

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DAYANE DE AGUIAR CICOLELLA

ENTRE O DELITO E A LOUCURA:
A ENFERMAGEM EM MANICÔMIO JUDICIÁRIO

Porto Alegre

2014

DAYANE DE AGUIAR CICOLELLA

**ENTRE O DELITO E A LOUCURA:
A ENFERMAGEM EM MANICÔMIO JUDICIÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Henriqueta Luce Kruse

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Cicolella, Dayane de Aguiar
Entre o delito e a loucura: a enfermagem em
manicômio judiciário / Dayane de Aguiar Cicolella. --
2014.
116 f.

Orientadora: Maria Henriqueta Luce Kruse.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem forense. 3. Pessoas
mentalmente doentes. 4. Criminosos. 5. Prisões. I.
Kruse, Maria Henriqueta Luce, orient. II. Título.

DAYANE DE AGUIAR CICOLELLA

Entre o delito e a loucura: a enfermagem em manicômio judiciário

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de agosto de 2014

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Mariene Jaeger Riffel

Membro da banca

EENF/UFRGS



Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

Membro da banca

UFSM

Nem tudo é verdadeiro; mas em todo o lugar e a todo o momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que, no entanto, está somente à espera de nosso olhar para aparecer; à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está aqui e a todo lugar.

Michel Foucault

AGRADECIMENTO

Agradeço a ele, aquele sem nome, sem identidade, vulgo Antônio. Morador de rua, louco, criminoso que se diz foragido do Instituto Psiquiátrico Forense de Porto Alegre.

Antônio gritava todos os dias em frente ao meu edifício, pedia comida, falava besteiras...

Ninguém o queria por perto, causava estranhezas. Fazia bagunça.

A primeira vez que o vi foi em 2011, coincidentemente, ano no qual ingressei como aluna do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ele me contou sua história, conversou todos os tipos de assuntos e muitos deles eu sequer conseguia compreender.

Entre algumas conversas me fazia pensar: este não é o seu lugar, precisa ser curado. Voltar a sua razão!

Eu estava convicta de que o melhor para ele, louco que andava pelas ruas em dias quentes, frios ou chuvosos, era voltar ao manicômio.

Mas o que eu poderia fazer? Nada! Apenas observar.

Passados quase três anos, Antônio ainda vaga pelas ruas, mas agora não mais grita ou pede comida. Adquiriu um carrinho de mão, recolhe lixos e outras coisas para sobreviver. Seus cabelos cresceram, suas roupas não mais são as mesmas e a rua inda é sua casa.

A história de Antônio me fez perceber que aquilo que pensamos como correto e melhor para uma determinada situação, talvez, possa ser modificado.

Como estaria Antônio se hoje estivesse no manicômio?

Estaria curado ou apenas disciplinado?

A única certeza que tenho é que sua mente não mais seria livre.

A ele dedico este trabalho.

Obrigado por diariamente inspirar meus escritos através da janela do meu apartamento.

RESUMO

CICOLELLA, Dayane de Aguiar. **Entre o delito e a loucura:** a enfermagem em manicômio judiciário. 2014. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Os manicômios judiciários são instituições responsáveis pelo cuidado dos incapazes, destinados à proteção do todo social. Possuem o duplo objetivo de custodiar e tratar pessoas com doenças mentais declaradas perigosas, podendo ser considerados uma fusão entre hospital psiquiátrico e presídio. Essa instituição utiliza técnicas e procedimentos disciplinares com objetivo de normalizar loucos criminosos para torná-los aptos ao convívio social. A pesquisa propõe estudar os dispositivos disciplinares utilizados por profissionais da enfermagem que atuam no Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Mauricio Cardoso - Porto Alegre. O referencial teórico-metodológico que orienta as análises situa-se no campo dos Estudos Culturais, na vertente Pós-Estruturalista, norteadas por pensamentos do filósofo Michel Foucault. Foram utilizados instrumentos de investigação etnográfica, a saber: entrevistas gravadas em áudio com 14 trabalhadores de enfermagem, observação do trabalho nos turnos manhã, tarde e noite, análise de livros de registro das unidades da instituição, imagens fotográficas capturadas pela autora e demais imagens disponíveis em meio eletrônico. Os resultados das análises foram organizados em unidades intituladas: *Casa de loucos ou casa de presos?*; *A organização dos espaços*; *O controle do tempo e Fábrica de loucos*. Este movimento analítico possibilitou problematizar o trabalho dos profissionais de enfermagem. Conclui-se que as heranças históricas da profissão, nesta instituição, são naturalizadas pelos profissionais. A figura do louco delinquente foi uma construção histórica atravessada por diferentes discursos ao longo dos tempos e a associação da loucura com a criminalidade fez surgir o personagem louco criminoso que, por ser um irracional, não responde pelo seu crime. Nos manicômios judiciários o controle dos loucos criminosos não é privativo de médicos psiquiatras, sendo necessária a inclusão de outras categorias, tais como juízes de direito, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e, inclusive, a profissão de enfermagem, que associa seus saberes de cuidado a outras formas de adestramento e controle. O Instituto Psiquiátrico Forense carrega heranças do sistema carcerário, manifestadas pelos profissionais da enfermagem em suas rotinas diárias. Tais trabalhadores tiveram como “tutores” agentes penitenciários e guardam modelos desse trabalho quando ordenam e distribuem os espaços para controlar os corpos dos pacientes. Tal jeito de trabalhar parece diverso dos locais de atuação da profissão. Esse modo de cuidar, naturalizado ao longo do tempo, produz profissionais repetem os ensinamentos dos carcereiros sem perceber a fusão de papéis. Por outro lado, esses parecem não estar em acordo com a situação vivenciada e tentam não se associar aos métodos disciplinares vigentes nas instituições totais. Também, se pode observar que os trabalhadores passam a maior parte do tempo organizando e adestrando os pacientes que circulam nos ambientes. Trata-se de um esquadramento do tempo e do espaço, onde o corpo é controlado e manipulado por técnicas disciplinares. Essas técnicas inserem, combinam e classificam os pacientes nos espaços. Assim, cabe a enfermagem “transformar” os pacientes naquilo que seria a proposta normalizadora da Instituição: fabricar um determinado tipo de paciente, como um objeto moldado, manipulado e revisado em uma fábrica para apresentar determinado comportamento e pensamento. Assim, o louco internado no Instituto Psiquiátrico Forense deve ser reajustado às regras de convívio social, tarefa na qual participa ativamente a enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Enfermagem forense. Pessoas mentalmente doentes. Criminosos. Prisões.

ABSTRACT

CICOLELLA, Dayane de Aguiar. **Between crime and madness: nursing in a forensic psychiatric hospital.** 2014. 116 f. Dissertation (Master in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Forensic psychiatric hospitals are responsible for caring for mentally-impaired people and are intended to protect society as a whole. They have the dual purpose of guarding and treating dangerous mentally ill individuals and could be considered a cross between a psychiatric hospital and a prison. These institutions make use of disciplinary techniques and procedures in order to normalize insane criminals and make them apt for social conviviality. The study intends to look into the disciplinary procedures used by nursing professionals working at the Doutor Mauricio Cardoso Forensic Psychiatric Institute in Porto Alegre. The theoretical and methodological framework guiding the analysis is grounded in the field of Cultural Studies, in the Poststructuralist movement, guided by ideas of the philosopher Michel Foucault. The following ethnographic research instruments were used to guide the fieldwork: interviews with 14 nursing workers recorded on audio, observation of their work in the morning, afternoon and night shifts, analysis of record books in the institution units, and photos taken by the author and available electronically. The results of the analyses were organized into units titled: *Madhouse or jailhouse?; Organization of spaces; Time Control and Loony Factory.* This analytical procedure generated a discussion on the work of nurses in patient management and control. My conclusion is that the historical legacies of the profession, in this institution, are naturalized and repeated by the professionals. The figure of the mad offender has been a historical construct intersected by different discourses over time, and the association of madness with crime gave rise to a new character, the mad criminal who, as a result of being an irrational person, did not answer for his/her crime. In forensic psychiatric hospitals, the control of mentally ill criminals is not exclusive to psychiatrists, the inclusion of other categories, such as court judges, psychologists, social workers, occupational therapists, and even nursing professionals, who link their knowledge of care to other forms of training and control, is required. The Forensic Psychiatric Institute, as a cross between a jail and a mental hospital, carries a legacy from the prison system, which is expressed by the nursing staff in their daily routines. These workers had jailers as their “tutors” and stick to the latter’s work as a model when they arrange and distribute spaces in order to control the bodies of their patients, a task that is assigned to nurses. This way of working seemed different from other places of professional practice. This mode of caring, naturalized over time, produces nursing professionals who repeat the teachings from jailers without realizing that their roles have been merged. On the other hand, the nursing staff does not seem to agree with the situation experienced and try not to associate themselves with disciplinary methods enforced in total institutions. I also observed that these workers spent most of their time organizing and training the patients who were present in these facilities. It is an exploration of time and place whereby the body is controlled and manipulated by disciplinary techniques. These techniques insert, combine and sort out patients into spaces. Therefore, the role of the nursing staff is to “transform” patients into that which is the normalizing purpose of the Institution: to manufacture a certain kind of patient, just like an object that is shaped, manipulated and revised in a factory to display a specific type of behavior and thinking. Thus, a demented person institutionalized at the Forensic Psychiatric Institute must be readjusted to social conviviality rules, a task in which the nursing staff actively participates.

Keywords: Nursing. Forensic nursing. Mentally ill people. Criminals. Prisons.

RESUMEN

CICOLELLA, Dayane de Aguiar. **Entre el delito y la locura:** la enfermería en manicomio judicial. 2014. 116 f. Tesina (Maestría en Enfermería)-Escuela de Enfermería. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Los manicomios judiciales son las instituciones responsables por el cuidado de incapaces, destinados a la protección del todo social. Cuentan con el doble objetivo de cuidar y tratar enfermos mentales peligrosos, y pueden ser considerados una fusión entre hospital psiquiátrico y cárcel. Esa institución utiliza técnicas y procedimientos disciplinares con objetivo de normalizar locos criminales para volverlos aptos a la convivencia social. El estudio propone estudiar los dispositivos disciplinares utilizados por profesionales de la enfermería que actúan en el 'Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Mauricio Cardoso' - Porto Alegre. La referencia teórico-metodológica que orienta los análisis está ubicada en el campo de los Estudios Culturales, en la vertiente postestructuralista, nortada por pensamientos del filósofo Michel Foucault. Se emplearon instrumentos de investigación etnográfica, a saber: entrevistas con 14 trabajadores de enfermería, grabadas en audio; observación del trabajo en los turnos de los turnos matutino, vespertino y nocturno; análisis de libros de registro de las unidades de la institución e imágenes fotográficas captadas por la autora y disponibles en medio electrónico. Los resultados de los análisis han sido organizados en unidades con los títulos: *¿Casa de locos o casa de presos?*; *La organización de los espacios*; *El control del tiempo* y *Fábrica de Locos*. Este movimiento analítico permitió discutir el trabajo de los profesionales de enfermería en el manejo y control de los pacientes. Concluyo que las herencias históricas de la profesión, en esta institución, son naturalizadas y repetidas por sus profesionales. La figura del loco delincuente es una construcción histórica atravesada por diferentes discursos a lo largo de los tiempos, siendo que la asociación de la locura a la criminalidad hizo surgir el loco criminal que, como es un sujeto irracional, no respondía por su crimen. En los manicomios judiciales el control de los locos criminales no es exclusivo a los médicos psiquiatras, es necesaria la inclusión de otras categorías, como jueces de derecho, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales e, incluso, el profesional de enfermería, que asocian sus saberes sobre el cuidado a otras formas de adiestramiento y control. El Instituto Psiquiátrico Forense convive con herencias del sistema carcelario, manifestadas por los profesionales de enfermería en sus rutinas diarias. Esos trabajadores tuvieron como "tutores" a agentes carcelarios y guardan modelos de trabajo, cuando ordenan y distribuyen los espacios para el control de los cuerpos de los pacientes. Esa forma de trabajar me pareció diferente de los lugares de actuación profesional. Esa forma de cuidar, naturalizada a lo largo del tiempo, produce profesionales de enfermería que repitan lo que les fue enseñado por carceleros, sin notar la fusión de roles. Por otro lado, el personal de enfermería parece no estar de acuerdo con la situación en la que viven e intentan no asociarse a los métodos disciplinares vigentes en esas instituciones. También he observado que los trabajadores pasan la mayor parte del tiempo organizando y adiestrando a los pacientes que circulan por los ambientes. Se trata de una organización minuciosa del tiempo y del espacio, en que el cuerpo es controlado y manipulado por técnicas disciplinares. Esas técnicas insieren, combinan y clasifican a los pacientes en los espacios. Así, a la enfermería le cabe "transformar" a los pacientes en aquello que sería la propuesta normalizadora de la Institución; fabricar determinado tipo de paciente, como un objeto que es moldeado, manipulado y revisado en una fábrica para presentar determinado comportamiento y pensamiento. Así, el loco internado en el Instituto Psiquiátrico Forense debe ser reajustado a las normas de la convivencia social, tarea en la cual la enfermería actúa activamente.

Palabras clave: Enfermería. Enfermería forense. Enfermos mentales. Criminales. Prisiones.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Portão de entrada do Instituto Psiquiátrico Forense	55
Figura 2 - Planta física do Instituto Psiquiátrico Forense.....	64
Figura 3 - Setor de Segurança e Triagem	65
Figura 4 - Área externa do Setor de Admissão e Triagem	67
Figura 5 - Entrada da área de isolamento de pacientes no Setor de Admissão e Triagem.....	69
Figura 6 - Área externa da Unidade de Tratamento F.....	70
Figura 7 - Quarto de isolamento	71
Figura 8 - Área externa da Unidade de Tratamento G	73
Figura 9 - Porta de entrada da Unidade de Tratamento E	76
Figura 10 - Pátio externo da Unidade de Tratamento E	78
Figura 11 - Área externa da Unidade de Tratamento B.....	79
Figura 12 - Quarto de pacientes na Unidade de Tratamento B	80
Figura 13 - Porta de entrada da Unidade de Tratamento C	81
Figura 14 - Quarto de pacientes na Unidade de Tratamento C	82
Figura 15 - Área externa da Unidade de Tratamento D	83
Figura 16 - Refeitório de pacientes na Unidade de Tratamento D	84
Figura 17 - Andar Superior (alojamento de pacientes na Unidade de Tratamento D).....	85
Figura 18 - Grades do posto de enfermagem (Unidade de Tratamento C).....	89
Figura 19 - Água para medicação na Unidade de Tratamento C.....	90

LISTA DE SIGLAS

AP – Alta Progressiva

ATP – Alas de Tratamento Psiquiátrico

ECTP – Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

ESP – Escola do Serviço Penitenciário

HCTP – Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

IPF – Instituto Psiquiátrico Forense

MJRS – Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul

SUSEPE – Superintendência dos Serviços Penitenciários

SUMÁRIO

1 ABRINDO AS PORTAS	12
2 CONTANDO A HISTÓRIA	18
2.1 DA EXCLUSÃO DO LEPROSO AO ENCLAUSURAMENTO DO LOUCO	18
2.2 DA PUNIÇÃO DO CORPO À RESTRIÇÃO DA LIBERDADE	24
2.3 DO INSTINTO COMO GABARITO DO CRIME.....	28
2.4 DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO COMO INSTITUIÇÃO TOTAL.....	33
2.5 DA LEGISLAÇÃO QUE PRODUZ O LOUCO INFRATOR	37
3 CAMINHOS PARA A INVESTIGAÇÃO	42
3.1 A ETNOGRAFIA.....	46
3.2 OS INFORMANTES.....	52
3.3 O CAMPO	53
3.4 A ÉTICA	56
4 CASA DE LOUCOS OU CASA DE PRESOS?	58
5 A ORGANIZAÇÃO DOS ESPAÇOS	63
6 O CONTROLE DO TEMPO	87
7 FÁBRICA DE LOUCOS	93
7.1 CORPOS DÓCEIS EM PRODUÇÃO	95
8 BATENDO O CADEADO	102
REFERÊNCIAS	106
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA	113
ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO	114
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL	116
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	117

1 ABRINDO AS PORTAS...

Todas as sociedades produzem estranhos. Mas cada espécie da sociedade produz sua própria espécie de estranhos e os produz de sua própria maneira, inimitável. Se os estranhos são pessoas que não se encaixam no mapa cognitivo, moral ou ético do mundo – num desses mapas, em dois ou em todos os três; eles, portanto, por sua simples presença, deixam turvo o que deve ser transparente, confuso o que deve ser uma coerente receita e impedem a satisfação de ser totalmente satisfatória [...]. É por isso que a chegada de um estranho tem impacto de um terremoto. O estranho despedaça a rocha sobre a qual repousa a segurança da vida diária (BAUMAN, 1998, p. 19-27).

A busca incessante pelo controle de sujeitos “anormais” ou “estranhos” tem sido uma preocupação da sociedade moderna que procura definir um perfil de normalidade como forma de controle e regulação. A anormalidade figura-se como uma invenção de certa regularidade estabelecida pela norma que tende a disciplinar e racionalizar, determinando necessidades de correção ou ajustes para alcance de um ideal imaginado. Segundo Marques (2013), o homem moderno, ao assumir o normal como ideal desejado, necessitou conceber determinado perfil de anormalidade para que a contradição fosse estabelecida. Nesse sentido, é possível pensar que certas formas de categorizar a anormalidade constituíram-se a partir das delimitações estabelecidas pelo pensamento moderno, sem as quais não seria possível instituir a ideia de normal.

Todavia, a existência real ou imaginária de pessoas estranhas não é um fato recente. Muito conhecidos desde a mitologia grega, anões, gigantes, siameses, hermafroditas e outros seres considerados “não humanos” demonstram falta ou sobra de alguma ordem do corpo. Esses monstros sempre transitaram pela fronteira entre o limite animal e a racionalidade do homem, mas somente a partir do século XX é que passaram a ser considerados patológicos com necessidade de cura ou correção. Depositados no interior dos grandes muros criados para cercar tudo aquilo que não correspondia à norma, esses personagens permaneceram rotulados, ignorados ou afastados até os dias de hoje (THUCHERMAN, 1999).

Mas o que seria normal e anormal? Como uma sociedade produz determinadas identidades e as caracteriza? Em uma perspectiva pós-estruturalista estas perguntas passariam pelo conhecimento das condições de possibilidade que oportunizaram tais construções históricas e tornariam possível perceber como foram organizadas socialmente. A partir dessas reflexões é possível pensar quem são os anormais da sociedade atual e lembrar-se de pessoas que causam estranheza, como as que possuem doenças raras, aqueles com deformidades físicas, os antissociais, os insanos e os criminosos. Neste sistema de inclusões e exclusões,

sujeitos ditos loucos e, também, aqueles caracterizados como criminosos, chamam muita atenção pela forma como são rotulados e segregados nos discursos tidos como racionais.

O louco é alguém que deve ser curado, o criminoso deve ser penalizado por seus atos, mas o que fazer quando há uma associação entre a necessidade de cura com a ideia de punição? Fala-se aqui do “louco criminoso”, sujeito que transita entre o universo da loucura e o da criminalidade, mas que possibilita a produção de discursos para sua regulação. Tais discursos permitem a construção de nova identidade configurada naquele que não mais tem direitos sobre a própria vida, pois não está provido de plena racionalidade. Portanto, passa a ser um indivíduo perigoso que deve ser custodiado em manicômios judiciários e gerido pelo poder do Estado.

Brum (2014) descreve que há algo de trágico nos loucos e que esta tragédia não é apenas relacionada à loucura. Segundo a autora, sempre que alguém considerado doente mental comete um crime, a patologia é usada para anular as interrogações e esvaziar o discurso de sentido. A pessoa deixa de ser uma pessoa, a doença passa a ser sua circunstância e, também, parte da sua história. O sujeito deixa de ser uma pessoa para ser uma doença. Se há um histórico, é o de sua ficha médica, marcada por internações, medicamentos e ocorrências. Sua humanidade é esvaziada e descartada como sem substância. A doença mental, ao substituir a pessoa, explica também o crime. E, se não há sujeito, não é preciso pensar sobre os significados do crime, nem sobre o que diz aquele que o cometeu.

Mas o que seria hoje um estudo sobre um manicômio judiciário, sobre as pessoas que ali trabalham ou estão internadas? Fazer a história de um manicômio judiciário, hoje, seria emergir movimentos, fatos e discursos que tornam possíveis a sua existência. Nesta direção, produzo minhas observações e reflexões, apresentadas nesta dissertação, a partir de uma experiência vivenciada no manicômio judiciário Instituto Psiquiátrico Forense (IPF)¹ de Porto Alegre. Através de um estudo de inspiração etnográfica imergi sobre o cotidiano da equipe de enfermagem responsável pelos cuidados de pacientes custodiados, atentando para os saberes que configuram a profissão neste sistema específico. Tal situação permitiu-me um aprofundamento nesta temática, desvelando fatos importantes de uma história.

Acredito que neste momento alguns leitores podem estar questionando qual a relação entre enfermagem e um manicômio judiciário? Como esses profissionais foram inseridos em um local que tem por objetivo “guardar” a vida de pessoas perigosas? Quando imaginei desenvolver um estudo nesta área algumas pessoas se espantaram com o caminho que escolhi.

¹ Nome oficial: Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso.

Muitas vezes fui questionada por amigos próximos, familiares e até mesmo colegas de profissão sobre os riscos que estaria correndo. Então, fiquei refletindo sobre estes riscos e por qual motivo eles estavam tão preocupados. Lembrei-me do contexto histórico de exclusões e rotulações e, então, passei a entender porque reagiam com tamanho rechaço. Acredito que este foi o impulso para a certeza de que deveria seguir em frente.

Tentando responder às possíveis dúvidas do leitor, é importante descrever como os manicômios judiciários se transformaram em locais de cura de uma loucura apresentada e determinada pelo olhar médico. Essa história começa a partir da invenção do modelo hospitalar que, até o século XVIII, era considerado um local destinado aos pobres e outros indivíduos que representavam perigo para a sociedade, ou seja, um lugar de assistência, mas também de exclusão e separação. A partir do século XIX, com a inclusão dos saberes médicos definidores do que seria patológico, o hospital passou a ser entendido como instituição de observação destinada ao entendimento da doença, o que o transformou em lugar de submissão de corpos ao poder disciplinar e à intervenção médica (FOUCAULT, 2012a).

A inclusão da enfermagem nos hospitais deu-se a partir de Florence Nightingale em 1845 na Guerra da Criméia. Esta jovem inglesa e 38 mulheres treinadas por ela prestaram cuidados aos soldados feridos na guerra. Após a guerra, Florence organizou um plano de reformas eficiente para a preservação e recuperação do corpo do soldado que posteriormente se tornou necessário para cuidar dos corpos dos trabalhadores. Assim, seus métodos chegaram aos hospitais de Londres e Paris, onde foram organizados para garantir a melhoria da saúde da população. Desta experiência surgiu um modelo profissional que tinha aproximação com as disciplinas que estavam sendo organizadas na época, como a microbiologia e a estatística, e que se organizou inicialmente na Inglaterra, e depois foi se disseminando no mundo ocidental, constituindo o que hoje conhecemos como Enfermagem Moderna (KRUSE, 2003).

No Brasil, a enfermagem surgiu em 1923 com a criação da primeira escola de enfermagem no Rio de Janeiro, junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública. A enfermagem psiquiátrica brasileira nasceu nos hospitais psiquiátricos, instituições que emergiram em conjunto com os hospitais, tendo como objetivo a cura de pessoas loucas a partir dos saberes do médico (ROCHA, 1994). Apesar de a enfermagem estar nos hospitais psiquiátricos desde a sua constituição, isso não ocorreu nos manicômios judiciários. Durante muitos anos esses locais permaneceram controlados por carcereiros. Quando os saberes de juízes e médicos passaram a constituir o louco criminoso como pessoa doente é que a profissão ganhou espaço, já que a enfermagem nos hospitais foi voltada desde a sua origem ao cuidado do corpo doente.

Deixo claro que minha intenção como pesquisadora, no contexto das experiências dos profissionais que atuam no campo da enfermagem no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, é conhecer este universo. Busco com esta pesquisa imergir no cenário das atividades produzidas e reproduzidas, atentando para a realidade em que trabalham os profissionais, tentando explicar como é ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem em um manicômio judiciário. Utilizo o conceito de dispositivo descrito por Michel Foucault para me aproximar da rede discursiva que é produzida no campo de estudos da Psiquiatria Forense² e também, para entender como os sujeitos deste sistema conduzem os processos e ações para o tratamento de pacientes.

Entendo como dispositivos disciplinares da enfermagem todas as ações, condutas e filosofias propostas ou determinadas por um sistema que tem o propósito de tratar/recuperar pacientes. Para tanto, me aproximei do conceito de dispositivo descrito por Michel Foucault (2012a) para ir ao encontro da rede de elementos que englobaria discursos, instituições, leis, medidas administrativas e enunciados que definem a história deste manicômio judiciário. A partir da interligação destes elementos que constituem um dispositivo único e específico é que produzo meus escritos.

Mas por que escolher este tema? O que me interpelou e levou a escolher esta pesquisa? Certamente, estas perguntas devem estar passando pela cabeça dos leitores desta dissertação, visto que não seria muito usual o interesse por estudos que envolvam enfermeiros e processos jurídicos em associação a pacientes portadores de doenças mentais. Então, acho interessante começar pelo começo da história. Se é que pode-se considerar este o começo desta história. Talvez, não seja possível encontrar o começo porque não exista um começo para tudo, mas sim, um simples processo de ocorrência de fatos.

Albuquerque (2000) descreve que é vasculhando as camadas constitutivas de um dado saber, de um dado acontecimento, de um dado fato, que podemos apreender o movimento de seu aparecimento e aproximarmo-nos do momento em que ele foi ganhando consistência, visibilidade e dizibilidade. Meu primeiro contato com paciente portadores de doença mental foi durante o curso de graduação em enfermagem, em estágios extracurriculares no Hospital Psiquiátrico São Pedro, período em que me constitui como futura enfermeira e profissional

²A Psiquiatria Forense é uma subespecialidade da psiquiatria, que lida com a interface entre a lei e a psiquiatria. Atua nos casos em que há qualquer dúvida sobre a integridade ou a saúde mental dos indivíduos, em qualquer área do Direito, buscando esclarecer à justiça se há ou não presença de um transtorno ou enfermidade mental e quais as implicações da existência ou não de um diagnóstico psiquiátrico. Os psiquiatras forenses avaliam a capacidade de pessoas para atos da vida civil e também, a capacidade de serem responsabilizados criminalmente (WIKIPÉDIA, 2014a).

atuante no campo da enfermagem psiquiátrica. Os quatro anos como estagiária nas unidades psiquiátricas desta instituição possibilitaram-me conviver com a loucura de forma diferente dos mitos e preconceitos que circulam em torno da figura do louco. Durante os anos em que pertenci àquele sistema fui percebendo as representações sobre a loucura naquela instituição, imergindo uma rede discursiva que me possibilitaria repensar conceitos que os constituem como sujeitos excluídos.

Concluída a graduação, não pude mais permanecer no Hospital Psiquiátrico São Pedro por questões legais, uma vez que a instituição apenas oportunizava a contratação na forma de estágios. Assim, busquei outros locais de trabalho e como enfermeira trabalhei por três anos no Hospital Espírita de Porto Alegre, instituição para tratamento de sujeitos loucos, também definidos nas especificações da saúde mental como portadores de transtornos mentais ou doença mental em processo de internação hospitalar.

Atualmente, não mais atuando em hospitais psiquiátricos, passei a trabalhar como supervisora de estágios de técnicos de enfermagem em formação, que tinham como campo de estágio o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. Nessa experiência fui apresentada a um universo que associava a loucura ao rótulo da criminalidade e então, passei a observar a doença mental por uma nova janela, ou melhor, através de “outros óculos” que me permitiam nova leitura desta temática que me encantava.

Durante os seis anos nesta instituição conheci diversos profissionais e suas relações com o universo da loucura e da criminalidade. Passei por diferentes turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), presenciei atividades processuais, reuniões de equipe, projetos em andamento, melhorias propostas, enfim, me incluí neste universo. Porém, ao ingressar na pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em abril de 2011, curso de mestrado, necessitei afastar-me das minhas atividades como supervisora de estágios. Então, vi-me instigada a escrever sobre os desafios e perspectivas dos profissionais da enfermagem na instituição, através de novo olhar, um olhar que supostamente pretendia “estar de fora”.

Primeiramente, informo que meu desejo como pesquisadora não foi apenas encontrar respostas para as perguntas, mas desvelar possibilidades, compreender processos e assim, tornar possível uma imersão no universo de trabalho da enfermagem que atua no Instituto Psiquiátrico Forense. Através desta pesquisa, tentei buscar respostas para algumas questões como: qual o papel da enfermagem em um manicômio judiciário? Quais são as atividades diárias que ela exerce? Para tanto, nesta dissertação, construí o seguinte problema de pesquisa: *Que dispositivos disciplinares são utilizados por profissionais da enfermagem*

quando cuidam de doentes mentais que cumprem pena judicial em regime de internação sob custódia no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso? Como estes dispositivos operam neste sistema institucional?

Para responder às perguntas de pesquisa, no capítulo intitulado “*A construção histórica do louco delinquente*” apresento uma pequena contextualização histórica sobre a emergência da loucura em uma sociedade, até a constituição dos discursos modernos que definem a figura do louco criminoso. Destaco também conceitos sobre Instituições Totais e a inclusão dos manicômios nessa categoria. Finalizo descrevendo as legislações brasileiras do Código Penal que categorizam sujeitos como loucos infratores.

No capítulo “*Os caminhos para a investigação*” apresento os percursos trilhados para a construção deste estudo. Demonstro o referencial teórico sobre a pesquisa etnográfica, na vertente pós-estruturalista, inspirada em conceitos foucaultianos. Destaco também algumas noções de Michel Foucault sobre dispositivo disciplinar que serviram como suporte para analisar a equipe de enfermagem no Instituto Psiquiátrico Forense.

Em “*Casa de loucos ou casa de presos?*” são apresentadas algumas análises que constituíram o estudo, atentando para a organização deste Manicômio Judiciário. Nos capítulos “*A organização dos espaços*”, “*O controle do tempo*” e “*Uma fábrica para loucos*” elaboro análises do material coletado em campo dando maior ênfase aos dispositivos disciplinares utilizados pela equipe de enfermagem no cuidado dos pacientes sob custódia e tratamento.

Por fim, em “*Batendo o cadeado*” apresento as considerações finais da minha pesquisa.

2 CONTANDO A HISTÓRIA

Neste capítulo tenho a pretensão de situar o leitor sobre o tema pesquisado e seu contexto histórico. Para tanto, com esta revisão temática, anseio descrever as condições de possibilidade que permitiram emergir os discursos sobre loucos criminosos. Primeiramente aponto a construção da identidade do sujeito louco, herança dos leprosos afastados em colônia e suas principais formas de correção ao longo dos anos. Posteriormente introduzo a ideia de doença mental instituída a partir de noções médicas e a teoria do internamento como forma de reorganização do louco.

Em um segundo momento, apresento as primeiras formas de punição aos infratores ocorridas na Idade Média e o momento histórico em que a criminalidade foi disciplinada e domesticada. Comento a inserção do poder disciplinar e a origem das casas de detenção a partir do modelo de Bentham. Posteriormente descrevo a evolução do processo de controle da criminalidade e a associação dos saberes médicos psiquiátricos junto aos juízes de direito na constituição de penas e definição de reclusões aos criminosos.

Em sequência conceituo noções que diferenciam a norma e a lei, passando à distinção entre o sujeito normal e anormal. A partir disso, destaco a noção de instinto e a introdução do saber médico como diferenciador da normalidade/anormalidade produtora da delinquência. Apresento a constituição dos manicômios judiciários como instituições totais e sua origem no sistema penitenciário Brasileiro. Finalizo descrevendo decretos e leis do Código Penal Brasileiro que possibilitam ao sujeito louco a característica de infrator.

2.1 DA EXCLUSÃO DO LEPROSO AO ENCLAUSURAMENTO DO LOUCO

Ao longo dos séculos foram percebidos os mais variados jeitos de olhar para a loucura que sempre esteve presente nas relações, assumindo diversos papéis e caracterizando-se por meio de muitos personagens. Antes do final da Idade Média a figura do louco ainda não era objeto de discursos coletivos devido à grande preocupação estar relacionada à exclusão dos doentes da lepra. Portanto, é possível afirmar que em meados do século XV a loucura não estava em evidência, pois, naquele momento, a lepra ocupava um papel central e as autoridades dirigiam seus esforços para a construção de um modelo destinado a afastar das cidades estes sujeitos que ameaçavam a ordem pública. Segundo Lockmann (2010) todas as ações relativas à lepra relacionam-se às formas de governo da época e, também, a falta de um saber sobre estes sujeitos, sobre suas doenças e sobre suas anomalias.

O fato de não conhecer a doença “assombrosa” as pessoas e, para controlar este “mal”, que sobressaltava os aglomerados humanos, era necessário constituir determinadas formas de proteção. Desconhecida, a lepra como ameaça deveria ser “retirada” de circulação e excluída do convívio diário e, para tanto, governantes e autoridades locais “inventaram” um modelo próprio para manejo, fiscalização e controle da população. Os leprosários simbolizavam esta invenção planejada e representavam o protótipo de escolha criado para segregar e aprisionar a anormalidade social constituída pela figura do leproso.

Nota-se, em primeiro lugar, que o combate é fundamentalmente ao leproso enquanto portador de um mal em última instância incurável e altamente contagioso. São as pessoas lazarentas que devem ser atingidas pelo plano de combate: elas devem ser retiradas do convívio do resto da população da cidade (MACHADO et al., 1978, p.77).

“O isolamento era imediato e incontestável e sem qualquer esclarecimento sobre a doença aos enfermos. Famílias eram separadas drasticamente, pois eram levados para as colônias apenas os acometidos pela doença” (SILVEIRA, 2012, p.8). No intuito de purificar a comunidade afastavam-se todos os indivíduos dos leproso e, além do processo de afastamento produzido, ocorria também a sua morte simbólica. Ninguém mais se interessava pelo seu paradeiro, ninguém mais tinha contato com ele, ou ficava esperando o seu retorno após a cura. De fato, sua morte havia sido consumada por meio de cerimônias e pela transmissão de seus bens a outras pessoas (LOCKMANN, 2010).

Apesar de constituir-se como um sobressalto coletivo para as pessoas durante longo período de tempo, ainda assim, a lepra deixou de existir e promoveu a abertura de canais para a construção de novos discursos e produção de outros saberes. Para Vieira (2006) ao final do século XV o problema da lepra desaparece e, com isso, surge um vazio nos espaços de confinamento. Abrem-se então as portas para criação de uma nova identidade de exclusão.

[...] Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido da exclusão, a importância no grupo social desta figura insistente e temida que não se põe de lado sem traçar a sua volta um círculo sagrado” (FOUCAULT, 2009, p.6).

Ao final do século XV a lepra foi substituída pelas doenças venéreas e seus doentes foram assumidos pelos antigos leprosários que agora se encontravam vazios. No entanto, para Foucault (2009, p.7) “não são as doenças venéreas que assegurarão, no mundo clássico, o

papel que cabia à lepra no interior da cultura medieval. Apesar dessas primeiras medidas de exclusão, elas logo assumem seu lugar entre outras doenças”.

Desaparecida a figura do leproso, permanecerá viva a estrutura da segregação vinculada aos leprosários. As doenças venéreas instalam-se na sociedade no século XVI, mas admite-se associado a ela o saber médico que a caracteriza como doença e não como irregularidade social. O espaço deixado pela lepra ainda permanece vazio, sendo necessário construir novos objetos para outros discursos excludentes e, neste contexto emergente, a loucura torna-se herança do leproso. Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, as estruturas permanecerão. “Pobres, vagabundos, presidiários e cabeças alienadas assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que a salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que o excluem” (FOUCAULT, 2009, p.6).

Para Vieira (2006) essa ruptura não promove o desaparecimento de duas importantes noções que são os valores e as imagens atribuídas ao personagem do leproso e o sentido produzido pela sua exclusão no grande grupo social. Para o autor, essas duas questões são extremamente relevantes, pois serão elas retomadas em um sentido inteiramente novo para caracterizar outro fenômeno em construção: a loucura. “A verdadeira herança da lepra deve ser buscada num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará em se apropriar. Esse fenômeno é a loucura” (FOUCAULT, 2009, p.8).

Visto surgir a lacuna deixada pela lepra e sua necessidade de ocupação, uma vez que as doenças venéreas assumem outro significado social, observa-se o sujeito louco como um novo personagem, um produto da necessidade de manutenção da ordem social. No vazio deixado pelo leproso é que a loucura adquire sua nova identidade e, assim como outros sujeitos atípicos morais, deverá ser afastada dos limites de convívio geral por ser considerada uma anomalia, ou seja, um desvio da normalidade. O personagem do louco acomoda-se ao lado de outros sujeitos da exclusão como os improdutivos para o trabalho, os pobres e outros também considerados desvios dos protótipos desejados.

Doentes venéreos, devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas, libertinos: toda uma população matizada se vê repentinamente rejeitada para além de uma linha de divisão e reclusa em asilos que se tornarão em um ou dois séculos, os campos fechados da loucura (FOUCAULT, 2009, p. 102).

É na Renascença que observamos emergir novos e diferentes discursos sobre a loucura. No início do período permitia-se aos portadores da alienação mental a circulação livre por campos ao redor das cidades, porém, com a invenção de outros padrões de marginalização, não mais foi admissível sua permanência nas comunidades. “Não havia uma

tentativa de erradicar a loucura por completo da existência humana e da sociedade, ainda que expulsassem os loucos das cidades. Eles eram excluídos, mas não socialmente temidos ou perseguidos” (OKSALA, 2011, p. 27).

Neste período, muitos loucos foram escorraçados de suas cidades sendo transportados por navios e barcos como bagagens indesejadas, ficando a cargo de marinheiros e barqueiros que os abandonavam em portos de cidades por onde passavam. Deixados juntamente com outras cargas, os loucos circulavam entre cidades e muitas vezes eram devolvidos, colocados dentro dos barcos novamente, podendo um dia retornar à sua cidade de origem ou, talvez, nunca mais serem vistos. Um exemplo desta realidade é *Narrenschiff*, a Nau dos Insensatos, que navegava nos rios da Europa renascentista transportando sua carga insana de uma cidade para outra (FOUCAULT, 2009).

Na paisagem imaginária da Renascença, a Nau dos Loucos ocupava um espaço fundamental porque transportava tipos sociais que embarcavam em uma grande viagem simbólica em busca de fortuna e revelação dos seus destinos e de suas verdades. Junto com a *Narrenschiff*, havia diferentes personagens, mas aqui o louco ocupava o papel de carga depositária (VIEIRA, 2006/2007, p.3).

Segundo Oksala (2011) durante o Renascimento a loucura era considerada parte da vida cotidiana e se referia a um tipo especial de sabedoria sobre a condição humana. Já no período Clássico tornou-se enclausurada por sua oposição à razão humana e ocupou os espaços de tratamento abandonados pelos leprosos desde a Idade Média. “A proposta de organização e funcionamento da cidade deve excluir o louco da livre circulação em seu interior visto que ele representa um foco de perigo” (MACHADO et al., 1978, p. 380).

Observa-se que, nesta parte da história, as casas de confinamento não se reportavam apenas a exclusão dos doentes mentais, mas eram habitadas por todos aqueles considerados ociosos, improdutivos e de desvio moral, incluindo-se pobres, doentes, desempregados e infratores. Neste contexto, ocorre a ligação da loucura com o sistema de internamento, as denominadas casas de correção, porém, não como um estabelecimento no sentido de cura e sim como uma estrutura jurídica que julga e executa penalizações aos desorganizadores da ordem social dos espaços. Para Oliveira (2009) os asilos para leprosos, prostitutas, loucos, ladrões e vagabundos representavam um espaço de recolhimento de marginalizados, enfim, um lugar para todos aqueles que simbolizavam ameaça à lei e à ordem social.

Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, agora vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de polícia que se refere à ordem dos indivíduos na cidade. Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar, agora é excluído porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis e os

vagabundos. De fato, ele continua a vagar não mais no caminho de uma estranha peregrinação, agora, ele perturba a ordem do espaço social (FOUCAULT, 2009, p.63).

Suplícios, correntes e castigos condicionavam o louco à ideia da necessidade de correção da anormalidade e de forma comum, eram asilados ao lado de outros personagens como os presos, os pobres e os ociosos. As casas de internamento do período clássico possibilitaram a construção de um discurso muito particular e a função de conduzir a verdade através da coação moral. “Há todo um aspecto, quase pedagógico, que faz da casa de internamento uma espécie de local para conduzir a força da verdade que aplica uma coação moral tão rigorosa quanto necessária para que a luz se torne inevitável” (FOUCAULT, 2009, p.99).

Permanecendo como objeto de discurso, a loucura promove fascínio entre os homens e passa a ser interpretada como oposto a razão humana deixando de ser entendida como apenas parte constituinte da existência. A racionalidade idealizada torna possível a diferenciação entre o normal e o anormal, permitindo transpor ao louco o complemento de irracionalidade associado ao antigo rótulo da exclusão por improdução. No período Clássico os loucos não eram confinados apenas fisicamente, mas sofriam da exclusão conceitual do domínio da razão (OKSALA, 2011).

Ao final do século XVIII a loucura assume uma nova dimensão e o asilo psiquiátrico destaca-se como instrumento de correção, porém não mais em relação ao desvio moral produzido por ela. O discurso da doença circula associado à figura do louco e este deixa de ser tratado como um estranho que necessita de castigos para tornar-se novamente indivíduo moral. Samuel Tuke e Philippe Pinel introduzem o conceito de doença mental e inserem métodos de cura não tão diferentes dos antigos modelos de coação das casas de correção, aprisionando-os a normas morais da sociedade. “[...] no asilo de Tuke os pacientes eram obrigados a praticar etiqueta social apropriada ao chá inglês: faziam o papel de convidados e os funcionários de anfitriões [...]” (OKSALA, 2011, p.26). Para a autora, os novos protótipos de tratamento propostos se baseavam em castigos que induziam ao doente certa responsabilidade e, ao tornar-se responsável e culpado, o louco encontrava a luz de sua razão.

[...] através da culpabilidade o louco se torna objeto de punição, sempre oferecido a si mesmo e ao outro, e do reconhecimento dessa condição de objeto, da tomada de consciência de sua culpabilidade, o louco deve voltar a sua consciência de sujeito livre e responsável, e, por conseguinte retornar à razão (FOUCAULT 2009, p. 479).

Os modelos de tratamento definidos por Pinel e Tuke se apoiavam nos saberes de um mundo moralista e positivista que predominava na época e seus métodos de controle e tratamento proporcionaram além de experiências não conclusivas, marcas tão profundas quanto a humilhação deixada pelas correntes e suplícios. O louco enquanto ser humano dotado de razão não era capaz de ser louco, mas o louco enquanto louco deveria sentir-se responsável por tudo aquilo que poderia perturbar a moral e a sociedade e assim, deveria acusar a si mesmo pelos castigos a receber (FOUCAULT, 2009).

O asilo psiquiátrico constituído na era positivista não era organizado como um espaço livre do domínio da observação, do diagnóstico e da terapêutica. Mas um espaço judiciário onde o louco é acusado, julgado e condenado e, nele só se consegue a libertação pela reversão desse processo psicológico da culpabilidade, isto é, pelo arrependimento. “A loucura será punida no asilo, mesmo que inocentada fora dele” (FOUCAULT, 2009, p. 496).

Foucault (2012b) revela que o papel do asilo do século XVIII é permitir a descoberta da verdade da doença mental, afastando tudo que possa mascará-la, confundi-la, dar-lhe forma aberrante, alimentá-la e também estimulá-la. Deve-se subjugar todo o caráter de certos doentes, vencer suas pretensões, domar seus arroubos, quebrar seu orgulho, ao passo que deve excitar e encorajar os outros. Assim, ele estabelece a função curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e classificação.

A partir dessa nova realidade a teoria médica do internamento materializa a relação entre loucura e correção, caracterizando o saber médico como diferenciador da normalidade e anormalidade. Neste sentido, é abandonada a imoralidade social que promovia a circulação do discurso da exclusão da loucura promovendo a inclusão de um novo saber, a teoria do patológico (FOUCAULT, 2009; 2011). Passamos então a um novo sistema que objetiva tratar o louco não mais como um amoral e sim como doente mental.

Neste período da história o médico assume papel crucial no tratamento da doença mental. O internamento do século XIX objetiva a reconstrução e reorganização da pessoa tida como doente mental e busca uma transformação do sujeito para alcance do homem como modelo social idealizado, ou seja, o homem livre de doença. A loucura agora medicalizada torna-se disciplinada por novos métodos químicos diferenciadores dos suplícios e coação moral dos séculos passados. Loucos não mais se apresentam furiosos, perigosos e como risco à sociedade. Eles passam a ser recolhidos nos hospitais psiquiátricos.

Todas as técnicas e ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições, como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repressões, disciplina religiosa,

trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes a servidão entre doente e médico – tinham por função fazer o personagem do médico “mestre da loucura”; aquele que faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de tê-la sabiamente desencadeado (FOUCAULT, 2012b, p. 203-204).

O hospital psiquiátrico tornou-se um estabelecimento de internação para tratamento produzido por necessidades econômicas e sociais. Para Foucault (2002) se tudo isso se produziu nesta época é porque a partir do século XIX o desenvolvimento industrial se acelerou e, como primeiro princípio do capitalismo, as hordas de desempregados proletários eram consideradas como um exercício de reserva da força de trabalho. Por estas razões, os que não trabalhavam, sendo capazes de trabalhar, a saber, os loucos, foram deixados dentro dos estabelecimentos e considerados pacientes cujos distúrbios tinham causas que se referiam ao caráter ou à natureza psicológica.

No século XIX, apesar da emergência de um aparato que corrige e classifica a loucura, ainda há necessidade de criar espaços para analisar e tratar aqueles que, de certa forma, fora de suas plenas capacidades mentais, descumprem as regras e ordens de convívio social. Nestas situações em que o louco se insere, faz-se necessário “pagar” aos demais membros da sociedade pelo desrespeito à ordem legal dos espaços.

Na época, os manicômios judiciais ganharam força, visto que foi na modernidade que a prisão configurou-se como método de punição substituindo as formas usuais de suplícios corporais. Se, nos séculos passados, loucos e criminosos ocupavam os mesmos espaços em asilos para reclusão e eliminação da perturbação da ordem social, agora, sob novas leis que determinam regras disciplinares para um e para outro, cada um tem seu espaço reservado. Certamente, infringir estas regras impõe também necessidade de punir, agora de forma específica, cada categoria de indivíduo. Os saberes médicos associam-se aos saberes jurídicos na definição de penas criminais e assim, loucos e infratores já não mais ocupam os mesmos lugares de reclusão, tratamento e reabilitação.

2.2 DA PUNIÇÃO DO CORPO À RESTRIÇÃO DA LIBERDADE

Acendeu-se o enxofre, mas o fogo era tão fraco que a pele das costas da mão mal sofreu. Depois, um executor, de mangas arregaçadas acima dos cotovelos, tomou umas tenazes de aço preparadas *ad hoc*, medindo cerca de um pé e meio de comprimento, atezou-lhe primeiro a barriga da perna direita, depois a coxa, daí passando às duas partes da barriga do braço direito; em seguida os mamilos (FOUCAULT, 2010a, p.10).

Durante a Idade Média os suplícios corporais como amputações, queimaduras, esquartejamento, até a eliminação da vida pela guilhotina manipulada pelos carrascos³ foram utilizados como métodos de punição aos infratores. “O corpo era tomado como objeto da aplicação da punição, corroborando a expectativa social de que o criminoso necessitava sofrer, muitas vezes até a morte pelo ato considerado danoso que praticara” (LEITE, 2011, p. 20).

Foucault (2010a) demonstra, através de seus escritos, que é no século XIX que observamos o desaparecimento deste espetáculo de punição física, excluindo-se o castigo e a encenação da dor, para a época da sobriedade punitiva. O poder sobre o corpo tampouco deixava de existir totalmente e a pena do sujeito não mais se centralizava no suplício como uma técnica de sofrimento, passando à perda de um bem ou de um direito. O modelo de aplicação de punições aos infratores tinha como objetivo disciplinar e normalizar a criminalidade, controlando sujeitos delinquentes visando sua domesticação. Os castigos aplicados nas prisões tinham elementos punitivos que incluíam desde trabalhos forçados até privação pura e simples de liberdade, redução alimentar, penúria sexual, expiação física e reclusão por tempo indeterminado.

O suplício corporal como método de controle e coação não mais era evidenciado neste período da história, porém, idealizava-se produzir indivíduos reformados que, após aplicação da pena, estariam corrigidos e aptos ao retorno social. “[...] ser punido deveria despertar a consciência no indivíduo por seus atos, sendo a condenação a marca de um sinal negativo e vergonhoso” (LEITE, 2011, p.22). Para Kummer (2010) o direito penal que julgava crimes e delitos utilizava noções de igualdade e racionalidade entre os homens e as penas tinham a finalidade de intimidar e convencer, pela inevitabilidade do castigo, que “o crime não compensa”. A punição deveria ter relação com o delito cometido independente da pessoa que o tenha praticado e a conduta a ser tomada visava eliminar arbitrariedades sociais.

Para Foucault (2012b) muito antes do século XVIII juristas e reformadores haviam sonhado com uma sociedade uniformemente punitiva, na qual os castigos seriam inevitáveis, necessários e iguais. Por isso, os grandes rituais de castigos, que foram os suplícios, desaparecem diante da universalidade punitiva que se concretiza no sistema penitenciário. Houve a “invenção” de uma técnica de vigilância, controle, identificação dos indivíduos e enquadramento de seus gestos. A tecnologia do poder apurado e cotidiano tornou a prisão importante figura da era das disciplinas e poder sobre o corpo.

³Carrasco, algoz, executor ou verdugo são nomes dados ao funcionário diretamente encarregado da execução de uma sentença de pena de morte(MICHAELIS, 2009).

O projeto de Jeremy Bentham para uma prisão ideal, o Panóptico, datado de 1791, constituiu o paradigma para conceber um novo tipo de poder: o poder disciplinar. Em vez de basear-se na figura do soberano, o novo tipo de poder era anônimo e mecânico. Não funcionava por meio de restrições externas e violência espetacular, operava através da internalização de um olhar discreto e vigilante. O Panóptico de Bentham se caracterizava pela distribuição espacial do poder, visando um saber mais detalhado e preciso dos sujeitos, oferecendo ferramentas detalhadas e sutis de moldar comportamentos. Nele é possível punir e recompensar até desvios insignificantes em relação à norma (OKSALA, 2011).

Machado et al. (1978) apontam as primeiras descrições sobre o sistema prisional como casas de reclusão na forma de edifícios estreitos que não permitiam a entrada de ar ou luz em seu interior. A cadeia era um espaço fechado onde os presos ficavam amontoados, com vestimentas esfarrapadas ou nus e mal alimentados, com um regime alimentar baseado em pão e água, às vezes tão limitado que muitos morriam de inanição. O ajuntamento representava um perigo na medida em que permitia a possibilidade de planejamento de fugas, resistência e degradação. Esta aglomeração significava impossibilidade de ordenar e estabelecer controle e, diante esta realidade, a construção arquitetônica planejada por Bentham tinha objetivo de reduzir a desordem, o amontoamento, a insalubridade e a imoralidade.

O Panóptico era uma construção em anel localizada na periferia, no centro havia uma torre com grandes janelas que se abriam para a parte interior do anel. A construção periférica era dividida em celas, cada uma ocupando toda a largura da construção. As celas possuíam duas janelas que se abriam para o interior e exterior, permitindo que a luz atravessasse de um lado a outro. Um vigia era colocado na torre central e em cada cela um condenado. Devido ao efeito da contraluz, as pequenas silhuetas prisioneiras nas celas eram destacadas. Invertia-se o princípio da masmorra: a luz e o olhar de um vigia captavam melhor que o escuro que, no fundo, protegia (FOUCAULT, 2012a).

Mais importante do que vigiar era saber que se estava sendo vigiado. Esse modelo proposto que substituíra os castigos e as punições físicas tinha o objetivo de moldar condutas através de uma relação de poder e saber sobre o corpo, constituído por práticas de controle, regras e disciplina. Era preciso que o prisioneiro fosse mantido em olhar permanente e necessário que fossem registradas e contabilizadas todas as anotações que se pudessem tomar sobre eles (FOUCAULT, 2010a). A prisão de Bentham tornou-se local de execução da pena e observação daquele que está sendo punido. Permitiu a construção de um saber específico sobre os sujeitos ao conhecer especificamente comportamentos e individualidades. Castro

(2009, p.342) descreve que a “a prisão é, de fato, um lugar de observação dos indivíduos, um sistema de documentação individualizante e permanente”.

Segundo Foucault (2010a) a prisão não deve apenas conhecer a decisão de juízes e aplicá-la em função dos regulamentos específicos. Ela deverá coletar permanentemente do detento um saber que permitirá transformar a medida penal em uma operação penitenciária, fazendo da pena um processo de modificação de comportamento que, ao final, tornará o infrator útil para a sociedade. É como condenado que o infrator se constitui como objeto de saber possível e torna-se sujeito do aparelho penitenciário, transformando-se em delinquente.

O que interessa ao delinquente não é necessariamente o delito que cometeu como infrator e sim a sua sujeição. “A constituição do meio delinquente é absolutamente correlativa da existência da prisão” (FOUCAULT, 2012b, p. 33). A operação penitenciária, para ser uma verdadeira reeducação, deve totalizar a existência do delinquente, tornar a prisão uma espécie de teatro oficial e coercivo. O delinquente está amarrado ao seu delito por um feixe de fios complexos: instintos, pulsões, tendências e temperamentos (FOUCAULT, 2012a).

A partir do século XIX a crescente urbanização, industrialização e os conflitos sociais tornaram necessário que juízes de direito solicitassem a presença de psiquiatras em tribunais e julgamentos jurídicos para esclarecer associações entre crimes e loucura, visto que a população nos grandes centros urbanos aumentou gradativamente e conseqüentemente, a criminalidade. A presença dos psiquiatras nos tribunais partiu da necessidade de explicar os crimes cometidos por pessoas que não possuíam nenhuma patologia aparente e também, diferenciar infratores portadores de doença mental dos demais cidadãos comuns que cometiam atos criminosos. Segundo Foucault (2010a) um processo global levou juízes a julgar coisas bem divergentes de crimes e, o poder de julgar foi transferido, em parte, a instâncias que não eram as dos juízes da infração. Assim, a operação penal carregou-se de elementos e personagens extrajurídicos.

O psiquiatra se torna efetivamente um juiz [...]. E, inversamente, o juiz vai se desdobrar diante do médico. Porque, a partir do momento em que ele vai efetivamente pronunciar seu julgamento, isto é, sua decisão de punição, não tanto relativa ao sujeito jurídico de uma infração definida como tal pela lei, mas relativa a este indivíduo que é portador de todos esses traços de caráter assim definidos, a partir do momento em que vai lidar com esse duplo ético-moral do sujeito jurídico, o juiz, ao punir, não punirá a infração (FOUCAULT, 2010b, p. 21).

Diante desse sistema de julgamento que inclui decisões jurídicas em associação ao saber científico, faz-se necessário estabelecer formas específicas de tratamento e julgamento dos sujeitos infratores. As prisões tornam-se locais exclusivos para disciplina, normalização e

controle, pois a privação de liberdade instaura-se como forma punitiva de delitos individuais, visto que ser livre sempre foi tido como bem maior e comum a todos. Para Leite (2011), a liberdade passou a ser alvo da justiça no processo de penalização dos crimes e sua perda ou diminuição teria o mesmo custo ou o mesmo valor para todas as pessoas.

Neste sentido, a prisão moderna é institucionalizada como modelo operante dos métodos aplicativos da punição restritiva de liberdade, além de produzir e fabricar subjetividades, tornando possível a construção do indivíduo reformado socialmente. O sujeito infrator, além de punido será transformado, domesticado, disciplinado e normalizado através da aplicação de técnicas de adestramento e disciplinamento específicas do sistema prisional. “[...] o objetivo do poder disciplinar não é reprimir interesses ou desejos, mas constituir pessoas como normais” (OKSALA, 2011, p. 76).

“O isolamento no espaço da prisão constituiu uma das estratégias para docilização dos indivíduos aprisionados [...]” (LEITE, 2011, p.24). Para Oksala (2011) o objetivo da prisão moderna não é simplesmente punir, mas reeducar e reformar o criminoso. A intervenção da Psiquiatria no campo do Direito constituiu parte do deslocamento da prática penal que tinha foco no crime e passou a ter foco no criminoso. Deste modo, a nova ideia de sujeito perigoso implicava em punir e corrigir, o que resultou no surgimento de outros tipos de instituições e práticas de controle.

2.3 DO INSTINTO COMO GABARITO DO CRIME

No século XIX surge o domínio da anomalia, constituído a partir da noção de monstrosidade e diferenciado por três elementos: o monstro humano, o indivíduo a corrigir e o onanista. Para Foucault (2010b, p. 47) a noção de monstro é essencialmente uma noção jurídica, pois o que define o monstro é o fato de que ele se constitui, em sua existência mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da sociedade, mas uma violação das leis da natureza. Tucheran (1999) descreve que a figura da monstrosidade exerceu função simbólica fundamental e conduziu o monstro como uma aberração, introduzindo, como oposição lógica, a crença na necessidade da existência da “normalidade” humana, do corpo lógico.

O indivíduo corrigido faz parte da genealogia da anomalia e da anormalidade. Segundo Foucault (2010b, p. 49) “o contexto de referência do monstro era a natureza e a sociedade, o conjunto das leis do mundo: o monstro era um ser cosmológico ou anticosmológico”. Para Castro (2009) a monstrosidade representa o desdobramento,

mediante o jogo da natureza, de todas as irregularidades possíveis. O monstro se apresenta como o princípio da compreensão da anomalia e é preciso buscar o que há de monstruoso, mesmo em pequenas irregularidades. O espaço do indivíduo a corrigir é muito mais restrito do que o do monstro na medida em que as instituições e a família, com suas regras e métodos, fracassaram. O anormal não se apresenta apenas como um monstro empalidecido, mas também como um incorrigível que deverá ser colocado em meio apropriado de correção.

Para Foucault (2010b) o indivíduo a ser corrigido é específico da Idade Clássica e seu contexto de referência é muito mais limitado. Apresenta-se no sistema de apoio que existe entre a família, e depois, entre a escola, a oficina, a rua, o bairro, a paróquia, a igreja e a polícia. Nota-se que o monstro se diferenciava por ser considerado exceção e o indivíduo corrigido, fenômeno do século XIX, evolui através da ideia de corrigir toda e qualquer irregularidade.

Segundo Castro (2009) a norma é a regularidade da vida dos homens, um processo de normalização que se exerce sobre as pessoas e a sociedade. Refere-se aos atos e condutas dos indivíduos a um domínio que é, ao mesmo tempo, um campo de comparação, de diferenciação e de regras a seguir. Já a lei, específica dos atos individuais, qualifica os atos individuais como permitidos ou proibidos e, a partir desta separação, busca a condenação. Na lei, não há separação entre o exterior e na anormalidade, as condutas são sempre aceitáveis ou condenáveis.

Para Foucault (2008) entre a lei e a norma há uma relação fundamental: todo o sistema legal se relaciona a um sistema de normas. Há intrinsecamente na lei algo que poderíamos chamar de normatividade, que é inerente a lei, fundadora talvez da mesma, não podendo ser confundida com os processos, procedimentos e técnicas de normalização. A lei se refere a uma norma e tem por função codificá-la. Nas margens do sistema da lei, ou até mesmo na contramão, é que se desenvolvem as técnicas de normalização.

No século XIX, a psicopatia acreditava situar-se em referência a um homem normal, considerado anterior a toda a experiência de doença. O anormal promoveu a inserção de determinados mecanismos de correção, sendo a disciplina utilizada como forma de regulação destes sujeitos (FOUCAULT, 2009). “[...] a disciplina estabelece os procedimentos de adestramento progressivo e de controle permanente e, enfim, a partir daí, estabelece a demarcação entre os que são considerados inaptos, incapazes e os outros” (FOUCAULT, 2008, p. 75).

Para Castro (2009), na ordem das condutas, o anormal é referido ao corpo e a norma entendida como regra de conduta, se opondo à desordem, à excentricidade e ao desvio na

ordem dos comportamentos. A norma como regularidade funcional se refere ao patológico, ou seja, ao mau funcionamento do organismo. Segundo Foucault (2008) a normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo considerado ótimo, construído em função de certo resultado. Já a operação de normalização consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conforme este modelo. É normal quem é capaz de se conformar a esta norma e anormal quem não é capaz.

Na experiência clínica patológica as variações não se afastam, elas se repartem por si mesmas, se anulam na configuração geral porque se integram no domínio da probabilidade. Por mais inesperadas e extraordinárias que sejam nunca saem dos limites e o anormal ainda é uma forma de regularidade (FOUCAULT, 2010b). Regular toda e qualquer irregularidade passou a manifestar-se cada vez a partir do século XIX, período onde a medicina tornou-se mais voltada à relação normalidade/anormalidade do que à saúde do indivíduo. “A sociedade de normalização é uma sociedade fundamentalmente medicalizada⁴” (CASTRO, 2009, p.310).

Foucault (2011) refere-se à medicina do século XIX, destacando seu prestígio como ciência da vida. Destaca seu papel como ciência do homem, ligada originalmente não ao caráter compreensivo e transferível dos conceitos biológicos, mas ao fato de que estes conceitos se dispõem em um espaço cuja estrutura profunda responde à oposição entre o sadio e o doente. O homem normal é uma criação. É preciso situá-lo, não em num espaço natural, mas em um sistema que identifique o sujeito de direito (FOUCAULT, 2009).

De modo geral, é possível dizer que a medicina do século XVIII direcionou-se muito mais à saúde do que a normalidade, não apoiando a análise de funcionamento “regular” do organismo para procurar seu desvio e seu distúrbio na tentativa de restabelecê-lo. Já a medicina do século XIX regulou-se mais, em compensação, pela normalidade do que pela saúde. Quando se falava em vida dos grupos e das sociedades, não se pensava somente na estrutura interna do ser organizado, mas na bipolaridade médica do normal e do patológico. Se as ciências do homem aparecem no prolongamento das ciências da vida, é talvez porque estejam biologicamente fundadas, mas também porque estavam medicamente caracterizadas.

⁴No Brasil, as primeiras pesquisas relacionadas à história da medicina e da psiquiatria, orientadas pelas proposições de Michael Foucault, têm como fio condutor o livro *Danação da Norma* de Roberto Machado et al., publicado em 1978. A obra propicia uma corrente de pesquisas relacionadas à temática da “medicalização da sociedade” a partir dos cuidados de saúde desenvolvidos pela Coroa portuguesa no país associada aos saberes médicos, boticários e cirurgiões para fortalecimento do Estado. Identifica a vinda da família real como marco teórico para o processo de medicalização da sociedade brasileira a partir de criação de modelos estatísticos sobre a saúde da população, através do controle de taxas de natalidade e mortalidade. O foco era prevenir a ocorrência de doenças por meio da normalização da população e o objetivo principal era não mais ter doenças e sim, saúde. Através da medicina social, em um primeiro momento, a psiquiatria passa a ter necessidade de enclausurar o louco e não havia sentido em tratá-lo. Evidenciou-se, nesta época, o fortalecimento dos conceitos de normalização e disciplinamento.

O modelo de homem, suas condutas, realizações individuais e sociais constituía um campo dividido pelo saber do normal e do patológico (FOUCAULT, 2011).

Canguilhem⁵ (2009) refere que a identidade do normal e do patológico é firmada em proveito do conhecimento do normal e a experiência humana atribuiu valores opostos aos conceitos a partir do século XIX. Os sintomas patológicos são a expressão das relações entre o organismo e o meio, que correspondem à norma, modificados pela transformação do organismo, e pelo fato de muitas coisas que eram normais para o organismo normal, não o serem mais para o organismo modificado. No trato do normal e do patológico, pode-se compreender certa relação na identificação da loucura. Na Idade Clássica, o indivíduo louco não possuía credibilidade legitimada a outros indivíduos considerados normais conforme descrito por Foucault (2010c, p. 10) “o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros”. Porém, a partir da segregação patológica da doença, a loucura começa a ser considerada anomalia e necessita de correção apropriada. Na Modernidade passa a ser domínio da Medicina que através de seus métodos de ajuste conduz a loucura ao universo do saber médico e da disciplina. A manutenção da calma e da ordem se fazia necessária, pois sem a regularidade não havia possibilidade de observação.

Para Foucault (2006) a condição do olhar médico, sua neutralidade e a possibilidade de ter nele o objeto, é condição efetiva para a possibilidade de certa relação de ordem, distribuição do tempo, dos espaços e dos indivíduos. O asilo é local de observação exata e cura permanente, ou seja, a própria operação terapêutica. Logo, a condição da relação com o objeto e objetividade do conhecimento médico, e a condição de operação terapêutica são as mesmas: a ordem disciplinar. No contexto da disciplina o sistema prisional tornou-se a forma mais generalizada de controle da criminalidade nos séculos XVIII e XIX desenvolvendo a principal ideia de adestramento e controle das pessoas por meio da reclusão.

“[...] e o papel do psiquiatra em matéria penal? Não será perito em responsabilidade, mas conselheiro da punição; cabe-lhe dizer se o indivíduo é perigoso, de que maneira se proteger dele, como intervir para modificá-lo, se é melhor tentar reprimir ou tratar” (Foucault, 2010a, p.25).

⁵A obra *O Normal e o Patológico*, tese de doutorado de Georges Canguilhem publicada em 1943, desenvolve conceitos que discutem a diferenciação do estado patológico de anomalia, o ser doente de doença e o normal do anormal. O autor faz uma distinção entre anomalia e estado patológico, e observa que, normalmente atribui-se a indivíduos comuns, a responsabilidade de identificar outros seres como normais ou não. Atualmente a obra é referida por contribuir com uma forte argumentação explorando diferentes visões acerca do que pode ser concebida como saúde ou como doença, além das políticas terapêuticas implicadas nessas visões.

A temática prisional disciplinar e punitiva instaurada em nossa sociedade desde o século XVIII desencadeou nova forma de controle pelo Estado e aboliu as formas medievais de suplícios. Os diversos atores das mais variadas infrações e delitos sociais deixaram de ocupar os mesmos espaços dos sujeitos de ócio e passaram a ser domesticados de forma diferenciada, através de um sistema próprio de julgamento com definição de penas que não mais buscavam a dor e a exposição corporal como penitência, mas sim a reforma de pessoas por meio de confinamento em regime. “O sistema moderno de correção de corpos busca a domesticação e para tanto, utilizou práticas de reclusão e confinamento para manutenção do disciplinamento das pessoas” (OKSALA, 2011, p. 63).

O sistema prisional era utilizado como mecanismo de controle de pessoas normais que necessitavam de reeducação e disciplinamento para que então, fossem devolvidas à sociedade apresentando novo modelo comportamental. Porém, este sistema não era passível de ser aplicado a todas as pessoas, sendo necessária a constituição de um modelo diferenciado para os sujeitos irracionais e infratores, ou seja, os inimputáveis⁶. Para tanto, surge a ideia de criar uma instituição específica para tratamento, reforma, reeducação e domesticação deste indivíduo e assim, passam a existir os manicômios penitenciários criminais modernos.

Segundo Correia L.C. (2007) era necessário articular o saber médico ao poder do Estado para julgamento das ações cometidas pelos loucos infratores e, neste contexto, a Psiquiatria Forense instaurou-se como campo de doutrina. O “manicômio criminal” nasceu da fusão das duas clássicas instituições totais que a sociedade moderna criou para punir as formas mais graves de não adaptação às regras sociais: a prisão e o manicômio psiquiátrico.

Cada período histórico produziu processos de marginalização e segregação de determinados setores sociais e esses processos relacionam-se com a estrutura econômica de cada sociedade, formas culturais e políticas na tentativa de legitimar os mecanismos de exclusão. Para seu funcionamento, cada sociedade organizou também modelos judiciais e repressivos que qualificaram, rotularam e puniram determinadas condutas ou personalidades (BRAVO, 2007). No Brasil, os manicômios criminais surgiram no século XX, a partir da necessidade de atenção e tratamento aos loucos infratores que já não mais poderiam permanecer internados em hospital psiquiátrico devido sua periculosidade e grande dificuldade de controle de suas condutas. Desta forma, a sociedade moderna produziu meios para confinamento destes sujeitos e o manicômio criminal passou a ser o local ideal para seu tratamento, reeducação, disciplinamento e reforma.

⁶Inimputável é o sujeito que por anomalia mental, psíquica ou retardo, não pode responder por si judicialmente.

2.4 DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO COMO INSTITUIÇÃO TOTAL

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1974, p. 11).

A Idade Média caracterizou as prisões e os manicômios como local destinado à (re)socialização de indivíduos que, reclusos por determinado período de tempo, estariam aptos ao convívio social através do uso de técnicas de disciplinamento. Segundo Melo e Renata (2008) essas instituições, ao serem estudadas com mais detalhes, receberam o nome de instituições totais e caracterizam-se principalmente por serem estabelecimentos fechados, funcionando sob regime de internação, onde um grupo de pessoas internadas fica subordinado a um grupo menor que dirige a instituição.

Goffman (1974) organiza as instituições totais em cinco agrupamentos: aquelas criadas para cuidar de pessoas incapazes e inofensivas, como as casas de idosos, órfãos e indigentes; os estabelecimentos para cuidar de pessoas que são incapazes de cuidar de si mesmas e que representam também uma ameaça à comunidade, como os sanatórios para doentes mentais e tuberculosos; aquelas constituídas para proteger a sociedade contra os perigos intencionais, a exemplo dos presídios; aquelas estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado uma tarefa de trabalho como quartéis e escolas e, os estabelecimentos criados para refúgio do mundo representados por mosteiros e casas para religiosos. Estas instituições totais tendem a se materializar em dispositivos concretos, em organizações e estabelecimentos tais como escolas, fábricas, prisões e hospitais. Estes nasceram originalmente com uma função religiosa e filantrópica, de internação geral de pessoas pobres. Para Brito e Dimenstein (2008) os hospitais tinham o intuito, primeiramente, de “higienizar” o espaço urbano público, retirando das ruas prostitutas, doentes, bêbados, mendigos, loucos e qualquer pessoa que fosse considerada uma ameaça à ordem social.

Até o início do século XVIII, o hospital era uma instituição destinada aos pobres, mas também de separação e exclusão dos portadores de doença e seu possível contato, portanto, os perigosos. Nesses locais de internamento, onde se misturavam diversos personagens, era possível observar uma espécie de instrumento misto de exclusão e assistência, com possível transformação espiritual, em que a função médica ainda não aparecia (FOUCAULT, 2012a). A partir desse momento surgem críticas à organização da estrutura hospitalar forçando mudanças no sentido de transformar o hospital de uma hospedaria de indigentes para uma

instituição médica, tornando-se lugar de exame, tratamento e cura (BRITO; DIMENSTEIN, 2008).

Para Foucault (2012a) o primeiro fator que levou a Medicina a fazer parte destas instituições não foi a ação positiva sobre o hospital e o doente, mas a anulação dos efeitos negativos do hospital. Primeiramente, não se procurou medicalizar o hospital, mas purificá-lo dos efeitos nocivos e da desordem acarretada, ou seja, das doenças que ele poderia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado. Assim, foi através da introdução da disciplina, como um conjunto de técnicas no espaço confuso do hospital, que tornou possível a sua medicalização. As razões econômicas, o valor atribuído ao indivíduo e o desejo de evitar que as epidemias se propagassem explicam o esquadramento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas, se a disciplina torna-se médica, se o poder disciplinar é confinado ao médico, isso só foi possível devido a uma transformação no saber médico.

A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro lado, à transformação do saber e das práticas dos médicos. Com o surgimento da Psiquiatria e das disciplinas a ela relacionadas, o confinamento do louco passou então a ser legitimado cientificamente, para conhecimento e tratamento, bem como medida de segurança frente à sua periculosidade. Assim, surgiram os hospitais especializados, os hospícios, separando os loucos dos demais, a fim de tratá-los através da reeducação disciplinar da mente alienada e impondo normas de conduta ou desencorajando comportamentos impróprios. A isso se deu o nome de tratamento moral (BRITO; DIMENSTEIN, 2008).

A disciplina é uma técnica de exercício de poder que foi não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII e transformou-se em uma técnica de gestão dos homens. São métodos que permitem controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade (FOUCAULT 2010a, 2012a). A disciplina fabrica corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. Para Benelli (2002) um mecanismo penal autônomo funciona no interior das diversas instituições disciplinares, possuidor de um privilégio auto-outorgado de fazer justiça, de impor leis próprias, elaborar catálogo de delitos específicos, criar instâncias de julgamento e formas particulares de sanção. Uma ordem jurídica se inscreve no cerne dessas instituições: os regulamentos obrigam tanto quanto a sanção legal no campo jurídico, sanção terapêutica no hospital, pedagógica na escola e reeducativa na prisão.

No contexto das instituições totais os manicômios judiciários integram uma conjunção de agrupamentos entre as instituições responsáveis pelo cuidado dos incapazes e aquelas destinadas à proteção do todo social. Constituem-se como instituições com duplo objetivo, ou seja, custodiar e tratar doentes mentais perigosos, um misto de hospital psiquiátrico e presídio. Essas instituições recebem pessoas que cumprem medida de segurança⁷, imposta quando o sujeito comete um delito e não tem a capacidade plena ou parcial de entender o caráter ilícito do seu ato e/ou de determinar-se frente a ele. Portanto, entram em jogo duas categorias: o crime e a doença mental, quando essas apresentam relação de nexos e causa (BRASIL C. S.; COELHO E. R.; BRASIL R. S.2009).

Benelli (2003) descreve que há grandes similaridades entre as instituições totais. Para o autor, todos estes estabelecimentos utilizam mecanismos de segregação, estratificação social e modelagem da subjetividade, alternando punições, recompensas e a estratégia de dividir para controlar, que não são necessariamente diferentes das relações de dominação e subjetivação dos processos de poder em vigor em toda e qualquer sociedade. Porém, nestes locais os mecanismos produtores de subjetividade são intensificados. Na Europa, os manicômios criminais começam a surgir na segunda metade do século XIX, a partir da fusão de duas clássicas instituições totais que a sociedade moderna criou para castigar as formas mais graves de não adaptação às regras sociais: a prisão e o manicômio (CORREIA, 2007). Essa união propiciou a edificação de um local específico para tratamento e julgamento de loucos criminosos, pois estes já não mais poderiam ser encaminhados às prisões por não serem considerados sujeitos conscientes ao regime punitivo carcerário.

Além dos hospitais psiquiátricos operarem como locais para pessoas com transtornos mentais, nesta mesma época começam a funcionar os espaços asilares como sistemas a receber os ditos loucos criminosos. Correia (2007) descreve que os manicômios judiciários compuseram-se como dispositivos que redigem uma estratégia fundamentada no perigo que a figura do louco representava, e promoveram-se como lugar específico para a loucura criminosa que se sustentava fora da rede de assistência psiquiátrica. Para o mesmo autor, a opção pela exclusão a partir do estabelecimento da diferença entre loucos e loucos criminosos não mais poderia ser o simples hospício.

O primeiro Manicômio Judiciário no Brasil foi criado em 1921 no Rio de Janeiro, após uma grande rebelião no Hospício Nacional, quando houve necessidade imediata em estabelecer um local específico para acomodar os internos mais perigosos (FERLA, 2005).

⁷Tipo de pena aplicada aos indivíduos inimputáveis que cometeram delitos.

Deste modo, o Brasil seguiu o exemplo dos Estados Unidos e da Europa que há muito tempo já possuíam manicômios judiciários, sendo o primeiro manicômio construído na Inglaterra no ano de 1800 (RAMOS, 2002).

Souza e Menezes (2008) descrevem a criação do manicômio como fruto da pressão da sociedade da época, da imprensa e da própria comunidade médica e psiquiátrica. Para Carrara (2010), em oposição aos médicos, a imprensa não enfatizou o caráter humano e terapêutico da construção do manicômio judiciário e apontava a sua urgente necessidade para uma repressão mais eficaz aos delinquentes. Segundo o mesmo autor, a rebelião ocorrida no Hospício Nacional foi descrita por jornalistas como relacionada aos “loucos da pior espécie”, “gente perigosa” e com “intuito do mal”.

No Rio Grande do Sul o Manicômio Judiciário começou a funcionar em cinco de outubro de 1925 e teve como primeiro diretor o médico Jacintho Godoy, figura central no desenvolvimento da psiquiatria forense no estado. Em seu discurso de inauguração para abertura do Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul (MJRS), Jacintho Godoy comenta a situação dos alienados criminosos na França e louva a oportunidade de criação de um asilo de segurança neste modelo (KUMMER, 2010). “A importância principal da criação de instituições como o Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul, segundo Jacintho Godoy, era tratar adequadamente estes indivíduos “limítrofes”, nem completamente criminosos, nem totalmente insanos” (ALMEIDA, 2009, p.221).

Para Carrara (2010) a criação dos manicômios judiciários parece não ter sido apenas uma solução adequada ao destino a ser dado a determinados tipos de alienados, mas também uma maneira de controlar, em limites mais ou menos precisos, os efeitos de um conflito entre a ciência e a moral, cuja extensão ameaçava as instituições liberais como um todo. Assim, esses locais destinavam-se a criminosos considerados “degenerados, natos, anômalos e amorais”⁸, pois os asilos e prisões mostravam-se incapazes de recebê-los, porque eram percebidos como habitantes de uma região intermediária entre a sanidade e a loucura; entre a

⁸Carrara (2010) descreve que tais expressões foram fundamentais para compreender a transgressão moral entre os termos da *doença* e da *anomalia*, colando alguns criminosos como objetos da patologia ou da teratologia. A noção de “monomania” surge no âmbito das discussões sobre o crime dos “degenerados”, seres que embora continuassem a equacionar o crime nos jogos da sanidade/insanidade mental, permitiam que se esboçasse uma primeira criminologia na forma de reflexão médica sobre o crime, uma vez que na teoria da degeneração qualquer ato criminoso poderia ser lido como sintoma de doença mental ou insanidade psíquica. Degeneração e monomania apresentam-se, portanto, como noções concorrentes pretendendo abordar diferentemente um mesmo conjunto de comportamentos: transgressões irracionais onde o delírio não está em causa e parte de indivíduos cuja situação doentia parece ser um estado permanente que indica doença congênita e incurável. O comportamento criminoso considerava uma “tendência precoce para o mal” e encontrava seu espaço nas manifestações degenerativas da espécie humana. A doutrina da espécie degenerativa fez com que o crime se tornasse objeto de uma abordagem psicopatológica que desenvolvera a primeira noção de criminologia.

irresponsabilidade e a responsabilidade moral; habitantes de uma região em que tais termos não faziam mais sentido.

2.5 DA LEGISLAÇÃO QUE PRODUZ O LOUCO INFRATOR

Em algum ponto remoto no tempo, as sociedades antigas começaram a levar em consideração, em suas leis, a influência das alterações mentais sobre o cometimento de delitos e a estabelecer diferenças nas punições aos infratores mentalmente enfermos (SOUZA; MENEZES, 2008 p. 29).

No Brasil, diversas foram as legislações descritas em Códigos Penais que organizaram a assistência jurídica para “loucos”, “doentes mentais”, “alienados”, “incapacitados”, sujeitos assim denominados e caracterizados, permanecendo rotulados dessa forma até a atualidade. Correia (2007) relata que para compreender como a norma penal se desenvolveu no Brasil para julgar pessoas com transtornos mentais autoras de delito, deve-se analisar os Códigos Penais que estabeleciam sanções aos ditos “loucos criminosos”. As primeiras legislações que se referiam aos inimputáveis podem ser observadas no Decreto nº 847 do Código Penal da República de 1890 (BRASIL, 1890, s/p). O artigo nº 27, parágrafo 3, registrava que “não são criminosos os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação”. O parágrafo 4 descrevia “não são criminosos os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime”. Neste mesmo decreto, o artigo nº 29 citava “os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues as suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim exigir para segurança do público”.

Observa-se que nesse período os loucos infratores ainda não tinham como resultado de sua infração o recolhimento em casas de detenção ou manicômios judiciários. Aos doentes mentais que cometessem algum tipo de delito aplicavam-se apenas cuidados sob responsabilidade das famílias ou, nos casos mais “perigosos”, o recolhimento em hospitais psiquiátricos. Ramos (2002) comenta que, nesta época, pessoas que tivessem cometido delitos, quando acometidas de transtornos mentais e de comportamento, não eram colocadas sob supervisão jurídica sendo somente entregues às famílias ou profissionais de saúde encarregados de cuidá-los “[...] então eram internadas em hospícios públicos, caso fosse necessário à segurança dos demais cidadãos da sociedade” (LEITE, 2011, p.32).

Em 1903 houve reorganização da assistência médica e jurídica aos doentes mentais infratores prevendo a construção de manicômios judiciários no país. O Decreto 1.132 de 22 de dezembro, em seu artigo nº 10 previa:

É proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos. Parágrafo único: onde quer que não exista hospício, a autoridade competente fará alojar o alienado em casa expressamente destinada a esse fim, até que possa ser transportado para algum estabelecimento especial (BRASIL, 1903, s/p).

No decreto, o artigo nº 11 descrevia “enquanto não possuírem os Estados manicômios criminais, os alienados delinquentes e os condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem” (BRASIL, 1903, s/p).

A construção dos manicômios judiciários foi regulamentada através do Decreto 14.831 de 25 de maio de 1921 prevendo:

Art. 1º O Manicômio Judiciário é uma dependência da Assistência a Alienados no Distrito Federal, destinada á internação:

I. Dos condenados que, achando-se recolhidos às prisões federais, apresentarem sintomas de loucura.

II. Dos acusados que pela mesma razão devam ser submetidos à observação especial ou a tratamento.

III. Dos delinquentes isentos de responsabilidade por motivo de afecção mental (Código Penal, art. 29) quando, a critério do juiz, assim o exija a segurança pública.

Parágrafo único. No primeiro caso, a internação se fará por ordem do ministro da Justiça, que a comunicará ao juiz e ao representante do Ministério Público, para que façam constar do respectivo processo; nos dois outros, por mandato judiciário.

Art. 2º Cada um dos internados terá uma ficha e um prontuário psiquiátrico.

Art. 3º Se mediante representação do médico encarregado do serviço, e depois de ouvidos dois alienistas de sua escolha, que com este deliberarão em conferência, entender o diretor geral da Assistência a Alienados que o internado pode, sem inconveniente, ser transferido para outro estabelecimento de assistência, por ter cessado a fase de agressão impulsiva e se haver declarado definitivamente o estado demencial dos que apresentam probabilidade mínima de reações perigosas, assim comunicará à autoridade que mandou interná-lo, para que esta autorize a transferência.

Art. 4º Cessando o delírio que deu motivo a internação, o encarregado do serviço, por intermédio do diretor geral de Assistência a Alienados, participará á autoridade que a ordenou, para que disponha sobre o destino do paciente.

Art. 5º Enquanto não forem construídos novos pavilhões, o serviço econômico do Manicômio Judiciário será provido pela Casa de Correção.

Art. 6º Ao medico encarregado do serviço de alienados delinquentes, cargo criado pelo art. 11 da lei n. 3.674, de 7 de janeiro de 1919, cabe dirigir o Manicômio Judiciário.

Art. 7º O pessoal de enfermeiros e guardas do Manicômio Judiciário será nomeado pelo diretor geral da Assistência a Alienados, por proposta do médico encarregado do mesmo manicômio.

Art. 8º Os casos omissos no presente regulamento reger-se-ão pelo Regulamento Interno do Hospital Nacional, ou serão resolvidos pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores (BRASIL, 1921, s/p).

Atualmente o Código Penal vigente no Brasil é de 1940. Surgiu em 07 de dezembro através do Decreto-Lei nº 2.848 referindo-se aos doentes mentais como “irresponsáveis”, tornando 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 criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1940).

Segundo Correia (2007), o Código Penal de 1940 não definia o doente mental como inimputável, sendo adotado o critério biopsicológico para determinar a imputabilidade do criminoso, devendo ser avaliada existência de um nexo de causalidade entre o estado mental patológico e o crime. Assim, para haver a isenção da pena, não basta que seja constatada a existência de doença mental, é necessário que a doença mental retire do indivíduo a capacidade de entender o caráter ilícito do fato. Ele instituiu o chamado sistema do duplo binário, que possibilitou apresentação de dois tipos de reação penal: de um lado, a pena, medida segundo o grau de culpabilidade do sujeito e a gravidade de seu ato; e, de outro, a medida de segurança, fundada na avaliação do grau de periculosidade do acusado.

A medida de segurança apresenta-se como um complemento da pena, sendo imposta em sentença condenatória, momento em que é apreciada a periculosidade presumida ou verificada do acusado. Para Menezes (2008), inicialmente, a medida de segurança adotou o sistema denominado duplo binário, caracterizado pela distribuição de pena e medida de segurança simultaneamente, e através desse sistema, uma pessoa poderia cumprir sua pena, porém continuaria sem liberdade pela medida de segurança.

A partir da lei 7.209 de 11 de julho de 1984 ocorreu alteração dos dispositivos do Decreto-Lei 2.848 de 1940, dando outras providências aos casos de imputabilidade penal, determinando que um agente recebesse apenas pena ou medida de segurança, nunca as duas simultaneamente.

Inimputáveis

Art. 26 - 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.

Redução de pena

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 (BRASIL, 1984, s/p).

Para Ramos (2002) o imputável poderá ser culpável enquanto o inimputável não poderá, sendo apenas socialmente perigoso. Verifica-se que o culpável recebe uma pena e o socialmente perigoso, apenas medida de segurança, estando os dois à mercê de uma pena ou de uma medida de segurança, sendo esta última aplicada somente se o culpável e o socialmente perigoso necessitarem de especial tratamento curativo. Souza e Menezes (2008) descrevem que a medida de segurança é considerada solução de caráter preventivo e

assistencial, sendo reservada aos indivíduos inimputáveis. As medidas de segurança diferem-se das penas por várias razões: enquanto a pena tende a ser punitiva, a medida de segurança tende a ser preventiva. Ainda, o fundamento da aplicação da pena é a culpa e o da medida de segurança é a periculosidade, sendo que as penas possuem durações preestabelecidas e não modificáveis, enquanto que as medidas de segurança podem ser por tempo indeterminado, pois são passíveis de renovação anual.

As medidas de segurança adotadas pelo Código Penal de 1940 são causa excludente de culpabilidade e, por isso, os doentes mentais ficam absolvidos. Uma vez que são absolvidos, não devem ser punidos, mas tratados. Desta forma, aplica-se aos tais loucos criminosos a medida de segurança com internação em manicômio judiciário, a qual se fundamenta em sua periculosidade presumida por lei (PERES, 2002).

A primeira versão do Código Penal de 1940 definia a internação em manicômio judiciário fundamentando-se no artigo 22 determinando aos irresponsáveis:

Art.91. O agente isento de pena, nos termos do art. 22, é internado em manicômio judiciário.

§ 1º A duração da internação é, no mínimo:

I - de seis anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo, a doze anos;

II - de três anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo, a oito anos;

III - de dois anos, se a pena privativa de liberdade, cominada ao crime, é, no mínimo, de um ano;

IV - de um ano, nos outros casos (BRASIL, 1940, s/p).

Algumas modificações em relação às medidas de segurança ocorreram com a Lei 7.209, passando a ser descritas no artigo 26, em relação aos inimputáveis.

Art. 96. As medidas de segurança são:

I. Internação em hospital de custódia e tratamento ou, à falta, em outro estabelecimento adequado.

II. Sujeição a tratamento ambulatorial.

Art. 97. Se o agente for inimputável, o juiz determinará a sua internação. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

§1. A internação, ou o tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo fixado deverá ser de um a três anos.

§2. A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

§3. A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, pratica fato indicativo de sua periculosidade.

§4. Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos (BRASIL, 1984, s/p)

Peres (2002) comenta que com a alteração do Código Penal de 1949 a medida de segurança passou a ser ordenada sob a forma de internamento em hospital de custódia e tratamento ou tratamento ambulatorial. O prazo mínimo de duração passou a ser determinado pelo juiz, no limite de um a três anos, mantendo-se, no entanto, o caráter indeterminado e a liberdade condicional que a segue. Com a alteração, os limites continuam elásticos, sendo o doente mental delinquente tratado numa lógica centralizada na periculosidade.

3 CAMINHOS PARA A INVESTIGAÇÃO

Esta parte da dissertação tem como finalidade descrever os caminhos percorridos para construção do estudo, a forma como foi desenvolvido o trabalho de campo e os desafios enfrentados como pesquisadora, a fim de aproximar o leitor à realidade vivenciada. Claramente, desde o início, a trajetória de desenvolvimento desta pesquisa, suas relações com o campo e objeto de estudo foram de fácil exercício. Tratou-se de uma construção árdua, de constante desafio e muita persistência.

Como enfermeira, conheço o Instituto Psiquiátrico Forense desde 2007, ano em que comecei a trabalhar como professora contratada por escolas de nível médio para atuar como orientadora de estágios na formação de técnicos de enfermagem. Tais escolas incluíam esta instituição como campo obrigatório para estágio, por período de no mínimo trinta dias, possibilitando aos alunos o conhecimento de diversas patologias relacionadas aos pacientes internados e, também, o contexto em que se insere a profissão de enfermagem numa instituição de custódia e tratamento psiquiátrico.

Permaneci orientando estágios nessa instituição até o ano de 2011, quando conheci o universo da enfermagem manicômio/prisional, bem como suas rotinas de trabalho. Durante os anos em que estive em contato com as equipes no IPF conheci muitos profissionais e também rotinas específicas e particularidades do sistema judiciário e de segurança. Os contatos diários com enfermeiros e técnicos de enfermagem despertaram-me o desejo de conhecer melhor o trabalho da enfermagem nessa instituição e, também, vivenciar um pouco mais “de perto” o dia a dia enquanto profissional de um sistema muito específico. Porém, para este novo percurso, seria necessário olhar de outro modo, enxergar muito mais, trocar as “lentes dos óculos” que me permitiam determinados focos, encontrar outras e novas possibilidades e, muito mais importante, primeiramente, descobrir como fazer tudo isso.

A tentativa de atenuar meu olhar de professora que vivenciou o IPF não foi nada fácil. A começar pela ideia de que seria simples a liberação da instituição para o desenvolvimento deste estudo. Quando pensei em realizar uma pesquisa sobre a profissão de enfermagem acreditei que nada de extraordinário aconteceria, que o estudo seria de interesse à instituição, principalmente para as equipes de enfermagem que por muitas vezes verbalizaram o desejo de ver seu trabalho como objeto de estudo. Porém, eu estava enganada. Seria necessário começar a repensar e, talvez, meus desafios fossem muito maiores do que o planejado. Já era hora de “mudar os óculos” para poder ver melhor.

As negociações com a direção do IPF visando à autorização para desenvolvimento do estudo, iniciaram-se em novembro de 2011, meu primeiro ano como aluna do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O primeiro contato foi com uma médica que auxiliava no desenvolvimento de pesquisas que, de forma muito persistente, me acompanhou nesta trajetória até a liberação do parecer final para a coleta dos dados, apesar de não ser mais esta a sua função durante as últimas negociações.

O início de minha pesquisa foi autorizado em setembro de 2013, dois anos após os primeiros contatos com a instituição. Durante esse período foram diversas as idas e vindas ao IPF para levar o projeto, demonstrar as intenções, marcar reuniões e fazer entrevistas com os dirigentes. Nesse espaço de tempo, a direção geral e administrativa foi substituída por três vezes, levando-me a remarcar entrevistas e reapresentar minha proposta de estudo. A cada troca, havia, em média, um tempo de dois meses para leitura do meu trabalho e liberação de uma autorização que me permitiria encaminhar o projeto de pesquisa para avaliação em comitê de ética. Em cada mudança era necessário iniciar o processo desde a primeira etapa, pois não havia repasse de informações e o andamento do processo se perdia a cada alteração na gestão.

Um integrante da primeira direção do IPF, ao ler meu trabalho, relatou que, talvez, não fosse adequado à instituição e verbalizou que não havia gostado de minha proposta de estudo. Sem entender muito o motivo pelo qual questionavam um projeto científico, avaliado metodologicamente e orientado por uma pessoa qualificada, questionei se tal conduta descartava qualquer possibilidade de execução daquele tipo de estudo. Relataram-me que haveria necessidade de “modificações” e “adequações”, sugerindo-me leituras e escritas. As propostas recomendadas tangenciavam a investigação, pois minha pesquisa tinha como objetivo analisar os dispositivos disciplinares da enfermagem na instituição e as implicações da primeira direção incluíam um estudo sobre a reforma psiquiátrica e seus processos. Ao ouvir estas palavras percebi que tais dirigentes não haviam entendido meu projeto de pesquisa ou, talvez, tentavam readequá-lo às suas necessidades particulares.

Em conversa com minha orientadora optamos por não modificar o estudo, pois estaríamos fugindo de nossos propósitos. Solicitamos nova reunião onde a professora teria a oportunidade de defender sua linha de pesquisa, me auxiliando a reforçar a importância de trabalhos como este. Relatamos aos dirigentes presentes na reunião que não havia necessidade de receios porque não tínhamos o objetivo de dizer o que é certo ou errado e, sim, demonstrar como funcionava o universo da enfermagem no IPF.

A reunião foi agendada para certa manhã, porém, a diretora não compareceu. Fomos recebidas pela médica que me auxiliava nas negociações para a execução da pesquisa na instituição. Na mesma sala onde a reunião foi agendada havia outros médicos fazendo o seu trabalho diário. O espaço era inadequado para uma reunião, mas como no IPF existem poucos espaços exclusivos, puxamos duas cadeiras e sentamo-nos. Durante a nossa conversa um dos médicos, não convidado a participar, intrometeu-se no diálogo com contribuições negativas em relação ao nosso trabalho, alegando necessidade de revisão ética e avaliação de um profissional especialista no assunto. Depois de muita conversa entendemos que eles estavam temerosos sobre o que poderíamos encontrar e o que iríamos fazer com os resultados, pois já haviam vivenciado experiências negativas com outros tantos pesquisadores. O rechaço era, na verdade, uma forma de defesa.

Apesar de não concordarmos com algumas das indicações, minha orientadora e eu decidimos tornar nossa proposta de pesquisa um pouco mais clara e transparente. Isto se deu devido ao fato de que um estudo pós-estruturalista, que buscava aproximar-se ao referencial foucaultiano, estava alvoroçando esta instituição moderna, extremamente disciplinar e conduzida por pessoas que, talvez, não tivessem maiores informações sobre o referencial a ser utilizado ou, talvez, não entendessem suas possibilidades.

Após reorganização do projeto com adequações sugeridas entrei em contato novamente com a médica responsável para reapresentação à direção. Todavia, a direção do IPF havia solicitado exoneração e, ainda, não existia substituto para o cargo. A médica resolveu ficar com minha nova proposta de estudo, porém, não sabia quais seriam os procedimentos porque, a partir daquele momento, as pesquisas necessitavam ser avaliadas pela Escola do Serviço Penitenciário (ESP) da Superintendência dos Serviços Penitenciários⁹.

Dois meses se passaram a partir da entrega do projeto de pesquisa reformulado e, novamente, não havia retorno. Em determinado dia recebi a ligação telefônica de um profissional da enfermagem que trabalhava no IPF e que acompanhou todas as etapas do processo de liberação do estudo. Essa pessoa me questionava sobre o andamento de minha pesquisa, pois havia recebido transferência de cargo para a ESP e, entre tantos projetos solicitados que estavam sob sua responsabilidade de avaliação, observou que não havia nenhuma proposta em meu nome. Somente a partir deste momento é que a autorização para

⁹Serviço específico constituído com a missão de qualificar o servidor penitenciário na cientificidade das ações de execução penal voltada para a modernização do sistema, eficiência da gestão e prestação dos serviços públicos penitenciários. Promove o desenvolvimento de recursos humanos, em todos os níveis da ação, compatível com as necessidades da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), bem como realiza outras atividades culturais, pesquisas e difusão de assuntos relativos à criminologia e ciência penitenciária, em seus vários aspectos, com vistas ao estabelecimento de políticas públicas penitenciárias (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

pesquisa começou a tomar novos rumos. O profissional realizou pessoalmente contatos com a direção, questionando sobre os encaminhamentos da pesquisa para avaliação. Em menos de trinta dias eu já tinha em mãos o parecer com autorização (Anexo A) para encaminhar o projeto ao Comitê de Ética em pesquisa da UFRGS, já que o IPF não possui um Comitê.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UFRGS foi necessário apresentar-me à nova direção do IPF, antes de começar a coleta de dados. Novamente conversei com a médica que estava me ajudando na relação entre a Escola Penitenciária e a Direção, porém, naquele momento, ela não mais estava desenvolvendo tais atividades e seria necessário dirigir-me ao secretário administrativo. Os primeiros contatos com nova diretoria do IPF foram bastante produtivos e, após encaminhar novamente meu projeto de pesquisa para a leitura e avaliação dos atuais administradores, uma reunião foi agendada.

Já bastante acostumada com tantas idas, vindas e negativas fui ao encontro dos novos diretores em data previamente agendada. Na porta de entrada do IPF já havia algumas modificações desde minha última visita. Observei que antigos muros brancos e sujos foram substituídos por desenhos coloridos, trazendo um pouco mais de vida àquele lugar. Além disso, os portões de entrada permaneciam com suas grades abertas, permitindo entradas e saídas mediante identificações. Do lado de fora, percebia-se uma nova instituição. No entanto, qual seria o meu destino ao passar por aqueles portões? Realmente haviam ocorrido mudanças?

Na reunião fui recebida pelas diretoras geral e administrativa, além do chefe de segurança. A sala onde fui atendida pela primeira direção estava, naquele dia, totalmente diferente e, muito mais que isso, a forma como fui recepcionada também havia sido modificada. Elas disseram que haviam lido meu projeto de pesquisa e que a proposta de trabalho parecia ser bastante interessante à instituição. Além disso, elogiaram a ideia de aproximação ao referencial pós-estruturalista simpatizando com o objetivo de identificação de dispositivos disciplinares na instituição. A proposta de pesquisa pareceu interessar, pois fui questionada sobre a extensão do projeto para outras profissões.

Após a liberação definitiva foi necessário realizar combinações com a chefia de enfermagem que também havia mudado por três vezes durante o tempo em que eu tentava autorização para coleta de dados. Porém, em relação à equipe de enfermagem, não existiam problemas. A grande maioria dos enfermeiros e técnicos de enfermagem acompanhou minha trajetória de persistência e, naquele momento, eu já era conhecida por quase todos. Após organização de datas e períodos, eu já poderia começar. Entretanto, há muito tempo, minha pesquisa já havia iniciado.

3.1 A ETNOGRAFIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se aproxima aos Estudos Culturais e ao referencial pós-estruturalista, utilizando instrumentos de investigação da etnografia. A etnografia caracteriza-se por um processo sistemático de observar, detalhar, descrever e analisar estilos de vida ou padrões específicos de uma cultura com o objetivo de apreender seu modo de viver no ambiente natural (HOGA; BARBOSA, 2006). Tais estudos se baseiam no entendimento de diferentes processos de significação do mundo, acionados por um determinado grupo social em uma cultura específica (THOMÉ, 2011).

A etnografia, método originário da antropologia social, tem sido bastante utilizada no campo da saúde, fato que pode ser observado através do crescente número de pesquisas associadas a esta abordagem. No princípio, desenvolveu-se a partir do interesse de ocidentais através da suposição de existência de povos considerados “primitivos” e menos civilizados. Imaginava-se que o mundo de vida dos seres “primitivos” fosse uma janela através da qual o passado pré-histórico poderia ser visto, descrito e entendido (VIDICH; LYMAN, 2006).

De estudos de sociedades “totais”, baseados em uma observação completa, participante e viva das sociedades estudadas, a etnografia converteu-se em uma investigação mais modesta e centrada na realidade a ser estudada (TRAD, 2012). Os métodos etnográficos tornaram-se extremamente refinados e diversos, e as razões para a prática da etnografia multiplicaram-se. Não mais guiada por valores que conduziram e centralizaram os primeiros etnógrafos, a nova etnografia passou a abranger temas vastos, limitada apenas pela variedade da experiência na vida moderna (VIDICH; LYMAN, 2006).

A escolha pelo estudo etnográfico deu-se a partir de minha necessidade em conhecer e vivenciar o trabalho no IPF. Para entender como operavam os dispositivos disciplinares utilizados por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem para assistir e manejar as condutas dos pacientes seria necessário imergir no sistema manicômio/prisional e também no cotidiano dos profissionais. Para isso, as técnicas desenvolvidas por pesquisadores adeptos à etnografia permitiriam me aproximar dos sujeitos e vivenciar experiências diversas.

No campo dos Estudos Culturais as escolhas metodológicas ocorrem em acordo com as demandas propostas pelo problema de pesquisa, sem nenhuma filiação disciplinar rígida e nenhuma indicação metodológica em segurança (SALES, 2012). Os Estudos Culturais não constituem um conjunto articulado de ideias e pensamentos, eles são um conjunto de formações estáveis e descentradas. Há muitos itinerários de pesquisa e diferentes posições

teóricas, de modo que eles poderiam ser descritos como um tumulto teórico (COSTA; SILVEIRA; SOMMER, 2003).

Tomando a vertente dos Estudos Culturais inspirei-me em noções desenvolvidas por Michael Foucault para conhecer como se materializavam tais dispositivos disciplinares. Para Foucault (2012a) o dispositivo constitui-se em um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito, podendo o dispositivo ser considerado a rede que se pode tecer entre estes elementos. Portanto, tentar estudar questões englobadas nos processos discursivos dos profissionais significava ir ao encontro desta rede de elementos que, supostamente, comporia questões vivenciadas exclusivamente pela profissão em um sistema tão específico.

Entendo como dispositivos disciplinares da enfermagem, todas as ações, condutas e filosofias propostas ou determinadas por um sistema intrínseco que reproduz manejos específicos. Portanto, não utilizo o termo “disciplina” com a repercussão negativa a qual a palavra é conhecida e sim, como um conjunto de práticas organizacionais que auxiliam os profissionais a conduzir suas ações junto aos pacientes. Segundo Veiga-Neto (2000) algumas práticas como o disciplinamento, o exame e a autonarrativa se inserem nos modos de subjetivação. Por isso, essas práticas não são tomadas nos estudos foucaultianos como algo repressivo cujo resultado seria o constrangimento sobre uma suposta natureza humana que seria livre. Ao contrário, tais práticas são vistas como produtivas e se instauram para que nos tornemos sujeitos modernos, cidadãos de uma sociedade disciplinar e capazes de autogoverno.

A observação das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem para controle, organização e disciplinamento dos pacientes só foi possível através da vivência diária junto às equipes de diversos turnos de trabalho. Foram quatro meses de imersão em campo atentando para um universo muito específico que necessitava aproximação ao trabalho realizado. Para maior compreensão do contexto foi necessário fazer uso das técnicas de observação, entrevista, análise de documentos e imagens propostas pelos estudos etnográficos.

Certos sentimentos como medo, angústia, raiva, receio e compaixão rotineiramente se apresentavam durante a vivência de campo. Considero que a escolha em desenvolver uma pesquisa etnográfica aproximada a uma vertente pós-moderna foi bastante útil por permitir a presença do narrador dentro da história, refletindo durante o estudo, dando ênfase aos incômodos, sentimentos e prazeres ao longo da investigação (KLEIN; DAMICO, 2012). Sentir, identificar e me emocionar facilitou a comunicação das vivências em cada

procedimento de investigação. Assim, posso dizer que o modo como experienciei o objeto transformou meu jeito de narrar estes caminhos percorridos.

Para a escolha dos entrevistados foi utilizada a técnica de coleta de dados tipo bola-de-neve que compreende a escolha intencional do primeiro entrevistado pelo pesquisador e posterior indicação de nomes de novas pessoas a serem entrevistadas pelos próprios entrevistados (NEVES; MIASSO 2010). Escolhi o primeiro entrevistado que, subsequentemente, indicou outros participantes. Porém, tal método não possibilitou continuidade das entrevistas porque cada participante por mim entrevistado indicava sempre pessoas que exerciam atividades no mesmo turno de trabalho. Neste caso, se mantivesse a técnica bola-de-neve em sequencia dos indicados, os discursos relatariam realidades de um único período, ou seja, o turno da manhã, tarde ou noite. Para que tal situação não ocorresse, utilizei a técnica separadamente por turnos e escala diária de trabalho, onde eu, na qualidade de pesquisador, intencionalmente escolhia o primeiro entrevistado de cada turno de trabalho (manhã, tarde, noite 1, noite 2 e noite 3) para que fosse possível ouvir pessoas com diferentes experiências.

As entrevistas realizadas, gravadas em áudio, organizadas de forma semiestruturada e guiadas pela pergunta: como é ser enfermeiro/técnico/auxiliar de enfermagem no IPF?, permitiram refletir sobre o observado e o referenciado. Foram realizadas 14 entrevistas distribuídas em todos os turnos de trabalho. Esse número não foi previamente pré-determinado e deu-se através do fechamento amostral por saturação teórica. Esta ferramenta conceitual é utilizada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra por suspensão da inclusão de novos participantes quando observado pela pesquisadora redundância ou repetição de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os questionamentos possibilitaram integração entre pesquisador e entrevistados, mas algumas dificuldades foram presenciadas. O IPF trabalha com um número de profissionais insuficiente e, principalmente à noite, havia apenas um profissional em cada unidade. Muitas vezes este número era reduzido em virtude de folgas, férias ou ausências. Tal situação não permitia que o entrevistado ficasse ausente de seu posto de trabalho e para que fosse possível conversar, as entrevistas foram realizadas, diversas vezes, nos postos de enfermagem das unidades. Nestes casos, os entrevistados sempre estavam sozinhos para manutenção do sigilo das informações coletadas, mas, em vários momentos, foi necessário interromper a entrevista para que o entrevistado atendesse ao telefone ou porque um colega de trabalho entrava no local, mesmo percebendo que estávamos em entrevista.

Nas investigações, considera-se importante estabelecer um local apropriado, geralmente de escolha do informante, uma vez que o local pode influenciar nas respostas dos entrevistados (KLEIN; DAMICO, 2012). Neste caso, a decisão de realizar as entrevistas nos postos de enfermagem foi opção dos entrevistados, já que estar afastados de suas atividades, sem possibilidade de contato com os pacientes que estavam sob sua responsabilidade, poderia causar ansiedade e uma entrevista pouco produtiva. Antes de começar a entrevista era solicitado ao participante que elegesse um local onde se sentisse confortável e protegido para responder aos questionamentos. Como resposta à pergunta, os postos de enfermagem sempre eram a primeira opção de escolha.

Outro fator importante foi que nos turnos manhã e tarde muitos profissionais de outras áreas circulavam pelos postos de enfermagem, não permitindo o desenvolvimento de uma entrevista sem interferências. Para sigilo das informações foi necessário realizar as entrevistas em horários específicos e estratégicos, onde não houvesse pessoas circulando no ambiente. Essa situação ocorria com frequência e, algumas vezes, foram necessárias horas de espera para que a entrevista pudesse iniciar.

Alguns entrevistados pareciam estar um pouco desconfortáveis em verbalizar suas opiniões e apresentaram um discurso elaborado, pouco condizente com aquilo que foi observado e registrado no diário de campo. Outros se sentiam tão estimulados que verbalizavam queixas em relação ao sistema prisional e as atuais condições de trabalho do IPF de forma compulsiva, parecendo um desabafo. Houveram alguns que pouco se importavam com o que eu estava desenvolvendo e, durante as entrevistas, atendiam o próprio celular para realizar conversas não profissionais e sem urgência.

A observação participante permitiu um aprofundamento nas rotinas de trabalho dos profissionais e, também, entendimento sobre os processos jurídicos e organizacionais no IPF. Para desenvolvimento deste método de coleta de dados fiz uso de registros em diário de campo. Esses registros possibilitaram anotações pessoais com o compromisso de anonimato de sujeitos e, para tanto, foi solicitada autorização dos entrevistados e da instituição. Queiroz et al. (2007) descrevem que este método de coleta de dados difere de outras formas de coleta porque registra as situações estudadas, sendo a memória uma importante aliada.

Diversas foram as situações registradas em diário de campo ao observar rotinas do IPF e técnicas disciplinares utilizadas. Muitas das minhas anotações utilizaram recurso da memória para descrição porque, em muitos momentos, foi possível observar que os sujeitos da pesquisa não estavam se sentindo confortáveis com o registro. Além disso, alguns observados se esforçavam para desenvolver o trabalho da melhor maneira possível,

explicando passo a passo suas técnicas. Outros, ao ver o diário de campo em minhas mãos, pareciam ter extrema curiosidade em verificar sobre qual assunto estava escrevendo.

Na observação participante o pesquisador permanece no seio do grupo em que estuda, observa de modo espontâneo, como espectador, embora mobilize a informação na condução de seu olhar (CORREIA, 2009). O ato de observar é frequentemente utilizado para conhecer pessoas, coisas, ambientes ou situações e aplica sentidos para adquirir informações sobre realidades específicas. Mediante o ato intelectual de observar o fenômeno estudado é que se concebe uma noção real do ser ou ambiente natural, como fonte direta dos dados (QUEIROZ et al., 2007). Kakehashi e Pinheiro (2006) descrevem a observação participante com participação ativa do pesquisador na situação a ser investigada, na qual ele interage com os sujeitos da pesquisa, compreendendo a realidade explicitada pelos participantes envolvidos no fenômeno em estudo.

Para melhorar a interação com os sujeitos e tornar a observação algo aproximado ao natural, passei a registrar todas as minhas anotações ao deixar as unidades de coleta de dados. Por muitas vezes foi necessário procurar algum local apenas para registrar as informações coletadas anteriormente. Desta forma, optando por registros posteriores, percebi que a maioria dos participantes exercia suas atividades de forma espontânea, permitindo a observação completa da situação estudada.

Através da análise documental foram avaliados os livros de registro das unidades do IPF e, para tanto, o diário de campo foi um instrumento útil para apontamento das informações. Segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) o uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas de conhecimento porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural.

Foram avaliados os livros de registros de todas as unidades do IPF localizados nos postos de enfermagem. Esse material não é exclusivo da equipe de enfermagem e serve para registro dos acontecimentos durante os turnos de trabalho. Porém, apesar de ser um material para repasse e registro de informações de todos os profissionais, apenas visualizei registros desenvolvidos pela enfermagem. Os registros de médicos, psicólogos ou terapeutas ocupacionais não eram desenvolvidos e cabia à equipe de enfermagem realizar estas anotações.

O livro de registro exclusivo dos enfermeiros não foi avaliado devido à dificuldade de acesso ao mesmo, pois ficava localizado na sala de supervisão de enfermagem. O enfermeiro

de plantão permanecia no local apenas no início e final do turno de trabalho e fazia uso do documento para registrar todos os acontecimentos. Para que pudesse avaliar esse material, seria necessário retirar o livro daquela sala ou ficar sozinha no local. Porém, não me senti confortável e acreditei não ser adequada sua retirada por haverem informações confidenciais registradas.

Com as vivências no IPF tornou-se pertinente a associação de imagens às minhas observações e, quase ao final da pesquisa, foi autorizado o registro dessas informações por meio fotográfico. Esse registro foi importante para apresentar os ambientes visitados e possibilitar ao leitor uma aproximação às realidades observadas. As imagens registradas demonstram a atual situação da instituição Forense, que se alterna entre abandono e resgate de simbolismos. Os registros dessas imagens fotográficas foram realizados na época das comemorações natalinas e, por isso, muitas das unidades e o pátio externo estavam decorados com enfeites em alusão ao Natal.

No decorrer da pesquisa, o sujeito pesquisador é também trabalhado, na medida em que é interpelado, transformado, desfeito e reconfigurado (BALESTRIN; SOARES, 2012). Este trabalho permitiu que meu modo de ver e perceber o IPF fosse se modificando, alterando muitas vezes os rumos da investigação. O trabalho de campo foi bastante prazeroso e eu me sentia parte daquele universo. O tempo passou rápido e, quando percebi, já era momento de finalizar a pesquisa.

Após quatro meses de coleta de dados observei que havia chegado à saturação dos dados, tanto por parte das entrevistas quanto em relação às observações. Conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008) há saturação teórica quando a interação entre campo de pesquisa e investigador não fornece mais elementos para balizar ou aprofundar a teorização. Para Trad (2012) a discussão sobre o tempo de permanência no trabalho de campo deve considerar a intensidade e consistência das interações entre pesquisado e pesquisador. Para o autor cabe interrogar se é possível prescrever um tempo ideal para este processo. Pode-se ponderar que a decisão sobre a imersão em campo de estudo é decisão de cada pesquisador, em função de suas ideias e, neste caso, nenhuma receita é válida.

A imersão em campo aliado às técnicas de observação permitiu a seleção de alguns discursos oriundos das entrevistas, os quais me auxiliaram na descrição dos achados apresentados nesta dissertação. Thomé (2011) descreve o estudo etnográfico como um movimento pendular que oscila entre *buscar* o dito (enunciados) em diário de campo, resultado da experiência de ter estado *lá* e a prática de descrever *aqui*, que se transforma em um *novo* texto. Assim, pretendo descrever nesta pesquisa resultados do vivido (*lá*) e o

redigido (aqui), dando ênfase aos discursos das entrevistas em associação às práticas por mim experienciadas e transformadas neste texto. As informações e imagens reportam o que pode ser um cenário de uma cultura pouco conhecida. Tal cultura agora é analisada, registrada e reproduzida neste trabalho.

3.2 OS INFORMANTES

Durante muitos anos o serviço de enfermagem no IPF não era estruturado e o número de profissionais existente não era adequado. Tal situação ocorre até os dias atuais, apesar das frequentes solicitações para abertura de concurso para contratações por parte da supervisão de enfermagem. Langer (2008) descreve que as chefias de enfermagem (quase sempre uma enfermeira para toda a instituição), quando existiam, permaneciam por pouco tempo por não possuírem lotação específica e, na maioria das vezes, eram enviadas para ocupação de postos em outros locais do sistema prisional. Segundo a autora, em 1985 foi realizado o primeiro concurso público pela Secretaria da Justiça e da Segurança para contratação de auxiliares de enfermagem, porém, na ocasião, muitos destes profissionais não conseguiram adaptar-se à realidade da instituição e tomaram outros rumos.

Com o passar dos anos, mesmo com abertura de novos concursos e processos seletivos, o IPF continua em decadência de seu quadro funcional, principalmente em relação à equipe de enfermagem. Atualmente a instituição conta com 47 profissionais da enfermagem, sendo 44 técnicos/auxiliares de enfermagem e 03 enfermeiros. Esse quadro funcional já foi mais equilibrado, porém, com solicitações de afastamento, remanejamento e licenças saúde, permanece em redução sistemática sendo variável a cada dia.

Observei que no início das negociações para desenvolvimento desta pesquisa a equipe de enfermagem era composta por um número maior de profissionais. Ao longo dos anos o quadro reduziu significativamente, principalmente em relação aos enfermeiros. Muitos profissionais afastaram-se por não adaptar-se ao sistema manicômio/prisional, principalmente à forma que regem as relações nesta instituição. Outros adoeceram em virtude de uma sobrecarga de trabalho, do medo constante e das responsabilidades vivenciadas na guarda de pacientes. Há ainda aqueles que foram remanejados para outros locais de atuação.

Segundo Stumm e Hildebrandt (2006) os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) agregam características de uma penitenciária, com grades e presença de agentes de segurança, o que reforça o medo e a angústia da enfermagem que convive com pessoas doentes mentais e criminosas. “Este medo quase palpável está na possibilidade de ser

agredido, ser refém, receber ofensas verbais ou sofrer violência sexual [...]” (SANTOS M.L.S.C., SOUZA F. S.; SANTOS C.V.S.C., 2006, p.84). Para Souza C.A. e Cardoso (2008) o IPF é um lugar difícil de trabalhar, com pesados encargos, periculosidade e presença de ameaças verbais e físicas de agressão. Por conta disso, muitos profissionais, em virtude de seu despreparo, em poucos dias abandonam as suas tarefas, solicitando transferência para outro local.

Os informantes deste estudo foram 14 pessoas (três enfermeiros e 11 técnicos/auxiliares de enfermagem) todos identificados nesta pesquisa com nomes fictícios que foram escolhidos pelos próprios sujeitos durante as entrevistas. Destes, apenas um informante era do sexo masculino e, por manutenção de sigilo, optei por identificá-lo com nome feminino, pois, através de sua fala, talvez fosse possível discriminar a quem pertenciam tais discursos verbalizados. Quanto aos enfermeiros, da mesma forma, excluí falas que identificassem turnos de trabalho porque, no IPF, há apenas um profissional supervisor em cada turno (manhã, tarde e noite). Caso as falas apresentassem tais informações, seria possível identificar a quem elas pertenciam.

Como critério de inclusão foi considerado ser trabalhador de enfermagem no IPF. Foram excluídas da pesquisa pessoas afastadas do trabalho por tempo superior a 16 dias ou remanejadas para outras áreas de atuação no Estado.

3.3 O CAMPO

O campo de investigação foi o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, instituição pública subordinada à Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) que coordena os presídios do Estado e vincula-se à Secretaria de Justiça e Segurança do Governo do Estado. Seu principal objetivo é atender as determinações do Poder Judiciário em relação à custódia e tratamento de pessoas com doença mental que cometeram determinado delito e que possuem decreto de medida de segurança. O local segue uma distribuição hierárquica de poder e governo, que tem por autoridade máxima o Governador do Estado, seguido pelo Secretário de Segurança do Estado, Superintendente Penitenciário, Diretor de Divisão de Tratamento Penal, Chefias de Divisão de Saúde, Chefia Administrativo e Direção Geral do IPF.

Inicialmente, o IPF abrigava-se em um pavilhão do atual Hospital Psiquiátrico São Pedro, mas a necessidade de separação entre alienados e criminosos foi uma das reivindicações deflagradoras do movimento que, vinte anos mais tarde, deu vida ao

Manicômio Judiciário (WADI, 2002). Instituídos no Brasil ao longo do século XX os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP) assumiram centralidade no cumprimento de medidas de segurança, principalmente pelo marco estabelecido pelo Código Penal de 1940 (ROSSINI, 2013).

Souza e Menezes (2008) relatam que no atual cenário brasileiro existem instituições psiquiátrico/forense que podem ser consideradas como hospitais de custódia para tratamento e outras que seguem o modelo tipo delegacia de polícia, onde indivíduos com transtornos mentais ficam presos. O IPF de Porto Alegre é o único órgão existente no Rio Grande do Sul que atende integralmente as necessidades exigidas pelo judiciário em relação aos doentes mentais que cometeram delitos e está atrelado à Secretaria de Justiça e de Segurança.

Um censo realizado em 2011 nos estabelecimentos de custódia e tratamento revela que, atualmente, no Brasil, existem 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e 03 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATP) localizadas em presídios ou penitenciárias. Essa pesquisa apontou 3.989 homens e mulheres internados em hospitais ou alas psiquiátricas de presídios. O IPF foi o segundo HCTP construído no país e a quarta unidade em população de todos estes hospitais, correspondendo a 7% da população dos ECTP (DINIZ, 2013).

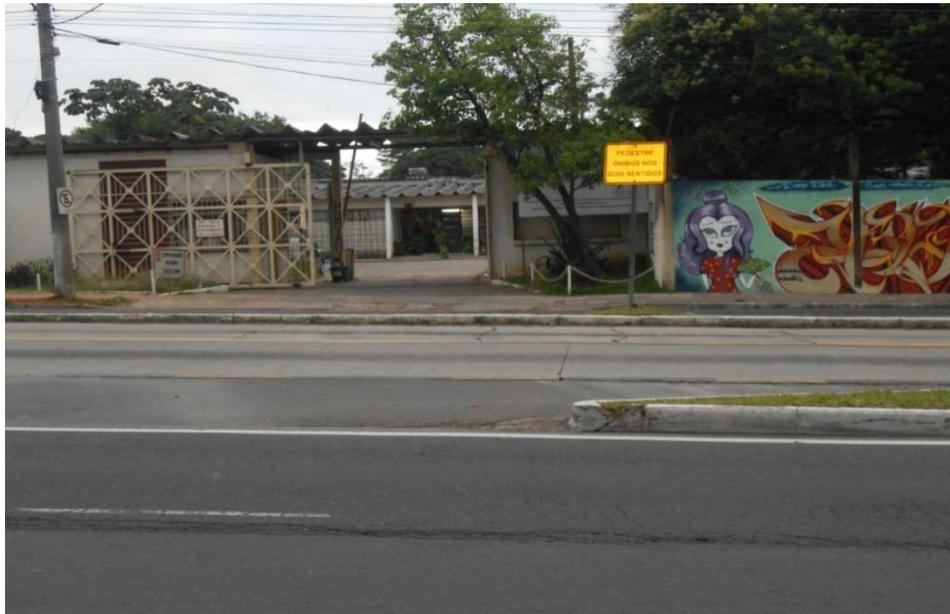
Osório (2006) descreve que o IPF, além de instituição destinada à custódia e tratamento, é o órgão responsável pela realização dos exames anuais de verificação da cessação de periculosidade, pelos quais se registra se o interno apresentou melhora em suas condições mentais que seja suficiente para permitir o retorno ao convívio social. Além disso, caracteriza-se como instituição na qual são realizados os laudos de avaliação de dependência toxicológica do Estado.

Segundo Diniz (2013) além dos esquecidos anônimos, há uma diversidade de subgrupos nos ECTPs. Eles podem ser descritos pela classificação processual/penal: como indivíduos internados para cumprimento de medida de segurança, indivíduos internados para laudo pericial, indivíduos internados transferidos de presídios, indivíduos internados em situação temporária e indivíduos internados por conversão de pena. Ou podem ser identificados pela classificação psiquiátrica que fundamenta o caráter de inimputabilidade pelos atos infracionais: indivíduos com epilepsia, esquizofrenia, retardo mental, transtornos afetivos uni ou bipolares, transtornos de personalidade, transtornos da preferência sexual, transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas e transtornos mentais orgânicos, além daqueles sem classificação. Para o autor, entre a lei e a psiquiatria é que os indivíduos transitam: são internados, vão e voltam, recebem altas ou desaparecem.

O IPF se apresenta como uma instituição envelhecida que, entre grades enferrujadas e paredes sujas, abriga pessoas que supostamente devem ser reorganizadas e restituídas à sociedade. Tem a característica de um lugar que nossos olhos não desejam ver, uma mistura entre o indesejável e desejável. Ao primeiro contato, a impressão é de um local constituído para esquecer os esquecidos e abrigar a todos aqueles que não possuem espaço neste mundo moderno.

A porta de entrada da Instituição (Figura 1) é um grande portão de ferro que, na grande maioria das vezes, encontra-se aberto, dando-nos a impressão de um convite a descobrir o que há por trás dos grandes muros coloridos com desenhos pintados em grafites. A portaria é controlada por agentes penitenciários da SUSEPE que são responsáveis pela entrada e saída do local, inclusive saída dos internos que possuem permissão para trabalhar, estudar ou, simplesmente, comprar utensílios de sua própria necessidade no mercado em frente.

Figura1 - Portão de entrada do Instituto Psiquiátrico Forense



Fonte: Autora, 2014.

A Instituição Forense de Porto Alegre possui três sistemas: o chamado “aberto”, no qual os pacientes podem circular livremente pela instituição, o “fechado”, em que ficam em celas, semelhantes às de um presídio, e a “triagem”, para onde internos de presídios de todo o Estado são enviados quando têm problemas psiquiátricos ou estão em surto (FOGLIATTO, 2014). É formado por seis pavilhões que abrigam os pacientes em medida de segurança, sendo

composto por três unidades abertas (unidades de tratamento B, C e D), três fechadas (unidades de tratamento E, F e G) e uma unidade para avaliação de casos (Triagem). Além das unidades de internação, a instituição possui um setor administrativo, uma farmácia geral para distribuição de medicações e materiais a todos os estabelecimentos penitenciários do Estado, uma farmácia interna, cozinha, refeitório de funcionários, lavanderia, setor de manutenção e uma quadra de esportes para atividades com os pacientes. Atualmente, o Instituto possui uma população média de 400 pacientes em medida de segurança e tratamento. A população de internados é variável a todo o momento e relaciona-se ao número de altas, retornos e novas internações. Durante o período de coleta de dados havia, em média, 228 pacientes distribuídos pelas unidades de internação.

3.4 A ÉTICA

Em atenção às determinações das Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob parecer 398.834, em 05 de setembro de 2013 (Anexo B). As determinações desta resolução buscam diminuir problemas de falta de confidencialidade e privacidade tanto dos participantes como da instituição envolvida no estudo. Todavia, saliento que em um ambiente composto por poucos profissionais da enfermagem, principalmente nas unidades em que havia apenas um profissional, pode ocorrer identificação posterior apesar dos cuidados tomados para evitar a identificação dos sujeitos.

O projeto da dissertação foi avaliado também pela Escola do Serviço Penitenciário da Superintendência dos Serviços Penitenciários, Direção Geral e Chefia de Enfermagem do IPF antes que a pesquisa iniciasse. Para observação dos processos institucionais, análise de documentos e uso de imagens foi solicitada autorização à Direção Geral através de Termo de Consentimento Institucional (Apêndice A).

Aos sujeitos do estudo foi solicitado consentimento voluntário para participação na pesquisa, através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), dando garantia de liberdade de participação ou recusa em qualquer momento do estudo. Este foi assinado em duas vias de igual teor ficando uma dessas em poder do participante e outra com a pesquisadora.

As informações de confidencialidade e privacidade foram observadas em todo o estudo. As entrevistas gravadas em áudio, bem como os registros analisados e as anotações

em diário de campo foram arquivadas em local seguro para posteriormente serem descartadas. Após finalização e aprovação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul este trabalho será encaminhado à Escola dos Serviços Penitenciários e IPF para retorno aos pesquisados, conforme compromisso assumido na busca de informações.

Atentando para essas providências foi possível realizar as análises a partir das falas dos/as informantes, analisadas no capítulo seguinte.

4 CASA DE LOUCOS OU CASA DE PRESOS?

Ao iniciar meus escritos sobre o local do estudo pensava em uma descrição que aproximasse o leitor da situação que vivi. Como descrever tudo que conheci, vi e senti durante o período em que estive junto à equipe de enfermagem do Instituto Psiquiátrico Forense em suas tarefas e rotinas? A “casa dos loucos” é realmente a “casa dos presos”, ambas as expressões utilizadas por Michel Foucault para descrever instituições totais constituídas no século XIX para “controlar” e “adestrar” sujeitos que necessitam reintegração à sociedade. Posso dizer que o IPF é uma instituição que une esses dois conceitos podendo ser descrita como a “casa dos loucos presos”.

Desde a sua constituição o IPF carrega uma indagação: hospital ou prisão? Nos primeiros anos de sua construção esteve ligado a um órgão de saúde, porém, por determinações políticas, foi se transformado em um órgão subjacente à segurança. Souza; Cardoso (2008) descrevem que, como os administradores da área da justiça e segurança não têm formação em saúde, seria difícil pensar na instituição como um hospital mais do que como uma prisão. Esperar um tratamento diferenciado para esta casa de cunho psiquiátrico em um contexto de cunho de outros estabelecimentos penitenciários, com políticas voltadas à segurança, é quase utópico. Utopia remete-se à ideia de civilização ideal, fantástica e imaginária. A palavra foi criada a partir dos radicais gregos οὐ, "não" e τόπος, "lugar", portanto, o "não-lugar", um "lugar que não existe". O termo foi inventado por Thomas More¹⁰ que serviu de título a sua obra literária mais importante. Portanto, pensar no IPF como um local de acolhimento com características de um hospital destinado a apenas quem cometeram crimes é realmente utópico.

Antigamente denominado como “manicômio judicial”, o IPF se encontra entre um presídio e um hospital psiquiátrico, abrigando pacientes por tempo indeterminado. Ao contrário de uma prisão regular, em que há uma pena a ser cumprida, a medida de segurança pode ser renovada pelos médicos da instituição por quanto tempo julgarem necessário (FOGLIATTO, 2014). O tempo é determinado por médicos que acompanham o paciente e, de acordo com a evolução deste, podem solicitar renovação da medida de segurança ou liberação

¹⁰Segundo a versão de vários historiadores, Thomas More se fascinou pelas narrações extraordinárias de Américo Vesúcio sobre a recém avistada ilha de Fernando de Noronha em 1503 e decidiu escrever sobre um lugar novo e puro onde existiria uma sociedade perfeita. "Utopia", sua principal obra literária e escrita em latim, tornou-se sinônimo de projeto irrealizável, fantasia, delírio, quimera, ou seja, lugar que não existe. Na obra Thomas descreve uma ilha-reino imaginária que alguns autores modernos viram como uma proposta idealizada de Estado e outros como uma sátira da Europa do Século XVI (WIKIPÉDIA, 2014b).

judicial. A permanência do paciente na instituição poderá ser breve ou ocorrer por grandes períodos de tempo, como comenta um dos entrevistados. *“Eu sempre ouvi dizer que no Brasil não tem prisão perpétua. Aqui no IPF tem e no Brasil tem perpétua para o doente mental. Eu vi muito paciente morrer aqui depois de anos”* (Lorena)¹¹.

Independente de ser hospital ou prisão, algumas características e mecanismos de funcionamento conferem ao IPF inclusão no campo das “instituições totais”. “O caráter total que a instituição adquire se deve ao fato de ela ser uma célula fechada, destinada apenas a um grupo de pessoas, sendo estas separadas da sociedade geral”. (BALAN; FURMANN, 2013, p. 173). A separação dos loucos criminosos dos demais membros da sociedade, sua exclusão do grupo dos loucos comuns e dos demais infratores determinam sua inserção neste sistema.

Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Se “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas em esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arames farpados, fossos, água, floresta ou pântanos (GOFFMAN, 1974, p. 16).

O IPF simboliza esta barreira social descrita por Goffman. Seus grandes muros externos, grades, arames farpados e unidades fechadas demonstram as peculiaridades de um sistema de reclusão em alta segurança. Porém, as unidades abertas, o regime de Altas Progressivas (AP)¹², bem como entradas e saídas de pessoas e pacientes com livre circulação referem-se a um sistema mais permissivo com algumas características de um hospital. Tal situação gera ambivalência em relação à definição: o que é realmente o IPF?

“Não chega nem próximo de um hospital. É uma casa especial de custódia e tratamento. Algo entre presídio e hospital. É tipo uma casa de passagem para doentes do presídio que apresentam doenças mentais. O juiz determina a internação e o paciente vem para cá. Chegando aqui é uma cidade. Até para entrar em contato com alguém tem que ser pelo celular porque a estrutura é muito grande. Aqui tudo é muito desmembrado, as pessoas chegam a hora que bem entendem e não se consegue ter vigilância ou observação como um todo” (Maria).

Historicamente a instituição foi criada dentro de um manicômio comum e, após alguns anos, passou a ser de responsabilidade da Secretaria de Segurança visto que “os manicômios

¹¹As falas dos informantes desta pesquisa foram registradas em diários de campo ou entrevistas gravadas em áudio, no período de setembro a dezembro de 2013. Para diferenciar as falas registradas em diários de campo dos registros de entrevistas em áudio, utilizou-se a descrição “diário de campo” ao final do excerto. As falas gravadas em áudio trarão apenas o nome fictício de escolha do informante. Ao longo do texto, utilizarei grifos em itálico e aspas para indicar falas dos áudios ou dos registros de diário de campo.

¹²A alta progressiva é um benefício concedido pela justiça a pacientes que estão cumprindo medida de segurança em manicômio judiciário. Trata-se de uma prática de desinternação que visa à reinserção social dos indivíduos considerados inimputáveis e que cometeram delitos (MARAFIGA; COELHO; TEODORO, 2009).

não foram primordialmente pensados para abrigar, de um modo geral, qualquer doente mental ou alienado que cometesse crimes” (CARRARA, 2010, p. 27). No contexto dessa história, loucos que cometiam crimes passaram a ser sujeitos de discursos jurídicos, pois habitavam uma região que intermediava entre sanidade e loucura ou entre responsabilidade e irresponsabilidade. Neste sistema de separação entre loucos comuns e loucos infratores, o Manicômio Judiciário Forense deixou as mediações do Hospital Psiquiátrico São Pedro ocupando área própria.

Neste âmbito, a instituição inicialmente passou a ser coordenada e organizada pelo sistema de segurança e os agentes penitenciários eram os únicos responsáveis pela guarda e cuidado das pessoas. Langer (2008) conta que no passado, na ausência de profissionais da enfermagem, os agentes penitenciários empregavam-se de muitas tarefas que caberiam à enfermagem, desviando de suas verdadeiras funções. Foi necessária abertura de concurso público em 1985, visando incluir profissionais de enfermagem nesse espaço.

Lorena, uma das primeiras trabalhadoras de enfermagem do IPF conta esta história: *“quando eu entrei aqui em 1990 quem administrava medicações, quem fazia tudo isso era o agente penitenciário. Então, eles foram me ensinando, foram dizendo como se trabalhava aqui”*. Nota-se através deste relato que as rotinas de trabalho foram instituídas pelas equipes de segurança e com a chegada dos profissionais de enfermagem, estes foram aprendendo os modos de fazer dos agentes e passaram a executar as ações permeadas por este saber. Para Langer (2008) essa situação afetou a identidade profissional da enfermagem, pois após algum tempo de atuação em conjunto havia uma mistura de papéis que foi sentida como um prejuízo por todos.

Um dos entrevistados comenta sobre essa dificuldade. Refere que alguns agentes penitenciários se sentem autorizados a exercer o papel que lhes foi imposto no passado e não aceitam as condutas da enfermagem. Conta-me que como não há profissionais da enfermagem suficientes para cobrir todas as unidades do IPF, principalmente aos finais de semana, alguns profissionais da segurança insistem em exercer algumas funções da enfermagem, inclusive na administração de medicações por via oral ou injetável. *“Muitas unidades ficam descobertas e é necessário alternar para ver como estão os pacientes. Neste intervalo, quando retornei, o agente de segurança tinha administrado uma medicação no paciente que, segundo ele, estava agitado”* (Roberta).

Antes de acontecer o primeiro concurso para contratação de pessoas da enfermagem havia uma categoria profissional, específica no IPF, para cuidado dos pacientes. Estes eram denominados auxiliares psiquiátricos, pessoas com formação em ensino médio que exerciam

o duplo papel de cuidador e agente penitenciário. Além disso, muitos dos penitenciários possuíam diferentes cursos, tanto de nível médio como superior. Apesar de a contratação inicial ser específica para a atividade de acompanhamento e controle de presos, essas pessoas exerciam funções relacionadas às suas profissões de formação. “Havia, sim, profissionais da enfermagem, como monitores e agentes penitenciários [...]. Havia também os atendentes de enfermagem e auxiliares de psiquiatria concursados como agentes penitenciários”. (LANGER, 2008, p. 87).

Vera foi uma das pessoas concursadas em nível médio que exercia o papel de auxiliar psiquiátrico na instituição. Realizou o curso de técnico em enfermagem, custeado pelo Estado, e após integrou a equipe de enfermagem do IPF mantendo as mesmas funções que antes exercia. Em entrevista ela comenta sobre sua vivência.

“Eu entrava lá dentro no corpo a corpo se tivesse que atender. E hoje não é assim, é bem diferente o tratamento. Nós não tínhamos trabalho de enfermagem. Hoje sou técnica, mas entrei aqui como auxiliar psiquiátrico. Quando entrávamos aqui apreendíamos manejo psiquiátrico, nada de enfermagem. Mais a parte de conter¹³ e de conversar. Nós não tínhamos enfermeiro. Não tínhamos nada. Existia só o agente penitenciário e o auxiliar de psiquiatria” (Vera).

A inserção de profissionais de enfermagem concursados permitiu que a profissão ocupasse espaços na instituição, porém, estes novos papéis não foram facilmente aceitos pelas demais profissões. Maria comenta que naquela época havia um enfrentamento com as equipes da segurança e era preciso ser persistente. “Foi muito difícil. Nós éramos questionados o tempo todo, pressionados a medicar o paciente constantemente” (Maria). Refere que hoje a situação está muito melhor, mas ainda há momentos em que é necessário rediscutir os papéis entre ambas as profissões. Outros entrevistados também comentam sobre essa situação referindo que há constante necessidade de posicionamento diante de alguns profissionais da segurança.

“Às vezes eles querem medir, tipo assim, quando o paciente está falando muito. Aí a enfermagem tem que se posicionar e dizer que não vai medicar o paciente só porque ele está falando na porta. Bom, ele vai ficar falando e não precisará ser medicado a todo o momento. Se eu medicar este paciente a cada hora que ele fala pode ficar intoxicado e até ir a óbito. São estas explicações que a gente tem que dar aqui. Não é ficar “batendo de frente”, isso cria um ambiente hostil. O que temos que fazer é nos posicionarmos sempre. Mostrar o trabalho da enfermagem” (Luisa).

¹³Vera refere-se à técnica de contenção mecânica utilizada como medida de tratamento e proteção a um paciente psiquiátrico em agitação psicomotora. A contenção mecânica inclui métodos para a contenção física com finalidade terapêutica. São geralmente utilizadas para impedir que pessoas com sérios problemas físicos ou mentais se machuquem ou machuquem a outros (WIKIPÉDIA, 2014c).

“No início, quando a gente começou aqui, quem fazia a maioria dos serviços de auxiliar e técnico de enfermagem era o agente penitenciário. Eles que medicavam, eles que continham¹⁴, eles que faziam tudo com o paciente. Tanto é que quando entramos, eles acharam que viemos para pegar no pé. Eles não gostaram da ideia, depois se acostumaram. Os mais antigos ainda pensam assim” (Mariana).

Apesar dos conflitos internos e confusão de papéis, nota-se que as experiências vivenciadas pela enfermagem no IPF se arquitetam através dos saberes da profissão associados aos saberes das equipes de segurança. Essa fusão de saberes e fazeres propicia aos profissionais da enfermagem que atuam no IPF um conhecimento sobre os pacientes que a instituição acolhe. O papel da profissão neste local é único e bastante diferente das demais áreas de atuação. Enfermeiros e técnicos homogeneízam saberes e práticas relacionados ao confinamento do cárcere.

Na tentativa de aproximar-se do modelo de atenção de um hospital, os cuidados desenvolvidos pela equipe de enfermagem seguem o modelo terapêutico de cura inventado ao final do século XVIII. No IPF a disposição do posto de enfermagem é organizada com área para lavagem de mãos e armários para guarda de materiais como nas demais instituições hospitalares. Apesar disso, há falta de materiais para higiene dos profissionais e isso acarreta na desmotivação da equipe. Essa situação, em alguns momentos, ocasiona a exposição de profissionais a riscos ou, até mesmo, a desistência em executar tarefas.

“Já teve épocas que não tinha descartpack¹⁵, daí a gente tinha que pegar estas garrafas de água ou produtos de limpeza e colocar as agulhas e seringas dentro. Já faltaram luvas, faltaram seringas. Tinha épocas que não tinha nem álcool. Às vezes a gente deixa de fazer as coisas porque não tem mesmo, mas muitas vezes a gente mete a mão mesmo porque é preciso” (Gisele).

“A primeira coisa que tem que ter é material para a gente trabalhar. A gente se vira nos trinta para dar um bom tratamento ao paciente, e não é o melhor. A gente faz o que pode. As roupas nós conseguimos por doação. Poderíamos ter roupas, ter uma lavanderia decente, mas não temos nada aqui. Tem que mudar tudo, mudar todo o IPF. Eu queria ir lá e arrumar o quarto deles, mudar a roupa de cama. Mas o que adianta ir lá e trocar se não há lençóis” (Laura).

Durante o desenvolvimento da pesquisa, foi possível observar o desejo de modificações por parte da maioria dos entrevistados nos processos institucionais que se relacionam à atenção prestada ao paciente internado. Muitos se conformam com a realidade, outros concordam com o que está acontecendo e, há ainda, outros que anseiam por mudanças.

¹⁴Refere-se ao procedimento de contenção mecânica.

¹⁵Caixa para resíduos perfurantes e cortantes contaminados (seringas e agulhas).

5 A ORGANIZAÇÃO DOS ESPAÇOS

A distribuição dos pacientes no espaço é uma das principais características do poder disciplinar (SOUSA; MENESES, 2010) e no IPF esta classificação ocorre por unidades de internação em acordo com a doença, gravidade do delito cometido e sexo do paciente. *“Quando o paciente chega fica na Triagem e, depois da avaliação médica e liberação do juiz, é encaminhado para as unidades fechadas. Se for dependente químico fica no G e se for crônico no F. As mulheres vão direto para a unidade feminina”* (Diário de campo – Manu). Segundo Kruse (2003) o mecanismo disciplinar supõe um dispositivo que possibilite observar constantemente o desenvolvimento das ações e atitudes humanas através de uma vigilância assegurada pela distribuição espacial dos pacientes em enfermarias. A divisão de pacientes por unidades no IPF permite melhor controle, observação e disciplinamento dos pacientes.

Cada uma das unidades de tratamento possui rotinas específicas a serem desenvolvidas em acordo com o perfil do paciente internado. Para Foucault (2012a) a disciplina é uma um tipo de organização do espaço. Uma técnica de distribuição dos indivíduos através da inserção dos corpos em um espaço individualizado, combinatório e classificatório. Ela isola em um espaço fechado, esquadrinhado, hierarquizado, capaz de desempenhar funções diferentes segundo o objetivo específico que ele exige. No contexto dessas ideias, distribuir os pacientes em unidades possibilita desenvolver um tratamento específico de acordo com cada patologia apresentada.

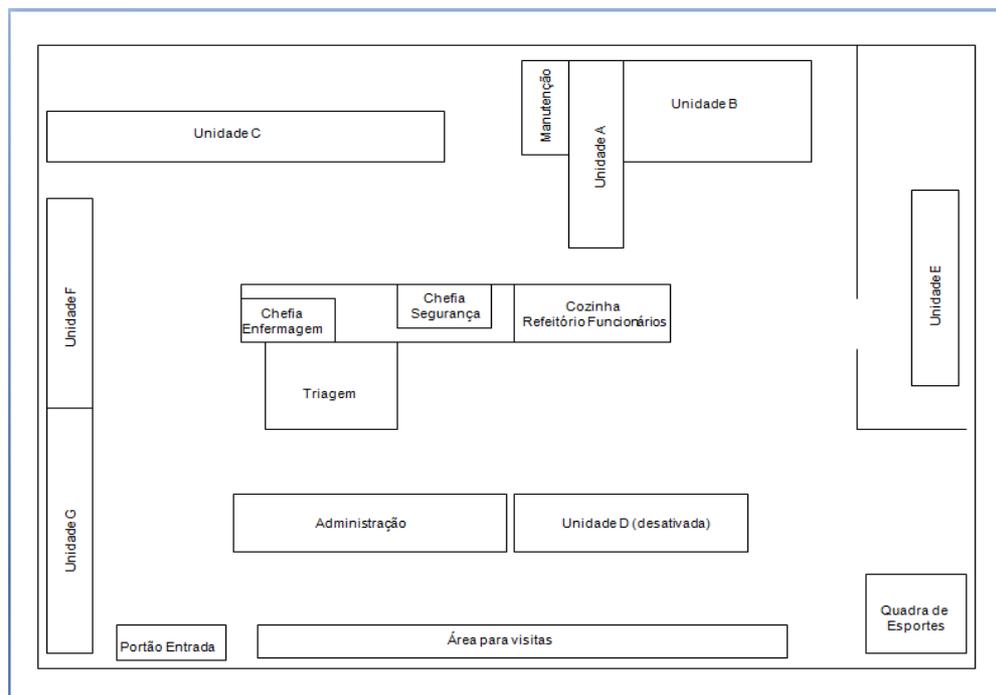
Foucault (2010a) refere-se ao hospital como um velho esquema simples de encerramento e fechamento com muros e portas que impedem de entrar e sair, sendo organizado para observar bem os doentes. Sua disposição arquitetônica, organização do espaço, maneira como os indivíduos são distribuídos, maneira como se circula e maneira como se olha ou se é olhado é que tem o valor terapêutico (FOUCAULT, 2006). No IPF a vigilância constante sobre todos os pacientes é necessária para controle e organização dos espaços. As formas de controle e observação variam conforme as unidades de internação, mas as equipes de enfermagem devem estar alerta sobre a situação dos pacientes, pois “o exercício da disciplina supõe um dispositivo que obrigue pelo jogo de olhar: um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzem a efeitos de poder [...]” (FOUCAULT, 2010a, p. 165).

Para Dreyfus e Rabinow (1995) o controle do espaço é um elemento essencial da tecnologia disciplinar, pois permite assegurar a distribuição dos indivíduos a serem disciplinados e supervisionados, facilitando a redução de multidões perigosas. Fonseca (1995) descreve que esse espaço permite análise e utilização combinatória dos indivíduos. No espaço

investido pelos mecanismos disciplinares, cada indivíduo tem seu lugar, e todos os lugares têm a sua destinação.

No IPF os ambientes são organizados em pavilhões¹⁶ para que o paciente esteja sempre na posição de um possível olhar. A estrutura física (Figura 2) foi constituída mantendo no centro uma área de controle onde está localizada a chefia de segurança e chefia de enfermagem. Esta estrutura permite permanente atenção a qualquer alteração nos ambientes e parece ter heranças arquitetônicas do Panóptico de Bentham. Porém, no centro não há um anel, mas sim as salas de controle dos principais agentes de disciplinamento (chefia de segurança e de enfermagem). Nas periferias estão localizadas as unidades e, junto à área de segurança, a unidade de Admissão e Triagem. Segundo Foucault (2006) preferiu-se esse sistema pavilhonar ao panóptico circular por proporcionar igualmente grande visibilidade, onde se pode chegar sem ser ouvido por ninguém com um olhar que capte tudo o que está acontecendo.

Figura 2 - Planta física do Instituto Psiquiátrico Forense



Fonte: Autora, 2014.

SETOR DE ADMISSÃO E TRIAGEM

¹⁶ Sinônimo de unidades.

O Setor de Admissão e Triagem (Figura 3) é um local para guarda e avaliações de apenados provenientes de cadeias do Estado. A unidade é específica para aqueles condenados que aguardam avaliação psiquiátrica de plantonistas, perícia médica agendada ou liberação judicial com o fim de transformar sua pena em medida de segurança. A *Triagem*, denominada assim pelos funcionários, é a porta de entrada do IPF, local onde os pacientes são admitidos. Trata-se de um pavilhão composto por cinco celas, cada uma com capacidade para abrigar quatro detentos e, também, três celas individuais para isolamento de pessoas em risco. O local possui alta segurança, grades e cadeados sempre fechados. Há vigilância contínua e supervisão de agentes penitenciários que são os responsáveis pelo controle de todos os detentos, abertura de portas e permissão de entrada na unidade.

Figura 3 - Setor de Segurança e Triagem



Fonte: Autora, 2014.

Nessa unidade o técnico de enfermagem executa cuidados específicos da profissão e, também, administração de medicações prescritas pelos médicos plantonistas. Alocam-se nesse pavilhão os presos em Avaliação Pericial¹⁷ ou por motivo de Superveniência de Doença Mental¹⁸ que negada sua existência, retornam para a cadeia de origem. Até a liberação judicial

¹⁷A Avaliação Pericial constitui-se de um exame das funções psíquicas que é desenvolvido por peritos (médicos psiquiatras) exclusivos para esta função. Estes peritos atendem a todos os apenados que cumprem penas em cadeias do Estado e que apresentam necessidade de avaliação sobre sua capacidade mental. As perícias são agendadas antecipadamente e na data do exame, o detento é encaminhado ao IPF devendo permanecer na Triagem até a realização do exame.

¹⁸A Superveniência de Doença Mental é a ocorrência de transtornos psiquiátricos em prisioneiros da rede carcerária. Quando detectada esta situação em algum detendo de qualquer cadeia do Estado encaminha-se o apenado ao IPF, no setor de Admissão e Triagem, para avaliação do médico psiquiatra plantonista. Há médicos

o apenado deverá permanecer recluso no setor de Triagem e, somente após, será encaminhado às unidades fechadas.

Um dos entrevistados refere-se ao seu trabalho na unidade de Triagem e à alta segurança de pacientes que, sob olhares da vigilância e da enfermagem, dividem as celas com outros que estão aguardando liberações do juiz, avaliações ou transferência para as unidades fechadas. Atenta para as questões que diferenciam as unidades fechadas das abertas e a necessidade de segurança constante.

“Aqui a gente depende dos agentes para medicar, para tudo. Na unidade aberta não chamamos o agente, fazemos as coisas sozinhos. Aqui eu não faço nada sem os agentes. Quando administramos a medicação o agente vai junto até a portinhola. Se vamos alcançar alguma coisa o agente é que abre a portinhola e alcançamos para o preso. Sei que são pacientes, mas aqui ainda são presos. É bom assim! Nas unidades abertas a gente se expõe muito mais porque o agente não está por perto. Eu me sinto segura aqui [...]. A presença dos agentes impõe respeito” (Gisele).

Segundo Fonseca (1995) a vigilância como instrumento da disciplina é que permite a estratégia do poder sem a necessidade de recorrer à força para realizá-la. Para o poder que vigia, resta o papel de olhar e não mais coagir pela força física. Assim o louco se força à calma, o operário ao trabalho, o aluno à aplicação e o criminoso à retidão de comportamento. A presença constante de agentes penitenciários junto à equipe de enfermagem torna esses pacientes disciplinados às regras específicas de confinamento do local. Vigitados permanentemente, eles se apresentam como guardiões de suas próprias condutas.

Durante o período de observação nessa unidade, em determinado dia de visita em campo, acompanhando um dos profissionais, escutei gritos fortes vindos de uma das celas que abrigava um dos detentos em isolamento. Trancado, um paciente já avaliado aguardava liberação do juiz para poder internar nas unidades fechadas e, estando há quatro meses sem sair do mesmo ambiente¹⁹, ou seja, a pequena cela, solicitava por apenas um minuto sentado no corredor. Diante da situação, percebi que o profissional a quem eu acompanhava ficou desconfortável com a circunstância presenciada, fechava os olhos e tentava distrair-se com suas obrigações de leitura do livro de intercorrência da unidade. Em seguida, comentou sobre a situação.

“É muito difícil acostumar-se a esta realidade. Aqui, se você notar, tudo tem características dos antigos castelos medievais. Enquanto os pacientes aguardam a perícia ou a liberação do juiz para se tornarem pacientes do IPF, ficam presos. Ver

plantonistas para realizar esta avaliação 24 horas. Após exame e constatação da situação de doença mental, dependendo de sua gravidade, o apenado poderá ser encaminhado novamente à penitenciária de origem para tratamento ou, permanecer no IPF, transformando sua pena em Medida de Segurança. Para isso, é necessário laudo pericial e liberação judicial.

¹⁹ Informação fornecida pela enfermagem.

isso é muito estressante, o lugar é péssimo, fica em um porão sem luz como tu mesmo vê” (Diário de campo – Luisa).

Luisa referia-se às celas fechadas e à área física em que se encontra a unidade de Triagem, localizada no subsolo do setor de Admissão e Triagem. O local, com condições de higiene inadequadas, realmente lembra as celas de Castelos Medievais, chamando a atenção por se apresentar como lugar sombrio, úmido e com pouca luz solar. Dentro das celas, não há energia elétrica e a iluminação é realizada por pequenas janelas do tipo basculante de ferro que são reforçadas internamente e externamente por grades associadas a telas de ferro (Figura 4). Como não há energia, também não há direito a uso de televisão ou até mesmo rádio de pilhas. Se a enfermagem necessita avaliar algum paciente ou atender alguma intercorrência nas celas é necessário uso de lanternas. Toda a unidade é reforçada no lado externo por telas e arames. O objetivo é que não haja possibilidades de fuga como em qualquer cadeia comum.

Figura 4 - Área externa do Setor de Admissão e Triagem



Fonte: Autora, 2014.

A presença de ratos entrando e saindo das celas com mais liberdade que os pacientes é algo comum nessa unidade. *“Aqui o cheiro é ruim e tem ratos para tudo que é lado. Chamo eles de Jerry”*(Gisele). Os colchões dos pacientes resumem-se a pedaços de espuma velha e não há lençóis ou travesseiros para acomodação. Pratos sujos com restos de comida ficam espalhados. A alimentação dos pacientes é fornecida por apenados que trabalham na cozinha. Estes alcançam aos presos um prato plástico na cor azul que é servido previamente. Retornam para recolhê-lo somente na próxima refeição e as sobras ficam espalhadas à disposição de

animais e insetos do local. O cheiro de papel queimado, proveniente do consumo de cigarros tipo palheiro, espalha-se por toda a unidade sendo difícil respirar nesse ambiente fechado.

O que chama a atenção no local é que nunca há saídas das celas, a não ser por conta de uma entrevista com o Serviço Social ou momentos de visita que são permitidos uma vez na semana. Por mais que as características prisionais nos remetam à reclusão, nas cadeias há sempre direito ao banho de sol. Na Triagem do IPF nunca há este tipo de liberação, ainda que esta seja uma ordem da Direção Geral e Superintendência do Estado. Os agentes da SUSEPE alegam falta de pessoas para que a liberação seja realizada e, com o quadro reduzido, não há como possibilitar saídas ao pátio colocando em risco a segurança de todos.

Durante uma conversa um dos informantes desabafa por não estar de acordo com a realidade presenciada diariamente. Relatou conflitos internos entre suas condutas e as condutas dos agentes penitenciários, além de constante necessidade de provar seus conhecimentos técnicos perante ordens que partem dos agentes. Verbalizou que a situação de abandono da unidade lhe causa desconfortos e que nunca imaginou que ao trabalhar no IPF encontraria tais problemas. *“Eu não imaginava que encontraria esta realidade. Este lugar é sujo. Falta tudo aqui. Demorei pra aceitar, mas estou doente por conta disso”* (Diário de campo – Roberta). Contou-me que certa vez vivenciou uma situação de conflito em relação a um agente penitenciário que lhe ordenou aplicar medicação injetável em um paciente que estava tranquilo. Disse que necessitou discutir, alegando que não iria desenvolver esta conduta e chamou apoio de superiores. *“Eu disse que não ia fazer e pronto. Mas a toda hora é isso. Agora está um pouco melhor, mas no início foi bem ruim. Eles não pensam como a gente”* (Diário de campo – Roberta).

A unidade de Admissão e Triagem é um ambiente de alta segurança com cadeados sempre fechados e presença de agentes penitenciários que impõem o aspecto de uma prisão. O local impressiona qualquer pessoa, o chão é escuro, cinza, parecendo não ser limpo há muitos meses. As paredes, um dia pintadas na cor branca, já estão amareladas. Nas celas, frases escritas nas paredes pelos detentos se misturam à fuligem, sujeira e umidade. *“Os pacientes que mais reclamam das condições são os que estão no setor de triagem [...]. Eles não podem sair para circular no pátio da instituição, mas precisam ficar confinados às celas úmidas”* (FOGLIATTO, 2014, n.p.).

Embora o local tenha características de abandono (Figura 5), esta não é uma situação específica do setor de Admissão e Triagem. O IPF não possui funcionários para higienização de suas unidades. A limpeza é realizada pelos próprios pacientes que, muitas vezes, necessitam ser estimulados por Terapeutas Ocupacionais para desenvoltura da tarefa. Para

suprir essa necessidade, detentos do regime semiaberto, provenientes do Presídio Central, podem trabalhar auxiliando na higienização. O número de pessoas destinadas a esta função é mínimo, pois outros trabalhos mais atrativos estão disponíveis na sociedade para esses indivíduos reformados. Como no Serviço de Admissão e Triagem há necessidade de alta segurança, o ambiente, em termos de limpeza, fica abandonado.

Figura 5 - Entrada da área de isolamento de pacientes no Setor de Admissão e Triagem



Fonte: Autora, 2014.

UNIDADE DE TRATAMENTO F (UTF)

Esta é uma unidade fechada destinada ao tratamento de pacientes que estiveram internados no Setor de Admissão e Triagem. Ela é a porta de entrada à internação sob custódia no IPF para pacientes crônicos²⁰. Abriga também pacientes internados, provenientes de unidades abertas, que não se encontram em condições de permanecer nos ambientes, seja por desorganização mental em relação à doença psiquiátrica, seja por desvios de conduta em relação ao descumprimento de normas e rotinas institucionais. A equipe de enfermagem é composta por apenas um profissional em cada turno de trabalho. Em algumas situações especiais este número de profissionais pode variar e durante a noite, nos casos de folgas, um único profissional poderá ficar responsável pelas unidades F e G.

²⁰Assim denominados os pacientes psiquiátricos que tem em vista a natureza crônica de sua doença mental. Excluem-se os pacientes que tem por natureza a doença mental associada ao uso de substâncias.

Assim como na Triagem, a unidade F possui alta segurança com grades, telas e arames externos (Figura 6). Agentes penitenciários controlam entradas e saídas, abertura de grades e portas de todas as celas de pacientes que, durante a noite, ficam fechados por cadeados. Porém, como os pacientes já são considerados internos do IPF, há uma tendência tanto pelos agentes penitenciários quanto pela enfermagem em substituir a palavra cela por “quartos” ou “leitos”. No período de observação havia 32 internados nessa unidade. No entanto, este número é sempre variável e modifica a cada dia, assim como em todas as outras unidades de internação do IPF.

Figura 6 - Área externa da Unidade de Tratamento F



Fonte: Autora, 2014.

O local é um grande corredor com diversos quartos coletivos. Na entrada, pelo lado externo das grades, há uma mesa de escritório onde fica um agente penitenciário que controla as movimentações, inclusive da equipe de enfermagem e outros profissionais. No passado, havia câmeras de vigilância para controle que, com uso frequente, foram danificadas e não tiveram reposição. O posto de enfermagem fica localizado na área externa à galeria²¹, no fundo de um corredor. Próximo ao posto existe um quarto de isolamento coletivo denominado pelas equipes como “triagem da unidade”. Este fica fechado constantemente por cadeados, sendo uma pequena janela recortada na porta, o único contato dos internos com a equipe da unidade. O paciente deve permanecer nesse local sempre que chega à unidade e somente poderá ser liberado após avaliação médica.

²¹Denominação utilizada para definir o ambiente de livre circulação de pacientes.

Figura 7 - Quarto de isolamento



Fonte: FOGLIATO, 2014. Créditos Bernardo Jardim Ribeiro/SUL21.

Além disso, a unidade também possui quatro quartos de isolamento individual (Figura 7) que tem por objetivo manter o paciente que se encontra em situação de risco isolado dos demais. Esses quartos individuais existem em todas as unidades do IPF, porém são mais utilizados nas unidades fechadas. O encaminhamento de um paciente a esses locais é baseado, principalmente, na avaliação da equipe de enfermagem. *“Os isolamentos servem para retirar o paciente de exposição, pois, muitas vezes, ele apresenta risco para ele ou para terceiros. Os riscos são variados, podem ser de agressão ou risco moral²². Temos muitos pacientes em risco moral”* (Diário de campo – Luisa).

Observa-se que cabe à equipe avaliar os riscos e atentar para a decisão de retirar da circulação livre o paciente exposto aos demais internos da unidade. Para Foucault (2010a), o quadriculamento disciplinar disponibiliza cada indivíduo em seu lugar e em cada lugar, um indivíduo. O objetivo desta decomposição é evitar as distribuições por grupos, analisar as implantações coletivas e avaliar as pluralidades confusas. Na tentativa de isolar o indivíduo que apresenta comportamentos inadequados *“a cela é preferível ao dormitório”* (FOUCAULT, 2006, p. 128).

Este quadriculamento implica na divisão de subespaços conforme o número de corpos (SOUSA; MENESES, 2010). Em cada isolamento do IPF há possibilidade de apenas um interno. Com isso, o espaço fica organizado de forma que priorize e privilegie as estratégias

²² Risco moral refere-se ao risco de um paciente ser agredido sexualmente por outros pacientes ou, de se expor no ambiente por comportamentos hipersexualizados que possam estimular esta situação de violência.

de vigilância e controle do paciente que necessita de maior observação. Os isolamentos coletivos funcionam em um sistema de reclusão àqueles recentemente chegados e ainda não avaliados pelos médicos responsáveis ou como forma de punição aos que não cumprem as rotinas de convivência coletiva nas unidades.

“Aqui próximo ao posto de enfermagem ficam os isolamentos individuais e os coletivos. Tem uma janelinha na porta, se eles precisam, eles gritam e vou lá” (Carmem). O paciente que necessita de maior observação deve sempre ficar próximo ao posto de enfermagem, pois, desta forma, é possível analisar os comportamentos, aplicar sanções e produzir pacientes reformados e organizados. Aos olhos da enfermagem, o paciente tende a comportar-se mais adequadamente e ser atendido mais brevemente em suas necessidades. Segundo Fonseca (1995) a utilização da disciplina permite o aperfeiçoamento das medidas terapêuticas e o grau de utilidade aumenta na medida em que se torna um espaço serial. Ela não isola os indivíduos, apenas os separa a fim de estabelecer ligações operatórias entre eles.

A unidade F é controlada pelos agentes penitenciários que são os únicos responsáveis pelas chaves de aberturas de cadeados e portas. Em todos os momentos em que estive em observação, não presenciei a entrada de enfermeiros ou técnicos de enfermagem na galeria. Sempre que era necessária alguma intervenção de enfermagem, como a administração de medicações e avaliações de queixas dos pacientes, era preciso apoio da segurança. As medicações psiquiátricas são administradas através de grades não sendo possível o contato direto com os pacientes. Quando há necessidade de verificação de sinais vitais em algum paciente específico, o agente penitenciário deve abrir a grade e conduzir o paciente até o posto de enfermagem. Ao final do dia é realizada contagem do total de pacientes pelos agentes penitenciários.

UNIDADE DE TRATAMENTO G (UTG)

A unidade G é um pavilhão fechado para abrigar dependentes químicos. Sua estrutura é muito semelhante à da unidade F, localizada ao lado (Figura 8). As rotinas de controle dos agentes penitenciários são as mesmas: mesa na entrada, grades de separação entre pacientes e vigilantes, isolamentos individuais e coletivos. Do mesmo modo, o posto de enfermagem fica localizado ao fundo, próximo aos isolamentos e longe da galeria de pacientes. No início do período de observação havia 32 pacientes internados, número também variável diariamente.

Figura 8- Área externa da Unidade de Tratamento G



Fonte: Autora, 2014.

Esta unidade possui rotinas específicas e exclusivas. Todos os pacientes recebem medicações psiquiátricas diluídas e, no momento de administração, devem permanecer próximo às grades que separam internos de agentes penitenciários e enfermagem para que possam ser observados constantemente. Somente após 20 minutos da ingestão do medicamento é que os pacientes podem retornar à galeria. Tal norma é justificada como prevenção à indução de vômitos, prática realizada por alguns pacientes que forçam o vômito nos banheiros para inativar os efeitos de absorção de medicações psiquiátricas.

Os técnicos de enfermagem são responsáveis pela administração das medicações. Antes do preparo, é realizada a conferência de todos os internos pelos agentes penitenciários e, somente após, poderá iniciar a distribuição dos remédios. Observando as regras e normas aplicadas a todos os internos, questionei o motivo pelo qual os pacientes receberam as medicações na forma diluída. A resposta foi que, para não existir nenhuma diferença entre os internos, todos deveriam receber igualmente o medicamento. Assim, o risco em não aceitar o tratamento ficaria minimizado e as regras mais adaptáveis.

Os registros internos desta unidade apontam uma modificação e reformulação de todas as normas e rotinas da mesma a partir de 05 de março de 2013. Foi criado um roteiro de regras específicas destinadas a todos os internos, sem exceção, justificando-se por meio de um documento elaborado pela equipe multidisciplinar.

“A população de internos da unidade inclui pacientes com histórico de abuso e tráfico de drogas, principalmente os que comercializam e trazem drogas para dentro da Instituição. Também são incluídos pacientes que apresentam transtorno de conduta e transtorno de personalidade antissocial com características de incapacidade de adequar-se às normas sociais em relação a comportamentos ilícitos; propensão a enganar ou mentir e ludibriar os outros; crises de descontrole de impulsos com agressividade; desrespeito à sua segurança e dos outros; ausência de remorso; quadro psicótico com grave risco de agressão; pouca ou nenhuma resposta à terapêutica medicamentosa; quadro agravado por uso de álcool e droga”(Diário de campo - rotinas da unidade G).

No IPF esta é a única unidade em que é proibido o consumo de cigarros entre os pacientes. As normas para o tabagismo são muito rigorosas e, caso alguém seja pego com cigarros ou assemelhados, não poderá receber visitas de rotina ou sair em alta progressiva. Apesar do uso de cigarros ser vedado aos internos, os agentes penitenciários fumam em frente aos pacientes com muita naturalidade. Além disso, apagam baganas de cigarros no chão que, uma vez ao dia, são recolhidas pelos próprios internos responsáveis pela limpeza do ambiente. Caso os pacientes sejam surpreendidos com as baganas de cigarro, são punidos rigorosamente.

Nesta unidade, alguns pacientes nem chegam a ser encaminhados às unidades abertas e acabam recebendo alta diretamente. Há casos em que eles chegam a ficar internados pelo período de um ano, mas o tempo mínimo de internação é de seis meses especificamente nessa unidade. Em algumas situações, caso a medida de segurança tenha cessado, o paciente retorna ao Presídio Central para terminar de cumprir a sua pena judicial. Além disso, o período de internação poderá ser renovado ou abreviado conforme avaliação da equipe terapêutica.

As visitas ocorrem nas quartas-feiras e nenhum paciente pode receber visita se não for avaliado pelo serviço social. Nos dias de encontro com familiares existe uma alta vigilância por agentes penitenciários e não é permitido que o paciente receba nenhum pertence pessoal. Até mesmo os alimentos doados devem ser ingeridos sempre durante a visita e não é permitida a redistribuição entre os demais. Após, é realizada revista individual pelo agente penitenciário, a fim de verificar se há presença de qualquer objeto não permitido ou supostamente perigoso.

Os pacientes dessa unidade não possuem contato com demais áreas do IPF. Há um pátio interno com espaço para tomar sol que, de acordo com as liberações dos agentes penitenciários, é permitida a permanência durante tempo determinado. Caso o paciente necessite sair da unidade para avaliação médica ou exames, internos ou externos, deve sempre utilizar algemas de contenção. No retorno à unidade sempre é realizada revista minuciosa pela

equipe de segurança. Porém, em conversa com alguns entrevistados, essa rotina não ocorre de forma tão rigorosa.

Todas as atividades terapêuticas são desempenhadas diariamente e exclusivamente por terapeutas ocupacionais e psicólogas. A enfermagem nunca participa desses momentos, mas em épocas passadas, com um maior quadro efetivo, era possível que o enfermeiro também realizasse grupos e atividades de orientação. Os pacientes devem assisti-las obrigatoriamente, mas não é obrigado a participar. Apenas deve permanecer junto ao local onde as atividades são realizadas até a sua finalização. As normas aplicadas são mais rigorosas porque “*aqui o perfil do paciente é diferente*” (Diário de campo – Manu), referindo-se ao fato de serem dependentes químicos.

É possível observar que se faz necessário que o paciente internado na unidade G conheça bem as regras aplicadas durante o período em que está sob regime de medida de segurança. Entretanto, além disso, é necessário que ele se adapte a algumas normas institucionais que serão reproduzidas nas unidades abertas e o isolamento em unidade fechada é local ideal para controle e disciplinamento. Para Foucault (2010a) a disciplina às vezes exige um local heterogêneo e fechado em si mesmo para controle do indivíduo. “[...] uma vigilância constante sobre seu comportamento e, quando necessário, a aplicação de sanções sobre ele, acompanhada da medição de suas reações” (FONSECA, 1995, p. 61).

Goffmann (1974) descreve que os padrões de tratamento de um internado podem entrar em conflito com os desejados por outro, o que provoca outro conjunto de problemas de direção. Por isso, em hospitais para doentes mentais, se a porta precisa ficar aberta por respeito aos que têm o direito de sair, outros pacientes, que sob outras condições poderiam ficar no pátio, podem precisar ficar em enfermarias fechadas. No sentido destas ideias é necessário que os pacientes internados tenham primeiramente uma vivência em unidade fechada para que, então, já disciplinados, possam ser encaminhados às unidades abertas e tenham o direito de deambular livre pelo pátio, sem risco iminente de fugas ou comportamentos de risco, já sabendo de seus resultados e consequências.

UNIDADE DE TRATAMENTO E (UTE)

Esta é uma unidade fechada (Figura 9), destinada à pacientes do sexo feminino. É a única unidade que abriga mulheres no IPF. Tanto agentes penitenciárias quanto pacientes são do sexo feminino, mas a enfermagem poderá ter atendimentos de profissionais homens caso seja necessário. Permanecem internadas mulheres em todas as fases de atendimento: apenas

em processo de admissão, pacientes dependentes químicas e pacientes crônicas em tratamento.

Figura 9 - Porta de entrada da Unidade de Tratamento E



Fonte: Autora, 2014.

O processo de admissão nesta unidade segue as mesmas normas do Setor de Admissão e Triagem do IPF. As regras e rotinas aplicadas às apenas não difere dos demais internos da Triagem. A diferença é que, nessa unidade, há uma cela específica para isolar pessoas e câmeras para vigilância, observação e controle, algo que inexistente na Triagem masculina. A observação por meio de câmeras é de responsabilidade exclusiva das agentes penitenciárias, mas a enfermagem auxilia em algumas situações. O número de pacientes nessa unidade pode variar conforme a demanda e sempre é muito menor quando comparado aos internados homens.

A observação através das câmeras de vigilância é algo presente no dia a dia das pessoas internadas que podem, muitas vezes, adequar suas condutas, visando um comportamento perfeito e ideal. *“Aqui as agentes penitenciárias controlam tudo pelas câmeras. Nós também ficamos observando e algumas vezes, entramos junto. Elas sabem que estão sendo observadas”* (Viviane). A presença de câmeras possibilita ao paciente controlar o seu comportamento, pois há a certeza de que está sendo vigiado, mas também não é possível afirmar que não esteja. *“A única certeza do detento é que pode estar sendo vigiado a qualquer momento”* (FONSECA, 1995, p. 55). Sob estas condições, as pacientes dessa unidade podem controlar seus comportamentos e tornam-se sujeitadas às regras aplicadas.

Essa situação também nos remete ao princípio do Panóptico com a distribuição espacial do poder para um saber mais detalhado sobre os sujeitos. Uma anatomia do poder moderno que se exerce sobre os homens (OKSALA, 2011). Foucault (2006) descreve que o louco deve ser não só alguém que é vigiado, mas o fato de saber que pode sempre ser vigiado, que se está sob um poder virtual de olhar permanente, é que tem um valor terapêutico. Para o autor, precisamente quando se sabe que é olhado, e olhado como louco, é que não se mostrará a própria loucura.

Na unidade há celas (quartos) específicas para abrigar as internas já avaliadas por peritos e definidas judicialmente como pacientes do IPF. Essas pessoas, em estágio inicial do tratamento, ficam isoladas das outras pacientes, em quartos coletivos com portas de ferro e cadeado que são abertos ou fechados pela segurança. Cumprida esta etapa do tratamento, as pacientes passam a conviver em uma galeria onde as portas dos quartos permanecem abertas com livre circulação pelo corredor. Porém, há uma grade que separa os ambientes não permitindo acesso das internas da galeria até as celas coletivas. O acesso é liberado apenas para administração de medicações e banhos, dependendo dos horários estabelecidos pela equipe de agentes que está em plantão no dia. Apesar dessa situação, as medicações são administradas nos horários prescritos.

No passado, a unidade já abrigou muitas internas, porém, com a implantação do processo de desinstitucionalização de pacientes, ocorreram muitas altas progressivas e altas definitivas. No período da observação em campo havia apenas 09 internas no local e ao final da pesquisa restaram somente três pessoas. Isso permitia às pacientes um tratamento menos rigoroso e determinado pelas regras de reclusão. Os processos de enfermagem eram bem organizados nessa unidade, assim como algumas rotinas específicas.

O posto de enfermagem fica localizado próximo ao alojamento das agentes penitenciárias. A equipe, composta por um profissional de enfermagem em cada turno, prepara os materiais e distribui medicações. As demais atividades com as pacientes ficam sob responsabilidade das agentes penitenciárias e terapeutas ocupacionais. Com um número reduzido de pacientes as relações entre equipe de enfermagem e agentes penitenciárias parecia ser muito tranquila. Porém, havia a necessidade do funcionário da enfermagem solicitar aberturas das celas e grades caso necessitasse realizar alguma intervenção pertinente à profissão.

Não há pátio interno neste pavilhão e as atividades terapêuticas são desenvolvidas na parte externa da unidade. O local é muito bonito e colorido, mas no passado já estive em degradação, fato este presenciado por mim em momentos anteriores ao início da pesquisa. Há

uma mesa para trabalhos manuais junto às árvores e canteiros decorados com pneus coloridos (Figura 10). Animais circulam livremente por esse ambiente e são alimentados por pacientes e funcionários da instituição. “Isoladas do maior pátio por uma cerca, as mulheres que habitam o IPF moram na unidade mais colorida e bem cuidada do local” (FOGLIATO, 2014, n.p.)

Figura 10 - Pátio externo da Unidade de Tratamento E



Fonte:Autora, 2014.

UNIDADE DE TRATAMENTO B (UTB)

Esta é uma unidade aberta, mista, direcionada a pacientes crônicos e dependentes químicos do sexo masculino em situação de medida de segurança. Asila em média 70 pacientes, muitos em situação de alta progressiva. No momento da pesquisa em campo havia 40 pacientes internados sob responsabilidade das equipes e os demais se encontravam em alta.

A unidade B é um grande pavilhão composto por dois andares (Figura 11). No passado abrigava muitos pacientes e, segundo relatos de técnicos de enfermagem, já estiveram internadas mais de 400 pessoas. Com o processo de desinstitucionalização de pacientes no IPF, que atendeu à Reforma Psiquiátrica²³, a grande maioria dos internados já recebeu altas

²³No Brasil, a reforma psiquiátrica teve início no final da década de 70 e início na de 80, a partir da reabertura democrática com o final dos governos militares e processo constituinte, com importantes processos das Conferências Nacionais de Saúde, bem como mobilizações de familiares, profissionais da saúde mental e a criação do movimento antimanicomial. O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado no Brasil a adotar a reforma psiquiátrica e suas legislações. Através da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Estadual 9716/92, impulsionou-se o processo de substituição dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde,

definitivas e retornou para seus lares. Apesar de ser a maior unidade do IPF é um pavilhão com grande necessidade de reforma dos ambientes.

Figura 11 - Área externa da Unidade de Tratamento B



Fonte: Autora, 2014.

Nesta unidade há sempre dois profissionais de enfermagem nos turnos manhã e tarde. Durante a noite, fica apenas um profissional responsável pelos internos. Alguns pacientes necessitam de cuidados especiais como grandes curativos por amputação de membros e, também, restrições ao leito, por dificuldades de deambulação. A equipe de enfermagem está sempre em atividade, pois como são muitos os internos é necessária constante observação.

A unidade é antiga e bastante suja. As paredes e chão demonstram que, há bastante tempo, não há limpeza no local. No andar superior há dois grandes alojamentos com camas e beliches para abrigar os pacientes (Figura 12). O cheiro é bastante forte, uma mistura de sujeira com umidade e fumaça de cigarros. Na parte inferior do pavilhão estão localizados o posto de enfermagem, sala de curativos, consultórios e alguns leitos. Há também um pátio interno específico para os pacientes.

Na porta de entrada, há mostra de trabalhos terapêuticos com os pacientes como, por exemplo, grades pintadas e bancos coloridos para sala de visitas. No início da pesquisa em

determinando regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias. Porém, apesar do amparo legal, há muito a evoluir em relação aos manicômios judiciários, pois, embora esteja sendo eficiente a redução de leitos em hospitais psiquiátricos da rede de saúde mental, não está sendo suficiente para evitar o aumento de pacientes em internação sob custódia nos manicômios judiciários (MENEZES, 2005).

campo esses ambientes apresentavam-se de outra forma. As grades eram enferrujadas e a sala de visitas pouco acolhedora. Em meados do estudo, o ambiente foi modificado e decorado. Porém, somente tal parte da unidade foi modificada, os demais ambientes permanecem em estado de degradação.

Figura 12 - Quarto de pacientes na Unidade de Tratamento B



Fonte: FOGLIATO, 2014. Créditos Bernardo Jardim Ribeiro/SUL21.

UNIDADE DE TRATAMENTO C (UTC)

Esta é uma unidade aberta que atualmente encontra-se em pior estado no IPF. É uma unidade mista para atendimento de pacientes crônicos e dependentes químicos. Abriga em média 70 pacientes e, durante a observação, havia 38 internados estando os demais em alta progressiva. Segundo Fernandes (2008, p. 334) “os pacientes internados na unidade C são os mais doentes de todas as unidades por serem idosos que necessitam de orientação, atenção e cuidados”. Esta unidade carece de reformas e limpeza geral, pois, devido à situação dos internos, todos os ambientes são muito sujos. O posto de enfermagem fica localizado junto ao refeitório de pacientes que é o grande salão de circulação da unidade. Os consultórios de atendimento se localizam dentro do posto de enfermagem e, para que os pacientes sejam atendidos, é necessário entrar e sair pela única porta de acesso interno: a porta do posto de enfermagem. Exercem atividades, na unidade em questão, dois técnicos de enfermagem pela manhã, um à tarde e um em cada noite, quando não há faltas ou folgas.

Há uma sala para trabalhos terapêuticos com os pacientes (Figura 13), cujo acesso pode ser realizado pelo posto de enfermagem ou pela parte externa da unidade, através de uma porta. Esses trabalhos se restringem somente a essa sala, não havendo decorações em outros ambientes como nas demais unidades.

Figura 13 - Porta de entrada da Unidade de Tratamento C



Fonte: Autora, 2014.

Esta unidade me pareceu em situação de abandono por destoar das demais unidades do IPF. Apesar dos pavilhões urgirem reformas, nos demais ambientes havia tentativas de minimizar esses efeitos. Na unidade C os quartos dos pacientes são bastante empobrecidos, não existem colchões em bom estado e alguns eram apenas pedaços de espuma. Uma rouparia gerenciada pelos próprios pacientes serve como guarda dos utensílios pessoais dos internos e, no dia da visita, se encontrava em grande desorganização. As paredes são muito sujas e é possível observar, em alguns locais, sangue seco nos azulejos (Figura 14).

Figura 14 - Quarto de pacientes na Unidade de Tratamento C



Fonte: Autora, 2014.

A unidade possui um pátio interno destinado aos pacientes. O local transmite tranquilidade devido à presença de árvores diversas. A janela do posto de enfermagem é direcionada ao pátio, assim como as demais salas de atendimento. De certa forma é possível observar os pacientes, mas a situação inversa também ocorre, ou seja, os pacientes também podem observar as equipes trabalhando. Essa situação não é de agrado dos profissionais da unidade. A permanência dos pacientes observando rotinas das equipes parece incomodar, visto que, em diversos momentos, ocorreram solicitações para que os pacientes saíssem da janela. Tal situação não foi presenciada somente com as equipes de enfermagem, pois os demais profissionais mantinham a mesma conduta em relação à presença do paciente naquele local. “*João*²⁴ *sai da janela, vai dar uma volta*” (Diário de campo – Patrícia).

UNIDADE DE TRATAMENTO D (UTD)

Trata-se de uma unidade aberta e exclusiva para pacientes crônicos do sexo masculino. É uma unidade que foi reformada em 2011 e, portanto, encontra-se mais adequada para abrigar pessoas. Asila em média 80 pacientes, sendo que, no momento da pesquisa em campo, havia 40 pacientes internados e os demais se encontravam em alta progressiva. Na porta de entrada da unidade é possível observar algumas mudanças que fazem esquecer um ambiente

²⁴João será um nome fictício a ser utilizado com o objetivo de preservar anonimato dos pacientes internados nas unidades do IPF que, muitas vezes, foram referenciados nas falas dos sujeitos da pesquisa.

que no passado estava em degradação. Há vasos coloridos com flores e canteiros perfeitamente organizados (Figura 15), um resquício de trabalho conduzido, talvez, por um terapeuta ocupacional.

No passado, os internos desta unidade ocupavam outro pavilhão que foi desativado por não haver condições de abrigo devido ao comprometimento da estrutura física. Para melhor organização e conforto ocorreu transferência para este local (antiga unidade A)²⁵, recentemente reformado e em condições de abrigar novos pacientes. A unidade compõe-se de dois andares. Na parte inferior estão localizados posto de enfermagem, sala de curativos, salas para consultas, refeitório (Figura 16) e rouparia. Há um quarto para observação de pacientes que, por não apresentarem condições de permanecer na galeria, devem ficar sob o olhar constante da enfermagem. Esse quarto possui um visor que permite a observação diretamente do posto de enfermagem, porém, quem está do lado de dentro do quarto, nada vê.

Figura 15 - Área externa da Unidade de Tratamento D



Fonte: Autora, 2014.

Os quartos dos pacientes ficam localizados na parte superior; o posto de enfermagem, o refeitório e o espaço para grupos se localizam na parte inferior. Nas paredes há quadros com fotografias de pacientes que já passaram pelo local, incluindo aqueles que já cumpriram sua medida de segurança e também os falecidos. Os quadros são produzidos com material

²⁵A unidade A destinava-se ao acolhimento de pacientes crônicos do IPF. Devido necessidades de reformas na estrutura física foi desativada e seus pacientes distribuídos entre as demais unidades. Após a conclusão das obras o local destinou-se a receber os pacientes da Unidade D, localizada inicialmente ao lado da administração de pessoas. Com a transferência, a Unidade A foi extinta e o prédio da Unidade D desativado.

reciclado, obra de uma técnica de enfermagem que trabalha no local há muitos anos e que de uma forma simples, tenta resgatar a história de cada um que por lá passou.

Figura 16 - Refeitório de pacientes na Unidade de Tratamento D



Fonte: Autora, 2014.

O ambiente é limpo no andar térreo devido constantes solicitações da equipe de enfermagem e terapia ocupacional para limpeza e organização. Porém, na parte superior, onde ficam localizados os quartos dos pacientes (Figura 17), não acontece o mesmo. Os aposentos são sujos devido à situação crônica de muitos dos internos. Apesar de necessário, é possível perceber que a limpeza da parte superior do pavilhão não é tão estimulada. Nessa unidade trabalham dois profissionais de enfermagem no turno da manhã, um no turno da tarde e um em cada noite (quando a equipe está completa). Em uma das visitas solicitei que o técnico de enfermagem me acompanhasse até os quartos dos pacientes, pois tinha grande interesse em conhecer o ambiente na parte superior do pavilhão. Mesmo acompanhada percebi que subir à parte superior não era do agrado das equipes. O medo de permanecer sozinho nesse ambiente é comum entre todos os profissionais.

“Vou te acompanhar porque estamos juntas. Só venho aqui quando realmente é necessário. Antes tinha um agente penitenciário todos os dias na unidade, mas, como sempre, tudo se perdeu. Agora não fica ninguém e eu não acho seguro” (Diário de campo – Laura). A entrevistada referiu-me ter medo de se expor nesse local e sofrer algum dano, pois na unidade, há mais ou menos um ano, um paciente cometeu homicídio agredindo outro interno com uma

facada no pescoço. Essa situação ocorreu na parte superior da unidade e, desde então, todos os profissionais hesitam em subir a este local.

Figura 17 - Andar Superior (alojamento de pacientes na Unidade de Tratamento D)



Fonte: Autora, 2014.

Nas sextas-feiras à tarde há um grupo de música conduzido pela técnica de enfermagem. “Loucos por Música” foi o nome de escolha dos próprios pacientes. O objetivo é estimular o uso da música para expressar sentimentos. Para organização das atividades, canções são selecionadas pelos próprios internos. Em algumas datas comemorativas há apresentações temáticas para a equipe de profissionais desta unidade e demais pacientes do IPF. Na época da visita, os internos estavam decorando canções natalinas. Na data estipulada para a apresentação, médicos, psicólogos, terapeuta ocupacional, enfermeiros e técnicos responsáveis pela unidade, reuniram-se para uma festa juntamente com os pacientes.

Conhecendo os ambientes e rotinas específicas de cada unidade foi possível observar que a enfermagem exerce importante papel de cuidado e observação. Nas unidades fechadas o controle é uma função de agentes de segurança, porém, nos pavilhões abertos, tais práticas são exercidas exclusivamente por técnicos e auxiliares de enfermagem. Segundo Miranda (1993) estes ambientes de cuidado a pacientes com transtorno mental impõe a necessidade de um profissional que organize, cadastre, faça fichamento e, também, reproduza de forma mecânica as orientações médicas, além de vigiar e controlar tudo o que acontece o tempo todo. No IPF a

enfermagem é a categoria profissional responsável por estas funções. Tais práticas de controle e organização dos pacientes serão descritas e analisadas no capítulo seguinte.

6 O CONTROLE DO TEMPO

Uma das principais funções da equipe de enfermagem do IPF é o controle de pacientes através da administração de medicações diárias em horários previamente estabelecidos. “As medicações aqui seguem os horários normais de um hospital. São administradas às 8h, depois às 14 horas e às 20 horas. Alguns pacientes possuem medicações prescritas às 10 horas, 16 horas e 22 horas” (Diário de campo – Luisa).

Os medicamentos dos pacientes são dispensados pela farmácia do IPF. O médico responsável elabora a prescrição que é transcrita pelos funcionários da farmácia. A transcrição é realizada em pedaços de papelão, à caneta, e posteriormente colocada em um envelope. Este possui o número e o nome do paciente. As medicações são recortadas, para que fiquem em doses unitárias, sendo depositadas em cada envelope. A cada turno, os funcionários dirigem-se à farmácia para retirar a medicação dos pacientes sob sua responsabilidade. “A medicação vem da farmácia dentro de um envelope. Eu olho no envelope e vejo se o que está escrito é o que está ali. Não trabalhamos com a prescrição direta. Pegamos quando temos dúvidas” (Laura).

Durante o período de observação em campo foi possível verificar que a rotina descrita por Laura acontece em todas as unidades do IPF. Apesar de os funcionários saberem que é importante conferir o medicamento com a prescrição médica antes da administração, nenhum dos pesquisados fez esta verificação. Baseavam-se, apenas, na transcrição feita pelos funcionários da farmácia que pode estar sujeita a erros. Observei que alguns sequer liam o que estava escrito no envelope e descascavam os medicamentos entregando nas mãos do paciente. Alguns pacientes, às vezes, estranhavam a cor ou quantidade de comprimidos. Neste caso, havia a verificação da transcrição no envelope e não na prescrição original. A maioria das respostas direcionadas era que o laboratório havia mudado a cor do comprimido ou, que eles estavam em diferente dosagem.

A despreocupação sobre aquilo que se está oferecendo aos pacientes é uma situação constante e um dos entrevistados comenta: “eu já tive colegas que diziam que dar remédio aqui no IPF é como atirar milho para as galinhas. É só jogar para cima que os pacientes pegam” (Lorena). Nesta fala, Lorena demonstra seu descontentamento com o modo como os pacientes são tratados pelos demais colegas. Verbalizou que “as coisas estão mudando”, referindo-se a uma nova forma que estaria ocorrendo na instituição em relação ao modo de perceber os pacientes. “Olha só agora esta caixa de medicação. Não tem quase remédio para

dar. O João era um paciente que tomava um monte de coisas e agora é só isso” (Diário de campo – Lorena).

As rotinas de administração do medicamento variam conforme as unidades. Na Triagem o agente penitenciário acompanha o funcionário em cada cela e abre a pequena janela de cada porta. O paciente coloca a mão para fora e recebe a medicação. Ele deve ingeri-la diante do funcionário e abrir a boca para demonstrar a aceitação. *“A gente obriga eles a abrirem a boca, levantar a língua para ver se tomaram a medicação. Às vezes é necessário diluir ou administrar medicação injetável se eles não tomam”* (Roberta).

Nas unidades fechadas a rotina de administração do medicamento é diferenciada das unidades abertas. O funcionário de enfermagem vai até a grade onde se inicia a galeria de pacientes, acompanhado pelo agente penitenciário. Ao chegar no local, grita a palavra “medicação” em tom elevado para que os pacientes possam ouvir. Em resposta ao chamado, os pacientes se dispõem em filas para receber o medicamento prescrito. Na unidade G todas as medicações prescritas pelo médico psiquiatra são diluídas, independente do paciente aceitar ou não o tratamento. Há uma preparação para os medicamentos no posto de enfermagem que, de forma individualizada, são misturados com água da torneira em uma caneca azul rotulada com o nome do paciente.

Para Foucault (2010a) a disciplina, arte de dispor em filas, individualiza os corpos por uma localização que não os implanta, mas os distribui e faz circular em uma rede de relações. As fileiras organizam o espaço e estabelecem uma ordem de distribuição. Na ordem das filas do IPF priorizam-se os pacientes mais gravemente acometidos pela doença mental e estes devem receber o medicamento antes que os demais pacientes. Eles não necessitam formar filas, apenas chegam e recebem o medicamento. Os demais internos estão de acordo com esta rotina e permitem que aqueles identificados como confusos tenham esta liberdade.

Nas unidades abertas, o chamado para medicações ocorre através do toque de uma campainha que é acionada pelo técnico ou auxiliar de enfermagem em cada turno. Ao escutarem o som, os pacientes também se dispõem em filas para receber o medicamento que é administrado sem a presença do agente penitenciário. Muitas vezes, por receio de alguma situação emergencial, o pessoal de enfermagem administra a medicação com as grades do posto de enfermagem fechadas (Figura 18). *“Isso acontece por uma situação de segurança porque o paciente não é só um doente mental, mas também um criminoso. Também, porque ele pode entrar em surto”* (Viviane).

Figura 18 - Grades do posto de enfermagem (Unidade de Tratamento C)



Fonte: Autora, 2014.

A disciplina organizada em fileiras cria espaços complexos, arquiteturais, funcionais e hierárquicos. São espaços que permitem a circulação, marcam lugares e indicam valores. Tal estratégia garante a obediência dos indivíduos, melhor economia do tempo e dos gestos (FOUCAULT, 2010a). Observa-se que, independente do tocar da campainha, alguns pacientes já aguardavam o momento de receber a medicação na porta do posto de enfermagem.

“Os pacientes vêm numa fila por conta própria. Eles já estão acostumados. Eles têm um número no pacotinho. Vem uma caixa com as medicações. Cada um tem o seu pacotinho. Eles chegam e vão dizendo o seu número. A gente confere o número, pergunta o nome, ele diz o nome, conferimos com o pacote e abrimos a medicação” (Carolina).

A colocação dos pacientes em fileiras permite uma maior organização desse procedimento. Ao contrário de um hospital, onde o funcionário se dirige ao leito dos pacientes, no IPF o paciente é quem deve ir ao encontro da equipe. Essa prática funciona como um mecanismo de disciplinamento do corpo, pois cada um deve respeitar o horário do chamado, aguardar a sua vez em silêncio, com um recipiente para água na mão. A maioria dos pacientes possui uma caneca para água, geralmente a caneca azul que o IPF disponibiliza quando a possui. Porém, quando não há canecas para todos, os próprios pacientes utilizam garrafas plásticas ou qualquer outro tipo de embalagem coletadas no lixo. A água é oferecida a todos pelo lado externo do posto de enfermagem (Figura 19) e a responsabilidade de mantê-

la à disposição de todos é tarefa dos próprios pacientes. A enfermagem não se envolve com essa atividade.

Figura 19 - Água para medicação na Unidade de Tratamento C



Fonte: Autora, 2014.

Não é permitido que o paciente dirija-se à fila da medicação sem camisa ou fumando²⁶. Nesse caso, o paciente deverá colocar a camisa e apagar o cigarro. Ao aproximar-se do posto de enfermagem deverá dizer seu número e depois o seu nome para que o funcionário possa encontrar seu envelope na caixa de medicações do turno. *“A rotina é chamar os pacientes, eles fazem fila, pegam água e tomam o remédio na frente da gente. Aí pedimos para que fiquem por perto para ver se realmente tomaram a medicação”* (Patrícia).

Nota-se que existe um “jeito certo” de ser paciente no IPF. Aquele que se insere na instituição é instigado a ser alguém que entende e se comporta de acordo com as regras estabelecidas naquele local. Ao assumir a identidade de paciente deve aceitar combinações como manter-se limpo, tomar banho diariamente, atender ao chamado da campainha, alimentar-se em horários certos, fumar onde é permitido ou, até mesmo, não fumar, entrar e sair de acordo com as combinações prévias e, também, dormir ou acordar nos horários estipulados. Observa-se que é dito ao paciente que essas regras existem para uma melhor organização do ambiente, pois, afinal, é a sua casa. Assim, os pacientes são instigados a cuidarem de si próprios e dos ambientes como se estivessem em seus lares.

²⁶ Nas unidades abertas do IPF é permitido fumar.

É possível notar que em todas as unidades do IPF, no momento da administração das medicações, a maioria dos pacientes não costuma dizer o seu nome: primeiramente mencionavam o número correspondente a sua identificação na unidade e, posteriormente, o nome de batismo. Alguns diziam o número e o apelido. Uma das entrevistadas refere-se a esta situação alegando desconfortos com a perda de identidade do paciente, fato que ocorre com o passar do tempo de internação na instituição.

“Aqui eu vi também o paciente perder a identidade quando tu começa a chamar pelo número. E ele tem nome! É a mesma coisa que tu chamar pelo apelido. A pessoa deixa de ser sujeito e passa a ser um número. Um dia, conversando com um colega, ele falou o paciente setenta e poucos lá da unidade C. Aí eu questioneei se ele sabia o nome dele, claro que não [...]. O paciente tem uma história, um número qualquer é apenas um número. Tu deixas de ser sujeito e de ter uma história. Agora a instituição está tentando mudar isso” (Lorena).

Apesar da tentativa institucional de resgatar a individualidade do paciente, nem todos os funcionários se esforçam para que isso ocorra. O número é uma herança do período em que o IPF era totalmente conduzido por agentes penitenciários, antes da chegada dos trabalhadores de enfermagem. O próprio procedimento de administração de medicações nos horários de rotina era denominado “pagar medicação”. Mesmo tendo se passado quase trinta anos, ainda permanecem resquícios dessa história. *“Logo que recebo o plantão começamos a pagar o remédio e atender as solicitações dos pacientes” (Patrícia).* O termo utilizado, supostamente, deveria circular entre os funcionários mais antigos da instituição. Porém, a expressão faz parte do vocabulário de antigos e novos funcionários, como no caso do profissional entrevistado.

Além dos horários de medicações, os pacientes do IPF também possuem horários para reclusão nas unidades fechadas e encerramento das portas de entrada nas unidades abertas. Geralmente, nestas últimas, o horário de abertura do portão geral é às 6 horas e o fechamento às 21 horas. Os responsáveis por esse controle são os funcionários da equipe de enfermagem que assumem o papel de guarda nessas funções. *“O nosso papel aqui é também um pouco o serviço de guarda, abrindo e fechando portas” (Lorena).* Esse processo de fechamento das unidades é chamado pela enfermagem de “bater cadeados” em função do som produzido ao fechar as portas de ferro. Os pacientes que têm livre acesso ao pátio ou entradas e saídas do IPF possuem como rotina o recolhimento às unidades nos horários mencionados. Para Foucault (2010a) o horário é uma velha herança, criado nas comunidades monásticas que foi encontrado muito cedo nos colégios, oficinas e hospitais. A exatidão de sua aplicação são virtudes dos processos disciplinares. *“Eles sabem que em tal hora devem estar nas unidades para o fechamento” (Diário de campo – Manu).*

Nas unidades fechadas o processo de encerramento de portas funciona após a contagem de pacientes pelos agentes de segurança. A enfermagem não se envolve nessa tarefa. Segundo a grande maioria dos entrevistados, essa situação deveria ocorrer em todas as unidades, independente de serem fechadas ou abertas. Porém, essa situação não ocorre com a frequência devida, ficando o trabalho a cargo das equipes de enfermagem. *“Nós temos muitas divergências com os agentes. Eles não passam a noite sozinhos, eles não ficam aqui com o paciente. Eu abro e fecho a porta sozinha às cinco horas”* (Vera).

A responsabilidade de abrir e fechar a porta para os pacientes, controlar a unidade e observar alterações não é uma função de agrado das equipes de enfermagem que, por diversas vezes, registram em livros de ocorrência a situação. *“A noite não tinha agente de segurança na unidade e fiquei sozinho. Pela manhã, os pacientes solicitam abertura da porta e então, eu abri”* (Diário de campo - registro em livro de ocorrência). Outros registros desenvolvidos pela enfermagem também demonstram a situação de descontentamento. Segundo Miranda (1993) a enfermagem é herdeira da vigilância no hospício. Donas do olhar vigilante, organizadoras do espaço em desordem, elas se dividem entre as funções de cuidado e de guarda.

“Não foi realizada a conferência na unidade pelos agentes penitenciários. Apenas fecho o cadeado do portão da frente da unidade. Eu, técnica ...²⁷ fecho o portão lateral às 23 horas e permaneço na unidade sem o agente penitenciário acompanhando” (Diário de campo - registro em livro de ocorrência).

Alguns funcionários, depois de muitos registros em relação ao mesmo assunto, transformam o descontentamento em sátira sobre a situação. *“À equipe: sobre o horário de fechamento da unidade às 22 horas, vou dar mais um tempo para os pacientes pularem o muro e trazerem drogas”* (Diário de campo - registro em livro de ocorrência). Este registro refere-se aos pacientes que fogem do IPF, pulam os muros e compram drogas para distribuir aos demais internos. Segundo Stumm e Hildebrandt (2006) a equipe de enfermagem que atua em hospitais de tratamento e custódia explícita características do lugar e a forma de tratamento dos sujeitos internados são fatores desencadeantes de sentimentos tanto positivos quanto negativos frente às situações experienciadas.

²⁷Os três pontos substituem o nome da funcionária preservando o seu anonimato.

7 FÁBRICA DE LOUCOS

Neste capítulo são descritos alguns elementos que configuram o IPF como um local que, ao propor tratar pacientes, produz verdades sobre a loucura. No sistema de internação desta instituição os pacientes têm períodos de tempo determinados ou indeterminados para permanecer no instituto e, tais períodos, variam de acordo com a análise de suas capacidades mentais. Estas capacidades são definidas pelo saber médico que produz essas pessoas como loucos, não loucos, loucos que podem ser curados e loucos que não podem ser curados, mas, nunca, curados. Uma vez que o sistema considera um paciente louco assim, ele permanecerá como um objeto que se cria e molda. O louco é fruto de uma criação com ajustes de comportamento e pensamento. Portanto, o Manicômio Judiciário constitui um ambiente produtor de verdades sobre a loucura, ou seja, uma fábrica de loucos.

Segundo Foucault (2006) o hospital psiquiátrico existe para que a loucura se torne real e, a partir da decisão de psiquiatras, o louco é fabricado como pessoa que se pretende curar. No IPF é função de médicos peritos fazer a loucura aparecer como doença e determinar os sujeitos que serão inclusos neste sistema. Essa separação de loucos criminosos daqueles tidos como criminosos comuns ocorre na unidade Triagem, local específico para observação e avaliação.

Referindo-se às rotinas da Triagem, um dos entrevistados comenta sobre o funcionamento e avaliações periciais que ocorrem no IPF. Relata seu entendimento sobre os processos que determinam a inclusão de novos pacientes e o papel do médico psiquiatra como avaliador da loucura.

“O paciente da unidade Triagem ainda não é um paciente que pertence à instituição Forense. É um paciente que veio de fora, de outras cadeias do Estado. Ou ele vem para fazer uma perícia ou fica aqui fazendo um tratamento, mas esse tratamento é curto. Muitas vezes ele fica até passar o surto psiquiátrico e depois, ele volta para a penitenciária. Acontece, muitas vezes, de um paciente chegar aqui e o médico achar que realmente ele tem uma doença crônica. Então ele solicita uma perícia e o paciente fica aguardando aqui” (Roberta).

O paciente passa por uma avaliação pericial para determinar se necessita reclusão em presídio comum ou tratamento no Manicômio Judiciário. Aos peritos psiquiatras cabe o papel de determinar a punição, ou seja, dizer se o indivíduo é perigoso, como intervir para modificá-lo e se é necessário tentar reprimir ou tratar (FOUCAULT 2010a). “[...] o crime vai se patologizando cada vez mais, à medida que o perito e o juiz trocam de papel” (FOUCAULT, 2010b p. 33).

Como os médicos peritos definem a loucura? Como saber se aquela pessoa que escuta vozes ou a que acredita ter poderes sobre-humanos deve receber tratamento em manicômio? Tal situação é definida através do interrogatório que irá definir a existência da loucura. Para Foucault (2011, p. 45) “é sob o olhar do médico que as doenças são agrupadas em ordem, gênero e espécie”. O interrogatório possibilita uma atribuição de identidade, uma série de enunciados e reconhecimento do sujeito como alguém que tem determinado passado, como alguém a quem lhe ocorreram determinadas situações no transcurso da vida. Para construir esta identidade será necessário provar a existência da loucura (CAPONI, 2009).

Quando uma pessoa chega a uma instituição de saúde com diagnóstico ou presunção de loucura, só será designada e caracterizada como louca quando uma autoridade designada realizar uma perícia. Essa autoridade é constituída pela conexão entre o saber e o poder psiquiátricos (FOUCAULT, 2006). Porém, esse poder não existe isoladamente, são as práticas e relações que possibilitam que ele seja algo que se exerce, que se efetua e que funciona (FOUCAULT, 2012a). Um dos entrevistados refere-se a este saber e poder médicos como um poder que se sobrepõe ao poder de juízes de direito. Trata-se de um poder que define e categoriza as pessoas, um poder que estipula tempo de internação e cessação de periculosidade.

“Para tu veres, o poder médico aqui é tão grande que eu te questiono: quem é que dá a liberdade para estas pessoas? É claro que é o médico! É ele que dá o parecer para o juiz. Não é o juiz que dá o canetaço e o paciente está livre. A liberdade é o médico que dá e não o juiz. Ontem mesmo tinha um papel aqui e eu estava lendo, no papel estava escrito pelo juiz que tudo deve ser tratado como se deve, mas o parecer do médico é o ponto final. O poder médico dentro desta instituição é que comanda a vida das pessoas” (Lorena).

Assim, segundo essa entrevistada, o psiquiatra é quem decide se há ou não doença, se o indivíduo é louco ou não. Uma posição de árbitro sobre a loucura (FOUCAULT, 2006). O médico será o responsável pelo destino dessas pessoas, afirmando se existe ou não loucura no momento do delito e se a patologia justifica o fato. Segundo Foucault (2010b) é necessário escolher se a loucura apagará o crime ou se o crime desencadeou a loucura. É o princípio da porta-giratória: quando o patológico entra em cena, a criminalidade deve desaparecer. Deste modo, se há loucura, a instituição médica deve tomar o lugar da instituição judiciária.

Neste sistema, médicos e juízes trocam papéis. O poder sobre o louco agora está sob responsabilidade daqueles que detêm o saber sobre o patológico. Os psiquiatras dirão quem é o louco e quem não é, como devem ser tratados e como normalizá-los. No entanto, apesar dos pareceres médicos definirem a existência da doença, o louco é disciplinado, conduzido e

reorganizado através dos demais profissionais de saúde, equipes executoras dos processos nas quais a enfermagem ocupa papel principal.

7.1 CORPOS DÓCEIS EM PRODUÇÃO

Benelli (2003) descreve que o não dito institucional é claramente visível, portanto dizível. Na direção destas ideias, diversas situações foram observadas em relação ao papel da enfermagem no IPF, suas heranças históricas provenientes dos ensinamentos do cárcere e a composição de saberes que definem suas rotinas e condutas diárias. Tais observações apontam para processos instituídos e naturalizados pelas equipes que, reproduzidos diariamente, passam despercebidos.

A disciplina, para organização de corpos e espaços, é uma técnica amplamente utilizada pelas equipes de enfermagem no IPF. O controle dos pacientes e suas atividades diárias, bem como a ordem geral dos espaços ficam sob responsabilidade da enfermagem. Nesse sistema, são os auxiliares e técnicos de enfermagem, principalmente, que executam as práticas disciplinares, pois cabe a eles a responsabilidade de organizar o ambiente e os pacientes.

“Quando chegamos pela manhã administramos as medicações. Aí, se tem um paciente muito sujo, encaminhamos para o banho e distribuimos a roupa que fica na rouparia. Depois, cuidamos dos mais confusos porque os pacientes mais inteiros sabem se cuidar. Oferecemos suco e pão para os que são mais debilitados. A gente lida com a parte administrativa também encaminhando as papeletas²⁸ ao jurídico e, vamos até a farmácia pegar medicações e materiais que estão faltando. Também levamos os pacientes ao médico clínico. Duas vezes por semana realizamos corte de cabelo, barba e corte das unhas. A enfermagem que corta as unhas porque é muito perigoso. Existem outras coisas no dia a dia, mas é mais ou menos assim” (Diário de campo – Laura).

Acompanhando Laura em suas tarefas diárias foi possível observar que não era necessário chamar os pacientes para o banho, pois eles solicitavam roupas e materiais de higiene na porta da rouparia de forma espontânea. Depois do banho, colocavam um banco em frente ao posto de enfermagem e aguardavam o corte de unhas e cabelos. O discurso de Laura chamou atenção para os pacientes que não aceitam tais rotinas, seja por desejo próprio ou por confusão mental. A funcionária foi questionada sobre a conduta a ser realizada em tais situações.

²⁸Papeleta é como descrevem o prontuário do paciente. Ela unifica o prontuário clínico do paciente com a história do delito cometido.

“Geralmente os pacientes mais confusos ou os mais agressivos são os que não aceitam. Nestes casos nós chamamos a segurança, mas na maioria das vezes não é necessário. Os pacientes mais inteiros tomam banho sozinho e se cuidam também. Temos que cuidar dos confusos porque fazem xixi na cama e andam por aí urinados”. (Diário de campo – Laura).

O controle do corpo está presente no discurso de Laura, assim como dos demais entrevistados, já que cabe a eles zelar pela aparência dos pacientes. O louco necessita ser normalizado, não sendo permitido que ele transite sujo, com poucas roupas, barba por fazer e cabelos despenteados. Foucault (2010b) descreve que o normal se opõe ao mórbido, ao desorganizado e ao patológico. Para que os pacientes do IPF aproximem-se da normalidade é necessário que se apresentem limpos e organizados. Este domínio sobre o corpo do louco possibilita extrair saberes de seus corpos. Kruse (2003) informa que o manuseio dos corpos para realização dos procedimentos de enfermagem determina um poder sobre o corpo do paciente internado e produz um saber sobre este corpo que, através dos registros, passa a ser de domínio de toda a equipe o que lhes possibilita a aquisição de um saber sobre o corpo hospitalizado.

Para Veiga-Neto e Lopes (2011) a normalização disciplinar parte de um modelo construído e considerado ótimo, segundo critérios e fins que se quer alcançar. O processo de normalização disciplinar procura enquadrar as pessoas em determinado modelo. Quem se submete ao enquadramento, formatando gestos, atos e traços físicos, tende a ser chamado de normal. Ao contrário e em termos do rebatimento, será considerado anormal aquele que, por variadas razões, não atender àquilo que preceitua a norma.

Observo que é a sociedade quem estabelece o que seria um comportamento normal em relação ao cuidado do corpo, definindo que pessoas limpas e organizadas são normais. Para Foucault (2008) fundamental e primeiro, na normalização disciplinar, não é o normal e o anormal e sim, a norma. A demarcação entre o normal e o anormal ocorre a partir da disciplina que demarca os inaptos e os incapazes. Foucault (2010a) refere que é da Época Clássica a descoberta do corpo como um objeto alvo de poder, manipulável, treinado, obediente, responsivo e hábil. São esses métodos de disciplinamento que permitem o controle minucioso das operações do corpo, realizando a sujeição constante de suas forças e lhes impondo uma relação de docilidade-utilidade.

No IPF os corpos dos pacientes são claramente manipuláveis, adestrados e obedientes em relação às rotinas instituídas. Os pacientes estão tão acostumados ao momento da identificação que não precisam de alerta para o início das atividades de higiene corporal. Nota-se, nesses casos, que a disciplina exercida “[...] é um tipo de poder que torna os

indivíduos meros objetos e, ao mesmo tempo, instrumentos do seu próprio exercício” (BRIGHENTE; MESQUITA, 2011, p. 2392). Segundo Kruse (2003) há uma fragmentação do corpo e do tempo do paciente internado marcado por atividades, técnicas e procedimentos. Deste modo, os corpos hospitalizados são objeto de constantes manipulações e registros, abstraídos e subjetivados a partir de outros discursos que os instituem como corpos doentes. Assim, percebe-se que o paciente constitui-se a partir de saberes que os produzem como sujeitos não detentores de razão e que pretendem transformá-los em sujeitos reformados, ativos e readaptados.

No sentido destas ideias, uma das principais funções da internação é tornar os pacientes úteis e produtivos para a sociedade. Cabe às equipes de enfermagem o controle constante de tais sujeitos, assim como aplicações de medidas para que venham a tornarem-se novamente aptos à convivência social. Isto inclui tarefas exercidas pelos pacientes diariamente como o acordar, tomar banho, alimentar-se, lavar os utensílios utilizados para a alimentação e, depois, desenvolver alguma atividade para que não fiquem ociosos. Além disso, o controle dos horários de entrada e saída na alta progressiva é responsabilidade da enfermagem, sendo que tais atividades são descritas nos livros de registro das unidades. Quando um paciente não obedece às normas estabelecidas, utiliza-se o registro para que os demais membros das equipes possam saber e decidir condutas futuras.

Para Louro (2004) ainda que sejam tomadas todas as precauções não há como impedir que alguns subvertam as normas. Esses desviantes se tornarão alvos preferenciais de pedagogias corretivas e de ações de recuperação ou punição. Para estes, serão reservadas penalidades, reformas, sanções e exclusões. Muitos dos casos em que os pacientes não cumprem as combinações estabelecidas, cabe à equipe de enfermagem avaliar e decidir as medidas a serem tomadas. Em algumas situações, quando cometem infrações, os pacientes são encaminhados às unidades fechadas e, em outras, podem permanecer aguardando nova conduta que será definida pelo médico. Nesses casos, os registros no livro de ocorrência servem como base.

“A equipe de enfermagem deve avaliar as condições em que o paciente se encontra no retorno da alta progressiva. Deve verificar se chegou bem, se está machucado, drogado ou alcoolizado. Algumas vezes a própria equipe de segurança consegue detectar estas situações quando o paciente chega e aí nos informa. Outras, o paciente passa direto e nós necessitamos verificar como ele chegou. Dependendo da avaliação, em algumas vezes, a enfermagem deve encaminhar o paciente para a unidade fechada porque está agressivo ou sob influência de substância. Aí, é registrada a situação no livro de ocorrências e solicitamos aos agentes penitenciários para encaminhar o paciente até a unidade fechada. Muito raramente a enfermagem faz esta tarefa sozinha, mas às vezes acontece” (Diário de Campo – Luisa).

Segundo o Manual de Rotinas de Enfermagem do IPF, a equipe de enfermagem deve “descrever as necessidades básicas como hidratação, alimentação, eliminações, sono e repouso, atividade motora e relacionamento social. As alterações comportamentais e sinais de risco devem ser registrados, bem como a conduta adotada” (Diário de campo – Manual de rotinas de enfermagem). Em uma das unidades abertas, o técnico de enfermagem observou que um paciente deveria ter retornado de alta progressiva no dia anterior, porém, não havia registros, no livro de ocorrências, sobre sua chegada. Ao dirigir-se ao quarto do paciente encontrou-o deitado na cama. Após avaliar suas condições físicas, percebeu que o mesmo estava machucado. Essa observação foi registrada no livro de registros da unidade, pois *a enfermagem deve registrar procedimentos realizados imediatamente após a ocorrência e/ou atendimento prestado* (Diário de campo - manual de rotinas de enfermagem).

“João retorna de alta progressiva. Apresenta-se com lesão no olho esquerdo. Diz ter chegado ontem à noite atrasado em relação ao horário de retorno e que não foi permitida sua entrada pela equipe de segurança. Por isso, dormiu na rua, foi assaltado e espancado. Informa que a lesão no olho é decorrente da agressão que sofreu” (Diário de campo – registro em livro de ocorrência).

Kruse (2003) refere que o manuseio dos corpos para realização de procedimentos de enfermagem e a inspeção dos mesmos determina um poder sobre o corpo do paciente internado. Produz um saber sobre este corpo que, através dos registros, passa a ser domínio de toda a equipe, o que lhes possibilita a aquisição de um saber sobre o corpo hospitalizado. Os registros executados pelas equipes de enfermagem são bastante considerados no IPF, não somente pela avaliação sobre a integridade do paciente, mas também pelo cumprimento das combinações previamente estipuladas pelas equipes (horário de retorno e saídas). Eles são determinantes para avaliação das readaptações sociais dos internos e influenciam as decisões dos médicos psiquiatras.

Os livros de registros das unidades constroem verdades sobre o corpo dos pacientes internados. *Paciente João encontra-se em APM²⁹ e taquilálico³⁰. Diz que outro paciente está lhe importunando. Realizo manejo verbal e fico observando comportamentos* (Diário de campo - registro em livro de ocorrência). Segundo Foucault (2010a) o exame coloca os indivíduos em um campo de vigilância e situa-os igualmente em uma rede de anotações e escritas comprometendo-os em documentos que os captam e fixam. Os procedimentos de exame são acompanhados de sistemas de registros intensos e acumulação documentária. No

²⁹Agitação psicomotora.

³⁰Falante.

caso dos registros de enfermagem, logo após a realização de um procedimento, tarefa ou manejo verbal, a situação é registrada para conhecimento das equipes.

Pelo exame, a disciplina consegue constituir o indivíduo enquanto objeto documentado, podendo ser descrito e analisado em sua própria individualidade. O registro do exame possibilita manter a singularidade de cada indivíduo. Tal procedimento permite ao mecanismo disciplinar uma utilização personalizada de cada indivíduo com vistas à normalização que não representa a uniformização das atividades, mas a sua adequação a um dispositivo (FONSECA, 1995). Através dos registros de enfermagem sobre o comportamento dos pacientes, estado de saúde e cumprimento de regras, é gerado um parecer sobre a situação geral dos internos. Os olhares das equipes de enfermagem são extremamente valorizados e considerados. É através desses sistemas de observação constante e registros permanentes que se analisa o paciente, sua aceitação às regras e cumprimento de combinações.

“Os registros realizados pela enfermagem são extremamente importantes. É o respaldo de tudo o que fazemos. Antigamente os registros descreviam coisas básicas, tipo somente a administração de medicações. Havia plantões em que não se escrevia nada. Hoje estes registros estão bem melhores. Mas, ainda há alguns que não escrevem o que precisa ser dito” (Diário de campo – Manu).

Em uma das unidades fechadas do IPF, na unidade G, as rotinas disciplinares são mais rigorosas do que nas demais unidades da instituição, pois *“eles são dependentes químicos e mais espertos que os outros pacientes crônicos do IPF”* (Diário de campo – Carmem). Há um manual específico que descreve normas a serem seguidas por todos os membros da equipe nessa unidade, sendo competências da enfermagem *“manter o quadro demonstrativo atualizado, com entradas e saídas de pacientes; registrar e comunicar toda e qualquer intercorrência no livro de registros e prontuário do paciente”* (Diário de campo – manual de rotinas da unidade G). Nessa unidade os pacientes são mais controlados do que os demais internos do IPF sendo aplicadas normas e rotinas específicas que diferem das estabelecidas para as demais unidades de internação. *“O paciente da unidade G necessita participar de todas as atividades que aqui são realizadas. Ele não é obrigado a participar, mas tem que ficar junto no local da atividade”* (Diário de Campo – Camila). Observa-se que os processos disciplinares estão plenamente introduzidos nestas condutas, sendo exercidas sobre os internos como instrumento de poder e controle. Trata-se de uma espécie de diagrama de poder (FOUCAULT, 2012a) que não atua no exterior, mas trabalha o corpo dos homens, manipula seus elementos, produz seu comportamento, enfim, fabrica um tipo de homem necessário ao

funcionamento e à manutenção da sociedade. Para Miranda (1993) o direito dos pacientes existe no regimento institucional, mas é aniquilado pela tensão de forças na instituição total.

O controle geral sobre situações que ocorrem na instituição está sob responsabilidade da enfermagem que deve desenvolver um registro constante através de exames e observações. Graças a este aparelho, o indivíduo torna-se descritível e analisável permitindo a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos e a caracterização de fatos coletivos (FOUCAULT, 2010a). Assim como um artigo que está sendo fabricado em uma indústria e necessita ser inspecionado e analisado, o objeto humano, ao passar pelo sistema do hospital para doentes mentais, necessita ser acompanhado por uma série de recibos que digam o que foi feito para o paciente e o que foi feito por este (GOFFMANN, 1974).

Rocha (1994) refere que os registros são ligados à ordem patológica, pois se o paciente faz algo tido como normal não é registrado. A grande maioria dos registros de enfermagem observados relacionava-se às alterações comportamentais e disciplinares dos pacientes, demonstrando a preocupação com comportamentos considerados patológicos. *João está atrapalhado. Foi ao supermercado em frente e pegou uma mochila do guarda-volumes. Foi suspensa a sua saída até atendimento médico. Fica em observação na unidade* (Diário de campo - registro em livro de ocorrência). *Paciente Pedro³¹ se desentendeu com o paciente João sem motivo. Para acalmar os ânimos, coloco Pedro no isolado* (Diário de campo - registro em livro de ocorrência).

Miranda (1993) descreve que nas relações de poder explícitas do espaço asilar, a enfermagem atua na comissão de frente. Além das funções de observação e reclusão em isolamento, os procedimentos de contenção mecânica também estão sob sua responsabilidade. No IPF somente os técnicos de enfermagem possuem permissões para contenção mecânica de pacientes e esta somente pode ser realizada na presença da enfermeira. Esse procedimento é realizado quando *“o paciente está muito agressivo e a contenção química³² não funcionou como forma de proteção”* (Diário de campo – Luisa).

“Para realizar a contenção mecânica um médico deve ter prescrito antes. Sem prescrição não há contenção. Os seguranças ajudam a segurar o paciente e a enfermagem é que faz as amarrações sempre. Nas unidades abertas não há contenção. Se for necessário o agente penitenciário conduz o paciente até uma unidade fechada e lá, realizamos a contenção” (Roberta).

³¹Pedro também será um nome fictício a ser utilizado com o objetivo de preservar anonimato dos pacientes.

³²Administração de medicamento injetável prescrito pelo médico como “se necessário”. Utilizado nos casos em que o paciente necessita tranquilizar-se por uma situação de agitação psicomotora e riscos.

Como nos finais de semana e algumas noites não há enfermeiros no IPF existe uma escala de sobreaviso que deverá ser utilizada tanto pelos técnicos quanto pelo supervisor de agentes penitenciários. Nos casos de contenção mecânica, deve-se entrar em contato com o enfermeiro responsável pelo plantão para que este se dirija ao Instituto. Enquanto o enfermeiro não chega à instituição o procedimento não é realizado. Segundo Santos, Souza e Santos (2006) à enfermagem do hospício cabe, por herança secular, o serviço de amarrar, conter, medicar e aplicar normas terapêuticas prescritas em nome da ordem do hospital.

8 BATENDO O CADEADO

Para finalizar os escritos desta dissertação utilizo uma expressão amplamente empregada pela equipe de enfermagem que atua no IPF. Confesso que a primeira vez em que ouvi o termo “bater cadeados” não compreendi seu significado naquele ambiente. Lembro-me da expressão de espanto e das palavras utilizadas por um dos entrevistados que me questionava: você nunca ouviu isso? Não acredito! Demorou um pouco até eu conseguir entender que se tratava do som produzido pela batida de cadeados nas grades de ferro que encerram os pacientes nas unidades ou celas de isolamento. No entanto, para mim, essa expressão significou muito além de um simples som que se ouvia nos corredores do IPF. Ela significou lembranças e recordações de tudo que presenciei durante os meses em que estive ao lado dos profissionais de enfermagem em suas rotinas diárias. Lembro nitidamente que antes de cada batida de cadeado havia o som de uma grade enferrujada ecoando, ressoando agudamente no ouvido, o que me levava a pensar: seria um paciente sendo liberado? Seria um procedimento realizado? Uma conferência do total de pessoas internadas ou, simplesmente, um fechamento de porta? Assim como as amplas possibilidades deixadas pelos sons produzidos pela abertura e fechamento dos cadeados, penso que esta dissertação é finalizada com o mesmo sentido, permitindo pensar e repensar sobre as situações que vivi e os escritos que produzi.

Não é fácil concluir, encerrar, colocar um final naquilo que fazemos com tanto prazer. Saber o momento em que devemos nos distanciar da escrita para “tentar” compreender um pouco os seus efeitos. O momento de descrever o vivenciado nos causa incertezas e angústias, pois há sempre a vontade de buscar mais informações, pensar um pouco mais, escrever mais. Neste capítulo final, pretendo fazer um apanhado da trajetória percorrida, relatar o que pesquisei, sem pretender apresentar conclusões ou verdades a que eu tenha chegado. Tais achados foram momentâneos, provisórios e relacionados àquilo que meus olhos “desejavam” enxergar.

Segundo Kruse (2003), apresentando um comentário de Foucault, aquilo que escrevemos não é desprovido de efeitos. O trabalho do pesquisador serve para transformar, em primeiro, lugar a si mesmo, libertar aquilo que é pensado silenciosamente para, então, pensar diferente. Assim, este trabalho serviu, primeiramente, para que eu pudesse pensar e refletir sobre as “verdades” de um manicômio judiciário e então, posteriormente, narrar aos leitores as minhas “verdades” na tentativa de produzir efeitos sobre os mesmos.

Buscando apresentar conclusões a que eu tenha chegado neste estudo, entendo que a figura do louco delinquente foi uma construção histórica atravessada por diferentes discursos ao longo dos tempos. A herança de exclusão deixada pelos leprosos foi substituída pelo personagem do louco, que esteve enclausurado e sujeitado aos mais variados regimes de correção. Seu disciplinamento e readaptação às regras sociais foram inventados a partir do saber médico que, através da cura, pretendeu transformá-lo em um ser dotado de razão.

Da mesma forma, criminosos atípicos foram rotulados como anormais e caracterizados como desviantes. Historicamente, passaram da punição física do corpo à restrição de liberdade como forma de “pagar” por não seguirem as normas de convívio social. Porém, a associação da loucura com a criminalidade fez surgir um novo personagem: o louco criminoso que, por ser um sujeito irracional, não responde pelo seu crime. Com isso, fez-se necessária a constituição de um sistema que abrigasse a esses loucos, pois devido à estranheza e incerteza que causavam às pessoas, não poderiam circular livremente.

Os manicômios judiciários surgiram a partir da necessidade de separar loucos comuns, criminosos e loucos criminosos. Tais instituições, incluídas na categoria das instituições totais inventadas no século XIX, permanecem vivas até os dias de hoje, pois a sociedade ainda não encontrou a melhor forma de conviver com estes sujeitos. O poder sobre eles deixou de ser instância exclusiva dos juízes que repassaram aos psiquiatras a guarda e o poder de decisão sobre a vida dessas pessoas. Assim, o controle dos loucos criminosos deixou de ser privativo de médicos psiquiatras, sendo necessária a inclusão de outras categorias responsáveis, tais como: psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e, inclusive, a enfermagem, que associaram seus saberes de cuidado às formas de adestramento e controle presentes nos manicômios.

Estudar as condutas disciplinares exercidas por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam em manicômios judiciários possibilita compreender a emergência da profissão nesse local. O desejo da investigação associado a um local familiar para mim, fez do Instituto Psiquiátrico Forense meu campo de investigação. Para uma melhor observação das práticas disciplinares exercidas pela enfermagem escolhi como metodologia de trabalho uma aproximação à pesquisa etnográfica, tipo de estudo que me permitiu narrar as experiências vivenciadas.

Confesso que a tentativa de despir-me daquilo que havia experimentado anteriormente no Instituto Psiquiátrico Forense, na qualidade de enfermeira e professora, não foi fácil e, talvez, nem tenha ocorrido. Neste sentido, com um viés de análise, procurei descrever e analisar como a enfermagem exerce suas práticas disciplinares na tentativa de ir ao encontro

do dispositivo que conduz os profissionais nesse sistema. Portanto, nas análises do material empírico, procurei apresentar as falas dos informantes, associadas aos discursos dos documentos, às imagens que capturei e às minhas observações. Certamente, abster-me das vivências do passado para incorporar o presente foi meu maior desafio.

Entender o Instituto Psiquiátrico Forense como um local misto entre presídio e hospital psiquiátrico permitiu perceber heranças do sistema carcerário manifestadas pelos profissionais da enfermagem em suas rotinas diárias. Seria possível pensar diferente em um universo que inclui a loucura dentro de um amplo sistema de medidas restritivas e punitivas produzidas pelo aparelho penitenciário? Tendo como “tutores” os agentes penitenciários, os profissionais aprenderam a trabalhar de forma a ordenar os espaços e controlar os corpos dos pacientes. Esse jeito de trabalhar parece característico de profissionais que atuam em presídios e se diferenciam dos demais locais de atuação da profissão. Tal modo de cuidar, naturalizado ao longo do tempo, produz profissionais da enfermagem que repetem os ensinamentos dos carcereiros sem perceber a fusão de papéis.

A ordem e distribuição dos espaços também ficam a cargo da enfermagem. Responsáveis pelo controle de tudo que acontece nas unidades terapêuticas, os trabalhadores passam a maior parte do tempo organizando e adestrando os pacientes que circulam nos ambientes. Trata-se de um esquadrinhamento do tempo e do espaço, onde o corpo é controlado e manipulado por técnicas disciplinares. Tais técnicas inserem, combinam e classificam os pacientes em espaços. Assim, cabe aos profissionais produzir determinados efeitos, transformando os pacientes naquilo que seria a proposta normalizadora da Instituição.

Em busca de um ideal desejado, o Instituto produz uma verdade sobre a loucura e fabrica um determinado tipo de paciente. Como um objeto que é moldado, manipulado e revisado em uma fábrica, o paciente é produzido com ajustes de comportamento e pensamento. Assim, o louco internado no Instituto Psiquiátrico Forense deve ser reajustado às regras de convívio social, sendo que cabe aos profissionais da enfermagem prover sua reorganização. O controle de entradas ou saídas das unidades, o modo de vestir e andar pelos ambientes, como devem dormir ou comer, enfim, todos os seus passos devem ser acompanhados pela profissão em sua tarefa diária, registrando fatos mais alarmantes para notificação da equipe terapêutica.

Apesar de exercerem no manicômio judiciário papéis difusos que misturam funções de encarceramento com cuidado, os profissionais da enfermagem parecem não estar de acordo com a situação vivenciada e, muitas vezes, tentam não se associar à instituição que se

encontra em possível decadência. Porém, a esses profissionais e a todos nós, reserva-se uma dúvida: como será o futuro do IPF?

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, D. M. Um leque que respira: Michel Foucault e a questão do objeto em história. In: POROCARRERO, V.; CASTELO, G. B. (Org.). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000. p. 117-137.

ALMEIDA, F. M. **Fronteiras da sanidade: da periculosidade ao risco na articulação dos discursos psiquiátrico forense e jurídico no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso de 1925 a 2003**. 2009. 331 f. Tese (Doutorado em Sociologia)-Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

BALAN, M.; FURMANN, I. As instituições totais de Erving Goffman e a condição do encarcerado no sistema prisional: uma análise da visão dos interlocutores dos presos no Paraná. In: GIBRAN, S.; TAFURI, J. (Org.). **Unicuriçiba pesquisando o direito**. Justiça e cidadania em debate. Curitiba: Editora Clássica, 2013. p. 170-197.

BALESTRIN, P. A.; SOARES, R. Etnografia em tela: uma proposta metodológica. In: MEYER, D.; PARAÍSO, M. (Org.). **Metodologias de pesquisa pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza, 2012. p. 87-109.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BENELLI, S. J. Vigiar e punir no manicômio, na prisão e no seminário católico. **Revista de Psicologia da Universidade Estadual Paulista**, São Paulo, v.1, n.1, p. 51-68, 2002.

BENELLI, S. J. Dispositivos disciplinares produtores de subjetividades na instituição total. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 99-114, 2003.

BRASIL. **Decreto 847 de 11 de outubro de 1890**. Promulgação do Código Penal de 1890. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 06 abr. 2012.

BRASIL. **Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903**. Reorganização da Assistência aos Alienados. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 06 abr. 2012.

BRASIL. **Decreto 14.831 de 25 de maio de 1921**. Regulamentação do Manicômio Judiciário. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 jun. 2012.

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848 de 07 de dezembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/103275/codigo-penal-decreto-lei-2848-40>>. Acesso em: 23 jun. 2012.

BRASIL. **Lei 7.209 de 11 de julho de 1984**. Alteração do Decreto-Lei 2.848. Disponível em: <<http://www.leidireto.com.br/lei-7209.html>>. Acesso em: 06 abr. 2012

BRASIL, C. S.; COELHO, E.R.; BRASIL, R. S. Manicômio judiciário: pequeno ensaio sobre as forças que atuam nesse dispositivo. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis,

v.1, n.2, p. 132-141, 2009. Disponível em:

<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1138/1377>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

BRAVO, O. A. As prisões da loucura, a loucura das prisões. **Psicologia & Sociedade**. Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 34-41, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun 2012.

BRIGHENTE, M. F.; MESQUITA, P. Michel Foucault: corpos dóceis e disciplinados nas instituições escolares. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 10., 2011, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2011. p. 2390-2403. Disponível em:<http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4342_2638.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2014.

BRITO, M.; DIMENSTEIN, M. Cortando as grades do manicômio: histórias de resistências esculpidas na instituição total. **Aletheia**, Canoas, v. 28, p.188-203,2008. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n28/n28a15.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRUM, E. Escutem o louco: o homem que empurrou uma passageira nos trilhos do metrô desnuda o momento perturbador vivido pelo Brasil. **El País**(Ed. Brasil), Madrid,mar 2014. Disponível em:

<http://brasil.elpais.com/brasil/2014/03/03/opinion/1393852189_834821.html>. Acesso em: 10 maio 2014.

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico.**Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 95-103, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n1/a15v14n1.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2014.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARRARA, S. L. A história esquecida; os manicômios judiciais no Brasil.**Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.16-29, 2010. Disponível em:<<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v20n1/04.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2012.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault:um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CORREIA, L. C. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito**. 2007. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas)-Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007. Disponível em: <http://www.aatr.org.br/site/uploads/publicacoes/dh_pessoas_com_transtornos_mentais_autoras_de_delitos.pdf>. Acesso em: 14 maio 2012.

CORREIA, M. C. B. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 30-36, 2009. Disponível em: <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2012.

COSTA, M. V.; SILVEIRA, R. H.; SOMMER, L. H. Estudos culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 36-61, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n23/n23a03.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres, 2013.

FERLA, L. A. C. **Feios, sujos e malvados sob medida: do crime ao trabalho, a utopia médica do bioderminismo em São Paulo (1920-1945)**. 2005. 379 f. Tese (Doutorado em Ciências)- Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8137/tde-26052005-184255/pt-br.php>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

FERNANDES, C. A. Um capítulo especial sobre o IPFMC. In: SOUZA, C.; CARDOSO, R. (Org.). **Psiquiatria forense, 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

FOGLIATTO, D. Vereadores de Porto Alegre visitam IPF e conhecem realidade de pacientes que cumprem medida de segurança. **SUL 21**, Porto Alegre, 24 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.sul21.com.br/jornal/vereadores-de-porto-alegre-visitam-ipf-e-conhecem-realidade-de-pacientes-que-cumprem-medida-de-seguranca/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

FONSECA, M. A. **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. São Paulo: EDUC, 1995.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

FOUCAULT, M. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. **Ditos & Escritos I**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fonseca, 2006.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Vozes, 2010a.

FOUCAULT, M. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974 – 1975). São Paulo: Martins Fonseca, 2010b.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2010c.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2012a.

FOUCAULT, M. Segurança, penalidade, prisão. **Ditos & Escritos VIII**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012b.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

HOGA, L. A.; BARBOSA, V. A Abordagem etnográfica. In: MATHEUS, M.; FUSTINONI, S. (Org.). **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo, 2006. p. 53-60.

KAKEHASHI, T.; PINHEIRO, E. A observação participante em pesquisa qualitativa. In: MATHEUS, M.; FUSTINONI, S. (Org.). **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo, 2006. p. 105-115.

KLEIN, C.; DAMICO, J. O uso da etnografia pós-moderna para a investigação de políticas públicas de inclusão social. In: MEYER, D.; PARAÍSO, M. (Org.). **Metodologias de pesquisa pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza, 2012. p. 63-85.

KUMMER, L. O. **A psiquiatria forense e o manicômio judiciário do Rio Grande do Sul: 1925-1941**. 2010, 158 f. Tese (Doutorado em História)-Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

KRUSE, M.H.L. **Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras**. 2003, 158 f. Tese (Doutorado em Educação)-Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LANGER, L. M. O papel do serviço de enfermagem no IPFMC. In: SOUZA, C.; CARDOSO, R. (Org.). **Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Sulina, 2008. p. 87-95.

LEITE, L. S. **Narrativas de vida: viver fora depois de muito tempo dentro: experiências de usuários após a saída do manicômio judiciário**. 2011. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)-Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

LOCKMANN, K. **Inclusão escolar: saberes que operam para governar a população**. 2010. 180 f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LOURO, G. L. **Viajantes pós-modernos: um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria Queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARAFIGA, C. V.; COELHO, E. R.; TEODORO, M. L. M. A alta progressiva como meio de reinserção social do paciente do manicômio judiciário. **Mental**, Barbacena, ano 7, n. 12, p.77-95, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v7n12/v7n12a05.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MARQUES, C. A. **A construção do anormal: uma estratégia de poder**. Profala. 2013. Disponível em: <<http://www.profala.com/artpsico32.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

MELO, E.; RENATA, R. **Instituições totais, conceitos básicos**. Análise institucional. 2008. Disponível em: <<http://analiseinstitucional.wordpress.com/2008/12/12/sobre-as-instituicoes-totais/>>. Acesso em: 30 set. 2013.

MENEZES, R. S. **Esquizofrenia e liberdade**. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.

MENEZES, R. S. Dados demográficos e estatísticos apresentados pelo IPFMC nos últimos cinco anos. In: Souza, C. A. C.; Cardoso, R. G. (Org). **Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Sulina, 2008. p. 41-50.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 17 jun. 2012.

MIRANDA, C. **O parentesco imaginário**. Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993.

NEVES, A. C. L.; MIASSO, A. I. Uma força que atrai: o significado das drogas para usuários de uma ilha de cabo verde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n.esp., p. 589-597, 2010.

OLIVEIRA, A. C. A. **Buraco negro do ser: manicômio vazio: a (des)estrutura dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil**. 2009. 164 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política)-Centro Universitário UNIEURO, Brasília, 2009. Disponível em: <http://ccipfdc.files.wordpress.com/2011/06/dissertacao_ana_cristina_alencar_oliveira_buraco_negro.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

OSORIO, F. C. **Inimputabilidade: estudo dos internos de um Instituto Psiquiátrico Forense**. 2006. 168 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais)-Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/5/TDE-2006-11-20T084711Z-127/Publico/380740.pdf>. Acesso em 02 mai. 2012.

OKSALA, J. **Como ler Foucault**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

PERES, M. F. T. **A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança**. **História Ciência Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n. 2, p. 335-355, 2002.

QUEIROZ, D.; VALL, J.; SOUZA, A.; VIEIRA, N. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

RAMOS, M. R. R. **Estudo da concordância entre laudos psiquiátricos conclusivos de capacidade parcial de imputação e sentenças judiciais**. 90 f. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-10032004-170641/pt-br.php>> Acesso em: 24 mar. 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Segurança Pública. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Escola do Serviço Penitenciário. **Apresentação**. 2012. Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/especial.php?pagina=esp&tipo=conteudo&cod_menu=156>. Acesso em: 04 jan. 2014.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é esse?** Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.

ROSSINI, A. E. S. Prefácio. In: DINIZ, D. (Org.). **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**. Brasília: Letras Livres, 2013. p. 11-12.

SALES, S. R. Etnografia+netnografia+análise de discurso: articulações metodológicas para pesquisar em educação. In: MEYER, D.; PARAÍSO, M.(Org). **Metodologias de pesquisa pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza, 2012. p.111-132.

SANTOS, M. L. S. C.; SOUZA, F. S.; SANTOS, C. V. S. C. As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 79-87, 2006.

SÁ-SILVA, J.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, ano I, n. 1, [7 p.], 2009. Disponível em: <http://portaldoaluno.webaula.com.br/Biblioteca/Acervo/Basico/O01655/Biblioteca_104444/pesquisa%20documental.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2013.

SILVEIRA, J. C. Reparação: Instituto Nacional de Genética Médica de Populações realiza exames de DNA para resgatar laços familiares brutalmente interrompidos com a internação compulsória de pacientes hansenianos. **Jornal da Universidade** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Porto Alegre, ano XV, n. 147, p.8-9, abr. 2012. Disponível em: <http://issuu.com/jornaldauniversidade/docs/ju_147_-_abril_2012_-_cor>. Acesso em: 30 mai. 2012.

SOUZA, C. A.; CARDOSO, R. G. (Org.) **Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

SOUZA, C. A. ; MENEZES, R. S. Aspectos históricos sobre a psiquiatria forense, os manicômios judiciais e o Instituto Psiquiátrico Forense Dr Maurício Cardoso. In: SOUZA, C. A.; CARDOSO, R. G. (Org). **Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Sulina, 2008. p. 29-40.

SOUZA, N.; MENESES, A. O poder disciplinar: uma leitura em Vigiar e Punir. **Saberes**, Natal, v. 1, n. 4, p. 18-35, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/saberes/>>. Acesso em: 06 abr. 2014.

STUMM, L.K.; HILDEBRANDT, L. M. Trabalhando com a loucura: a enfermagem no Instituto Psiquiátrico Forense. **Revista Contexto & Saúde**, Unijuí, v. 6, n. 11, p. 37-46, 2006.

THOMÉ, E. G. R. **Homens doentes renais crônicos em hemodiálise: a vida que poucos vêem**. 2011. 183 f. Tese (Doutorado em enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 627-633, 2012.

TUCHERMAN, I. **Breve história do corpo e seus monstros**. Lisboa: Vega – Passagens, 1999.

VEIGA-NETO, A. Michel Foucault e os estudos culturais. In: COSTA, M. (Org). **Estudos culturais em educação**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000. Disponível em: <<http://www.lite.fae.unicamp.br/cursos/nt/ta5.1.htm>>. Acesso em: 17 out. 2012.

VEIGA-NETO, A.; LOPES; M. Inclusão como dominação do outro pelo mesmo. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL MICHEL FOUCAULT, 7., 2011, São Paulo. [**Trabalhos apresentados.**] [12 f.] Disponível em: <<http://www.fe.unicamp.br/TEMPORARIOS/veiga-neto-lopes-inclusao-como-dominacao.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

VIEIRA, P. P. Reflexões sobre a História da Loucura de Michel Foucault. **Revista Aulas**, Campinas, n. 3, [21 f.], 2006/2007. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/~aulas/numero3.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

VIDICH, A.; LYMAN, S. Métodos qualitativos. Sua história na Sociologia e na Antropologia. In: DEZIN, N.; LINCOLN, Y. (Org). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 49-90.

WADI, Y. M. **Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

WIKIPÉDIA. **Psiquiatria forense**. 2014a. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Psiquiatria_forense>. Acesso em: 28 abr 2014.

WIKIPÉDIA. **Utopia**. 2014b. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Utopia>>. Acesso em: 28 abr 2014.

WIKIPÉDIA. **Contenção médica**. 2014c. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Contenção_médica#Tipos_de_contenções_médicas>. Acesso em: 28 abr 2014.

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA ESCOLA PENITENCIÁRIA PARA PESQUISA



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
ESCOLA DO SERVIÇO PENITENCIÁRIO



AUTORIZAÇÃO

Na data do dia 19/03/2013 a Escola do Serviço Penitenciário (setor responsável pelas pesquisas e convênios entre a SUSEPE e as Instituições de Ensino Superior) autoriza pesquisadora **DAYANE DE AGUIAR CICOLELLA** a realizar a pesquisa sob o título ***“Elementos para uma história dos dispositivos disciplinares da enfermagem: entre o delito e a loucura”*** junto ao Estabelecimento Prisional – Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Mauricio Cardoso – IPFDMC.

O projeto de pesquisa está vinculado ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e sob orientação da Dra. em Enfermagem, Maria Henriqueta Luce Kruse.

Salientamos que para realização da coleta dos dados necessários ao andamento da pesquisa, é necessário que a pesquisadora agende previamente a data das visitas ao estabelecimento, com o (a) Administrador (a) do Estabelecimento Prisional acima citado.

Mediante esta autorização, solicitamos que após o término do projeto, a pesquisadora envie seus relatórios (monografia) finais de pesquisa, para a Escola do Serviço Penitenciário, uma vez que estamos estruturando um núcleo de pesquisas e trabalhos científicos, e entendemos ser de extrema importância à socialização dos resultados alcançados com o trabalho.

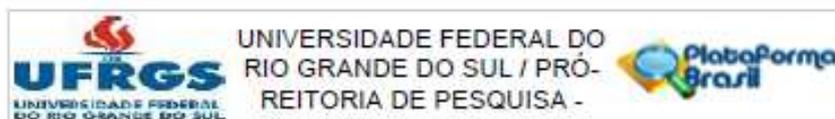
Destacamos que a pesquisadora deverá respeitar, rigorosamente, os procedimentos operacionais e de segurança de acordo com a Administração dos Estabelecimentos Prisionais onde irá ocorrer a pesquisa.

Cordialmente,

Christiane Russomano Freire

Diretora da Escola do Serviço Penitenciário

ANEXO B -PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Elementos para uma história dos dispositivos disciplinares da enfermagem: entre o delito e a loucura.

Pesquisador: Maria Henriqueta Luce Kruse

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 17245813.4.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/COMITÊ DE ÉTICA EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 398.834

Data da Relatoria: 05/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um mestrado em enfermagem por uma estudante com seis anos de experiência trabalhando no ambiente que pretende pesquisar: o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. Apresenta uma discussão teórica bem elaborada a base de uma perspectiva foucaultiana. A pesquisadora propõe realizar observações do ambiente (registradas em diário de campo), levantamento dos registros de enfermagem em livros de ocorrências das unidades e entrevistas gravadas em áudio.

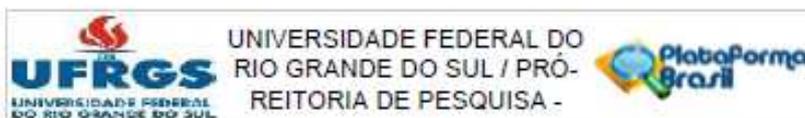
Objetivo da Pesquisa:

Propõe explorar questões relativas à loucura e a criminalidade tendo como objetivo analisar como operam os dispositivos disciplinares da enfermagem no cuidado aos pacientes do Instituto Psiquiátrico Forense.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Afirma que na pesquisa qualitativa habitualmente não existe desconforto ou riscos físicos. O desconforto que o sujeito poderá sentir é o de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns momentos poderá experimentar o incômodo em falar. Nesse sentido, a pesquisadora garante que os entrevistados não precisarão responder a qualquer pergunta se sentirem-se desconfortáveis.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Fátima **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer 398/2013

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para desenvolver esta pesquisa serão incluídos no estudo todos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que desenvolvem cuidados aos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta por email aprovação sem detalhamento por compeq. Inclui TCLE para profissionais e para uma autoridade da instituição. Inclui um email com a "ciência" do IPF em que o Instituto reconhece a intenção da pesquisadora de realizar pesquisa e afirma estar aguardando a aprovação do Comitê de Ética UFRGS para fins de apreciação e aprovação da referida pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Houve esclarecimentos a respeito dos sujeitos que farão parte da pesquisa, todos membros do corpo médico e/ou administrativo da instituição. Desta forma, o TCLE encontra-se em condições adequadas e sugere-se a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Houve esclarecimentos a respeito dos sujeitos que farão parte da pesquisa, todos membros do corpo médico e/ou administrativo da instituição. Desta forma, o TCLE encontra-se em condições adequadas e sugere-se a aprovação do projeto.

PORTO ALEGRE, 18 de Setembro de 2013

Assinador por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Fátima CEP: 91.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3508-3738 Fax: (51)3508-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL

Ao
Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso
Direção/Coordenação de Ética em Pesquisa

Eu, Dayane de Aguiar Cicolella, brasileira, estudante do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em nível de mestrado, sob orientação de Maria Henriqueta LuceKruse, doutora em Enfermagem, declaro minha intenção em desenvolver nesta instituição a pesquisa intitulada “*Elementos para uma história dos dispositivos disciplinares da enfermagem: entre o delito e a loucura*”.

Esta pesquisa pretende estudar questões relativas à loucura e a criminalidade tendo como objetivo analisar como operam os dispositivos disciplinares da enfermagem no cuidado aos pacientes do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, conhecendo este universo que se instaura as ações e processos da profissão.

O estudo corresponde a uma pesquisa conduzida por meio de entrevistas abertas com profissionais da enfermagem, observação participante do pesquisador com registros em diário de campo, análise documental dos livros de registro de enfermagem das unidades e registro de imagem fotográfica dos ambientes. Em cada uma das etapas o pesquisador compromete-se a manter a confidencialidade devida sem qualquer prejuízo ético ou moral à instituição.

Para tanto, incluindo-me como sujeito desta pesquisa, venho através deste termo de consentimento livre e esclarecido solicitar autorização à direção/coordenação de ética em pesquisa do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso para coleta de dados documentais e por observação, bem como seus registros pessoais em diário de campo.

Dados da Pesquisadora:
Dayane de Aguiar Cicolella
Endereço e telefone para contatos com UFRGS/PROPESQ:
Av Paulo Gama nº 110, 7º andar, CEP 90040-060
Fone: (51) 33084085
Email: pro-reitoria@propesq.ufrgs.br

Assinatura da pesquisadora

Pelo presente consentimento, como representante do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, declaro que foi informado, de forma clara e detalhada, sobre os objetivos, a justificativa e o método de coleta de dados propostos pela pesquisadora. Igualmente, declaro estar ciente da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca da investigação temática, sobre o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade e da liberdade de cancelamento deste estudo a qualquer momento, sem prejuízos à instituição. Através deste termo de consentimento, autorizo o método de coleta de dados proposto à pesquisadora Dayane de Aguiar Cicolella.

Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso
Representante da Direção/Coordenação de Ética em Pesquisa

Data: _____

APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr(a)

Você está convidado a participar do estudo “*Elementos para uma história dos dispositivos disciplinares da enfermagem: entre o delito e a loucura*”.

Esta pesquisa pretende estudar questões relativas à loucura e a criminalidade tendo como objetivo analisar como operam os dispositivos disciplinares da enfermagem no cuidado aos pacientes do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, conhecendo este universo que se instaura as ações e processos da profissão.

O estudo corresponde a uma pesquisa conduzida por observações do pesquisador, observações dos registros de enfermagem em livros de ocorrências das unidades e entrevistas gravadas em áudio, em ambiente adequado, onde o senhor(a) responderá a alguns questionamentos. As informações serão mantidas em sigilo, garantindo a confidencialidade devida e o senhor(a) não será identificado em nenhum momento, preservando seu anonimato.

A decisão de participar ou não do estudo é voluntária e não trará nenhum prejuízo caso decida por não participar. Durante o estudo, em qualquer momento, será garantida a possibilidade de desistir, bastando comunicar sua decisão à pesquisadora e não precisando qualquer justificativa.

O senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço para contatos, caso tenha alguma dúvida ou necessidade.

Dados da Pesquisadora:

Dayane de Aguiar Cicolella

Endereço e telefone para contatos com UFRGS/PROPESQ:

Av Paulo Gama nº 110, 7º andar, CEP 90040-060

Fone: (51) 33084085

Email: pro-reitoria@propesq.ufrgs.br

Assinatura da pesquisadora

Pelo presente consentimento declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, do questionário a que responderei e dos benefícios do presente projeto de pesquisa. Fui igualmente informado: da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca da investigação; da liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo a mim; da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade; do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que essa possa afetar minha vontade de continuar participando.

Assinatura do participante da pesquisa

Data: _____