto. O primeiro julga o ideal de ressocialização uma ilusão, as segundas acreditam que isso traz benefícios e funciona.

No artigo elaborado por Martinho Braga Batista e Silva, cujo título é “Reflexibilidade e aplicação de um pesquisador nativo no campo da saúde mental”, discursa sobre os aspectos de se trabalhar na área em que se trabalha, onde o “hábito profissional estimula a uma participação daquela vida local”. O autor explica ainda que o pesquisador pode assumir diversas identidades ao longo da pesquisa no momento que inicia sua exploração no campo começa de uma maneira e quando é convocado pelos nativos para assumir algum papel. Outro fator abordado é a situação de igualdade entre os nativos e o pesquisador, onde os primeiros podem se tornar invisíveis no campo, uma vez que possui técnicas de dominação e possuem prestígio, sendo imunes a qualquer estudo sobre eles.⁶⁰ Nos momentos de entrevista todos se

⁵⁸ OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso. A concretude simbólica. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132013000300001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 22 abr.2015.

⁵⁹ OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso. A concretude simbólica. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132013000300001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 22 abr.2015

⁶⁰ SILVA, Martinho Braga Batista. **Reflexividade e implicação de um pesquisador nativo no campo da saúde mental**: sobre o dilema de pesquisar os próprios colegas de trabalho. PPGAS – Museu Nacional. Rio de Janeiro. P.100

sentiram bastante a vontade para falar, me ensinaram bastante, inclusive devo ressaltar que a equipe foi receptiva e ficou a disposição para posteriores dúvidas.

Batista e Silva realizou sua pesquisa no CAPS fluminense, fazendo entrevistas com psicólogos deste instituição, sendo sua maior dificuldade o fato de ser um profissional da área que pesquisa sobre a mesma área, bem como distinguir o que era nativo ou campo de análise e sua preocupação em não analisar a relação entre paciente e profissional, mas meramente olhando para o lado científico de desenvolvimento dos tratamentos. Outro cuidado a ser tomado pelo pesquisador, foi a questão das entrevistas, tendo em vista que não poderiam adquirir um caráter de confissão, análise moral ou qualquer outro tipo de ação que poderia sinalizar uma história ou investigação. Após todos os devidos cuidados, mesmo sendo nativo no campo de pesquisa realizou seu trabalho da maneira mais imparcial possível, deixando claro que interveio em momentos que era necessário, e em outros, tentou enxergar as situações do modo mais científico, recortando, na medida do possível, visões da classe da visão empírica imparcial⁶¹.

Cardoso de Oliveira, no artigo “Pesquisas em versus pesquisas com seres humanos”, o autor busca explicar que o pesquisador inserido naquele local da pesquisa nunca deixará suas percepções e idiosincrasias, a todo momento “negociará” sua própria identidade com a comunidade ao seu redor. Além disso, voltando ao fato de o pesquisador assumir diversas identidades ao longo da pesquisa, ressalta-se que este pesquisador interage com os nativos e participa desse modo de vida trocando experiências. Portanto, há uma troca de informações culturais entre o nativo e pesquisador.⁶² Acredito que no início eu queria ficar mais distante, mas depois fui me envolvendo, troquei algumas informações e experiências, o que me deixou mais próxima daquela realidade. Até porque o ambiente me deixou calma e tranquila, queria ser uma nativa, tanto que fui entrando “portão a dentro” e sozinha cumprimentando todos os pacientes.

Um fator de importância para a interpretação de dados nativos são as dimensões que podemos alcançar, mesmo após o estudo, pois no momento da pesquisa acionamos ou

⁶¹ SILVA, Martinho Braga Silva. **Reflexividade e implicação de um pesquisador nativo no campo da saúde mental:** sobre o dilema de pesquisar os próprios colegas de trabalho. PPGAS – Museu Nacional. P.111.

⁶² OLIVEIRA, Luis Roberto Cardoso. **Pesquisas em vs com seres humanos.** P.3. Disponível em: <http://www.academia.edu/4105349/PESQUISAS_EM_VERSUS_PESQUISAS_COM_SERES_HUMANOS>. Acesso em 22 abr.2015

favorecemos alguma identidade que anteriormente não tínhamos, atualizando esta identidade. Assim, não é necessário que o pesquisador interprete ou tenha todos os seus objetivos em pauta, tendo em vista que o tempo pode resgatar experiências as quais podem ter significados diferentes em momento posterior.⁶³ O que pude apreender é o fato de podermos guardar as experiências e posteriormente refletirmos sobre ela obtendo interpretações mais abrangentes e até mesmo diferentes do que havíamos tido no momento da pesquisa. Aqui entendo que há uma maturidade do pesquisador quanto ao seu assunto pesquisado, uma vez que o entendimento sobre o tema pode ter sido aprofundado e atualizado com o passar do tempo, e aí está a importância de sua experiência frente a novos conceitos.⁶⁴

Diante de tantas informações é necessário fazer uma lapidação no que podemos interpretar de uma situação ou no total de uma pesquisa a qual deve se pautar pela retirada do olhar extremamente pessoal e deturpada pelo que somos e aprendemos ao longo da vida. Desta forma, deve ser um ponto de preocupação do pesquisador o seu grau de pureza quando das interpretações e todo o entendimento daquela realidade pesquisada. Não podeo pesquisador se deixar levar por suas crenças arraigadas, mas deve encontrar algum ponto de sua realidade ou valor que venha a se interligar com a crença nativa. Nesse momento há uma empatia com a cultura nativa, pois o pesquisador pôde perceber uma similaridade com a sua realidade, ocasionando uma interpretação mais abrangente e pura. Mas, devo ressaltar que mesmo com todos os devidos cuidados para a interpretação imparcial, é impossível que o pesquisador atue como uma folha em branco para absorver totalmente e corretamente os entendimentos daquela sociedade.

Percebe-se em muitos autores, quando das suas pesquisas, diversos momentos e experiências no campo nativo. Alguns, sorrateiramente se mantiveram em sigilo quanto a sua qualidade de pesquisador para que pudessem conviver com a sociedade nativa naturalmente, objetivando uma informação verdadeira e menor polida pelos interlocutores, uma vez que a pessoa pesquisada, observada pode deturpar a realidade para seguir regras de conduta social. O interessante é que nestes casos o pesquisador se envolve tão intensamente que passa a ser nativo. É o caso, por exemplo, da pesquisa das bruxas citada por Cardoso de Oliveira, na qual

⁶³ OLIVEIRA, Luis Roberto Cardoso. **Pesquisas em vs com seres humanos**. P.3. Disponível em: <http://www.academia.edu/4105349/PESQUISAS_EM_VERSUS_PESQUISAS_COM_SERES_HUMANOS>. Acesso em 22 abr.2015

⁶⁴ OLIVEIRA, Luis Roberto Cardoso. **Pesquisas em vs com seres humanos**. P.4. Disponível em : <http://www.academia.edu/4105349/PESQUISAS_EM_VERSUS_PESQUISAS_COM_SERES_HUMANOS>. Acesso em 22 abr.2015

a pesquisadora vai a campo em busca das bruxas de uma cidade sem dizer qual era seu objetivo. Ao final ela se envolveu tanto com os nativos que passou a ser uma bruxa. Assim, foi desmistificada a idéia de bruxa a qual rondava sobre aquele local.⁶⁵ No meu caso, desmistifiquei a pintura cruel que aprendi. Vi que na realidade o que havia eram situações de precariedade institucional e não uma “má vontade” dos funcionários nem da instituição. Ali se trabalha no limite de tudo, assim como em qualquer hospital do Governo.

3.3 Pesquisa no Hospital São Vicente de Paula

3.3.1 Primeiras impressões e visão geral das visitas

No dia em que visitei pela primeira vez o hospital, antes mesmo de chegar ao local, criei diversas imagens negativas baseadas nos livros referência para este trabalho. Imaginei que seria um local sujo, mal cheiroso, triste, escuro e cruel. A ansiedade era tanta que ao chegar no hospital logo percebi que a realidade em minha volta era bem diferente do que eu imaginara à muito tempo lendo os livros e seus relatos assustadores.

Logo na entrada percebi a disposição de 3 (três) prédios, formando um "U". Não eram novos e modernos, mas aparentemente limpos e conservados. Avistei o prédio de baixo, onde fica os pacientes. É um prédio pequeno, com área verde na frente e atrás rodeado por uma cerca. Ao longe, vi alguns pacientes tomando sol, conversando, escrevendo e cantando. Todos que vi estavam bem ativos e muito deles interagindo. Estavam bem tratados, com roupas limpas. Não vi ninguém dopado, maltratado ou descontrolado.

No prédio em que entrei primeiro, o da Administração e Diretoria, tive uma boa impressão do local, era limpo, um local de trabalho comum ao servidores públicos, apesar de ter instalações serem antigas. Procurei o pessoal da enfermagem para que eu pudesse ser orientada e após ter uma conversa com o diretor. Na sala de enfermagem, a servidora me informou que ali não se resolvia a questão da autorização para realizar a minha pesquisa, e me levou até outra sala, onde fica algo relacionado a pesquisas, autorizações. Chegando lá outra servidora me informou que somente era possível fazer a pesquisa se houvesse autorização da FEPECS após aprovação na sua Comissão de Ética em Pesquisa - CEP. Assim, mesmo

⁶⁵ OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso. **A concretude simbólica**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132013000300001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 22 abr.2015.

explicando que não seria entrevista com os pacientes, mas com os funcionários não foi permitida a minha entrada. Assim, a primeira visita foi frustrada.

Do HSVP fui direto a FEPECS onde fui informada por um senhor servidor do CEP que para entrar na lista precisava obter aprovação do CEP da minha faculdade, após enviar meu trabalho com vários protocolos até uma data via internet, e talvez, entre as datas previstas por eles, seria recebido, analisado e aprovado. Ressalte-se que mesmo que entregasse o meu trabalho aprovado pelo CEP da faculdade a FEPECS, não era certeza de que ao menos seria analisado, pois além de haver aproximadamente 50 pessoas na frente, eles só trabalham por um período de aproximadamente 15 dias a cada 2 meses, que tinham capacidade máxima de 60 análises por período e ainda, poderiam reprovar minha pesquisa por uma pergunta que a pessoa que analisasse meu trabalho julgasse anti ético ou até mesmo por um detalhe que poderia ser esquecida no preenchimento dos inúmeros requisitos.

Tanto que o próprio servidor, com aquele jeito de quem não pode fazer nada a não ser seguir todos os passos que lhe ensinaram, me disse *“olha moça pode ser que você envie seu trabalho e outras pessoas na sua frente sejam eliminadas e aí analisamos o seu, não posso te garantir que até esta data esteja pronto”*, mesmo enviando dentro do prazo deles, e continuou: *“Se você enviar as fichas todas certinhas, a folha de rosto, tudo impecável você pode ser aprovada, mas se uma das suas perguntas foram julgadas por alguém como anti-éticas já não passa”*. Antes de mim outro senhor estava sendo atendido e logo percebi a extrema burocracia solicitada pela instituição, pois pelo que ouvi da conversa, até mesmo um simples trocas de nomes de “secretaria do estado de saúde” para “secretaria de saúde do estado” já era um elemento para reprovação da pesquisa.

Assim que o senhor atendido saiu cabisbaixo, decepcionado e certamente indignado com tantos detalhes falou *“boa sorte moça, porque aqui tá difícil”*. Então, entendi que a burocracia não me deixaria pesquisar, e pela cara de “burocrata” do senhor servidor vi que dali não sairia nada.

Na semana seguinte, pedi que minha mãe, enfermeira da secretaria de saúde, tentasse conseguir um horário com o Diretor do HSVP, e conseguiu, ela falou com ele muito rápido e logo ele aceitou e pediu para que marcasse com sua secretária. No dia seguinte liguei para a secretária marcando um dia e horário, que foi para aquela semana. Fui em um dia pela manhã.

Na segunda visita, fiquei esperando na recepção onde havia quadros de Vincent Van

Gogh, duas obras conhecidas, "A noite estrelada" e "A igreja de Auvers". Achei curioso que em um hospital psiquiátrico houvesse estas obras, pois o autor, reconhecendo sua "loucura", quis se internar em um hospital psiquiátrico, local onde confeccionou a "A noite estrelada" e a outra obra ao sair do hospital para uma cidade próxima ao hospital psiquiátrico para que mantivesse seu acompanhamento médico. Ressalta-se que a fase do auge da "loucura" de Vincent refletiu em suas obras, sendo um momento de maior criatividade e produção do artista, que apenas após sua morte faria sucesso.

Após entrar, me sentei em um sofá no corredor, a espera do Diretor do Hospital. Lá havia mais obras, agora pintados a mão e em quadros enormes. Eram lindos, retratavam cenas de campo, bastante tranquilizadores. Ao ser chamada, expliquei o objetivo do meu trabalho ao Diretor do Hospital, o qual me autorizou a realizar entrevistas com os funcionários do hospital e inclusive com ele próprio, mas não entrevistas com os pacientes. Aliás, devo lembrar que as entrevistas foram autorizadas com os funcionários, mas não foi autorizado "passeio" na área dos internos, pois necessitava de autorização pela FEPECS e toda aquela burocracia. Assim, disse apenas que faria com os funcionários e foi concordado. A conversa foi bastante esclarecedora e enriquecedora, delineando os aspectos básicos de funcionamento do hospital e medidas adotadas, mas ainda era o primeiro patamar, precisava ouvir mais pessoas.

O Diretor me indicou um funcionário, este era psicólogo e trabalhava na administração. O Sr. Romeu Cadiveu foi bastante atencioso, inclusive me mostrando seus relatórios de trabalho sobre internamentos, metas e acompanhamentos de pacientes, a planta do hospital, além de me explicar pacientemente sobre as internações e seus procedimentos, bem como os aspectos sociais no qual os pacientes estão sujeitos. Por fim, fui ao PS. DIA, local onde entrevistei a enfermeira Paloma Duarte, onde obtive mais informações interessantes sobre o funcionamento, pois no posto onde ele trabalha, fica em contato direto e livre com alguns dos pacientes internados.

Na terceira visita, entrevistei mais dois servidores, um do PS DIA e outro do PS. Como já estava mais habituada, procurei a enfermeira Paloma Duarte, que me convidou na última visita para voltar e me apresentar mais espaços da instituição e enriquecer meu trabalho. Logo entrei pela cerca havia dois homens um sentado ao lado da porta da cerca e outro andando aleatoriamente, dei um bom dia, mas nenhuma dos dois respondeu, apenas ficaram olhando fixamente para mim. Quando entrei no prédio dois internos me receberam muito bem, inclusive me cumprimentaram com um aperto de mãos: "Bom dia moça, quem

você está procurando...” eu respondi que estava procurando a enfermeira Paloma Duarte e me informaram ”*A sei! ela fica aqui, vou te mostrar*”. Me levaram até um meia porta que estava fechada e disseram “*Pode abrir e entrar, ela fica aqui.*” Eles não entraram lá, nem abriram a meia porta, como se fossem ensinados a não entrar naquele local. Os restos das pessoas estavam sentadas no sofá da sala conversando, acho que teriam uma conversa com o médico. Quando uma enfermeira percebeu a movimentação e perguntou se eu era a moça que a enfermeira Paloma estava esperando e eu disse que era. Ela pediu para que eu esperasse ali na sala que logo viria uma pessoa, pois a Paloma estava em uma reunião e deixou alguém de pronto para me receber.

Quem me recebeu foi uma psicóloga que me concedeu entrevista e me mostrou as instalações do PS DIA, e depois me levou ao PS, onde ficam outros internados, mas não entramos nas alas, percebi que a entrada era limitada, pois aqueles pacientes eram mais “agressivos”. Na verdade era bem diferente do que tinha visto no PS DIA, os pacientes eram mais agitados, a equipe mais distante deles, não havia contato, tanto que as portas eram todas de ferro, com trava, com apenas um pequenino buraco fino na horizontal onde se via os lá de dentro. Passei rápido, foi na ala feminina, vi uma mulher com ás mãos nesse buraquinho e pude ver atrás dela outras andando “desnorteadas”, um mancando e outra com o que parecia com uma calcinha hospitalar na cabeça, sobre seus cabelos crespos mal cuidados.

Lá era diferente, então precisava conversar com alguém que trabalhava lá para me explicar o funcionamento. Entrevistei um auxiliar de enfermagem, o qual me recebeu com certo receio, inclusive quase não quis dar entrevista e apenas assinou o termo de livre consentimento após o término da entrevista. Ele parecia mais sóbrio e sério, mas foi sincero, apensar de desconfiado. Mostrou algumas falas bem interessantes, como por exemplo, não querer dizer explicitamente, como se soubesse que tivesse algo que estava errado e não poderia ser dito aos gritos. Aos poucos ele foi relaxando, até porque percebeu que o teor das perguntas não era ofensivo e eu tentei ao máximo tratar tudo com bastante naturalidade.

Por fim, na saída, ainda passei no PS DIA para agradecer as pessoas que me ajudaram e encontrei a enfermeira Paloma que tinha acabado de chegar de sua reunião, pediu desculpas, se certificou de que a moça tinha me ajudado na pesquisa e ficou a disposição se eu precisasse de sua ajuda. Antes de ir embora, vi uma viatura chegando e perguntei ao vigilante se alguém estava indo embora, porque acontece de alguns internados serem levados para colméia, mas ele me informou que estavam trazendo alguém. Quando ia em direção ao carro um paciente

gritou pela grade *“doutora me leva pro PS DIA, quero ir pra lá.”* Depois da entrevista com o auxiliar de enfermagem, percebio porque que aquele paciente queria ir ao PS DIA.

3.3.2 Entrevista com o Diretor do Hospital São Vicente de Paula Hector Ambrosine

O Diretor me recebeu bem e foi bastante educado. Ficou interessado em participar da entrevista e explicou que é interessante para a instituição esse tipo de trabalho. Em nenhum momento se sentiu desconfortável ou indisposto para responder às perguntas.

Comecei o questionário perguntando sobre as condições físicas do hospital. O Diretor respondeu que *“são boas, mas poderiam ser melhores, precisamos sempre de mudanças”*. Explicou ainda que *“há a necessidade de mudanças de acordo com a demanda populacional de uso na instituição, colocado como principal ponto o aumento de redes de serviços substitutivo, uma rede de atenção psicossocial de forma que a população não precise ficar indo tanto ao hospital, o que acarreta a diminuição da superlotação no hospital.”*

Esta fala fica mais clara quando observamos o conjunto das entrevistas, pois é uma fala frequente em quase todas elas, uma vez que a instituição se inspira no modelo da Reforma psiquiátrica, tentando sempre agregar o paciente ao seu círculo social, levando para a família e tratando em casa e não no hospital, e isso diminui a demanda no hospital, o que pode melhorar o atendimento dos casos. Disse ainda que neste ponto deve haver mudanças, taxando como um problema a dificuldade de ampliação deste regime substitutivo.

Perguntei se o Governo ajudava a instituição e a resposta foi afirmativa, sendo um empecilho no desenvolvimento do seu trabalho a burocracia decorrente das legislações. Aqui fica claro que o governo está disposto a ajudar, mas as leis impedem a agilidade e a eficácia no momento de sua execução.

Sobre a prática dos pacientes, o diretor diz haver *“práticas de atividades físicas, fisioterapeutas, passeios, caminhadas, mesmo quereconheço que sendo pouco, principalmente em conta, a relação servidor e pessoas internadas que é bem desproporcional.”* Quando entrei no PS DIA estava havendo atividades, depois desbobrei que lá sempre tem atividades semanais. Bem diferente do PS que não tem atividade alguma.

A orientação seguida dentro do hospital advém da *“Política Nacional de Saúde Mental, aderido ao processo de atenção ao nível de território.”* Assim, *“todo paciente*

quando sai de alta é acompanhado via telefone”. O Diretor explica que o o acompanhamento após a alta é realizado via e-mail, enviado ao CAPS, o qual recebe resumo histórico daquele paciente. A territorialidade, neste caso, significa que o hospital vai acompanhar os pacientes que pertençam as regionais de Ceilândia, Taguatinga, Recanto das Emas e Samambaia. Mais a frente observaremos que é um procedimento usado pelo hospital, uma questão de regionalização, por acreditarem que pessoas dessas regionais têm um acesso facilitado por conta da distância.

Quando pergunto sobre a periodicidade do atendimento médico, o Diretor disse que há de *“4 a 5 médicos na equipe, há médicos de plantão para a população com menos de 72 horas. A população com mais de 72 horas é acompanhada pela equipe do PS DIA.”* Pedi para que ele me explicasse o que seria o menos e o mais de 72 horas. Então ensinou: *“os menos de 72 horas estão internados por crise aguda e precisam de atenção específica. Os de outras regionais são acompanhados por equipe de pronto socorro, que tem a presença de 2 médicos e equipe de enfermagem.”* Aqui observa-se novamente a regionalização, ou seja, quem não foi da região de Taguatinga, Ceilândia, Samambaia e Recanto das Emas fica sob vigilância do pronto socorro.

Em outra entrevista há melhor explicação sobre a questão dos pacientes das regionais em relação ao PS DIA e ao Pronto Socorro. Até aquele momento foi o que obtive de informação. A equipe é composta por *“dois médicos e equipe de enfermagem”*. Afirmou que *“os pacientes são evoluídos e analisados diariamente, menos no final de semana”*, tendo apenas *“médico plantonista para intervir nas intercorrências”*.

Quando perguntei sobre a existência de pacientes usuários de drogas, a resposta foi afirmativa, porém disse que *“não interna usuários de droga, o paciente deve ter como doença primariamente psiquiátrica”* e não o uso exclusivo de drogas. Concluiu que o paciente usuário de drogas para ser internado *“deve ser avaliado pelo hospital geral, passar por um período de desintoxicação e por fim a internação”*.

Quanto ao número de pacientes, informou haver o total de 110 pessoas internadas no hospital. Explicou que a família prefere internar porque tem o risco para pessoa ou para a própria família, pois a pessoa *“puxa faca, tenta suicídio”*. Com essa situação de agressão pergnto se há indivíduos que praticaram crimes e estão internados ele responde que

“não tem crime associado e nenhum deles cumpre medida de segurança.” Mais a frente veremos que há pacientes com medida judicial.

Quando pergunto se há melhora na saúde mental dos pacientes e o tempo médio de internação, o Diretor afirma que após as *“72 horas há melhora nas esquisitices agudas e o paciente passa por avaliação nos próximos 12 dias, sendo este o tempo médio de internação”*. Em outra entrevista, percebi que não há tempo médio e que os demais entrevistados julgaram que há uma melhora no comportamento do paciente.

O Diretor diz que quanto ao convívio e separação entre sexos, o Diretor explica que *há “separação interna do hospital é por sexo, mas em determinados momentos se encontram sempre com a presença de equipe, os trabalhos são feitos em grupos mistos”*.

Sobre a estrutura física do prédio o Diretor diz: *“tem 12 quartos, no caso, enfermarias, cada uma com 6 leitos. A gente não tem solitária, mas tem área de procedimento especial que fica de frente ao portão da enfermagem, que o paciente toma um soro, paciente tomou remédio e ficou tonto, paciente se auto mutila, seu autoagride, e aí fazemos a contenção na cama para segurar este paciente”*.

A equipe é formada por *“psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, médicos, técnicos administrativos”*.

Sobre as condições de visita o Diretor discorre sobre o Projeto Sala de Visita, cuja visita pode vir a *“tardeou de manhã visitar o familiar”* (de 9 às 11 da manhã e por uma hora à tarde). O encontro acontece no *“galpão, que tem várias ilhas com mobiliário próprio e cada família fica conversando com seu paciente. Com o suporte da equipe de enfermagem.”* Neste momento perguntei se qualquer pessoa poderia visitá-los, ele explicou que apenas *“entra apenas quem for da rede social daquela pessoa”*.

Quanto ao comportamento familiar, o Diretor afirma que *“a grande maioria tem contato com os pacientes. Tem os abandonados sim. Ou a família não tem condições, ou não tem família, ou tem má fé do familiares que se aproveitam das aposentadorias e benefícios que os pacientes recebem, ficam com o dinheiro e não dá ao paciente”*.

E por fim, respondendo a última pergunta, informou haver predominância do gênero masculino entre os internos.

Pedi ao Diretor que me indicasse uma pessoa para que pudesse fazer entrevista e então chamou um servidor que aceitou fazer. Era Romeu Cadiveu, psicólogo que trabalhava ali na administração e depois percebi que ele entendia sobre os procedimentos realizados no prédio de baixo (onde ficam os pacientes). Foi atencioso e respondeu além das perguntas, me dando outras informações.

3.3.3 Entrevista com o psicólogo Romeu Cadiveu

Ao iniciar a entrevista pergunto ao psicólogo como ele avalia as condições físicas e sociais do hospital, respondeu que não acredita que a melhor opção para tratamento seja dentro do hospital por meio de internações, precisa ser substituído historicamente, *“mas é o se tem ainda.”* Continua explicando que os hospitais psiquiátricos, mesmo investindo neles, terão *“os mesmos problemas de sempre”*, como por exemplo, *“acolhimento do paciente e da sua crise, acolhimento do paciente em crise”*, bem como do acolhimento de vários pacientes em crise, *“humanização que são sempre difíceis”*, principalmente porque eles entram no hospital quando estão em crise. Não há servidor suficiente, julga ser angustiante para qualquer pessoa estar sozinho e rodeado de 40 pacientes em crise e cada um agindo de uma forma (te agarrando, *“erotizado”*, te xingando, pelado, sem tomar banho). E ainda diz que um problema é essa questão do acolhimento de muitos pacientes em crise, sendo o maior problema nos hospitais psiquiátricos.

Sobre as mudanças que deveriam ocorrer, Romeu diz que o ideal seria fazer pequenos grupos de atendimentos, principalmente dos pacientes em crise, com estratégias de abordagem, porque essa *“proximidade sempre é desgastante e sempre tem problemas”*. Quando pergunto se a equipe está disposta a ajudar os pacientes de fato ele reafirma que o maior impedimento para isso é justamente a grande demanda de pacientes em relação a quantidade de servidores, mas diz que *“sempre há uma proposta ou uma inovação da equipe.”* Explica que mesmo se houvesse muitos servidores para atender os pacientes desorientados (*“em crise”*), psicóticos entre outros é uma situação *“desgastante psicologicamente, é desestruturante, ameaçador para quem está no meio disso.”*

Diz que este contato gera um “risco de regressão”, porque crescemos e nos desenvolvemos, uma pessoa com problemas mentais, perdeu tudo isso (o aprendizado). *“Não é fácil lhe dar com o transtorno mental, porque a família não está em condições ideais, o paciente muito menos, quem tem que oferecer alguma coisa é a instituição e nem sempre os servidores tem condição psicológica de enfrentar essas questões.”*

Ele diz que sobre as práticas de atividades com os pacientes existem, *“mas ainda deixa a desejar, uma das dificuldades é a implementação, fazer as coisas acontecerem.”* A meta é apresentar, criar as coisas. Essa dificuldade se dá por conta *“do contato com o paciente”*, porque sempre é difícil. Neste momento ele fala que se eu quiser ver *“é só entrar lá e fazer o teste”*, querendo provar de que é difícil manter contato com essas pessoas. Diz que *“ninguém quer entrar.”*

O que se busca hoje na política de saúde mental do Ministério da Saúde e no mundo inteiro é a inclusão social e não segregação. O hospital segrega e o *“trabalho do hospital é empurrar esse paciente de volta”* (para a sociedade e família).

Há atendimento periódico, sendo que *“o hospital possui emergência, PS e PS DIA”*, neste último os pacientes de algumas das regionais (Ceilândia, Taguatinga e Samambaia) ficam durante o dia, porque pode-se envolver mais a família por serem regiões próximas. No ambulatório os pacientes vem consultar e mais 400 pessoas, que são pacientes mais graves com dificuldades de ir ao hospital, são visitados em casa, onde são monitorados. Esta é uma iniciativa de referência.

A pesar de ter internos usuários de drogas, não é o foco do hospital, *“se tem crise psicótica ele vai para o hospital, pode ficar internado, mas se estiver só com a crise de abstinência ele vai para o hospital geral.”*

Sobre a quantidade de internados, ele explica que são *“41 leitos de emergência e 42 de internação, no total de 83 leitos.”* Mas em *“média tem 65 pacientes por mês para 41 leitos, ou seja, tem 24 dormindo no chão”*.

Romeu diz que a melhora do paciente é variável, diz que *“20 por cento da população terá problemas psíquicos durante a vida, depende da situação.”* Por exemplo, casos crônicos de esquizofrenia, cujo quadro só piora e o objetivo é a reabilitação social. *“Não é igual a antibiótico que você dá e a pessoa melhora, evolve todos os aspectos da vida, não é só a*

doença, envolve capacidade de ganhar dinheiro de se relacionar socialmente e convívio familiar.”

Quando pergunto se há internos que cometeram crimes, ele explica que *“pode ter, mas é a mesma coisa da população”*, inclusive disse que quanto a isso não difere da população, não distoa. *“Isso é um preconceito. Tem a coisa do doido porque as pessoas veem ele em crise, ele tá esquisito, mas fora da crise a maioria das pessoas tem a condição de viver em sociedade, levar uma vida normal.”*

A separação dentro do hospital é por sexo, mas Romeu acredita que é uma forma de segregação. No PS DIA, por exemplo, não tem divisão homem- mulher, sendo uma fator benéfico para a sociabilidade e o *“clima no local”*. Essa separação ocorre por diversos fatores, por algum risco, por exemplo, *“uma mulher casada chega “erotizada” ela pode engravidar e o hospital será responsável por isto”* e também a questão da grande quantidade de pacientes, sendo a primeira atitude separar. *“E assim, começa a desumanização nas pequenas coisas.”* Não há uma idade média dos pacientes, apenas a idade mínima de 18 anos, acolhendo até idosos.

Não há solitária, *“há contenção física UPE (unidade de de procedimentos especiais), sendo o motivo deste a preverção de um local para isto, mas descarecterizando o que era feito nos manicômios, de deixar o paciente sozinho.”* Fica na circundado pela sala de enfermagem, tem janelinhas, bancadas com computadores e o pessoal esta olhando os pacientes contidos. *“As vezes não tem escollha, o paciente quer se matar, quer matar alguém, bate a cabeça na parede e o médico já fez a contenção química e não pode mais administrar nada que pode ocasionar uma parada cardíaca, aí tem que amarrar, aí tem as técnicas de contenção, sob a supervisão da equipe. É controverso, mas precisa ser feito.”*

A propaganda deles é a *“contenção afetiva”*, com a equipe interagindo com o paciente, convivendo, disponível para ele. Mas se torna uma ilusão quando estamos falando de 3 técnicos de enfermagem para 60 pacientes, isso não acontece, *“não dá.”*

A rotina deles é *“café da manha, banho, rotina de enfermagem.”* O pessoal do PS DIA vai para lá. Outros vão para o *“sala de visitas”*, no qual a família vai. Evolução médica, assistente social, psicólogo. *“A equipe é multiprofissional.”* Neste momento ele pega um relatório, observa-se que o hospital é organizado.

Sobre a internação, a meta é reduzir o tempo de permanência, em geral a média de internação, de acordo com o relatório de Romeu, a média na emergência é de 19 dias. A ONU considera emergência até 72 horas. *“Criamos uma equipe de 72 horas na emergência. PS é coisa rápida, a equipe são plantonistas, impossível humanizar com equipe de plantão (manhã e tarde são pessoas diferentes) só alguns permanecem. Não há como estabelecer vínculos.”* Criaram também o PS 72 horas, em fase de implantação, com objetivo de minorar o impacto no serviço de emergência, com menos de 72 horas, com média de 14 pacientes. O hospital quer sempre evitar a superlotação.

As visitas são feitas no *“sala de visita”*, incluir as pessoas, porque geralmente *“a família já está desgastada, sofre junto. A proposta é fazer uma parceria com as famílias”*. Quando pergunto se querem (a família) realmente participar das atividades, Romeu replica que *“elas precisam de ajuda, querem ajuda”*, como se não houvesse outra alternativa. Reafirma que *“não existe o paciente com transtorno mental, existe todo tipo de problema,”* mas os maiores problemas, com pacientes crônicos, é o fato de a família estar desgastada. *“E elas querem remédio atendimento, ajuda.”*

A *“tendência é a exclusão, a sociedade nem a família querem o indivíduo, depois de muitos anos a pessoa dando problema em casa.”* Um exemplo real que medeu foi de *“um usuário de droga que depois faz quadro psicótico e dá problema em casa, família pobre. Vai tendo prejuízos psicológicos e a família não quer mais saber.”* Muitas vezes o hospital *“dá alta a família não vem a gente leva em casa, quando chega a família fala que não é ali, nem conhece.”*

Diz que a maioria dos internos é do sexo feminino, acredita que as mulheres sempre buscam mais ajuda. A maioria das internações são involuntárias, o hospital tem que comunicar ao Ministério Público. Procura espontânea é no ambulatório (consulta, troca de medicamentos) principalmente para pegar relatório para apresentar no INSS, *“grande demanda (aposentadoria afastamento atestado) é o que lota.”* Além da parceria com as famílias, é encaminhar os casos leves para os centros de saúde (atenção básica de saúde), *“mas lá eles não querem. Nunca existiu em centros de saúde, um psicólogo ou psiquiatra. O centro de saúde poderia ser mais resolutivo. A superlotação nos hospitais é justamente por conta do mal funcionamento desses locais.”*

Romeu fala que sempre há algo quebrado, “o maior consumo é colchão”, fazendo parte do desgaste. “Desanima o pessoal da manutenção, se alguém esquece um lapis por exemplo, no outro dia a parede está toda riscada. Arruma hoje amanhã está destruído”.

A “difuculdade é cultural, tem aver com a historia do Foucault. Um apessoa com transtorno mental grave é complicado. Como lhe dar com presos, bandidos, idosos, crianças abandonas e doentes mentais. Essas pessoas não produtivas e não dão conta de si e precisam de cuidado. Cuidar od outro é complicado em todas as áreas. As leis ajudam, existem quando há necssidade de fazer algo acontecer”, mas acha que o problema não é este, é cultural e econômico. Relatou que a ex Mininstra da Saúde da Finlândia foi ao hospital, psiquiatra, distribuiu livro dela e disse que a segregação lá é maior que aqui. “Pegam as pessoas sem moradias e colocam emprédios com asistencia médica embaixo.” E assim acontece com os “doidos, fazem um prédio de doidos”. Nesse sentido o Brasil é mais tolerante que aquele país.

Sobre as moradias para pessoas com transtornos, explica que onde já existe as residências terapeuticas (casas normais nos bairros), não há grandes problemas, apenas relatos de vida cotidiana. Ratifica que o objetivo é “incluir socialmente, garantir direitos e respeito, tendo o Estado como parceirto das famílias que é função do Estado”.

Reitera que o “problema envolve a vida, e não existe remédio para a vida.” O hospital trabalha caso a caso. “A judicialização é um problema, pois tem paciente com quase 2 anos morando na emergencia porque o juiz mandou.” Acredita que o juiz está sem alternativa, não tem paraonde mandar ele, por exemplo, poderia mandar para residências teraéuticas. “A equipe manda relatório explicanco tudo. A inércia do sistema atrapalha. O próprio Ministério Público é contra a judicialização (juiz ficar interferindo na asistencia),” garante direitos, mas indaga sobre a situação das outras pessoas que não vao ao juiz e estao a mesma situação, o que acaba crianod um “grupo de priviegiados” e um transtorno para o sistema. “O juiz não resolve interferindo. O pessoal sabe que o juiz não tem condições de definir, por exemplo, qual o paciente deve estar numa UTI.”

Com o término da entrevista pedi para que me indicasse alguém quie trabalhasse no prédio onde ficam internados os pacientes. Rmoeu de pronto pegou seu telefone e ligou para a enfermeira perguntando se ela estava com tempo para dar a entrevista. Ele explicou a ela que era uma coisa rápida e que poderia falar o que quisesse. Então ela concordou e RomeuCedível me levou até o prédio onde a enfermeira trabalha.

3.3.4 Entrevista com a enfermeira Paloma Duarte:

A terceira entrevistada foi à enfermeira que trabalha diretamente com os pacientes internados. Fui levada pelo Romeu à ala do PS DIA onde fica alguns pacientes e onde a enfermeira Paloma trabalha. No caminho Romeu me falou sobre a necessidade de mudanças nos “uniformes” dos pacientes, porque eramais um motivo de segregação. Porém, a solicitação da retirada das “roupas hospitalares”, dizia ele que mais eram parecidas com a de prisioneiros, nunca fora concedida e está bem longe de o ser. Confesso que me assustei ao saber que teria que entrar além da cerca que separava os pacientes. Logo pensei: Eu vou ter que entrar aí para falar com a moça? Meu Deus. E se esse povo me atacar? O que eu faço? Acho que não consegui disfarçar a minha cara e o Romeu percebeu e disse: *"É aqui que ela fica, mas como é sua primeira vez vou até lá com você"*.

Romeu, já ambientado, cumprimentou a todos com naturalidade. Estava acontecendo uma atividade com bola com os pacientes quando entrei. Logo na entrada havia um senhor na faixa de uns 70 anos de idade sentados quietos apenas olharam para mim, tão pacatos. Em outro canto havia uma mulher, sentada em um canteiro de plantas, e disparou para Romeu: *"Tenho que te falar uma coisa, descobri quem são meus verdadeiros pais: é o rei e a rainha da Inglaterra; eu sou filha da rainha da Inglaterra!"*. Um pouco mais a frente um senhor me cumprimenta: *"Olá moça, tudo bem? sabia que eu sou seu pai?"*. Respondi: *"Olá senhor, tudo bom?"*. E assim, fez Romeu, me levou até a sala da enfermeira Paloma Duarte que gentilmente dispôs do seu curto tempo para me atender. Romeu ainda dispara: *"Olá Paloma Duarte, aqui está a moça, é a primeira vez dela aqui, quando terminar acompanhe ela até lá fora."* Engraçado como o Romeu deve ter sentido meu sentimento de medo, misturado com a minha ignorância e receio em lhe dar com os pacientes. Realmente me senti entrando em um local diferente, que para se acostumar, me habituar necessitaria de uma iniciação.

Na conversa que tivemos percebi algumas diferenças de pontos de vista. Percebi que por ela trabalhar mais próximo dos pacientes a enfermeira via mais dificuldades e estava mais inteirada de algumas situações. Inclusive me informou da situação de alguns pacientes que estão internados lá por ordem do juiz, e que já estão aptos a sair, porém não conseguem a autorização para a alta judicialmente.

A enfermeira explicou que *“atende todos os tipos de transtorno, não é separado por patologia, agente recebe paciente com ordem judicial, que às vezes vem pra cá e fica aqui dois anos, porque o juiz o manda ficar aqui, mesmo não tendo condições, por exemplo, os médicos e a equipe acha que ele pode Recber alta, mas como é uma ordem judicial ele fica aqui. E como ele temos vários outros pacientes que já cometeram crimes e tão aqui também. Então a agente não tem condições de atender paciente com transtornos psiquiátricos e que tá associado com esses outros, transtornos de personalidade, psicopata, que tá aqui e na verdade não é o local certo”*.

No tocante à estrutura física a enfermeira disse que *“é extremamente precária, a estrutura física é muito ruim. Foi feita uma reforma, mas a estrutura física precisa de melhora. Melhoria de leitos, colchão, material a até de recursos humanos.”*

Quando pergunto onde está o problema ela responde sem saber por onde começar: *“Tem tantos problemas”* e insisto perguntando qual o mais complicado e ela diz: *“O mais difícil é a superlotação.”* Realmente parece ser o problema que mais afeta a qualidade no serviço, pois esta fala é presente em todas as entrevistas.

As atividades lúdicas praticadas no PS DIA é feita por *“um grupo de estagiarios que jogam bola, atividade de pintura, mosaico,”* atividades físicas, yoga toda terça, são atividades contínuas e sempre ocorrem. Interessante que no PS DIA há um outro quadro, que não da relação de nomes dos internos, mas também um representando o dia da semana e o nome dos servidores que farão a atividade. Fica a critério do servidor escolher uma atividade para desenvolver com os pacientes.

Sobre o acompanhamento médico, ela informa que *“todos os dias tem atedimento. Diz ainda que tem usuários de drogas que é “grande parte deles e também é uma dificuldade que a gente tem, porque não é lugar devido, porque o usuário tem que ser tratado num centro de referência paradedepentes químicos e aqui nós já tivemos vários problemas, por exemplo: um paciente que estava aqui por ordem judicial, usuário de crack, ele vinha prá cá, ele ficou aqui por mais de 6 meses, e aí já tava bem, em condições de receber alta, não tinha transtorno psiquiátrico, doença crônica”,* ele fugia do hospital, andava até o centro de Taguatinga comprar drogas e levava para o hospital, além de ser agressivo com os outros pacientes (batia e pedia dinheiro a eles). Informou que é um problema recorrente, pois sempre há casos de usuários de drogas entre os pacientes.

Quando indaguei sobre a quantidade de pacientes, ela respondeu olhando para um grande quadro na parede, onde tm todos os nomes dos pacientes naquele momento, que seriam 25 internos no PS DIA.

Sobre a melhora na saúde mental dos pacientes ela diz que *“muitos melhoram”*, disse ainda que naquele dia *“foram dadas 4 altas”*, saiu da crise, o hospital faz *“contato com a família”*. Muitas famílias que vem, que são presentes, mas também muitos outros que abandonam. *“Tem paciente de alta desde a semana passada, mas que a família não veio buscar, diz que vai procurar um abrigo pra ele, porque não quer mais. E aí a gente vai levar ele em casa, porque não temos ordem (judicial) de interdição e a responsabilidade é deles. Muitas famílias deixam aqui o paciente sob a responsabilidade do Estado,”* que não tem condição de fazê-lo.

O tempo de estadia *“varia de acordo com o paciente, com a patologia, com a crise, mas a intenção do hospital é fica menos tempo possivel no hospital.”* Não há tempo médio pre estabelecido, pois as internações dependem da necessidade do paciente.

A quantidade de pacientes sempre varia, mas no dia em que fui eram 17 homens e 6 mulheres, e ainda faltando 3 pessoas a serem contabilizados no quadro dos internos.

No PS DIA os pacientes passam o dia é uma *“extensão do pronto socorro”*, possuindo duas enfermarias (quartos com banheiro), televisão, rádio (que eles controlam) e há prática de atividades lúdicas, fésicas como já informado. A equipe do PS DIA pega esses pacientes no pronto socorro e os devolvem às 6 da tarde.

Quando perguntei sobre a existência de cômodo relativo à solitária ele explicou que *“no PS DIA não faz contenção, no pronto socorro faz mais, porque os pacientes de lá são mais agitados”*. Os pacientes do PS DIA são mais tranquilos. Ela acredita que esta tranquilidade se dá pela organização da equipe e da assistência prestada por esta no PS DIA, pois estão sempre em contato com o paciente. E por isto, acha que *“lá no pronto socorro eles ficam mais agitados.”* Nestemomento, ela deixa claro que lá no pronto socorro é bem diferente do PS DIA, tanto em relação a equipe quanto ao comportamento do paciente.

Ao término da entrevista, a enfermeira Paloma Duarte me levou à saída, ao sair, vi um rapaz assistindo televisão deitado em um sofá, lá fora alguns estagiários/ técnicos em enfermagem jogando bola com os pacientes, formando um círculo. Quando passo novamente

pelo meu "pai" ele diz: " *Foi um prazer te conhecer menininha, manda um beijo para o papai e pra mamãe.*" e claro respondi: " *O prazer foi meu viu?! Vê mandar.*". Logo depois a princesa da Inglaterra vem falar comigo: " *você tem cigarro aí?*" respondi: " *Não, mas da próxima vez eu trago pode ser?*". A princesa fala: " *Aí não dá porque eu vou receber alta hoje e quando vc vier não tô mais aqui*". Antes de eu responder ela solta: " *Você viu este rapaz que saiu daqui?*" (um servidor que trabalha lá tinha saído naquele momento pela cerca) " *Ele é da minha família que me adotou, e eles me internaram aqui*". Respondo: " *Internaram a princesa aqui e agora o que você vai fazer?*". Ela responde com muita propriedade: " *Já tá na justiça, isso vai se resolver. Olha vou te dizer, quando isso aqui era HPAP era um inferno, mas agora que virou Hospital São Vicente é hospital de primeiro mundo, igual lá na Inglaterra.*" Quando percebi que a conversa ia se prolongar e a hora já era adiantada me despedi dela e prometi levar o cigarro que ela queria.

Ainda, quando vou entrando no carro já para ir embora um rapaz atrás da cerca, aparentemente "erotizado" como eles falam ali dentro, fica olhando fixamente para mim e repetindo " *que gracinha, rosa choque, muito linda, rosa choque.*" Pensei: não tem nada na minha roupa rosa, aí lembrei, a minha "chuquinha" de cabelo é rosa. Quão impressionada eu fiquei de uma pessoa perceber a cor de uma chuquinha prendendo meu cabelo. Aí percebi que os detalhes podem chamar a atenção, além de ser curioso um homem observar um objeto tão insignificante e se sentir atraído. Na terceira visita este mesmo rapaz corre rente a cerca me seguindo e me elogia: " *oi gatinha!*". Reconheci e respondi: " *Cara você ainda tá aqui..*". Ele ficou sem entender como eu o conhecia, e disse: " *Eu te conheço? to lembrado não*". Então eu disse: " *tem que lembrar cara!*". Certo de sua resposta ele responde: " *Agora eu sei, você é a doutora que veio me soltar daqui*".

3.3.5 Entrevista com a psicóloga Alice Bolkovisk:

Para a terceira visita, agendei um dia e horário por telefone com a enfermeira Paloma Duarte, a qual gentilmente se dispôs a me ajudar no que eu fosse preciso, inclusive me deu o telefone do PS DIA para que eu ligasse e marcasse um dia. Então liguei e marquei outra visita.

Ao chegar, fui direto ao PS DIA na esperança de que estivesse havendo alguma atividade com pacientes, e que alguém pudesse avisar a enfermeira Paloma que eu estava lá e

autorizar a minha entrada naquele local. Vi de longe que não havia ninguém, apenas uma copeira saindo pela cerca e perguntei se ela conhecia a enfermeira e ela pediu que eu entrasse.

Enfim, entrei sozinha. Ao entrar estava sentado numa cadeira um homem, que me olhava fixamente e que quando dei bom dia ele não respondeu. Aconteceu o mesmo com um senhor que perambulava por ali. Mas quando fui chegando mais perto da entrada, dois senhores que atenderam, eram dois pacientes, muito lúcidos logo me cumprimentaram e me indicaram o local onde a enfermeira ficava. Não entraram na sala onde fica a equipe, apenas indicaram e pediram para eu entrar. Ao ver a movimentação uma enfermeira viu e perguntou se eu era a moça que a Paloma disse que viria, e pediu para eu esperar na sala de equipe que chamaria a pessoa que me atenderia. Olhei para o quadro de internos e vi que já havia mudado, pois era composto de 11 mulheres e 10 homens. Depois Alice me disse que este quadro estava bem complicado semana passada, estava lotado.

Quando Alice Bolkovisk, psicóloga, entrou me explicou que a enfermeira Paloma, por ser coordenadora, fora fazer um curso e por isto designara ela para me receber. Alice trabalha a algum tempo, mas não muito, pois entrou pelo último concurso que teve pela Secretaria de Saúde. Como eu já estava mais ambientada, fiz perguntas complementares, com o desenrolar da conversa. Então começamos a entrevista.

Disse que *“quando funcionava como hospital dia a estrutura suportava”*, esta mudança complicou a questão da superlotação. Porque funciona toda a emergência. *“Muita coisa pode ser melhorada ainda. Aqui a gente tem pacientes que são mais agressivos e aí não tem um espaço ideal para fazer uma contenção mecânica quando é necessário.”* Os pacientes ficam interagindo o tempo todo, homens e mulheres e *“não sei se a estrutura, o espaço garante uma segurança para os funcionários quanto para os pacientes.”*

Quando ela falou sobre a segurança perguntei se ela já havia sentido medo em algum momento, ela respondeu que sim, se sentiu receosa, e que por não ainda não conhecer a história daquele paciente ela *“não sabe o que esperar”*. Somente após a convivência ela conhece a pessoa. Deixa claro que a aproximação é complicada por conta do desconhecimento deste paciente e, às vezes, pelo temperamento do mesmo.

Alice disse que *“não tem leitos suficientes, e então os pacientes pegam os colchonetes das atividades e deitam no chão.”* Por exemplo, depois do almoço eles querem descansar, deitar um pouco e daí não tem cama para todos. Avaliou a estrutura física como precária.

Na última visita que fiz, observei que todos andavam descalços, e perguntei o motivo disto. Alice me explicou que *“alguns não tem condições de ter um calçado, alguns são moradores de rua, alguns chegam calçados e os outros pegam, os familiares trazem e some.”*

Sobre as atividades realizadas, ela me mostra o quadro de atividade semanais, dizendo que fica responsável pela *“verbalização, psicoterapia e, às vezes, faz algo mais lúdico”*. Cada profissional escolhe o que pode fazer e por isto é bem variado.

A orientação, no caso, *“a inspiração é na reabilitação psicossocial”*. Alice informa que cada paciente tem o seu projeto terapêutico. Portanto, para cada situação, do quadro há um caminho a ser seguido, um procedimento de acordo com a necessidade e condições do paciente. Inclusive, há o trabalho de “metas” em alguns pacientes, que seria uma perspectiva de evolução em seu quadro clínico.

O tempo médio de internação é variável, e completa que *“o tempo mínimo é de uma semana”*. Aqui ratifica a fala da enfermeira, que não há tempo fixo de internação. Falou inclusive de pacientes que *“são moradores de rua, ou não tem família e já estão internados a vários meses no hospital”*. Explica ainda, que os pacientes tem atendimento médicos todos os dias, pelo menos um período.

Quando pergunto sobre a melhora no estado psíquico destes pacientes, ela responde que sim, e que muitas vezes conseguem atingir aquele objetivo.

Na questão de internos com pedidos judiciais ela afirma que *“no momento não há, mas houve casos”*. Neste caso, *“o paciente foi sentenciado, passou 6 meses na ala psiquiátrica da colméia e foi para o HSVP e ficou o resto do tempo que precisaria. O quadro dele estava estável, fez perícia e foi embora.”* Ou seja, ele cumpriu o resto da pena no hospital psiquiátrico.

Não há separação de sexo no PS DIA, bem como a inexistência de local que caracteriza solitária. A equipe formada é composta de terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, médico, enfermeiro, assistente social, pessoas voluntárias que fazem yoha, tem manicure.

Não há separação dos pacientes por patologias, e julga não ser saudável esta *“separação, porque os pacientes já estão nestas situação de segregação. E seu propósito é diferente disto”*.

Sobre as visitas ocorre duas vezes ao dia. Se a pessoa for de manhã o encontro é feito no galpão. Se o encontro for à tarde é feito na enfermaria. Alice alerta que nas visitas pela tarde é pedido aos familiares que não levem crianças, mas se trouxerem se encontram no galpão.

Pegando o gancho dos encontros, pergunto sobre o apoio familiar. Alice explica que muitos tem este apoio, mas outros por serem moradores de rua não tem. Fiquei curiosa sobre a internação de um morador de rua, uma vez que este não possui familiares, pelo que percebi na fala dela, como ele chega lá. Ela respondeu que é trazido pelos bombeiros, alguém se mobiliza e toma uma atitude.

Perguntei se ela estava lá por opção, ela disse que sim. Disse que quando fez o concurso da Secretaria, há possibilidade de escolha quanto à área de trabalho e então a sua primeira escolha foi o HSVP. Complementou dizendo que foi sua escolha, pois sempre teve mais afinidade com a área psiquiátrica. Inclusive desde a faculdade sempre escolhia estágios direcionados a esta área.

Com relação ao atendimento individual dentro do hospital ela explica que com a chegada do paciente, *“há o momento de higiene e auto cuidado e aí ela se insere, pois é uma maneira de aproximação e quebra de gelo”*. Neste momento somos interrompidas por uma funcionária da limpeza que pergunta se há copos. Alice responde que não tem e diz que esta faltando tudo.

Por ser psicóloga pergunto se ela faz alguma diagnosticção, ela me diz que *“a maioria dos pacientes já vem com diagnósticos porque é um pré requisito para sua internação”*. Fala que não dá importância ao diagnóstico, *“os trata como se ele não tivesse história nenhuma, vai montando o quebra cabeça com ele”*.

Ao término da entrevista, ela me mostra as instalações no PS DIA. Começamos pela sala da equipe, onde estávamos, depois fomos a *“sala de cuidados”*, onde ficam os pacientes que eventualmente tomam soro, bem cuidada e com detalhes na parede (decoração), mas eles usam *“muito pouco esta sala”*, porque gostam *“de ficar em contato com os pacientes, observar sua evolução”*. Mostrou a sala de materiais. Inclusive há uma sala de atividades, onde os pacientes fazem a yoga, uma *“terapia de corpo”*, realizada por um *“enfermeira servidora, que também é fisioterapeuta”*. Observei algumas bolas de yoga. Quando vou

saindo da sala de materiais, uma mulher “visitante” estava lá falou que não tinha “*nada não* que era “*bem tranquilo*”.

O refeitório, tem um espaço razoável e limpo. Me mostrou a sala de enfermagem, que fica bem ao centro, onde são feitas as medicações e onde ficam os computadores para lançar as anamneses. Após fomos as duas suítes, a masculina e a feminina. Nesta última havia apenas uma mulher dormindo. Na suíte masculina tinham uns 4 homens sentados nas camas conversando e um fumando, e quando passei ao lado do banheiro que fica do lado da porte entrada, havia mais um homem lá. Vários pacientes estavam assistindo televisão no sofá, neste momento percebi que uma senhora estava de chinelas. Em frente a sala de televisão, um médico estava fazendo uma consulta com um paciente.

Ela explicou que lá funcionava como hospital dia tinha o objetivo de ser parecido com uma casa e por isto, as instalações parecem bastante com um ambiente doméstico. Ao redor do prédio tem uma área verde a qual é dividida por cercas. A primeira parte é a do PS DIA, minha localização, ao lado é a ala feminina, que estava cheia de mulheres andando, sentadas, dançando (por conta do rádio) ou perambulando. Do lado oposto ao da ala femina tem a ala masculina, onde os pacientes homens ficam andando, no caso, é o lado da frente do hospital.

O requisito para estar no PS DIA, o paciente deve ser de uma das regionais, “*Taguatinga, Samambaia, Recanto das Emas e Ceilândia*”, o “*critério é de regionalização, não é o hospital que define, vem da Secretaria.*” Nas outras alas ficam os pacientes de outras regionais.

Questionei sobre a questão dos pacientes fumantes, que são muitos e inclusive pedem cigarro. Alice diz que a influência de uns sobre os outros, por estarem num mesmo local interfere neste hábito. Reconhece que não acha certo esse tipo de hábito, pois essas pessoas estão dentro de um hospital, “*não deveria acontecer, mas ao mesmo tempo é uma alternativa de os pacientes aliviarem a ansiedade*”.

Vamos em direção ao Pronto Socorro, dos pacientes mais crônicos. No caminho, ela já explica que no PS tem forma de trabalho bem diferente. Reitera que a inspiração no PS DIA a inspiração é na reabilitação psicossocial, inserção social e construção de redes sociais para o paciente, o hospital tem melhorado muito neste quesito, mas não é fácil porque tem muito preconceito.

Quando chegamos na entrada, passamos por uma meia porta, tem uma salão, do lado direito ficam as alas feminina e masculina. Muito mais barulhento. Sala de acolhimento, consultório. Sala do serviço social. Logo mais a direita há uma porta de ferro apenas com uma brechinha, onde dá para ver as pessoas lá dentro. Perguntei se portas ficavam trancadas e ela explicou que tudo é trancado (não na chave, mas por fora). Pude ver duas mulheres, uma mancando perambulando e outra com uma calcinha na cabeça. Alice diz que ficam peladas, poem sacos na cabeça. São pacientes mais complicadas.

Ela me pergunta se eu quero entrevistas algum profissional, digo que sim e de preferência alguém que trabalhe ali. Quando saímos do prédio vi uma mesa posta para o almoço, ela disse que era da equipe e que dos pacientes era servido e distribuído em marmitas.

Vamos em direção a outra entrada em busca de um servidor que possa dar uma entrevista. Entramos pela cerca, mas esta fica sempre aberta, porque não há pacientes nesta área. Neste lugar tem uma área verde (aparentemente um campinho de futebol) que estava sendo mantido no momento por alguns funcionários.

Em uma bancada branca e grande estava um servidor, o Enzo Marazzo, o qual se dispôs a falar.

3.3.6 Entrevista com o auxiliar de enfermagem Enzo Marazzo:

Quando chegamos senti um olhar diferente daquele homem. Ali era bem diferente, me recebeu estranhamente, quase não queria falar, e somente assinou o termo de livre consentimento esclarecido após o término da entrevista, como se alguma pergunta fosse ser ofensiva ou de alguma maneira inadequada. Com calma comecei a perguntar. As respostas foram carregadas de seriedade, uma realidade pesada e marcante, um ar de desencanto no trabalho exercido, nada de ilusões ou visões ressocializadoras. Percebi que se tratava de um ambiente mais pesado.

Os pacientes do PS DIA são retirados durante o período das 8 horas da manhã até as 18 horas do PS onde ficam estes outros pacientes. Ou seja, os pacientes do PS DIA não ficam lá permanentemente, apenas passam o dia e voltam para o PS, misturados com os outros pacientes.

Falamos (eu e a psicólogo) que era uma entrevista e o Enzo logo quis saber que tipo de pergunta era. Depois que explicamos que não havia nada de inusitado ou “errado” ele aceitou falar. Leu o Termo de livre consentimento e esclarecimento, mas não o assinou, fazendo o apenas quando finalizei as perguntas.

Quanto a estrutura física do PS, Enzo diz que “*por ser um único hospital de referência de internação de psiquiatria isso centraliza o serviço ocasionando a falta de espaço*”, tornando um “*problema crônico, poucos funcionários de todas as áreas*”. Completa que o “*trabalho fica comprometido*”, mas explica que “*é uma realidade da saúde no Brasil*”, não sendo uma realidade da psiquiatria, mas de todo sistema de saúde.

Novamente, a fala do Enzo ressalta a importância da “*descentralização do serviço*”, pois afrouxa e melhora o tratamento. Ele acredita que de “*nada adianta trazer servidores se não há infraestruturas*”. E ainda, reitera a questão do maior problema, a superlotação.

Quando falei sobre a inspiração, qual orientação seguida pelos profissionais atuantes no PS, ele desmistifica, diz que o modelo seguido pelo PS DIA de ressocialização é uma ilusão, pois em sua opinião eles tentam fazer o que dá, mas não é o ideal. A noite os pacientes voltam e se misturam. Eles (PS DIA) tentam fazer diferente, mas não é certo. Acredita que a melhor opção é descentralizar. A psiquiatria deve fazer parte dos hospitais. Dá o exemplo dos hospitais novos de samabaia e santa maria, que não possuem ala psiquiátrica. Isso já é uma segregação do próprio sistema. Inclusive nos centros de saúde no psicólogo vem. O que o pessoal faz na PS DIA, não há eficácia, resultado nenhum.

Ele considera os pacientes do PS DIA como pacientes do PS. Acredita que nem todos os pacientes estão em “*crise*” e nem precisariam estar lá e “*nem estão em crise*”. Aqui tratamos crises agudas. Há sala onde ficam “*pacientes contidos*” (amarrados), “*por vários motivos*” (proteção e segurança dele e dos outros, agressividade, estava ingerindo objetos, evitar quedas, desorientação).

Todos os dias há atendimento por médicos. Observei que esta fala é geral. De fato ocorre o acompanhamento dos pacientes.

Há muitos usuários de drogas, ele diz que é o que mais tem, porque desconhece em Brasília um local apropriado, um CAPS, o usuário vai direto para o hospital psiquiátrico. E novamente relata o fator da descentralização, completa que isso altera na qualidade do

entendimento, porque não suporta a demanda. Explica que a droga por si só muda o comportamento.

Pergunto sobre a quantidade de pacientes internados e as acomodações, ele diz que tem 70 pacientes, em um lugar que era pra ser de 40. Aqui percebemos mais umavez a questão da superlotação, sendo um dos problemas mais latentes do local.

Sobre a melhora na situação clínica dos pacientes que saem de alta e ele confirma. Ele explica que melhoram porque são medicados e que raramente o tratamento é eficaz, uma vez que há muitos reincidentes no quesito internação. Diz que 95 por cento dos pacientes é reincidente. Talvez tenha uma melhora nos pacientes de primeira crise, mas para os pacientes mais crônicos o serviço não chega adequadamente. Ou seja, em sua visão os problemas crônicos não são tratados com eficácia e por isto, muitos voltam a ser internados.

No momento *“não há interno que cometeram crimes, mas isso não quer dizer que não tem. A família esconde, não fala a equipe e não tem como saber se os crimes foram cometidos dentro ou fora da crise. As vezes o paciente é retirado daqui ela polícia.”* Mas não é uma rotina do PS, por conta de mandado de prisão. Há pessoas cumprindo medida judicial, aproximadamente uns 4 ou 5, *“que já eram para ter alta e a justiça não libera”*. Perguntei se ele acha correto e responde que o juiz faz isso porque não tem outra opção. Sobre os pacientes com medida, ele acredita que não há crime, a família é que não tem condição de ficar com os pacientes, *“é uma questão social.”*

Quando pergunto sobre a quantidade de quartos ele ensina: *“são 3 enfermarias de cada lado (ala feminina e masculina),”* com *“teoricamente”* com 6 ou 7 camas. Aqui novamente a questão da superlotação.

Quando perguntei sobre a rotina, ele não soube responder. E disparei se eles ficavam livres, ele disse que livre ali naquele espaço. O lazer não existe, por causa da falta de espaço, que impede a realização de um *“serviço decente”*. Além disso, a falta estrutural, falta pessoal. Explica que como auxiliar de enfermagem não sabe lher dar com situações que demandem o conhecimento de um profissional de psicologia ou psiquiatria.

Equipe é formada por médicos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Não há separação por patologia. Fala que brigas, confusões, *“quebra pau”* acontecem todos os dias

entre os internados. Tem família que não quer mais, mas o fator de a família não vem também, é por falta de dinheiro e tempo. *“O abandonado não é maioria.”*

Sobre as visitas ele diz que é precário, pois deveria haver uma sala, *“porque tudo é tumultuado”*. Às vezes, um paciente atrapalha a visita do outro porque está mais agitado.

Quanto à quantidade de pacientes, percebi que é variável. Mas no momento a maioria é masculina.

Quando perguntei se ele teve medo, ele diz que nunca teve medo, não era tranquilo, porque pra ele tudo faz parte. Perguntei se era uma escolha dele. Ele explica que todos que estão lá trabalhando escolheram trabalhar com psiquiatria. Quando falei se ele gostava de seu trabalho ele diz que tem dias bons e ruins. Perguntei sobre sua visão, ele disse que mudou antes de entrar. *“Pensava que era pior, bem como era antigamente. Você vê que não é tão feio. A psiquiatria sempre é diferente, atípica.”*

E assim termina a entrevista a qual foi contrária a quase tudo que coletei nos outros depoimentos.

4 HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA: CONSIDERAÇÕES SOBRE O CAMPO E O TRATAMENTO

Inicialmente tudo que eu havia pensado sobre o tratamento psiquiátrico em instituições hospitalares era algo bastante desumano, até porque tomei como referência temática as obras de Foucault e Goffman, as quais retratam cenários de crueldade. Até chegar ao portão do hospital imaginava encontrar pessoas jogadas, sujas e sem ação, assim como vi nos documentários. Porém me surpreendi com o que encontrei em campo. Primeiro tive excelentes impressões e vi o esforço de algumas pessoas em melhorarem o serviço prestado. Realmente há pessoas que se inspiram no sistema ressocializador de reinserção social o que se contrapõe ao que encontramos nas obras supracitadas.

Quando parti para as entrevistas achava que seriam discursos bem parecidos, porém novamente me surpreendi quando percebi que cada um entende de uma forma mais ou menos aprofundada sobre o assunto dependendo da sua área de atuação. Dentro de um só lugar percebi a existência de diversas visões e que em alguns aspectos são bastante conflitantes.

No discurso do diretor Hector Ambrosine observa-se que ele é bastante prático e formal, não há um entendimento profundo sobre o cotidiano. Ele entende bem da parte administrativa, mas não tão bem da prática porque não é sua área de atuação. Mas mesmo assim me deu uma base para seguir em frente. A sua entrevista foi a mais curta, tendo em vista que ele se encontrava bastante atarefado resolvendo questões do hospital, como por exemplo, fornecimento de materiais para pacientes. Então, da entrevista de Hector pude extrair o aspecto rasteiro e não aprofundado do funcionamento. Em sua fala não há como identificar como os pacientes são tratados no hospital ou como se dá esta relação interpessoal servidor-paciente. Apenas identifica-se que ele está ciente dos projetos, das visitas e suas condições, quais requisitos de entrada para internação, aspectos procedimentais formais. Na terceira visita passei pelo galpão onde acontecem as visitas, não havia “*ilhas de mobiliário próprio*”, mas apenas simples bancos de madeiras escostados na parede, com uma enfermeira lá ao fundo “vigilando” a situação. No meio deste galpão, que era grande, não tinha nada, dando a aparência de vazio.

Na segunda entrevista, Romeu Cadiveu me explica com mais propriedade o que se passa no hospital, me mostra a planta da instituição, explica das dificuldades, mas ainda há um certo distanciamento nas relações humanas. Ele inclusive confeccionou um relatório com os objetivos da instituição e metas a serem alcançadas pelas equipes. Foi aqui onde começou a falar de problemas cotidianos, a exemplo, a questão da manutenção precária, pois sempre há algo quebrado, a falta de pessoal e a superlotação. Ressaltou por diversas vezes a segregação dos pacientes em relação a sociedade. Defendeu que os pacientes devam ser tratados em casas terapêuticas, bem como a maior atuação dos centros de saúde para afrouxar o serviço. Deu bastante ênfase nas questões sociais dos pacientes. O que chamou atenção foi na fala “*não há remédio para a vida*”. Aqui ele não trata apenas a doença mental, mas entende que existem vários outros problemas associados que um remédio não irá curar.

Na terceira entrevista, a enfermeira Paloma Duarte me deu uma visão muito mais direcionada, pois trabalha em contato direto com estes pacientes e por isto entende cada detalhe. Neste momento percebi que os servidores deste local teriam muito mais condições de me passarem informações precisas e aprofundadas sobre o cotidiano em um manicômio. Foi a primeira pessoa a falar abertamente que as condições são “*extremamente precárias*”, diferindo bastante das duas primeiras entrevistas, justamente pela forte expressão usada. Avaliou diversos problemas que mal sabia por onde começar. Mas apesar de todas as dificuldades (espaço físico, falta de recursos humanos, material), a equipe sempre está em contato com o paciente e a sua maneira exercitam a questão da reinserção social, ampliação de redes fora do hospital.

Na quarta entrevista, a psicóloga Alice Bolkovisk reiterou os aspectos trazidos pela enfermeira. Ambas possuem visões parecidas, a não ser pelo fato de que Alice não concorda com a separação por patologias e a enfermeira acredita que deveria haver este tipo de separação para o melhor tratamento do paciente. Ela me mostra as instalações do PS DIA tranquilamente. Realmente ali não há agitação.

A contraposição de falas entre os 4 entrevistados, até o momento, diferente em muitos aspectos, quais sejam: a maneira como avaliam as condições físicas do hospital, a maneira como os pacientes são tratados, a realidade de internação e seu tempo médio (que na realidade após a entrevista com a enfermeira descobri que não há tempo médio), que as coisas são complicadas.

Até que entrevisto um auxiliar de enfermagem, Enzo Marazzo, que trabalha em outra ala, no Pronto Socorro, o qual simplesmente quebrou todo o “vasinho de vidro perfeito” que eu havia feito. Para começar, a maneira como fui recebida foi bem diferente de como fui recebida no PS DIA, como se estivesse incomodado ou de alguma maneira que parecer não agradá-lo.

Neste local os pacientes estavam todos presos, sem contato com a equipe, o que foi confirmado mais tarde pela enfermeira do PS DIA. Enfim, Enzo me falou que as condições eram péssimas, que os pacientes não tinham lazer e havia sim uma sala de contenção para s casos mais difíceis. O diretor explicou neste ponto que não havia solitária, apenas havia uma sala de enfermagem para que os doentes pudessem ficarcaso se sentissem tontos, ou para tomar medicamento, etc. Acredito que não é uma solitária propriamente dita, apenas um local para contenção das pessoas. Neste local elas ficam amarradas. Nada disso foi me dito até aquele momento. Enzo mostrou sdua descrença no trabalho no PS DIA, julgando como ineficiente, uma vez que estes pacientes voltariam para o PS, e ficariam junto com os outros.

Naquele momento percebi que há basicamente duas esferas no hospital: o PS DIA com tratamento ressocializador, procurando agregar e não segregar. Pelo trabalho que vi que estão fazendo está indo muito bem, pois logo percebi as mudanças de “clima” entre os ambientes. Já no PS onde ficam os demais pacientes (de outras regioanis e os mais crônicos) o “clima” é pesado, os pacientes estão mais nervosos ou agitados, e até mesmo os servidores tem aparência de mais tensos. Ali são dois mundos bastante diferentes: um sempre é mais leve e tranquilo, cheio de atividades, liberdade e contato humano; no outro observamos a frieza, a distância e a sensação de aprisionamento, parece ser até mais escuro, há algo diferente no local.

Apesar de tantas diferenças gritantes, algumas coisas eram sempre presentes nas falas dos entrevistados, os problemas eram basicamente os mesmos: a superlotação como problema crônico do hospital, a falta de estrutura física adequada, falta de recursos humanos e a precariedade de materiais, em um dia que fui não havia copo descartável nem papel higiênico. Os entrevistados reconheceram a discriminação e segregação social que um paciente sofre ao estar no hospital. No PS DIA há uma preocupação constante de os servidores estarem tratando os pacientes com humanidade.

Outro ponto importante refere-se a quantidade de pessoas que estão lá por mandado judicial. Há vários casos onde o indivíduo é mandado para o hospital via judicial, porém na

visão da enfermeira o juiz faz errado, uma vez que aquele local não é para infratores, mas apenas para transtornados mentais. Explica ainda, que em muitos casos o paciente fica “esquecido” pelo judiciário, pois os médicos já o liberaram para alta e mesmo assim o juiz não o libera e assim o paciente fica bastante tempo pelo hospital. Para Romeu o juiz não tem outra opção, tendo em vista que o HSVP é o único hospital de referência. Em nenhum momento os servidores se interessaram em saber quais os crimes cometidos pelos pacientes, isso é um ponto positivo, pois dali em diante tratam da doença, sendo menos uma discriminação a ser suportada pelo indivíduo. A psicóloga me explicou que quando um paciente entra, pelo menos no PS DIA, há uma tentativa de aproximação, momento em que nada se sabe sobre o paciente. É a partir daí que a equipe e o paciente vão caminhar juntos para montarem o “*quebra cabeça*”.

A pesquisa me ampliou a visão sobre os estudos que eu já havia feito na âmbito doutrinário por meio de Foucault e Goffman, principalmente. Em alguns momentos esses autores mostraram uma realidade quase medieval de tratamento humano. Pelas leituras, filmes e documentários que estudei esperava algo mais chocante e estranho, mas o que encontrei foram fatores diferentes. Nem tudo foi como li ou como de descreveram. O terror e sangue não vi, apenas notei que nem tudo são rosas, mas também nem tudo é um tormento. Percebi que os profissionais estavam realmente se importando com a situação daqueles pacientes e tentam mudar algo todos os dias, mesmo sendo um trabalho de formiguinha. Não vi ninguém maltratando, perdendo a paciência ou fazendo grosserias com os pacientes, todos agiam com muita naturalidade. A atipicidade já faz parte do dia-a-dia e acho que isso é um fator que ajuda na questão da reinserção social e discriminação, pois o hábito de conviver com a diferença gera uma capacidade de aceitação social.

Em apenas uma entrevista notei um certo receio de o entrevistado “botar a boca no trombone” como vi em outros casos e foi justamente o Enzo Marazzo. Mas mesmo assim contribuiu e falou o que pôde ou o que deveria.

A fala do diretor Hector surpreende quando afirma que as leis tornam os procedimentos para realização de atividades, um empecilho e não um facilitador. Pude perceber que a burocracia que ele relatou foi algo vivido pelo mesmo. Acredito que para que o suporte hospitalar (rouparia, lavanderia, materiais) é preciso passar por um imenso protocolo até conseguir que estas coisas cheguem até os pacientes.

Algo que a maioria das falas é presente, é o fato da busca da instituição pela agregação social, bem como a diminuição do tempo de internações. Ficou bastante claro que às vezes a rotina da instituição gera segregação dos pacientes. Os servidores estão dispostos a ajudar e melhorar os serviços prestados, mas muitas vezes são impedidos de fazê-lo por questões alheias a vontade deles, como por exemplo, precisam enfrentar a superlotação, a falta de pessoal e de material.

As políticas públicas, no que tange ao tema do presente trabalho, têm o objetivo de humanizar e atenuar os problemas que envolvem o tratamento do transtornado mental, bem como sua inclusão social e familiar. Porém, apesar dessas políticas visarem uma transformação interessante e eficaz sob a ótica do tratamento ideal, observa-se que na atuação destes objetivos, como se vê em Goffman e Foucault, este ideal de desospitalização em alguns momentos não ocorre. Sendo assim, há uma discrepância entre a ideia das políticas, do "dever ser" que as mesmas, ingenuamente, propõem ao Estado e à sociedade, e entre os estudos empíricos apresentados pelos dois autores, Foucault e Goffman, uma vez que diante das práticas manicomial, a sociedade mostra-se fechada, e ainda preconceituosa deste indivíduo.

No caso o que mais se aproximou do ideal de ressocialização foram as atividades e a realidade do PS DIA, cujo objetivo é aproximação e de fato aplicam isto em seus tratamentos. Já no PS não havia tanta aproximação, inclusive completo com a fala do entrevistado, *“é uma ilusão, não funciona”*.

Quando comparamos os conteúdos e as realidades trazidas nos capítulos 1, 2 e 3, podemos observar que há uma discrepância visível de pensamentos. O primeiro ponto é o entendimento de doença mental. Nos capítulos 1 e 2 temos o que podemos chamar de “senso comum” sobre o significado de transtorno mental, abrangendo a situação de segregação e preconceito que a sociedade adota como proteção contra indivíduos transtornados mentais. O que acontece no capítulo 3 é a realidade vivida por profissionais da área, os quais, claramente, tentam fazer um trabalho de aproximação do paciente com a sociedade na medida de suas possibilidades.

Assim, no capítulo 3 temos a real intensão de aplicação da Reforma Psiquiátrica pelos servidores, além do reconhecimento de todos na questão de mudanças e melhoramentos no tratamento. Em todas as entrevistas há a fala “precisa melhorar”, sendo um fator de suma importância para a transformação de todo um pensamento negativo gerado entorno dos

transtornados mentais, bem como a aplicação efetiva de um tratamento mais humanizado. Tanto que em vários momentos os entrevistados falam “*a gente convive o mais normal dentro do possível*”. Mais uma vez esta fala demonstra que a equipe tenta a socialização com os pacientes. Senti em vários momentos um sentimento dos funcionários de querer ajudar as pessoas que ali estão internadas. É incontestável que, contrário ao que Goffman fala sobre a distância necessária dos pacientes e servidores, no PS DIA encontrei uma equipe bastante empenhada e que constantemente está em contato direto com os pacientes.

Outro fator que deve ser observado é no tocante ao tratamento dos pacientes. Reiterando o que observamos nas leis e na Reforma Psiquiátrica, todos tentam a melhora nas condições de vida dos pacientes internados e dos que são tratados em casa. Como já disse, há sim uma diferença do que ocorre no PS e no PS DIA, sendo o primeiro uma situação melhorada e mais humana do que era o manicômio. E mesmo neste local, o PS, há a intensão de o ambiente não parecer tão “pesado”, porém a equipe seja mais distante dos pacientes. Situação que fica clara quando a enfermeira Paloma Duarte diz que “*a equipe do PS não tem contato com os pacientes*” e acredita que é uma “*questão de energia*”. E realmente é visível o comportamento dos pacientes do PS e do PS DIA, os últimos são dóceis, sociáveis e calmos, os primeiros são mais agitados e parecem mais carentes de atenção.

No capítulo 3 há um início de transposição das obras estudadas com a realidade trazida pela etnografia, quando encontro uma realidade mais branda do campo do que estudei pelas obras. Um ponto que deve ser levado em consideração é a época estudada pelos autores, pois na obra de Foucault a realidade estudada era do século XVIII, na qual os transtornados mentais eram tratados com desumanidade. Já Goffman, leva à tona a realidade um manicômio nos Estados Unidos na década de 1960, onde ainda havia tratamentos médicos físicos, mas a desumanidade era menor, havendo uma maior distância entre equipe e pacientes. Logo, o que podemos perceber é uma pequena melhora no tratamento dos pacientes. Então, o que encontramos em campo hoje, daqui um tempo se tornará velho e desatualizado, e, portanto é muito provável que haja uma melhora significativa no ambiente estudado. Esclarecendo: acredito que com o passar dos tempos há uma melhora na adequação dos tratamentos para os transtornados mentais, tornando-se cada vez mais humanizada e eficiente.

No capítulo 2 temos o que foi o manicômio no Brasil e mais uma vez vislumbramos a realidade cruel da época das colônias, como por exemplo, a de Barbacena, em Minas Gerais. No início da implantação dos manicômios brasileiros a situação era precaríssima, onde os

indesejados eram recolhidos nestas instituições. Tal situação não se repete no campo estudado, pois o que encontrei foi o empenho verdadeiro de uma equipe que se inspira na Reforma Psiquiátrica. Como o próprio psicólogo disse *“a nossa propaganda é a contenção afetiva”*. A maior prova de que as coisas estão melhorando neste hospital, apesar de todas as dificuldades que abrangem a superlotação, a falta de profissionais, falta de espaço físico e materiais.

O que vivenciei no campo foi justamente o contrário do que observamos no cenário triste dos capítulos 1 e no início do 2. O que salta aos olhos é a perseverança, a vontade das equipes de melhorarem o serviço prestado. Todos sentem a necessidade de melhores condições para exercer um trabalho decente. Inclusive no PS, pelo que pude perceber, o auxiliar reclamou melhores condições estruturais e físicas de acolher os pacientes, mesmo não havendo uma proximidade com pacientes como vemos no PS DIA.

No decorrer do capítulo 2 há uma mudança de comportamento no tocante às regras e modelos de tratamentos a serem seguidas, tanto pelo judiciário quanto pelos hospitais psiquiátricos. Aqui há sim uma mudança drástica, havendo, inclusive o fechamento de hospitais colônias. Esta mudança foi acompanhada pelo hospital São Vicente de Paula, que dentro de suas possibilidades atua próximo ao que é previsto pela Reforma e pelas leis. E ainda, criam seus projetos sociais, como por exemplo, o “sala de visitas” e o acompanhamento em casa do paciente. Isso é outra prova de que o hospital, dentre várias dificuldades, se atenta às condições básicas de humanidade previstas na revolução psiquiátrica.

Ouvi algo interessante que conclui este trecho: *“a dificuldade não é apenas no hospital psiquiátrico, mas em toda rede de saúde no Brasil. Tudo no Brasil é precário. Claro que tem uma separação da ala psiquiátrica, mas a dificuldade está em todo o sistema hospitalar”*. Considerando esta fala, fica claro que o meu preconceito, antes de chegar ao campo, de achar que apenas o hospital psiquiátrico é o pior de todos cai por terra, pois quando ouço isto, olho para o todo e percebo que é um problema do sistema em geral. Para confirmar esta situação é só ligar a televisão e ver o caos em que os hospitais se encontram, não há médicos, as pessoas morrem nas filas à espera de atendimento.

Enfim, o que podemos concluir de todo o trabalho é a diferença entre a realidade vivida e a lida nas obras, bem como dos documentários assistidos. Há sim uma realidade mais suave com relação aos transtornados mentais. O Hospital São Vicente de Paula, a sua

maneira, tenta implementar a humanização, a aproximação familiar e a reinserção social. No PS DIA percebiam uma equipe mais próxima aos pacientes, de fato há uma constante aproximação. No PS a situação era mais séria, não havia maus tratos, mas também não havia o “carinho” com que os pacientes do PS DIA eram tratados. É como nos ensina Luis Roberto Cardoso de Oliveira quando entramos em campo: devemos nos despojar de preconceitos, imaginações. Devemos “sentir” e “viver” no local, até percebermos que temos alguns pontos parecidos com aquela realidade e, a partir disto, não se torna obscura pelos pensamentos preconcebidos, mas clara e real.

CONCLUSÃO

Diante do campo pesquisado, observei que há uma discrepância entre a lei e as políticas públicas, bem como o ideal da Reforma Psiquiátrica. Não há ideal, mas sim uma realidade que pretende e trabalha, pelo menos no campo estudado, para que o tratamento dado aos pacientes portadores de transtornos mentais melhore a cada dia. É visível tal atuação do hospital quando a equipe de servidores se dispõe a criar seus próprios projetos, dentro de suas possibilidades. A Reforma Psiquiátrica é uma inspiração para estes trabalhadores que reclamam de melhorias, não apenas laborais, mas estruturais para os pacientes. No PS DIA é clara a atuação humanística que a equipe mantém com os pacientes. A busca pelo melhor é diária, pois sempre há barreiras que tentam impedir o bom andamento do trabalho.

Ressalte-se que se compararmos o ambiente hospitalar em que se encontra o Brasil, fica nítido que a situação realmente é precária em todos os âmbitos, não apenas no psiquiátrico. Como o auxiliar de enfermagem me disse que o problema além da estrutura é a questão do preconceito e, por isto, as pessoas julgam o hospital psiquiátrico, em suas palavras, “como era antigamente”, ou seja, um tratamento físico mais parecido com tortura.

No campo me deparei por diversas vezes com uma realidade a qual simplesmente destruiu tudo que havia pré-concebido em minha mente a partir das obras de Foucault e Goffman. Além disso, pude vivenciar os ensinamentos dados por Luis Roberto Cardoso de Oliveira, quando tive que me despir de tudo isso e entrar de cabeça naquele novo mundo que eu criara na imaginação. Atualmente a visão ficou basicamente invertida, uma vez que antes do campo achava que havia o “vilão” (os servidores “malvados” e o mocinho (os pacientes “coitados”) e após o campo essa separação já não existia. Aliás, muito pelo contrário, vi a dificuldade dos servidores e a vontade dos mesmos em realizarem um trabalho melhor. Não vi em nenhum momento “má-vontade” de cuidar dos pacientes, até porque muitos deles estão fora da “crise”, e convivem normalmente com outras pessoas. Tanto assim, que no PS DIA vários deles me cumprimentaram normalmente. Claro, alguns poucos não responderam ao meu “bom dia”, mas também não reagiram.

Interessante é a comparação com Foucault e Goffman, na qual pude refletir sobre a dogmática apresentada por ambos, bem como entender alguns aspectos da realidade vivida para que a pesquisa fosse realizada. Por se tratar de momentos diferentes, tanto pela minha,

quanto pelos autores supracitados, percebi certa mudança de visão da sociedade psiquiátrica e tratamento hospitalar no tocante aos transtornados mentais. Há uma evolução no que foi contatado nas visitas e nas entrevistas com os servidores do local estudado. Naquela realidade não há tortura, dopamento de pacientes ou abandono por parte dos próprios agentes de saúde. O que se pode dizer do tratamento utilizado para com os pacientes é que apesar das evoluções psiquiátricas, ainda há dificuldades tanto no quesito de estrutura psicológica dos servidores quanto na estrutura física disponibilizada pelo governo. Os trabalhadores explicaram que este serviço possui uma alta carga psicológica, sendo um empecilho a mais para que o paciente seja atendido de maneira mais atenta, uma vez que o próprio servidor se sente esgotado para realizar suas atividades. Tal situação traz consequências para o tratamento, pois uma vez que o funcionário constata em si certo descontrole, ocorre certo afastamento dos pacientes, comprometendo o tratamento destes.

As atividades ali realizadas se tornam precárias, não pelo desinteresse dos trabalhadores, mas justamente pela falta de suprimentos físicos. Partindo de uma fala apresentada na pesquisa, a situação é precária não apenas no hospital psiquiátrico estudado, mas também em toda rede pública de saúde. Não é de se admirar que tal fato seja constatado, sendo uma observação coerente no tocante à realidade ali vivida. E ainda, podemos observar que tal pensamento faz com que o senso comum e o preconceito de que o hospital psiquiátrico é sempre o pior, cai por terra, demonstrando que é um hospital assim como todos os outros. De fato, ao estudar este campo é visível a atividade hospitalar a qual não difere dos demais hospitais, sendo uma imagem construída pela sociedade quanto a este ambiente.

Diante disto, devo salientar que o campo pôde me trazer uma experiência única, a qual desmistificou toda a minha construção de crueldade, me fez analisar o campo com outros olhos. Aprendi que não há nada concreto que se deva seguir, na realidade não há regras, há a tentativa humana de transpor barreiras e seguir o caminho tortuoso da melhor maneira possível.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Osvaldo Pereira de et al. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1996.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. Geração, Belo Horizonte: 2013.

BARATTA, Alessandro. **Criminologia crítica e crítica do direito penal**: introdução á sociologia do direito penal. Tradução: Juarez Girino dos Santos. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan: Instituto Carioca de Criminologia, 2002.

BECCARIA, Cesare. **Dos Delitos e Das Penas**. 3 ed. . São Paulo, Martin Claret, 2000.

CARRETA, Regina Yoneko Dakusaku. **Pessoas com deficiência organizando-se em cooperativas**: uma alternativa de trabalho?. Tese de Doutorado. Disponível em:
<http://www.btd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/neto@200.136.241.56/1/TDE-2005-02-15T13:35:13Z-511/Publico/TeseRYDC.pdf> .Acesso em 22 abr.2015

CORREIA, Ludmila Cerqueira, et al. **Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos**. Caderno de Saúde Pública vol.23, no.9, Rio de Janeiro,.; Setembro, 2007. disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900002&lang=PT>. Acesso em 23 abr 2014.

DINIZ, Débora. **A casa dos mortos**. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=noZXWFxdtNI>>. Acesso em 22 abr. 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**.7 ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GLOBO NEWS. **Holocausto Brasileiro**. Video disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=1xBQr5zFAHs>> . Acesso em 22. abr. 2015.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e conventos**. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg,et al. **Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000)**: histórias narradas por profissionais de enfermagem Revista Brasileira de enfermagem, vol.22 no, 2 Florianópolis, Abril, Junho, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000200012&lang=pt>
Acesso_23 abr 2014.

LIMA, Vanessa Batista Oliveira, NETO, Joffre do Rêgo Castello Branco. **Reforma psiquiátrica e políticas públicas de saúde mental no Brasil: Resgate da Cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais**. Fortaleza. Agosto de 2010.

MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira de. **Saúde mental e o Direito**. São Paulo: Método, 2004.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**: repensando a relação entre os profissionais de saúde e familiares. Escrituras Editora. 2004.

OLIVEIRA, Luís Roberto. **Pesquisas em seres humanos versus pesquisas com seres humanos**. Disponível em <http://www.academia.edu/4105349/PESQUISAS_EM_VERSUS_PESQUISAS_COM_SERES_HUMANOS>. Acesso em 22 abr.2015

OLIVEIRA, Luís Roberto. **A concretude simbólica e descrição etnográfica**. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132013000300001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 22 abr.2015

PAULA, Patrícia Pinto de. **Políticas públicas atuais de saúde mental e os serviços substitutos em BH**. Maceió. Novembro de 2009.

PEREIRA, Sarah Caroline de Deus. **A criminalização da loucura no modelo jurídico terapêutico-punitivo- prisional dos Hospitais de Custódia e Tratamento psiquiátrico**. São Paulo: Julho de 2013.

PESSOTTI, Isaias. O século dos manicômios. São Paulo: ed. 34, 1996.

PESSOTTI, Isaias. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: ed. 34, 1994.

SEBRAE. **Manual de Políticas Públicas**. Disponível em: <<http://www.agenda21comperj.com.br/sites/localhost/files/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20PUBLICAS.pdf>>. Acesso dia 11 nov. 2014.

SHORTER, Edward. **Uma História da Psiquiatria**. Lisboa: Climepsi., 2001.

SILVA, Martinho Braga Batista. **Reflexividade e implicação de um pesquisador nativo no campo da saúde mental**: sobre o dilema de pesquisar os próprios colegas de trabalho. PPGAS – Museu Nacional. Rio de Janeiro: 2011.

STONE, Michael H. **A cura da mente, a história da psiquiatria da antiguidade até o presente**. ARTMED. São Paulo, 1999.

WALKENSTEIN, Eileen. **Bitolando pela psiquiatria**. Tradução: Carlos E.M. de Moura. São Paulo: Brasiliense, 1980.

ANEXO A – OFÍCIO AO DIRETOR

A sua senhoria ao Senhor

Ricardo de Albuquerque Lins

Diretor do Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paula

Brasília – DF

Prezado Senhor,

Venho, respeitosamente, por meio deste ofício, requerer sua colaboração para autorizar a entrada, nesta instituição psiquiátrica, da estudante de graduação em Direito, Gabriela Nantua Evangelista Barbosa, portadora do RG 2.907.643 SSP-DF, inscrita no CPF sob o nº 035.849.831-77, regularmente matriculada no Centro Universitário de Brasília sob o número 21080060.

O objetivo da visita é estritamente acadêmico: a estudante apresentará monografia de conclusão de curso, no primeiro semestre de 2015, sobre a presença das políticas públicas quando da internação de pessoas com transtornos mentais em instituições psiquiátricas.

A estudante optou pela pesquisa empírica em Direito e pretende realizar apenas entrevistas e uma visita ao Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico, não estando envolvida qualquer gravação de voz ou uso de material de vídeo. A pesquisa não tem como objeto a realização de inspeção, investigação ou qualquer outro meio de coação, mas apenas a contribuição do meio empírico para a dogmática acadêmica cristalizada.

A estudante e sua orientadora se comprometem a manter a identidade dos entrevistados resguardada e também apresentarão as conclusões finais do texto, com o objetivo de cooperar com o bom andamento das atividades desta instituição.

Agradecemos a atenção e a consideração.

Respeitosamente,

Alessandra de La Vega Miranda

Professora Orientadora

ANEXO B – QUESTIONÁRIO APLICADO

- 1- Como você avalia as condições no hospital psiquiátrico?
- 2- Na sua opinião deveria haver alguma mudança? Qual (quais)?
- 3- Onde está o problema?
- 4- Há prática de atividades físicas, lazer, lúdicas ou oficinas?
- 5- Qual a orientação dada a vocês, de quem?
- 6- Há atendimento por médicos periodicamente?
- 7- Há usuários de drogas dentre os internos?
- 8- Qual o número de internos?
- 9- Você percebe alguma melhora na saúde mental dos internos?
- 10- Todos os internos cometeram crimes?
- 11- Quantos estão cumprindo medida de segurança?
- 12- Quais os delitos mais comuns?
- 13- Como se dá a separação dentro do hospital (sexo ou delito)?
- 14- Qual número de quartos no hospital?
- 15- Quantos ficam em cada quarto?
- 16- Qual o tamanho dos quartos?
- 17- O hospital possui algum procedimento ou alguma acomodação que corresponda à solitária?
- 18- Qual a rotina dos internos?
- 19- Como é formada a equipe de atendimento no HPAP?
- 20- Como são tratados os internos que fazem uso de medicamentos controlados, ficam separados dos demais?
- 21- Quais são as condições de visitas aos internos?
- 22- Com base na sua experiência, os familiares mantêm algum contato com o interno ou são abandonados?
- 23- A maioria dos internos são do sexo feminino ou masculino?

ANEXO C – TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO

Título do Projeto: A presença das políticas públicas no HPAP

Pesquisadora Responsável: Gabriela Nantua Evangelista Barbosa

Esta pesquisa tem o objetivo de estudar como as políticas públicas em saúde mental são aplicadas no contexto de uma instituição psiquiátrica.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos: pesquisa teórica; entrevistas com profissionais atuantes no ramo da saúde e tratamento, bem como a pesquisa de campo para a coleta de dados estatísticos para corroborar o trabalho acadêmico.

Durante a execução da pesquisa, serão abordados aspectos ligados à presença das políticas públicas em saúde mental e como estas atuam no campo em estudo. Tais aspectos serão auferidos por meio de entrevistas, as quais não serão gravadas nem filmadas, com vistas a um questionário previamente definido. As mesmas serão utilizadas para a complementação de dados no decorrer da pesquisa, e quando necessárias reproduzidas. É possível entrar em contato com a pesquisadora a qualquer tempo, para notificação de acontecimentos, recebimento de orientação ou atendimento, pelo telefone (61) 8117-2658.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Brasília, ____ de _____ de 2015.

Nome do sujeito/ ou do responsável: _____

Assinatura: _____

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Brasília, ____ de _____ de 2015.

