

Interfaces entre a clínica e a justiça. Uma narrativa sobre o trabalho clínico em um Hospital de Custódia

Patricia Farina
Manoel Tosta Berlinck

80

Este trabalho é uma reflexão sobre os Hospitais de Custódia, tentando entender os diversos aspectos envolvidos em sua existência e funcionamento. Para tanto, partiremos de um caso clínico, a trajetória de Ivo, paciente internado num Hospital de Custódia do Estado de São Paulo, com o qual a autora teve uma experiência de trabalho realizando perícia complementar. Assim, esse ensaio – por meio de reflexões pessoais, teóricas e técnicas –, propõe comentar algumas questões relacionadas aos passos dessa atuação, sobretudo no que se refere às dificuldades de inserir a instituição e, por consequência, o paciente, nas políticas de saúde mental.

Palavras-chave: Hospital de Custódia, perícia complementar, saúde mental, Psicopatologia Fundamental

O hospital

O Manicômio Judiciário é uma instituição especializada para doentes mentais autores de atos criminosos, cujas penas foram convertidas em medida de tratamento, podendo estar subordinado tanto à Secretaria de Saúde como de Justiça (Sá, 1985). A ambiguidade de sua existência, a ineficácia de seu funcionamento e a ampla discussão a respeito dessa instituição, a qual se apresenta como um local de tratamento embora carregue uma ideologia predominantemente carcerária, são temas já abordados por diversos autores (Corocine, 2005; Dantas e Chaves, 2007; Ibrahim, 1988; Mamede, 2006; Sá, 1985). Uma das bases que norteiam esse debate é o fato de que, mesmo antes de cometer um ato infracional, essas pessoas já apresentavam algum tipo de comprometimento mental e sofrimento psíquico. Portanto, primordialmente estamos diante do âmbito da saúde mental.

No Estado de São Paulo a história do Manicômio Judiciário começa atrelada à do Hospital do Juquery,¹ idealizado e dirigido pelo médico Franco da Rocha, nome que batiza também a cidade onde ambos hospitais se localizam.

Acredita-se que, em 1926, havia no Hospital do Juquery cerca de 165 doentes mentais que haviam praticado atos delituosos, e aproximadamente 1500 delinquentes sofrendo de doença mental ao longo das cadeias de todo o estado. A ideia na época era a de que essas pessoas necessitavam de um lugar específico para tratamento e, assim, iniciaram-se as pressões para instalação do Manicômio Judiciário Paulista por parte de importantes médicos, dentre eles Franco da Rocha, Antônio Carlos Pacheco e Silva e Âlcantara Machado; este último, apresentando, finalmente em 1927, ao Congresso Estadual, o projeto n. 03 de criação do Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo. Assim, em 1933 é inaugurado o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha – SP (Corocine, 2005; Mamede, 2006).

Enquanto nas décadas de 1950 e 1960 é considerado um hospital-presídio modelo para a América Latina, nos anos 1970 sofre com

1. Na literatura o nome Juquery, pode ser encontrado também na forma escrita “Juqueri”.

a superpopulação e a falta de profissionais, chegando a abrigar 1227 pacientes em 1976. No início dos anos 1980, são contratados novos profissionais e criadas as chamadas equipes multiprofissionais. Em 1985, o Manicômio Paulista, então único manicômio ligado à Secretaria de Estado da Saúde, passa a pertencer à Secretaria da Justiça² e sua denominação é alterada para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP, como são conhecidos os manicômios judiciais atualmente (Corocine, 2005).

A reforma psiquiátrica

São muitas as iniciativas, as ações, os atores e as mudanças políticas e sociais que culminam no processo que chamamos hoje de Reforma Psiquiátrica. Na segunda metade da década de 1970, a noção de reforma ganha, entretanto, uma conotação diferente, onde a crítica aos modelos asilares deixa de visar seu aperfeiçoamento e humanização e passa a incidir sobre os próprios pressupostos da Psiquiatria, condenando seus efeitos de normatização e controle. Assim, mais do que a exigência de políticas, de esquemas administrativos e de novos suportes técnicos e teóricos no tratamento da loucura, a reforma insiste num argumento pautado nos direitos do doente mental e em sua cidadania (Delgado, 1992). Localizando a cidadania como um valor fundante e organizador, faz da reforma, sobretudo, um campo amplo, heterogêneo e contraditório que implica a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, juntando numa mesma obra todos esses atores tão diferentes entre si (Tenório, 2002).

Um aspecto importante a ser abordado também é o novo sentido dado ao termo “saúde mental”. Hoje, o lugar dessa expressão no discurso da reforma diz respeito à demarcação no afastamento da figura médica da doença, a qual despreza os aspectos subjetivos do sujeito, e à aproximação a um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina, nem tampouco aos saberes psicológicos tradicionais. Essa nova concepção de saúde mental também nos aproximou do que propomos hoje: um tratamento que mantenha o paciente na comunidade, fazendo da rede social um instrumento de aceitação da diferença e um recurso terapêutico. Ao contrário de normalizar o social propõe-se que é possível ao louco, tal como é, habitá-lo ao invés de destinar-se à reclusão (Tenório, 2002).

2. Atualmente está vinculado a Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário.

Caso clínico

Ivo nasceu em março de 1966 num pequeno município do interior de São Paulo, onde vivia com sua mãe e irmãos. Entre os dados de seu prontuário, consta que, desde a infância, Ivo sempre teve um contato interpessoal precário, dentre outras limitações. Durante a gestação, sua mãe teria sofrido agressões físicas; aos dois anos de idade Ivo apresentava acessos e desmaios (sic); em idade escolar foi considerado incapaz de estudar em escola regular, sendo encaminhado para a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, onde também não conseguiu aprender; somente aos 18 anos de idade veio a tomar banho sozinho.

Ivo chegou no HCTP em janeiro de 1996, completando, à época de minha entrada nessa instituição, dez anos de internação em regime fechado, sem nunca sair do Hospital. Antes da internação já possuía um histórico de pequenas brigas, bem como de atendimento ambulatorial. A ocorrência desencadeante de sua entrada no HCTP se refere a uma briga na qual Ivo atirou um pedaço de telha em outro cidadão. Antes de ser alojado em um pavilhão coletivo, passou anos residindo em um dos quartos/celas da clínica psiquiátrica, espaço do Hospital destinado aos pacientes crônicos, dependentes e regredidos. Costumava receber visitas da mãe e do sobrinho, mas já há alguns anos esses encontros não mais ocorriam.

Chegou a trabalhar com atividades de faxina e ajudar no cuidado de outros pacientes. Funcionários contam que Ivo, embora bem intencionado, era bruto e impaciente nos cuidados com os colegas de internação. Ivo ainda participava de um grupo de estimulação onde fazia desenhos com materiais de arte disponibilizados pelos psicólogos que coordenavam a atividade. Nessa internação, Ivo também passou a administrar a ingestão diária de cerca de seis medicações psicotrópicas que foram receitadas de acordo com seu diagnóstico psiquiátrico, a saber, Retardo Mental Moderado associado à Epilepsia.

83

O encontro clínico permeado por uma avaliação

Meu encontro com Ivo se deu justamente na atividade diferencial de ser psicóloga num Hospital de Custódia, naquilo que hoje entendo como um dos principais recursos para desativação de uma instituição alheia a todas as reformas (sejam sanitárias, psiquiátricas ou sociais) - a chamada perícia psicológica.

Há dez anos, Ivo vinha cumprindo sua Medida de Segurança – M.S. No Brasil os indivíduos que cometeram algum tipo de ato delituoso e foram considerados inimputáveis (incapazes de compreender a ilicitude de sua conduta) ou semi-im-

putáveis (cientes de seus atos, mas sem compreender a gravidade e as consequências dos mesmos) pela Justiça, são encaminhados ao cumprimento das chamadas Medidas de Segurança, uma forma legal encontrada pela justiça para tratar dos doentes mentais que transgridem o Código Penal. Segundo este documento, as M.S. são: internação em HCTP ou, à sua falta, em outro estabelecimento adequado e sujeição ao tratamento ambulatorial. A duração é indeterminada, estando seu término dependente do exame de cessação de periculosidade feito pela perícia, ano a ano (Cohen, 1996). Lá estava Ivo, o inimputável, e lá estava eu, a perita.

Chamei-o para nossa primeira entrevista de perícia. Nesse hospital, as perícias realizadas pela equipe de psicologia no caso os psicólogos aprimorandos³ têm caráter complementar, ou seja, não são encaminhadas ao juiz, circulando apenas internamente, anexadas nos prontuários dos pacientes e podendo ou não ser consultadas pelos psiquiatras peritos.

Ivo contou que estava internado para se tratar, que gostava de trabalhar em hortas sendo essa sua principal atividade em sua cidade de origem. Ivo descreveu uma lista das verduras, legumes e frutos que cultivava e disse que quando eu fosse visitá-lo me serviria todas elas para comer. Contou, ainda, que era casado e tinha filhos. Eu, como boa psicóloga, atentei a toda sua verdade e realidade psíquica e acreditei em tudo. Qual foi minha surpresa ao consultar seu prontuário criminal e verificar que nada daquilo que havia me dito condizia com as informações ali documentadas, nem mesmo sua idade.

Ao consultar seu prontuário, descobri os 39 anos de Ivo, o motivo torpe pelo qual foi preso, entre outras informações já descritas. Por meio da consulta a seus dados tive a ideia clara de que pelo menos parte dos tratamentos anteriores, realizados em ambulatórios pelos quais Ivo passou, também se referiam a medidas de segurança, devido a pequenas brigas, discussões e agressões. Concluí, então, que tais tratamentos haviam sido falhos e/ou insuficientes para Ivo e que provavelmente continuava-se nessa perspectiva de “o que fazer com esse sujeito?”, visto que Ivo permanecia internado e ainda apresentava intercorrências relativas a sua agressividade e jeito bronco que o levavam a passar determinados períodos no que chamamos de Centro de Observação – C.O., um cubículo com porta de aço onde o paciente permanece sozinho e, algumas vezes, sem vestimentas, junto a um colchão de espuma e uma latrina. Seu encaminhamento a esse recinto é devido a agressões a outros pacientes.

3. Psicólogos Aprimorandos são os psicólogos selecionados pelo Programa de Aprimoramento Profissional da Fundação para o Desenvolvimento da Administração Pública FUNDAP oferecido na instituição. Os demais técnicos Psi não tinham afinidade por essa atividade por motivos a serem brevemente comentados nesse trabalho.

A partir desse primeiro contato passei a ser calorosamente recebida por Ivo. Ele com seus 1.50m e aproximadamente 90kg, quando me via já vinha de longe gritando “Fia” me puxando os braços, beijando meu rosto e dizendo que sou “bonita feito um pão caseiro” – “Olha aqui fulano, olha aqui fulano! Pode ficar com inveja!” – grita Ivo para um dos seguranças enquanto tasca-me um beijo estalado e me abraça o mais forte que pode, fazendo com que na maioria das vezes eu tenha que lhe explicar que seus carinhos podiam me machucar.

Não havia jaleco branco, cara feia ou agente de segurança a tiracolo que impusesse a Ivo algum tipo de censura a essa manifestação. Era como se não mais fossemos psicóloga e paciente, perita e inimputável, não era mais pátio de manicômio. Ivo agia como uma criança sufocando seu gatinho. Era o Ivo maluquinho, simpático, travesso, boa praça, mascote do Hospital. Mas isso durava até que outro paciente aparecesse, pedisse para me cumprimentar, me dirigisse a palavra e... Soco! Lá ia Ivo aos socos e empurrões espantar aquela “coisa feia”, como ele mesmo dizia. Só fazia isso com pacientes mais comprometidos e mais fracos que ele, pois, apesar de louco, de bobo não tinha nada. Mas após o soco foi-se o Ivo do bem, acabou-se a graciosidade, agora voltávamos à cena inicial: manicômio-perita-paciente e, conforme todos podiam ver, paciente perigoso.

Ivo compareceu prontamente às três entrevistas de avaliação, chegando a realizar inclusive o teste HTP (house – tree – person) (Buck, 2003). Um instrumento, quando bem utilizado, enriquece uma avaliação, confirma ou não nossas hipóteses iniciais, e no caso do Hospital, os testes projetivos e medidas psicométricas oferecem credibilidade à avaliação e encantam os peritos. Então, se era para o bem, porque não utilizar esse recurso? Os resultados do teste compuseram numa síntese aquilo que Ivo trazia em seu histórico e entrevistas: um sujeito usando o máximo de seus recursos para se adaptar ao meio, mesmo reconhecendo suas limitações; uma agressividade quase infantil; receptividade e vontade em ser ajudado, ir em busca de ações e ser reconhecido. Combinei com Ivo, então, um quarto encontro no qual deveria informar a conclusão de nossa avaliação, bem como explicar os motivos para determinado encaminhamento.

Os passos da perícia psicológica complementar

Mais do que atestar ou não a cessação de periculosidade de um paciente, entende-se como o objetivo primordial da perícia psicológica o encaminhamento do paciente a um tratamento mais adequado, do qual o sujeito possa melhor se beneficiar. Tentamos dar a essa atividade um caráter terapêutico e fazer desta uma

avaliação com intervenção. Para mim foi difícil visualizar uma terapêutica da qual Ivo pudesse de fato usufruir, estando tão longe e desvinculado de tudo que lhe fosse familiar. Colocou-se, então, a questão a partir de um importante *slogan* da Reforma Psiquiátrica: se trancar não é tratar, porque trancamos?

De volta ao encaminhamento de Ivo, fui em busca primeiramente do que seu município de origem poderia oferecer a um futuro egresso de internação. Contatei a prefeitura de sua cidade e através dela fui informada do telefone de um lugar que diziam ter inaugurado há pouco tempo, destinado a essas pessoas, assim... Não souberam me explicar para quem se destinava o lugar ao certo, mas garantiram-me que era para esse tipo de pessoa com a qual eu trabalhava. Liguei para o número e o lugar era um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), recém-inaugurado na cidade. Falei com a responsável, contei que se tratava de um paciente de manicômio judiciário (receosa, pois ouvia dizer que a saúde se recusava a receber pacientes que tivessem cometido delitos), internado há dez anos e contei um pouco de como era a “personalidade” de Ivo, pois seu diagnóstico psiquiátrico não ilustrava bem aquela figura popular no manicômio.

A profissional conversou comigo animadamente, disse que a unidade ainda estava estruturando suas atividades, mas que Ivo seria muito bem vindo e que inclusive, mesmo antes de sua alta, sua família poderia comparecer ao CAPS para orientações. A técnica aproveitou para me perguntar sobre um outro caso do município que ela ouvira dizer que estava no Hospital de Franco da Rocha, mas não sabia ao certo se no Manicômio Judiciário ou no Hospital do Juquery. Agradei sua disponibilidade e me comprometi a verificar se tal paciente se encontrava no Hospital.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004) o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Trata-se de um dispositivo de saúde, aberto e comunitário de referência para o tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais. Conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) do qual faz parte, seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, garantindo cuidado de boa qualidade e o mais próximo dos usuários.

Após investir no encaminhamento de Ivo em sua cidade, fui em busca da família. Afinal estávamos falando mesmo de um paciente abandonado? Consultei seus últimos registros de visita. Como já foi dito, Ivo era visitado por sua mãe e seu sobrinho. Localizei, pelo serviço de informações da Telefônica, o número de telefone do sobrinho de Ivo. Preparei-me para fornecer ao familiar uma série de

argumentações para que Ivo fosse novamente aceito por sua família e me surpreendi. Hoje adulto, o rapaz, quando adolescente, acompanhava sua avó nas visitas ao tio. Tais visitas encerraram-se após a morte da avó. Contou-me que já havia procurado outras instituições próximas ao seu município para alojar Ivo e me questionou de maneira grosseira dizendo que não entendia porque o tio não era finalmente liberado visto que sempre fora uma pessoa doente e não tinha matado ninguém. Coagida, porém satisfeita, expliquei o que era uma medida de segurança, como funcionava, e que a alta de seu tio estava vinculada a uma avaliação psiquiátrica anual; seu sobrinho retrucava dizendo que todo ano o resultado era igual e ele já estava perdendo as esperanças. Questionei-o sobre sua ausência no Hospital, não tínhamos seu telefone atual e, embora cientes da distância entre sua cidade e Franco da Rocha, entendíamos o encerramento das visitas e a ausência de contatos telefônicos como um desinteresse por parte da família de Ivo. E, então, contei a ele sobre a inauguração do CAPS em seu município; ele já sabia da inauguração do serviço, mas acreditava ser “uma daquelas escolas para gente doente”. Continuei informando a que se propunha um CAPS, convidando-o para conhecer o espaço, mas enfatizando também que este não era um serviço de internação e que alguém deveria alojar Ivo.

Por fim, disse-me que concordava em acolhê-lo, embora um pouco receoso sobre os custos que isso poderia lhe gerar, afinal, tratava-se de uma família humilde. Orientei-o sobre o “Programa de Volta para Casa”,⁴ e que, após a desinternação do paciente, ele poderia verificar outros benefícios assistenciais a que Ivo tinha direito, mas que nesse momento deveríamos nos concentrar em sua perícia e sua desvinculação do sistema penitenciário. O sobrinho terminou a ligação dizendo “O quê? Prá libertar meu tio eu só preciso concordar em trazê-lo pra morar comigo? Oras, então pode escrever aí no seu papel que eu concordo”.

Redigi a perícia de Ivo, um documento, que por fim foi anexado em prontuário. Realizei um encontro final com Ivo contando-lhe sobre a avaliação e os motivos de tais conclusões, perguntado o que achava de tudo aquilo. Ivo me perguntou se eu tinha falado com o filho de seu irmão “Júnior” e, por fim, ambos desejamos que o perito fosse “bonzinho”.

A entrevista devolutiva é parte do caráter terapêutico que buscamos nos encontros de perícia, retornando ao paciente as etapas de avaliação e comentando

4. O Programa “De Volta Para Casa”, criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial – Ministério da Saúde (2003) *Manual do Programa de Volta para Casa*. Brasília, DF.

com ele o encaminhamento sugerido tentado ilustrar todos os “porquês”; entretanto, nem todos os peritos têm esse cuidado, e muitos pacientes só chegam a saber dos resultados de suas avaliações meses depois, quando devem assinar um documento de ciência de mais um ano de reclusão, sem entender as justificativas de tal decisão. Curiosamente, nós profissionais, muitas vezes, também não sabemos as justificativas para muitas decisões tomadas nesse sistema saúde-justiça.

Dias depois veio a frustração: o psiquiatra perito oficial designado para o caso fora contrário à desinternação. Conversei com esse profissional e percebi que embora tendo lido nossa avaliação e estivesse atento ao trabalho da psicologia, as passagens de Ivo pelo C.O., sua força física, jeito bronco e ausência de visitas falavam mais alto do que qualquer discurso pró-reforma psiquiátrica ou termos como CAPS, serviço que ele mesmo pouco conhecia ou acreditava. Talvez se o encaminhamento fosse para um “Hospital Comum”, entenda-se um hospital asilar, fosse mais fácil de convencê-lo.

Todavia, mesmo o encaminhamento de um paciente em medida de segurança a um Hospital Psiquiátrico “comum” gera entraves, pois são pacientes que não podem sair por alta médica, dependendo de liberação judicial. Além disso, a proposta dos hospitais não é de vigilância, nem tampouco são estruturados para esse fim, mesmo assim, em caso de fuga, a culpa pode recair sobre seu diretor. Dessa forma, tais encaminhamentos acabam gerando desconforto para a equipe que os recebe, a qual muitas vezes culpa os colegas de HCTPs por lhe encaminharem seus pacientes (Morana, 2008).

88

Repercussões e reflexões

Algum tempo após a avaliação de Ivo, numa reunião do núcleo de psicologia, a supervisora do Programa de Aprimoramento Profissional, que na época era também a diretora do núcleo Psi do Hospital, nos apresentou um documento referente a nossa atuação. Tratava-se da Resolução n. 5 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária de 4 de maio de 2004. Tal resolução, embora sendo um documento da justiça, traz em seu conteúdo uma série de diretrizes que têm como objetivo adequar as medidas de segurança aos princípios do SUS e às diretrizes previstas na Lei n. 10.216/2001, enfatizando novamente a desospitalização e a superação do modelo tutelar também para aos pacientes de hospitais de custódia.

Poucas semanas depois, em nova reunião do núcleo, a diretora nos trouxe uma nova surpresa: havia encaminhado a avaliação de Ivo para o diretor geral do

Hospital. O diretor, antigo agente de segurança, bacharel em direito, cuja formação embora mais voltada para as questões penais do que para as de saúde mental, simpatizou muito com aquela proposta de avaliação com encaminhamento pontual a determinado serviço de saúde. Desinternar pacientes, sobretudo aqueles de longa estadia, era uma maneira de abrir novas vagas para centenas de outros que aguardavam transferência em cadeias de todo estado, e era essa a pressão que o Hospital vinha sofrendo.

A nobreza ou não de tais motivos era pouco relevante. Entendia aquilo com o vislumbre de um trabalho reconhecido e possibilidade de realizar ações de desinternação; afinal não era essa a necessidade de nossos pacientes? O diretor geral estava exigindo que nossa equipe periodicamente fizesse avaliações naquele formato com pacientes que estivessem em data próxima a realizar a perícia oficial com o médico psiquiatra. Para surpresa, sobretudo dos psicólogos aprimorandos, nossa equipe foi contrária a essa ideia.

A diretora do núcleo fez questão de ler para todos o documento oficial que dizia que uma das atribuições dos psicólogos daquele hospital era a realização de avaliações fossem essas para perícia ou não. Iniciou-se uma grande discussão, a equipe argumentou que, segundo o código de ética, um psicólogo não pode avaliar o paciente que atende (entretanto ninguém se lembrou das ações tão menos éticas realizadas ali diariamente), que cada psicólogo era referência para cerca de oitenta pacientes e preferia privilegiar seu tempo realizando atividades terapêuticas para oitenta do que ter de avaliar meia dúzia de pacientes convocada pelo perito a cada mês, que os peritos ganham adicional para realizarem a avaliação por serem psiquiatras e os psicólogos não, o que era injusto, que ficar procurando família e aparelhagem em saúde mental no município era trabalho do núcleo de serviço social e por aí foi.

A partir dessa discussão foi também possível perceber que, apesar da existência de um conjunto de leis e portarias que teoricamente amparariam uma terapêutica mais adequada às pessoas em sofrimento psíquico que de alguma maneira infringiram a lei, existem outras dificuldades a serem superadas. Após ter visitado alguns HCTPs ao longo do país, representando uma comissão de avaliação desse tipo de hospital, Morana (2008) trouxe dados e considerações importantes sobre essa problemática, tais como o viés burocrático seja para elaboração de um laudo psiquiátrico ou mesmo para processos de desinternação progressiva desses pacientes, que após um longo período de reclusão num HCTP, muitas vezes distante de suas origens, perdem seus vínculos familiares e acabam custodiados pelo estado por todo o sempre. Como pode ser o fim de Ivo.

Nessa reunião não conseguimos deixar clara a importância da perícia terapêutica como uma atividade estratégica que foge ao viés de sub ou supervalo-

rização clínica, que busca a quebra do viés burocrático e da lógica manicomial, que conta com referências teóricas mas que também carece da iniciativa dos profissionais. Afinal, precisamos desse tipo de ação para garantir a sustentação daquilo que chamamos de Reforma Psiquiátrica, um investimento contínuo que inclui não só o apoio político, financeiro e mesmo das legislações, mas principalmente um investimento pessoal dos trabalhadores nela envolvidos.

A teoria dos links

Mesmo após a famigerada reunião, essa discussão continuou acontecendo por outros espaços e, em dado momento, comentei que era importante que uma instituição que tanto reclama por ser isolada e desagregada tanto do sistema de saúde como do sistema penitenciário fizesse um *link* com o que estava acontecendo fora de nossos muros. O emprego da palavra *link* virou uma piada, caímos na risada e a discussão se diluiu ali. O termo parecia muito novo e contrastante com todo aquele prédio antigo e as situações e perpetuações que lá ocorriam.

Mas a discussão sobre o *link* foi parar em outros espaços. Berlink,⁵ ao ler a versão preliminar deste trabalho,⁶ declarou que eu havia inventado a “teoria dos links”. Teoria esta que nada mais era do que a tentativa de um trabalho em rede, que começava desde a troca de informações sobre pacientes a técnica do CAPS e eu (ela perguntando se eu conhecia fulano que foi parar em Franco da Rocha e eu tentando reintegrar Ivo a sua cidade), até a apresentação desse caso em diversos contextos e outros espaços acadêmicos e científicos. Dessa forma, os *links* poderiam alcançar não somente toda uma rede de trabalho técnico em saúde mental, como também outros núcleos, prioritariamente teóricos, envolvidos com essa questão.

Berlink apontou ainda que a “teoria dos links” surgia não só da necessidade do serviço de saúde (o HCTP), mas também da técnica em saúde mental com ele envolvida (eu). Assim, quando insistia num trabalho em rede e modelos de atenção em saúde mental que incluísse termos como projeto terapêutico individual,

5. Comunicado em 14 de setembro de 2007 em encontro do Laboratório de Saúde Mental.
6. “Saúde Mental e suas Interfaces” narrativa apresentada pela autora em grupo de estudo/pesquisa “Laboratório de Saúde Mental” sob coordenação de Manoel Tosta Berlink, Ana Cecília Magtaz Sczufca e Mônica Teixeira, disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org>>.

entre outros, não me atentava apenas ao cárcere e à desagregação no qual se encontravam os pacientes e a instituição, mas também ao desconforto no qual me encontrava enquanto técnica dessa unidade, sendo igualmente atingida por esse isolamento. Assim, a “teoria dos links” servia de resgate não só aos pacientes em busca de um suporte mais adequado fora do hospital, mas também do profissional que conseguia multiplicar momentos de discussão e reflexão, além de viabilizar para si parcerias com outros atores sociais, os quais amparavam suas ideias e frustrações, bem como reatavam seus laços com um trabalho de saúde mental extramuros.

Na narrativa prévia deste trabalho, apresentada nesse grupo, escrevi: “Por vezes me pego vislumbrando como seria dar um passeio com os pacientes, ao menos mostrar à eles que do lado de fora desses muros existe uma cidade, como aquela onde nasceram com padaria, praça, escola, igreja. Por momentos tenho a impressão que eles esquecem de tudo isso.” A partir deste trecho Berlinck enfatizou que eu também tinha medo de esquecer como era, ou como poderia ser, no lado de fora, e ser simplesmente alienada.

Desfechos e considerações finais

91

Pensando a construção narrativa como uma importante contribuição da psicanálise oferecida à saúde mental, no presente trabalho buscou-se caracterizar a narrativa produzida em relação a subjetividade no encontro assistencial, buscando ressaltar a importância dessa produção para a pesquisadora/terapeuta e para a reflexão em torno do caso em questão.

As perícias terapêuticas, ainda realizadas por psicólogos aprimorandos no Hospital em questão, vêm sendo uma das ações que abrem portas para um trabalho em equipe e que possibilitam a discussão de um caso entre os diversos profissionais que o atendem. Com esse trabalho se almeja também mobilizar a instituição para que as práticas vigentes sejam repensadas e acreditamos estar caminhando nesse sentido.

Cerca de um ano após ter realizado a avaliação de Ivo, o psiquiatra responsável por sua perícia me procurou perguntando-me meio reticente sobre minha opinião do caso. O médico me pareceu ainda muito inseguro em se responsabilizar pela desinternação de Ivo e descrente de que o paciente fosse mais bem atendido fora de um hospital.

Ivo continua internado, vez por outra ainda espanta aos socos e empurrões os pacientes que não gosta. Sabe o nome de todos os agentes de segurança e sente afinidade inclusive mesmo por aqueles ditos agressivos, como ele. Mesmo após

um ano sem atuar na colônia onde está alojado, quando me vê ainda me chama pelo nome e em seguida compara-me a um pão caseiro.

Ivo trabalha na horta externa de sua colônia e nunca tentou fugir. Não ganha muito dinheiro com o serviço, pois mal toca a enxada; passa a maior parte do tempo se servindo de café e guloseimas que o responsável por supervisionar seu trabalho lhe oferece. Esse agente de segurança reclama: “não sei o que faço com ele, só quer ficar aqui, não me atrapalha, mas também não faz nada”. Ivo se limita a dizer que gosta de trabalhar na horta.

Certa vez, técnicos do Hospital me questionaram o porquê desse caso ser tão significativo, sendo que o paciente não havia sido desinternado e, mais do que isso, caso fosse, com a força que tem, poderia novamente atirar um pedaço de telha em alguém, matando a pessoa e retornando imediatamente ao Hospital. Quanto a essas questões, Barros (2002) diz que mesmo em casos como as psicoses, em que não é possível alcançar a culpa, não é descartada a responsabilidade do sujeito, o que pode atuar inclusive como um norteador para as questões da clínica. Onde mesmo a psicanálise nos ensina que não se trata de segregar, nem tampouco buscar apenas um tratamento químico e de reclusão da realidade, esquecendo a responsabilidade do sujeito por seus atos, mas de tolerar mais e enfrentar, com os instrumentos possíveis, o desafio de conduzir essa clínica emaranhada em questões de justiça e sociais; clínica essa onde não há garantias.

A verdade é que não sei se, para Ivo, essa avaliação foi tão significativa; também não sei como seria sua vida lá fora, não sei se seu sobrinho se responsabilizaria de fato por seus cuidados ou quanto tempo o CAPS de sua cidade demoraria para conseguir vinculá-lo às atividades, e não sei o que seria de Ivo se ele agredisse alguém de novo e caísse novamente em outra medida de segurança...

Mas todo esse não saber e essa falta de garantias confirmam que não há um limite objetivo e conhecido para os trabalhos em saúde mental, inclusive os realizados nos consultórios: são tentativas, ensaios, hipóteses, riscos os quais não sabemos onde vamos chegar, apenas investimos e acreditamos.

O caso de Ivo nos desafia a repensar a clínica, a instituição, o sistema, na necessidade de um trabalho refinado de acolhimento e intervenção para o evitamento de repetições. Com o trabalho da perícia terapêutica tentei fazer com que aquelas pessoas (os profissionais mais ou menos envolvidos com o caso, a família e o próprio Ivo) se co-responsabilizassem juntamente comigo pela produção de cuidado, descobrindo potencial em si mesmos, numa tomada de responsabilidade em relação a si mesmo e ao outro, numa apropriação do sentido de estarmos ali e de nossa postura numa perspectiva mais ética e menos tecnocrática.

Referências

- AMARANTE, Paulo (Coord.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- BARROS, Fernanda Otoni. O ato jurídico como um operador clínico nos casos de psicose. *Curinga*, n. 2, p. 80-5, 2002.
- BEZERRA, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.
- BOARINI, Maria Lúcia (Org.) *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: Eduem, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental – Cadernos de Textos*. Brasília, DF, 2001.
- _____. Ministério da Saúde *Relatório Final do Seminário para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*. Brasília, DF, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF, 2004.
- BUCK, John N. (1970). *H-T-P: manual e guia de interpretação*. Trad. Renato Cury Tardivo. São Paulo: Vetor, 2003.
- COHEN, Cláudio. Medida de Segurança In: Cláudio Cohen, Flávio Carvalho Ferraz, Marco Segre (Org.). *Saúde Mental, crime e justiça*. São Paulo: Edusp, 1996. p. 77-83.
- COROCINE, Sidnei Celso. *A fabricação da periculosidade*. Rio de Janeiro: Quártica, 2005.
- DANTAS, Milena Amélia Franco e CHAVES, Antônio Marcos. Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia. *Psicol. cienc. prof.*, v. 27, n. 2, p. 342-357, jun. 2007.
- DELGADO, Pedro Gabriel. *As raízes da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te-Corá, 1992.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Miniaurélio século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa*. 4ª ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e a saúde mental. *Rev. Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VII, n. 1, p. 75-86, mar. 2004.
- FREUD, Sigmund (1975). Construções em análise. In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (CD-Rom)*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- IBRAHIM, Estival. O manicômio judiciário do Rio de Janeiro: Hospital ou Prisão? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 37, n. 2, p. 109-112, 1988.

MAMEDE, Margarida Caligaris. *Cartas e retratos: uma clínica em direção à ética*. São Paulo: Altamira, 2006.

MORANA, Hilda. Psiquiatria Forense – Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. *Psychiatry on line Brasil*, v. 13, n. 11, nov. 2008. Recuperado em 7 de dezembro, 2008, de <<http://www.polbr.med.br/ano08/for1108.php>>.

Resolução n. 5, de 4 de maio de 2004 (2004, 4 de maio) *Estabelece as Diretrizes para o Cumprimento das Medidas de Segurança*. Recuperado em 19 de novembro, 2007, de <<http://pvc.datasus.gov.br/>>.

SÁ, Evelin Naked de Castro. O Manicômio Judiciário. Saúde ou Justiça? *Rev. de Saúde de Pública*, v. 19, n. 5, p. 389- 400, 1985.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr, 2002.

Resumos

94

Este trabajo es una reflexión sobre los Hospitales Forenses, tratando de comprender los diversos aspectos involucrados en su existencia y funcionamiento. Para ello, partimos de un caso clínico, la trayectoria de Ivo, un paciente hospitalizado en un Hospital Forense del Estado de Sao Paulo, con la que el autor tenía una experiencia de trabajo realizando la evaluación pericial adicional de Ivo. Por lo tanto, este ensayo, a través de la reflexión personal, teórica y técnica, ofrece un comentario sobre algunas cuestiones relacionadas con los pasos de esta operación, especialmente con respecto a las dificultades de insertar a la institución y por lo tanto el paciente en las políticas de salud mental.

Palabras claves: Hospital Forense, evaluación pericial adicional, salud mental, Psicopatología Fundamental

Ce travail est une réflexion sur les légistes hospitaliers, essayant de comprendre les divers aspects de son existence et son fonctionnement. À partir d'un cas clinique, la trajectoire d'Ivo, un patient dans un légistes hospitaliers de l'Etat de Sao Paulo, avec laquelle l'auteur a vécu une expérience de réalisation de son supplémentaires évaluation judiciaire. Ainsi, cet essai, par la réflexion personnelle, théorique et technique, offre des observations sur certaines questions liées aux étapes de cette opération, en particulier en ce qui concerne les difficultés de l'intégration de l'institution et donc le patient dans les politiques de santé mentale.

Mots clés: légistes hospitaliers, supplémentaires évaluation judiciaire, santé mentale, Psychopathologie Fondamentale

This article consists of a reflection on prison-hospitals (mental hospitals for persons who have violated the law). The attempt is to understand the various aspects involved in the existence and operation of such institutions. We first describe a clinical case, namely, the story of Ivo, a patient under treatment at a prison hospital in the State of Sao Paulo, Brazil, with whom the author had worked as an evaluator. Through personal theoretical and technical reflection, this essay then comments on issues related to the steps in this operation, especially with regard to the difficulties of including the institution, and consequently, its patients, in mental health policies.

Key words: Prison hospital, complementary evaluation, mental health, Fundamental Psychopathology

Citação/Citation: Farina, P.; Berlinck, M.T. Interfaces entre a clínica e a justiça. Uma narrativa sobre o trabalho clínico em um Hospital de Custódia. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 80-96, nov. 2009.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro e Profa. Dra. Júnia de Vilhena

Recebido/Received: 03.7.2009/7.03.2009 **Aceito/Accepted:** 15.8.2009/8.15.2009

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/ this is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento: Os autores declaram não terem sido financiados ou apoiados/The authors have no support or funding to report.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflito de interesses/The authors declares that they have no conflict of interest.

PATRICIA FARINA

Graduada em Psicologia pela Universidade São Francisco, Psicóloga da Casa de Saúde São João de Deus, mestranda do Programa de Estudos Pós- Graduaos em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC- SP, onde participa do Laboratório de Psicopatologia Fundamental. O artigo é parte de dissertação de mestrado em andamento da autora intitulada “Criando links, tecendo redes, fortalecendo elos: da atenção básica a saúde mental – a construção de uma clínica”.

Casa de Saúde São João de Deus
Estrada Turística do Jaraguá, 2.365
05161-000 São Paulo, SP, Brasil
Fone: (11) 3903-7857
e-mail: patty.pfarina@gmail.com

MANOEL TOSTA BERLINCK

Sociólogo; psicanalista; Ph.D. pela Cornell University (Ithaca, NY, USA); professor aposentado da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (Campinas, SP, Brasil); professor do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde e do Programa de Estudos Pós- Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC- SP, onde dirige o Laboratório de Psicopatologia Fundamental (São Paulo, SP, Brasil); presidente (2002-2010) da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (São Paulo, SP, Brasil); editor responsável de *Pulsional Revista de Psicanálise* e da *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*; membro da World Association of Medical Editors – WAME (Associação Mundial de Editores de Medicina); diretor da Editora Escuta e da Livraria Pulsional – Centro de Psicanálise; autor de *Psicopatologia fundamental* (São Paulo: Escuta) e de *Erotomania* em coautoria com German E. Berrios (São Paulo, Escuta).

Rua Tupi, 397/103

01233-001 São Paulo, SP, Brasil

Telefax: (11) 3825-8573

e-mail: mtberlin@uol.com.br

Portal: <http://www.psicopatologiafundamental.org>