

XV Congresso Brasileiro de Sociologia
26 a 29 de julho de 2011, Curitiba (PR)
GT21 - Segregação Social, Políticas Públicas e Direitos Humanos

Paradoxo ou Ambivalência? Hospício e prisão – o caso do Hospital de Custódia e Tratamento - HCT/BA

Luiz Claudio Lourenço¹
Márcia Cristina Maciel de Aguiar²

Resumo

Este trabalho tenta contribuir na caracterização de alguns aspectos regulatórios paradoxais e as ambivalências substantivas presentes no cotidiano de um Hospital de Custódia e Tratamento – HCT, no nosso caso o HCT/BA. A partir de nossa exploração no campo, entendemos como internos todos aqueles que vivenciam o cotidiano da instituição, assim propomos as categorias de *internos-pacientes e internos-funcionários*. Adotamos como marco teórico a sociologia do crime e estudos prisionais, lançando mão também de aspectos da psiquiatria forense e da saúde mental. Este trabalho é parte de uma pesquisa em andamento e aqui se divide em três partes. Na primeira parte, expomos uma caracterização geral do internamento e a penalização da loucura. Na segunda, fazemos uma discussão do surgimento da psiquiatria no Brasil e da instituição manicômio. Na terceira parte é apresentado como se constitui o espaço do HCT/BA e como ele é vivenciado pelos internos nesta casa, suas experiências ambivalentes e paradoxais.

Internamento e penalização da loucura

No século XVII, na Europa ocidental, a loucura substituiu a lepra num espaço moral de exclusão. Para Foucault, a loucura fascina porque é um saber. Toda loucura tem sua razão que a julga e controla e toda razão, sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra e nesse movimento de referência recíproca, elas se recusam, mas uma fundamenta a outra. Sendo assim, a loucura a partir da era clássica torna-se uma forma relativa à razão, só tem sentido e valor no próprio campo da razão. (FOUCAULT, 2008, p. 20, 30 e 33).

¹ Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFBA e pesquisador do LASSOS (UFBA).

² Médica Psiquiatra e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFBA.

Bezerra (1992, p.118) partindo da interpretação de Foucault, diz que a psiquiatria ao fundar-se numa descrição racionalista e universal do ser humano, é levada a postular a razão como comum a todos os homens, tornando-se impossível pensar a experiência da loucura fora da oposição razão/desrazão, que desemboca na inclusão/exclusão. Condena-se assim o louco à condição de excluído daquilo que define a própria humanidade do homem, e excluído do corpo social.

Segundo Foucault (2008, p. 49), a internação é uma criação institucional própria ao século XVII, sendo seu marco, o decreto de fundação, em Paris, do Hospital Geral, em 1656. A Instituição atribuía-se a tarefa de impedir a “mendicância e a ociosidade, bem como a fonte de todas as desordens”. A internação assume desde o início uma amplitude distinta da prisão como era praticada na Idade Média, surge como medida econômica e de precaução social.

A partir do século XVII, nas casas de internamento misturam-se os pobres, vagabundos, marginais, desempregados, libertinos, doentes venéreos e os doentes mentais, que perturbam a ordem do espaço social. Encontra-se aí o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir, o dever de caridade e a vontade de punir. O internamento é ao mesmo tempo recompensa e castigo, conforme o valor moral daqueles sobre quem é imposto. (FOUCAULT, 2008, p. 53, 73, 87). As casas de internamento como centros de recepção de indigentes e prisão da miséria, desaparecem em toda a Europa no começo do século XIX e a partir daí, tornam-se alojamento exclusivo dos loucos. (FOUCAULT, 2008, p. 70).

Para Carrara (1998, p. 78) o internamento asilar é prática terapêutica humanitária, mas é ao mesmo tempo prática de contenção relativa a uma loucura, que é a loucura moral, que se tornou incurável e perigosa. É esta ambivalência do internamento asilar, entre a terapia e a contenção, que parece explicar porque este sistema ainda resiste após dois séculos.

Segundo Birman (1992) ao mesmo tempo em que foi conferido ao louco o estatuto de enfermo, com direito à assistência e tratamento, sob a proteção do Estado, se autorizou a exclusão social dos doentes mentais e a destituição de seus demais direitos sociais. O universo da loucura foi excluído do espaço social por representar uma ameaça à ordem social. Como os loucos não reconheciam as regras básicas do contrato social, deveriam passar pela pedagogia da sociabilidade dentro das instituições, que visava controlar os seus atos e discurso, para aprenderem as regras das relações interpessoais do espaço social.

Nesta perspectiva, só resta ao louco buscar igualar-se aos normais, já que a sociedade não encontrou uma maneira de conviver com a diferença. Ou consegue aproximar-se dos “normais”, ou será invariavelmente excluído, rejeitado, já que a sua presença incomoda e gera ansiedade e medo nos socialmente adaptados. De acordo com Amarante (1996) a doença mental,

tem sido a justificativa que sustenta a exclusão daqueles que são considerados enfermos; a realidade manicomial vem demonstrar que o que se exercita sobre a doença objetivada é mais um ato de violência que um ato de cura ou libertação.

Goffman (1999) classifica o manicômio como instituição total, que pode ser definida como um local de residência e trabalho onde indivíduos separados da sociedade mais ampla por um período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. O ingresso numa instituição total começa com uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do 'eu'. O 'eu' é sistematicamente 'mortificado'. Para conseguir viver aí, o internado tende a criar táticas de adaptação como forma de enfrentar a tensão entre o mundo original e o mundo institucional. (GOFFMAN, 1999).

Basaglia (1985, p. 101, 102, 110, 120), classifica as instituições manicomiais como "instituições da violência", espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedade são a regra. Para o autor, o manicômio destrói o doente mental. A sociedade, que primeiro exclui e depois aniquila, para não expor abertamente sua face de violência, estende a concessão do poder aos técnicos, que o exercerão em seu nome.

Desde o momento em que transpõe os muros do internamento, o doente mental é envolvido por um espaço criado originalmente para torná-lo inofensivo e curá-lo ao mesmo tempo, mas que na prática, paradoxalmente, torna-se um local construído para o seu completo aniquilamento. Aqui, a noção de tutela está em contradição com a noção de cura que deveria tender para uma expansão espontânea e pessoal do doente. A degradação, a objetivação e o total aniquilamento que caracterizam o internado num hospital psiquiátrico, não são a pura expressão de um estado mórbido, mas antes o produto da ação destruidora de uma instituição cuja finalidade é proteger os sãos dos assaltos da loucura. (BASAGLIA, 1985, p.112, 113, 114,119).

Doentes mentais são estigmatizados por comportarem-se diferente dos indivíduos ditos normais. Para Goffman (2008, p.12, 13, 15 e 68) o estigma, como atributo profundamente depreciativo, tem como efeito o descrédito, pode ser considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem; alguém com um estigma parece não ser completamente humano. Os que saem de prisões ou hospitais para doentes mentais, em função do estigma, vão fazer um esforço para esconder o seu passado e tentar "disfarçar-se".

Todo indivíduo que comete um crime, deve responder perante a justiça por aquilo que praticou. A responsabilidade penal significa a obrigação ou o direito de responder perante a Lei por um fato cometido, considerado pela lei como crime ou contravenção. Imputabilidade é a faculdade que a justiça tem de chamar à responsabilidade o agente de um delito. (TABORDA, 2004). Hoje quando o delito é um sintoma da doença, guardando nexos causal com a mesma, o

sujeito que o praticou é considerado inimputável pela lei. Diante desta inimputabilidade se dá o encaminhamento do doente ao manicômio judiciário. Sabe-se, no entanto, que os tratamentos manicomiais, não têm sido bem sucedidos ao longo da história e o louco infrator não tem benefícios previstos na Lei de Execução Penal. (RELATÓRIO DE INSPEÇÃO DO HCT, 2003).

Segundo Foucault (2001), a partir do exame psiquiátrico, o juiz pune não o crime ou delito, sim suas condutas irregulares apontadas no exame como o lugar de formação do crime. A criminalidade é apreciada então do ponto de vista psicológico-moral, onde a doença já não é uma doença, é um defeito moral. O psiquiatra vai definir, com o exame psiquiátrico, se existem anomalias mentais que podem ser relacionadas com a infração em questão; deve responder se o indivíduo é perigoso, se é sensível a uma sanção penal, se é curável ou readaptável. O exame psiquiátrico deve realizar uma demarcação entre doença e responsabilidade, entre causalidade patológica e livre-arbítrio do sujeito jurídico, entre terapêutica e punição, entre hospital e prisão. Quando o patológico entra em cena, a instituição médica deve (ou deveria³) tomar o lugar da instituição penal. (FOUCAULT, 2001).

Do ponto de vista legal, é preciso que o delito seja expressão do distúrbio para que o sujeito seja considerado inimputável. A medida de segurança é um procedimento jurídico aplicado às pessoas que cometeram algum delito e que, em decorrência de motivos psiquiátricos, não podem responder criminalmente por ele. Ao fim do prazo da medida de segurança, necessário seja feito o exame de verificação de cessação de periculosidade (EVCP) para averiguar se foi debelada ou não a condição perigosa do indivíduo. (TABORA, 2004, p. 130, 132 e 163).

Observamos que o exame psiquiátrico vai cumprir o papel de oferecer ao doente mental um novo rótulo, um novo estigma, agora além de louco, perigoso. Aqueles considerados doentes e conseqüentemente não responsáveis pelo ato criminoso, não deveriam ser culpabilizados ou punidos. Infelizmente o doente mental interno no Manicômio, fica no meio da linha entre o psiquiatra e o juiz, alvo de mais malefícios que de benefícios. Parece-nos que as necessidades da sociedade são atendidas, jamais as do louco, que é sempre vítima de exclusão e/ou punição. O louco é penalizado em sua patologia e por sua patologia, como se fosse ele, no lugar de irresponsável, o único responsabilizado e duplamente penalizado, pelo seu adoecimento e pelos atos advindos de sua loucura.

No trecho que se segue, claro fica, a penalização da loucura, sobre a ótica de Foucault:

Qualquer causa que, como determinação, só pode diminuir a responsabilidade, marca o autor da infração com uma criminalidade ainda mais temível e que exige medidas penitenciárias ainda mais estritas. (FOUCAULT, 2009, p.239).

³ Esta observação é de nossa autoria.

Vai ainda nos dizer Foucault:

Enquanto sujeito de direito, o homem se liberta de suas responsabilidades na própria medida em que é alienado; como ser social, a loucura o compromete nas vizinhanças da culpabilidade. O direito apurará cada vez mais sua análise da loucura; e, num sentido, é justo dizer que é sobre o fundo de uma experiência jurídica da alienação que se constitui a ciência médica das doenças mentais. (FOUCAULT, 2008, p. 130).

Podemos concluir com o que foi trazido, que o corpo de psiquiatras, interessado em instituir a sua prática como prática médica, assume o cuidado dos loucos institucionalizando-os sobre a justificativa de curá-los. Há aqui o interesse na legitimação de uma prática, pois o hospício legitima a ação técnica dos psiquiatras. Encontramos uma afinidade entre o interesse da sociedade de livrar-se dos loucos e o interesse do corpo de psiquiatras de ver legitimado seu saber e seu poder. O psiquiatra justifica eticamente a sua ação, por ser ela curativa e não excludente; a exclusão passa a ser meio para atingir um fim, a cura. Para Carrara (1998, p. 79) os psiquiatras na realidade “criminalizavam” o louco, no sentido de incorporarem à sua figura um novo perfil marcado pela crueldade, indisciplina, amoralidade e periculosidade.

O surgimento dos manicômios e a psiquiatria no Brasil

O Manicômio Judiciário é uma instituição ambígua, pois há nela duas definições diferentes e em certo nível contraditórias, num mesmo espaço social encontra-se o hospício e a prisão. O que transforma o Manicômio Judiciário em um espaço social paradoxal é justamente o fato de combinar dois conjuntos de representações e de práticas sociais que se fundam em concepções distintas e opostas sobre a pessoa humana sem que nenhuma prevaleça plenamente. (CARRARA, 1998, p. 44, 46). Pessoas internadas num manicômio carregam no mínimo três estigmas: criminosas, loucas e perigosas. (RELATÓRIO DE INSPEÇÃO DO HCT/BA, 2003). O Manicômio judiciário, quase por definição, vai então abarcar as mazelas do hospício, mais segregador do que terapêutico; acrescido das mazelas punitivas e perversas da prisão.

O Manicômio Criminal surgiu, de acordo com Carrara (1998), em vários países ao mesmo tempo, na passagem do século XIX para o século XX, a partir do momento em que, nos tribunais se observou que nem os asilos, nem as prisões mostravam-se adequados à segregação de alguns criminosos classificados como degenerados. O decreto 1.132 de 1903, no Brasil, organizou a assistência médico-legal aos alienados, e propõe a construção de manicômios criminais, também conhecidos como manicômios judiciários, para os alienados criminosos, e enquanto estes não existissem, a construção de anexos nos asilos públicos para abrigá-los. No século XX, vamos encontrar os semi-hospícios ou semi-prisões, para receber os doentes mentais criminosos. (CARRARA, 1998). A Lei Federal de 1903 marcou a consolidação da hegemonia

médico-psiquiátrica no cuidado à loucura, legitimou a competência médica na intervenção sobre a alienação mental, e explicitou a responsabilidade do Estado na organização dos serviços de assistência aos alienados. (JACOBINA, 2001, p. 103, 104).

Apesar da lei de 1903, os “manicômios criminais” só surgiram quase 20 anos depois. Em 1921 foi criado o Manicômio Judiciário do Distrito Federal. Na sua direção, a psiquiatria deveria ser dominante, mas na prática acabou subordinada pelo poder jurídico. (JACOBINA, 2001, p. 110, 111). Na Bahia, informalmente, o pavilhão Manoel Vitorino do Hospital Juliano Moreira, antigo hospício São João de Deus, sempre fora, desde a sua construção (1874), reservado para alienados criminosos e psicopatas perigosos. Havia nele, uma força policial que garantia a vigilância do pavilhão. (JACOBINA, 2001, p. 337, 338, 357). A trajetória dos manicômios judiciários até os hospitais de custódia e tratamento é toda marcada por idas e vindas em um caminho que vai da punição a tentativa de tratamento.

A história da psiquiatria brasileira é uma história de um processo de asilamento e de medicalização social. (AMARANTE, 1994). O manicômio⁴, historicamente criticado, reformado ou negado, permanece como espaço predominantemente de exclusão social. A história do manicômio é pelo menos no primeiro momento, a história da própria psiquiatria. O primeiro hospício no Brasil, o Hospício D. Pedro II, foi inaugurado em 1852, marca o nascimento da psiquiatria no país, fortalecendo a estratégia de confinamento da loucura. (JACOBINA, 2001). O Manicômio Judiciário da Bahia veio a funcionar em 1967 num prédio construído desde 1937 para presídio de segurança máxima. A partir de 1991, passa a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento - HCT/BA. (RELATÓRIO DE INSPEÇÃO DO HCT/BA, 2003). O HCT/BA tem como objetivo custodiar e tratar doentes mentais que cometeram crimes e estão sob a guarda da Justiça. (CENSO CLÍNICO E PSICOSSOCIAL DO HCT/BA, 2004).

Na literatura nacional, encontramos alguns trabalhos que tratam de aspectos legais e aspectos da saúde na realidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento no Brasil. Dantas e Chaves (2003) tratam das representações sociais dos guardas do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe a respeito do tratamento da saúde mental dos internos. Como resultado verificou que, embora grande parte dos entrevistados mantivesse visões e crenças sobre uma loucura perigosa e apontassem a manutenção do seu papel como meio de controle, revelaram discursos e práticas mais sensíveis à condição do louco infrator. Observou-se que a instituição está longe de ser um hospital, não tem funcionalidade enquanto tal, dado o modelo de aprisionamento do sujeito.

⁴ Importante observarmos que Jacobina ao falar de manicômio, neste trecho, não trata do manicômio judiciário, sim do hospício, ou asilo psiquiátrico.

Bravo (2007) analisa a associação do discurso psiquiátrico com o jurídico a partir do laudo psiquiátrico, aponta a deterioração individual e social e a cronificação institucional dos sujeitos considerados portadores de doença mental e declarados legalmente inimputáveis. Propõe a discussão de um modelo de justiça penal e de sociedade, que permita resolver os conflitos por meio de outros caminhos que não os da punição e da violência institucional. Os sujeitos que cumprem medidas de segurança nos hospitais de custódia e tratamento e alas especiais dentro dos presídios representam o setor mais castigado do sistema penal, punidos em forma dupla: pela sua condição de loucos e criminosos e por dois discursos e aparelhos de poder que se articulam: o da psiquiatria e o do direito penal.

Moscatello (2001) verifica a ocorrência de comportamento criminal recidivo em uma população de internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. Dos 100 internos por ele avaliados 41% cometeram um crime, e 59% cometeram mais de um crime e as psicoses esquizofrênicas predominaram; crimes contra a vida foram mais comuns entre os que cometeram um crime, enquanto crimes contra o patrimônio predominaram entre os que cometeram mais de um crime. Entre os recidivistas criminais, predominaram os delitos contra o patrimônio, e nos não-recidivistas predominaram os delitos contra a vida. O autor identificou como fatores predisponentes à recidiva criminal a ausência de suporte psiquiátrico adequado em rede ambulatorial e hospitalar, a rejeição familiar, e o abuso de álcool e drogas.

O artigo de Correia et. al. (2007) discute o direito à Saúde nos Hospitais de Custódia e Tratamento na perspectiva dos Direitos Humanos. Coloca que a Reforma Psiquiátrica não tem contemplado a reorientação das práticas assistenciais nas instituições psiquiátricas custodiais. Propõe que o Estado em co-responsabilidade com a sociedade promova a efetiva reorientação do modelo de atenção à saúde dos portadores de transtornos mentais que cometem crimes, em respeito aos Direitos Humanos, que não implica a inimputabilidade, reconhecendo a responsabilidade penal dos mesmos e lhes propiciando tratamento especializado.

Santana, Chianca e Cardoso (2009) investigaram a qualidade de vida (QV) de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que cumprem medida de segurança em regime fechado e evidenciou uma baixa QV associada à maior duração da doença, ter cometido homicídio e a idade superior a 40 anos. Os autores propõem a mudança de paradigma em relação à periculosidade e à inimputabilidade de portadores de transtornos psiquiátricos e a viabilização de mudanças nas políticas brasileiras.

Cordioli (2006) aborda as vivências dos internos no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e conclui que a temática da medida de segurança foi pouco aprofundada na Reforma Psiquiátrica Brasileira e o HCTP, como os demais hospitais dessa natureza, ficaram à

margem das mudanças preconizadas pelos novos paradigmas no atendimento ao portador de transtorno mental. O HCTP é uma instituição predominantemente custodial, um misto de hospital e presídio, na qual o tratamento e suas condições de funcionamento são questionados pelos pacientes.

Entre os trabalhos científicos já realizados no HCT/BA, alvo do nosso estudo, citamos os artigos de Peres (1997) e de Lorenzo (2006). Este último analisa quem são os doentes mentais no sistema penal brasileiro assim como a medida de segurança não considerada como pena. Aponta que os loucos que cometem crime não são tratados como doentes mentais, mas sim como verdadeiros criminosos. Segundo a autora, o HCT, ao invés de evitar que o doente mental que praticou crime volte a cometer novas infrações penais, torna o doente mental um criminoso. O descaso das autoridades públicas que acabam permitindo o prolongamento do prazo das medidas de segurança é um dos responsáveis por esta realidade. Segundo Peres (1998), o tratamento psiquiátrico no HCT parece ocupar um lugar secundário na dinâmica institucional, evidenciando-se o privilégio do setor de segurança; a atuação psiquiátrica vincula-se a procedimentos punitivos. No HCT, a medida de segurança, por basear-se no estado perigoso pode possibilitar em alguns casos, uma segregação indeterminada. A estratégia da periculosidade, segundo a autora, torna urgente uma discussão acerca da instituição HCT e do procedimento jurídico que a envolve, tanto pelos profissionais de saúde quanto por toda a sociedade.

O Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia

No país existem atualmente 33 Hospitais de Custódia e Tratamento - HCT's com 3370 internos por medida de segurança (Infopen dez. 2010). Há ainda poucas reflexões sobre os HCT's e a maioria deles aborda questões do Direito ou questões institucionais.

O HCT/BA é conceituado pelo Estado como uma unidade prisional. Entendemos que ele é um campo vasto, lugar de muitas histórias, experiências, símbolos e significados. Ao adentrarmos no HCT é perceptível que há muros físicos e não físicos, que separam a 'sociedade dos cativos'. Ali encontramos outro mundo, com uma lógica própria, suas normas e mecanismos de adaptação. Entramos no HCT/BA para empreender um estudo de caso. Entendemos que as observações e explanações obtidas podem ajudar a compreender aspectos gerais sobre este tipo de instituição (YIN, 2010). Nesta investigação o principal objetivo tem sido estudar a internação, o crime e a punição no HCT/BA, a partir das vivências narradas pelos internos. Contudo, o campo nos impôs a discussão de aspectos institucionais do HCT e como estes aspectos se relacionam com as vivências destes internos. Esta discussão passa inicialmente por saber o significado do que é o HCT e como esta cognição é partilhada por quem coabita este espaço.

Assim, pesamos as seguintes perguntas a serem investigadas nas incursões iniciais de pesquisa: O que é o HCT é afinal? Hospital? Manicômio? Presídio? Para que ele existe? Para tratar ou punir seus internos? Como uma instituição pode responder a expectativas punitivas e curativas ao mesmo tempo para seus internos? Por que punir internos que deveriam ser inimputáveis diante da lei?

Como recurso conceitual, a partir da etapa inicial de nosso campo, que segue o método da teoria fundamentada (STRAUSS e CORBIN, 2008), estamos nomeando os pacientes do HCT de *internos-pacientes*, uma vez que este desígnio já aponta para a duplicidade do seu lugar na instituição, como preso (interno) e o como doente (paciente). Por outro lado, observamos facilmente que os funcionários assim como internos, passam grande parte de suas vidas dentro do HCT, nesta experiência cotidiana há a absorção e internalização de uma série de mazelas do contexto manicomial, daí também a idéia de usarmos o termo *internos-funcionários*. Entendemos também que os internos, de uma maneira geral, tanto pacientes quanto funcionários, compartilham, cada qual ao seu modo, vivências, conflitos e códigos de sociabilidade dentro da instituição.

O HCT/BA apresenta estrutura física deteriorada, exceto na área administrativa. As camas estão em precário estado de conservação, a higiene das enfermarias e sanitários é deficiente, o ambiente de pouca luminosidade e ventilação, soma-se ao odor do ambiente, próprio dos antigos hospícios. Os *internos-pacientes* vestem roupas do hospital e não possuem armários para guardarem seus pertences. A rotina da instituição não permite o encontro dos *internos-pacientes* masculinos com os femininos; os horários para refeições e passeio no pátio são distintos, para dar conta desta norma. As paredes do HCT, seus muros altos e seus grandes portões, as grades em todas as alas, remontam à prisão de segurança máxima da primeira metade do século XX. Toda esta construção carrega em si a lógica dos cárceres do século XIX. Com as alas gradeadas, o aspecto do prédio lembra mais um presídio do que um hospital. A instituição une em si enfermeiras, psiquiatras, médicos e agentes penitenciários, celas e medidas características de segurança prisional. Os mecanismos de controle da instituição também unem, por um lado, o uso de medicamentos e controle químico dos pacientes, e por outro, instrumentos de força para inibir ações dos internos.

O HCT/BA tem capacidade oficial de 280 leitos. No entanto, recentemente foi determinada pela ANVISA a ocupação máxima de 140 leitos, sendo 20 femininos e 120 masculinos, norma esta, ainda não cumprida. Abaixo estatística do sexo dos *internos-pacientes* e tipos de crimes, adquirida no setor de arquivo do HCT/BA:

Tabela I – Sexo dos internos – HCT/BA

	2009*		2010**	
	N	%	N	%
Homens	159	92,4	153	89,0
Mulheres	13	7,6	19	11,0
TOTAL	172	100,0	172	100,0

Fonte: elaboração própria a partir dos dados fornecidos pela Administração do HCT
*11.11.2009 **11.11.2010

Tabela II – Tipos de crimes – HCT /BA

	2009		2010	
	N	%	N	%
Ameaça	11	6,4	10	5,8
Atentado violento ao pudor	8	4,7	14	8,1
Ato obsceno	1	0,6	0	0,0
Dano	5	2,9	1	0,6
Entorpecente	3	1,7	6	3,5
Estupro	5	2,9	8	4,7
Furto	6	3,5	9	5,2
Homicídio	67	39,0	62	36,0
Ignorado	7	4,1	6	3,5
Incêndio	2	1,2	1	0,6
Latrocínio	0	0,0	1	0,6
Lesão corporal	12	7,0	10	5,8
Roubo	12	7,0	10	5,8
Tentativa de estupro	3	1,7	2	1,2
Tentativa de furto	2	1,2	1	0,6
Tentativa de homicídio	24	14,0	19	11,0
Tentativa de roubo	0	0,0	3	1,7
Violência em domicílio	0	0,0	0	0,0
Outros	4	2,3	9	5,2
TOTAL	172	100,0	172	100,0

Fonte: elaboração própria a partir dos dados fornecidos pela Administração do HCT
*11.11.2009 **11.11.2010

Observamos que na data de 11.11.09, em relação aos delitos cometidos, 38,95% correspondem a homicídio, e 92,44% dos internos são do sexo masculino. Na data de 11.11.10, em relação aos crimes cometidos, 36,04% correspondem a homicídio, e 88,95% dos internos são do sexo masculino.

Apesar de exercermos a prática psiquiátrica há 26 anos, com vasta experiência de trabalho nos hospícios de Salvador, já tendo neles exercido função administrativa, técnica e de ensino, jamais sequer havíamos entrado, por opção, no Hospital de Custódia e Tratamento, até o ano de 2009. Ao fazê-lo por ocasião da elaboração do nosso projeto de pesquisa fomos tomados da mesma perplexidade que sempre se apossara de nós ao adentrarmos num Hospital psiquiátrico

pela primeira vez; ainda conseguimos nos impactar com velhas e conhecidas imagens. Ali encontramos o odor característico dos hospícios e a nudez de muitos pacientes, tão lugar comum em todas as instituições por onde trabalhamos por muitos anos.

Em setembro de 2010, iniciamos o nosso trabalho de campo no HCT/BA. Logo de começo, fomos obrigados a concordar com Julita Lemgruber (1999) quando diz que é impossível passar por uma prisão e sair sem marcas e feridas. Pudemos constatar desde as primeiras visitas, que além de toda a degradação já por nós conhecida própria dos hospícios, ali havia algo mais, talvez pela junção em uma única instituição de duas mazelas sociais, o hospício e a prisão. Ali estávamos na intenção de melhor conhecer aquele universo, a realidade de vida das pessoas ali internas, escutar suas histórias e depoimentos na perspectiva de melhor compreender o sentido daqueles muros, daquelas grades, da existência daquela instituição. Vai dizer Julieta Lemgruber (1999): “as prisões serão sempre as mesmas, não importa em que tempo ou lugar”.

Claro está que mesmo com todo o esforço da equipe que ali trabalha, o HCT jamais será uma instituição terapêutica, pois já traz em si o paradoxo e/ou ambivalência hospício e prisão, por si só enlouquecedor. Os *internos-pacientes* não se recuperam, o ambiente não propicia isto, assim como o seu modo de funcionamento e rotina repetitiva. Para os técnicos do setor saúde, e para os internos, o HCT é uma prisão, para os agentes penitenciários, é mais um hospital. Fala-nos um agente penitenciário do HCT: “aqui eles são *pacientes*, mas não deixam de serem detentos, há um choque entre essas duas nomenclaturas; eles são *pacientes* para os médicos e enfermeiras, pra gente, são detentos, cometeram crimes, são presos”. Diz-nos outro agente penitenciário: “aqui é hospital ou é presídio? Como se comportar dentro desta realidade? Disciplina ou tratamento? Aqui quando o interno sai da disciplina, diz que é doente”.

Os *internos-funcionários* por sua vez, sofrem com as mazelas da instituição, o seu eu é modificado, o que faz deles também internos: “a gente aqui no trabalho, se sente impotente, na maioria das vezes a gente bate com a cabeça na parede, é frustrante”, “aqui eu peguei uma gastrite e ainda estou com ela até hoje, aqui eu quase surto com o sofrimento humano”, “eu falava baixo, hoje falo alto e falo demais, a minha maneira de ser mudou com o trabalho aqui”, “o maior problema é o cansaço da equipe, a desmotivação”. Interessante notar que observamos certa ambivalência no discurso de alguns *internos-funcionários*, similar à que encontramos em *internos-pacientes*: “aqui eu adoeci, mas é bom trabalhar aqui”, “aqui eu trabalho dois turnos, mas tem quem trabalha um turno só e ganha salário igual, tem cargo, essas coisas... a máquina tá quebrada, água é pouca... mas a gente aqui é uma família, aqui é o melhor lugar pra trabalhar dentro do HCT”.

Nas observações e explorações iniciais do campo com internos, outras importantes ambivalências institucionais afloram. As falas surgem sem problemas ou acanhamento. Os *internos-pacientes* mais perigosos, como os homicidas, falam dos seus crimes com detalhes, na frente de todos, aparentemente com poucas ressalvas; uns dizem que “é bom falar para desabafar”. Ao contrário das outras prisões, ali não há tanta preocupação com o segredo, com o não revelar do ato criminoso. Afinal, no entendimento geral, “aqui (HCT/BA) só tem louco mesmo”. Isso parece isentar, ou pelo menos minimizar, a preocupação sobre os depoimentos dados, é “tudo louco... papo de louco mesmo, não é?”. De alguma maneira, o que prevalece é a ideia de que nada do que vá ser dito possa trazer piores conseqüências do que a vida que levam ali. Muitos *internos-pacientes* se referem à instituição como sendo “a casa dos mortos”, não em referência a obra de Fiódor Dostoiévski, mas ressaltando que quem ali vive está fora do mundo social (dos vivos), vive, mas está “morto socialmente”. Estar ali é de uma forma muito particular estar morto e esquecido para o mundo, corrobora isto o fato de que, alguns *internos-pacientes* não tem comunicação com familiares há anos.

A linguagem dos internos também mistura expressões típicas de um presídio com as de um hospital. O HCT/BA é concebido, para alguns *internos-pacientes* quanto por *internos-funcionários*, como “o fim da linha” para o *interno-paciente* e a “geladeira” do sistema para agentes prisionais, ou pior lugar para se trabalhar para funcionários do setor saúde; seria assim, na hierarquia do sistema prisional, o pior lugar para se trabalhar e concomitantemente para ser colocado sob custódia: “estou aqui por incompatibilidade com a direção do presídio onde eu estava, me convidaram pra eu vim pra cá, eu aceitei”, “falavam tanta coisa ruim daqui que eu quis conhecer, aí resolvi trabalhar aqui, o paciente agudo, manicomial, sempre me interessou”, “trabalhei em duas cadeias fechadas, vim pra cá por problema de saúde”, “eu trabalhava na COP e sofri uma ameaça, a secretaria não me deu apoio, eu pedi pra sair, me mandaram pra cá”. Mas também encontramos discursos distintos: “já estou aqui há muitos anos, eu larguei o outro trabalho, mas fiquei na psiquiatria”, “eu amo trabalhar aqui, acho que é do coração, a gente faz o bem pra eles, é bom”.

Observamos a partir das narrativas dos *internos-funcionários* de diferentes setores, que há entre eles, zonas de conflito, como por exemplo, entre agentes prisionais e o corpo médico e de enfermagem. Narra um agente penitenciário: “no sistema penitenciário, a coluna cervical é o agente, aqui não, quem comanda é o corpo médico”. A comunicação entre diferentes setores é escassa, e o serviço não ocorre, em geral, de modo colaborativo. Há diversas fragmentações, próprias da lógica manicomial. A falta de integração dificulta a assistência e a avaliação no que se refere aos laudos psiquiátricos. Funcionários de setores diferentes ou do mesmo setor, não

falam a mesma linguagem. Não há treinamento, reciclagem, reuniões de equipe, supervisões ou um projeto institucional. Dizem três *internos-funcionários*: “o prontuário fica lá dentro, ninguém lê, eu escrevo pra mim mesmo”, “aqui a lógica é fragmentada, há uma completa ausência de comunicação entre profissionais, entre profissionais e pacientes, não existe reunião técnica, não existe um coordenador de equipe”, “aqui é tanta demanda de trabalho que não dá pra gente se reunir”.

São várias as questões no debate das relações entre loucura e crime e entre tratamento e castigo, que acabam por culminar na existência de uma instituição que pune sem tratar adequadamente a loucura e criminaliza os doentes. Afinal a instituição deve tratar ou punir? Que paradoxo esta inimizabilidade que não tem data para finalizar o cumprimento da pena! Diz uma *interna-funcionária* do setor saúde: “uma das minhas dificuldades em dialogar com o manicômio é que aqui não é um hospital, funciona mais com a lógica de cadeia”.

No HCT estão os indivíduos duplamente punidos pela sociedade, por serem loucos, e por serem criminosos. É impossível não perceber tantas incoerências. Diz-nos um *interno-paciente*: “eu já não sei mais o que é melhor, tem gente que fala que cumprir pena é melhor, aqui pode até ser prisão perpétua... Eu tô na mão dos psiquiatras não é? E se eu pegar prisão perpétua? Nesse caso, melhor é a pena, mas pra eu sair com metade da pena preciso da liberação do exame, e se eu sou doente, não vão me dar”. Outros *internos-pacientes* vão trazer aspectos de sua maior penalização em função da doença mental: “eu quero ir pra cadeia, lá fica mais perto da minha família, eu não quero atestado de doido não, que eu não sou doido”, “minha pena já cumpri, mais o juiz não me tira daqui”.

E o que nos dizem os *internos-pacientes* sobre o HCT? “aqui é cadeia maldita”, “aqui é cadeia, daqui a pouco bota a gente na tranca”, “considero aqui uma cadeia, se fosse um hospital, quando você tava bom, o médico dava alta e você ia embora; eu já tô bom, mas tô com medida de três anos”, “vim pra cá porque eu quis, eu pensei que aqui era casa de recuperação, mas é detenção”. E mais: “aqui mistura os doido e os são, quem não é doido, fica doido, uma porcaria danada”, “aqui é tudo ruim”.

Internos-pacientes queixam da comida e da ociosidade: “comida é meia concha de feijão rasa, de noite é água veia que diz que sopa, a galinha presta, as outras coisas não”, “o café é frio e não é bem feito”, “aqui é só almoço e janta, de manhã o café com 02 pão, só às vezes bota manteiga”, “aqui é entediante”, “a gente fica andando pra lá e pra cá”, “aqui não tem nada pra fazer, fica todo mundo aí feito *ovo de aranha acamufado nos cantos*, já vive amortecido de remédio, já acorda pra tomar remédio”.

Sobre a periculosidade dos *internos-pacientes*, nos diz um agente penitenciário: “aqui a gente está mais exposto, o interno numa cadeia fechada raciocina, mede as conseqüências, o daqui não, você pode ser surpreendido com uma mudança brusca de comportamento. Os internos daqui são *mais perigosos*, não avaliam a situação, agem por impulso”. Complementa outro: “eles não têm noção de perigo nem de valor de vida, como ele se volta contra o colega de *cela*, se volta contra o agente; o interno de cadeia sempre nega o crime, aqui não”. Fala outro agente: “aqui eles matam e ainda dizem que fizeram oração pro morto”. Dizem *internos-funcionários* de outros setores: “o medo deles é só no primeiro dia, depois a gente acostuma, mas não pode facilitar, a gente trabalha com vigilância”, “o perfil dos pacientes mudou, tem muito usuário de droga e traficante, eu não tinha medo, hoje eu tenho, eles ameaçam”. Dizem *internos-pacientes*: “aqui eles são agressivos”, “aqui às vezes fico assustado, já teve confusão demais, os cara briga por bobagem”.

Falando sobre sua vivência de doente mental criminoso, relata um *interno-paciente*: “eu queria o contrário, a crise fez eu fazer esse ato contra a minha mãe, foi uma tragédia, mas eu não sabia que ia acontecer... Naquele momento eu não tava consciente, foi algo inexplicável...Eu simplesmente fiz e fui trabalhar... Foi em casa, com uma pedra. Eu queria dar uma vida menos sofrida pra ela... Eu não queria que ninguém passasse o que eu tô passando... Eu não gosto de violência mas olha o que aconteceu... As pessoas me vêem como perigoso, mas eu não sou isso”.

Considerações finais

Na perspectiva de finalizarmos, vamos expor abaixo duas tabelas, que resumem os questionamentos base deste artigo. Não temos a intenção de concluir o assunto, apenas levantamos interrogações, infelizmente até então sem respostas satisfatórias e sem soluções de curto prazo.

Tabela III - HCT – Paradoxo ou ambivalência?

Paradoxo	Ambivalência
Vai de encontro a um pressuposto, ao que se entende por algo (hospital deveria tratar e não excluir)	Apresenta dois impulsos opostos e coexistentes (tratar e punir) em relação à mesma pessoa
Diante da inimputabilidade, deveria não se cogitar punição, mas tratamento	Passa uma dupla mensagem, estabelece um duplo vínculo, punir e tratar
Doença deixa de ser doença para ser defeito moral	O <i>interno-paciente</i> é ao mesmo tempo doente e criminoso
HCT que deveria estar a serviço do doente mental, tem como finalidade real proteger os são dos assaltos da loucura	O HCT usa dois mecanismos de controle, a medicação e os instrumentos de força próprios das unidades prisionais

HCT que deveria tratar, aniquila o sujeito, tornando-o objeto da violência institucional	
--	--

Tabela IV – HCT, hospício e prisão

Hospício	Prisão	HCT
Instituição Total	Instituição Total	Instituição Total
Hospital	Cadeia	Hospital e cadeia
Internos são pacientes	Internos são presos	Internos são pacientes e presos
Tratamento	Detenção	Tratamento e detenção
Medicação	Tranca	Medicação e tranca
Autoridade: médico	Autoridade: juiz	Autoridades: médico e juiz
Comida ruim	Comida ruim	Comida ruim
Ociosidade	Ociosidade	Ociosidade
Sem visita íntima	Com visita íntima	Sem visita íntima
Alta	Cumprimento da pena	MS que só findará com o exame de verificação de cessação de periculosidade
Busca tornar o indivíduo inofensivo, curado	Busca punir e <i>reabilitar</i> o indivíduo	Busca punir o indivíduo e torná-lo inofensivo, curado
Aniquila o sujeito, reforça o estigma de louco	Aniquila o sujeito, reforça o estigma de criminoso	Aniquila o sujeito, reforça o estigma de louco, de criminoso e de perigoso

De qualquer modo, o manicômio, ou melhor, os Hospitais de Custódia e Tratamento são produto de nossa sociedade, como tal, somos co-partícipes neste constructo ambivalente e paradoxal. Como nos diz Amarante (1996), manicômio é o que a sociedade reserva para os loucos, pois, não deseja e não sabe conviver com a loucura.

Referências

AMARANTE, P; Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante, P (org.); **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P; **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

BASAGLIA, F; As Instituições da Violência. In: **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico / coordenado por Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

- BEZERRA, B. Jr; Cidadania e loucura: um paradoxo? In: In: Amarante, P. e Bezerra Jr, B (org.); **Psiquiatria sem Hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BIRMAN, J; A cidadania tresloucada. In: Amarante, P. e Bezerra Jr, B (org.); **Psiquiatria sem Hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BRAVO, O. A. **As prisões da loucura, a loucura das prisões**. *Psicologia & Sociedade*; 19(2): 34-41, 2007.
- CARRARA, S; **Crime e Loucura**: aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro, EdUERJ; São Paulo, EdUSP, 1998.
- CENSO CLÍNICO E PSICOSSOCIAL DA POPULAÇÃO DE PACIENTES INTERNADOS NO HCT/BA - Relatório final – Min. da Saúde, Min. da Justiça, Sec. de Saúde do Estado da Bahia, Sec. de Justiça e Direitos Humanos; Universidade Federal da Bahia; 2004.
- CORDIOLI, M. S., BORENSTEIN, M. S., RIBEIRO, A. A. de A. **Hospital de Custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos**. *Esc Anna Nery R Enferm* 2006 dez; 10 (4): 671 - 7.
- CORREIA, L.C. et. al. **Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delito**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(9): 1995-2012, set, 2007.
- DANTAS, M. A. F. e CHAVES, A. M. **Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia**. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2007, 27 (2), 342-357.
- FOUCAULT, M; **Os Anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). S. Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FOUCAULT, M; **História da Loucura**: na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- FOUCAULT, M; **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 36. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- GOFFMAN, E; **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.
- GOFFMAN, E; **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio Jan.: LTC, 2008.
- JACOBINA, R. R; **A Prática Psiquiátrica na Bahia (1874-1947)**: Estudo Histórico do Asilo São João de Deus/ Hospital Juliano Moreira. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
- LEMGRUBER, J; **Cemitério dos Vivos**. Análise sociológica de uma prisão de mulheres. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1999.
- LORENZO, M. P. **O tratamento dos doentes mentais no HCT (Hospital de Custódia e Tratamento)**, 2006.
- MOSCATELLO, R. **Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha**. *Ver. Bras. Psiquiatria*, 2001; 23(1): 34-5.
- PERES. M.F.T., NERY-Filho, A., LIMA-Junior, A. S. **A estratégia da periculosidade: psiquiatria e justiça penal em um hospital de custódia e tratamento**. *Psychiatry On-line Brazil – Current Issues* (3) 08, 1998.

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO HCT/BA – Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Justiça, Departamento Penitenciário Nacional; fevereiro/março 2003.

SANTANA, A. F. F. A., CHIANCA T. C. M. e CARDOSO C. S. **Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia.** J. Bras. Psiquiatria, 2009; 187-194.

STRAUSS, A.; CORBIN, J.; **Pesquisa qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed- Porto Alegre: Artmed Bookman, 2008.

TABORDA, J. G.V; Chalub, M; Abdalla-Filho, E. **Psiquiatria Forense.** Porto Alegre: Artmed Bookman, 2004.

Yin, R.K. **Estudo de caso.** Planejamento e método. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2010.