O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro: hospital ou prisão?*

ELZA IBRAHIM**

1. As instituições totalitárias – características gerais; 2. O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro – uma instituição psiquiátrico-penal; 3. O setor de família propriamente dito; 4. Breve relato de um caso clínico.

O presente trabalho consiste basicamente em apresentar uma instituição psiquiátrica penal da América do Sul – o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, do Rio de Janeiro. Pretendemos descrever o funcionamento da instituição como um todo, tentando dar ênfase ao setor de psicologia, especialmente no que diz respeito ao trabalho de família. Antes, porém, faremos alguns comentários sobre as instituições totais, ressaltando principalmente a instituição penal e a psiquiátrica. Terminaremos com um breve relato de um caso atendido pelo setor de família.

1. As instituições totalitárias – características gerais

Pertencer a uma instituição total significa estar a mercê do controle, do juízo e dos projetos dos outros, sem a possibilidade de se reger a própria vida. Segundo Goffman, "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, leva uma vida fechada e formalmente administrada".

As instituições totais podem ser enumeradas em cinco agrupamentos. O primeiro seria o das instituições criadas para cuidar daqueles denominados incapazes e inofensivos, tais como, os cegos, órfãos e indigentes. O segundo seria o local destinado a cuidar de pessoas consideradas incapazes e ameaçadoras à comunidade de maneira não-intencional. Como exemplo, os sanatórios para tuberculosos ou doentes mentais. O terceiro seria o tipo de instituição organizada para proteger a comunidade contra os chamados ameaçadores intencionais. Neste agrupamento estariam as prisões e as penitenciárias. O quarto seria o das instituições estabelecidas com o objetivo de realizar tarefas de trabalho, tais como, os quartéis e colégios internos. E finalmente, no quinto agrupamento, estariam os locais destinados à instrução, servindo também de refúgio do mundo. Entre eles, os conventos e mosteiros.

* Artigo apresentado à Redação em 19.4.88.
** Psicóloga; chefe do Setor de Psicologia Clínica do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, Rio de Janeiro, RJ. (Endereço da autora: Rua da Matriz, 26 – ap. 305 – 22.260 – Rio de Janeiro, RJ.)

Nos deteremos um pouco mais no segundo e terceiro agrupamentos, ou seja, a instituição penal e a psiquiátrica. Como vimos, ambas se enquadram na definição de instituição totalitária. Daí encontrarmos inúmeras semelhanças entre as duas: ambas apresentam como função essencial e primeira a repressão. Ambas também se propõem a recuperar os indivíduos que para ela são enviados. Tanto uma como a outra possuem um caráter segregador, no sentido de que abrigam os indivíduos que são considerados perigosos para si mesmos e para a sociedade, ou seja, o doente mental e o criminoso. Apesar destes dois tipos de indivíduos serem rejeitados pela sociedade, que não suporta tê-los em seu convívio, a visão que esta sociedade tem deles apresenta uma certa diferença: o doente mental é visto como alguém de quem se deve ter pena e o criminoso é aquele que desperta ódio e revolta da sociedade.

O sistema penitenciário propriamente dito se propõe a alcançar três objetivos: punir, intimidar e recuperar. Punir significa castigar a tal ponto que cause terror, obtendo assim do detento um efeito intimidador. Logo, o caráter recuperador torna-se difícil de ser aplicado, dado que a penitenciária tem que atender a estas duas exigências: punição e intimidação.

E então, qual seria o objetivo de uma instituição psiquiátrica? A princípio, o hospital psiquiátrico teria como proposta fundamental tratar e recuperar o indivíduo. Mas aí surgem algumas perguntas: recuperar a que ponto? Com que objetivos? São perguntas simples, mas nem sempre levadas em consideração. Temos, como exemplo, os nossos manicômios. E não é difícil perceber que estes são construídos para o controle e a repressão daqueles que, em sua maioria, são os pobres, os marginalizados e oprimidos pelo sistema, cuja norma é a submissão e a produtividade. Parece então que a finalidade do manicômio seria a de internar pessoas indesejáveis à sociedade, garantindo assim a segurança da mesma. Pensamos que, para que este quadro pudesse ser modificado, necessitaríamos de um espaço político no sentido de contar com as forças da comunidade, com os grupos sociais, entre eles a família, procurando mostrar e convencer a estes grupos quem é de fato aquela pessoa internada, tida como louca. Ou seja, tentar convencer a comunidade de que a assistência ao doente mental podia ser diferente.

Os considerados pobres, alcoólatras, desempregados podem ser tratados pela própria comunidade. O mais difícil, porém, é exatamente o trabalho com a população, mais ainda do que com os próprios pacientes. E quanto aos pacientes agudos? Imaginamos que estes pacientes pudessem ser tratados sob o sistema de internação, com o respaldo familiar. As internações seriam de curta duração, tempo suficiente para a remissão da crise, transferindo-se o paciente aos cuidados da família, ou a um centro de saúde ambulatorial.

2. O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro – uma instituição psiquiátrico-penal

Trata-se de um hospital psiquiátrico penal, ou seja, uma instituição que tem como objetivos tratar e recuperar – como características de um hospital psiquiátrico propriamente dito – e também punir e intimidar, objetivos próprios de uma instituição penal. Neste ponto então nos colocamos diante de um dilema: a conciliação do objetivo recuperativo da instituição com o caráter punitivo da mesma. A introdução de técnicos neste contexto – assistente social, psicólogo, médico, guarda, enfermeiro – liga-se evidentemente a uma crescente valorização do aspecto recuperati-

vo. Mas, ao valorizar este aspecto recuperativo, não se pode deixar de lado o aspecto punitivo, tornando-se muitas vezes impossível conciliar os dois.

Além desta preocupação, a intervenção psicológica encontra várias limitações em seu campo de ação: no que diz respeito à intervenção terapêutica, o indivíduo a ser tratado deverá participar ativamente no processo, buscando dentro de si mesmo as razões de seus conflitos. Mas sabemos que as instituições totais são justamente as organizações menos propícias a esta visão subjetiva dos problemas individuais. Além disso, o psicólogo institucional tende a ser visto como alguém identificado com as estruturas do poder, ou seja, com os responsáveis pelas funções de punição e custódia. Logo, a ambigüidade do papel do técnico é percebida pelo paciente: o terapeuta estaria ali apenas para julgar e conseguir a liberdade de seu cliente. Existem ainda muitos outros aspectos que dificultam e até mesmo impossibilitam uma maior intervenção terapêutica neste tipo de instituição totalitária. Seria então o caso de nos questionarmos a respeito das possibilidades e limitações técnicas psicoterápicas num hospital psiquiátrico-penal.

O Manicômio Judiciário Heitor Carrilho é um estabelecimento do governo que se propõe a tratar em regime de internação dois tipos de indivíduos: o criminoso e o doente mental. Ou seja, o nosso paciente é aquele que cometeu o delito sob a influência de uma problemática psiquiátrica. Ambos os estigmas – o crime e a doença mental – aparecem no mesmo indivíduo. Nossa população é composta por cerca de 180 homens e, em média, 20 mulheres, lotadas no SIF (Setor de Internação Feminino). A rotina de vida dos pacientes se inicia às 6h e termina às 16h. Os pacientes passam a maior parte de seu tempo em completa ociosidade. Poucas, ou quase nenhuma, são as atividades oferecidas aos pacientes. O número de técnicos é bastante restrito: são ao todo seis médicos-psiquiatras, quatro psicólogas e quatro estagiárias, três assistentes sociais e dois enfermeiros. O contingente de guardas é, em média, de cinco seguranças por dia.

O setor de psicologia é subdividido em três seções: psicologia clínica, praxiterapia e psicotécnica. A seção de psicologia clínica coordena todas as atividades relativas ao tratamento psicoterápico, que é baseado em atendimento grupal. Alguns poucos pacientes são vistos individualmente. Todos participam de um grupo operativo, que se dá uma vez por semana. Este grupo tem como finalidade discutir com os pacientes os problemas que enfrentam na instituição. Às vezes se tornam grupos de queixas, denúncias e reclamações. Por sermos uma instituição psiquiátrica penal, estamos diretamente envolvidos com as chamadas Varas de Execuções Criminais, onde sabemos existir uma enorme morosidade nos andamentos dos processos. Além disso, o setor pericial também deixa muito a desejar – o número de perícias requisitadas é extremamente superior ao número de peritos existentes. Para completar o quadro, vivemos sob uma total ausência de recursos, que vai desde a falta de sabão para higiene dos internos até a falta de medicação adequada. Há, portanto, uma insatisfação geral tanto do ponto de vista da equipe técnica como dos próprios pacientes.

O corpo técnico funciona em sistema de miniequipe, com a participação de um assistente social, um médico e um psicólogo. Existem três miniequipes ao todo, cada uma responsável por cerca de 60 pacientes. O tempo de permanência do paciente na instituição varia de um a 30 anos, ou mesmo, até a sua morte. Eles não cumprem pena e sim uma "medida de segurança", que é reavaliada anualmente. Esta reavaliação, chamada de perícia, leva em conta o estado atual do paciente, sua história pregressa e sua situação familiar. Alguns pacientes são acompanhados por suas famílias, recebem visitas ou cartas. Mas a maioria é abandonado por elas.

E, neste caso, o paciente, mesmo em alta, permanece internado até a sua morte.

Diante de nossa impotência e das dificuldades de se trabalhar a comunidade para que esta tenha condições de receber o paciente sem família, optamos por trabalhar com os pacientes com família que a partir do laudo médico foram agraciados com os benefícios da liberdade vigiada ou da saída semanal; são aqueles privilegiados pelo atendimento familiar. A partir da nossa experiência com esse tipo de trabalho, observamos que mesmo nos casos de pacientes que são respaldados pela família, nos deparamos com uma série de dificuldades e obstáculos. Sabemos que uma pessoa que ficou dez ou 15 anos num manicômio aceita a situação de internação como sua situação habitual, ou seja, mesmo com a perspectiva de volta ao lar, o paciente sente-se apreensivo e inseguro. Daí termos uma medida chamada saída semanal, na qual usufrui-se de saída ao lar nos fins de semana com o objetivo de preparar tanto o paciente como a família para a futura saída definitiva. Sabemos também que, enquanto uma pessoa está vivendo num hospital, criam-se enormes contradições dentro da família. Esta se organizou de outra maneira, independentemente dessa pessoa. Ela agora, totalmente estranha ao grupo familiar, volta para esta mesma família. Trata-se de um problema complexo. É nestas situações que enquadramos o atendimento familiar. Vimos a necessidade de um trabalho, não só com o paciente, mas também com aqueles que irão recebê-lo. Neste momento aparece então o setor de família propriamente dito.

3. O setor de família propriamente dito

O setor de família do Manicômio Judiciário existe desde 1978. Nesta época, o atendimento era exclusivamente feito às famílias nucleares, ou seja, àquelas cujos pacientes estavam prestes a obter a liberdade vigiada ou a saída semanal. Os objetivos do atendimento ao núcleo familiar são, principalmente: a) esclarecer áreas de conflito familiar, tentando desobstruir as vias de comunicação entre seus membros, procurando assim promover um breve regresso do paciente ao lar; b) dividir a responsabilidade sobre a situação do paciente entre os outros membros da família, no sentido de divisão e aceitação da doença. Trabalhar as ansiedades do paciente, causadas pela sua exclusão do núcleo familiar e social. Esclarecer alguns pontos aos pacientes e suas famílias, tais como: o que é a doença em si, como se instala e evolui, quais os seus sintomas e seus momentos críticos. Estimular os vínculos afetivos do paciente com sua família, de maneira a evitar uma maior alienação do mesmo em relação ao mundo externo.

A partir de 1981, surgiu o "grupão de famílias", onde parentes, amigos e vizinhos de cada paciente participavam de um único grande grupo de famílias. Eram as famílias de vários pacientes que se reuniam semanalmente durante cerca de duas horas, sob a coordenação de dois técnicos do setor. Estes atendimentos visavam, como objetivos: a) trabalhar as ansiedades, fantasias e expectativas em relação à doença e ao fato de se ter na família uma pessoa dela portadora; b) possibilitar o reencontro e a troca de experiências e vivências entre as diferentes famílias que aparentemente possuem um problema em comum; c) trabalhar as dificuldades que se apresentam ao se receber de volta ao lar uma pessoa socialmente marginalizada pelos estigmas do crime e da doença mental; d) orientar quanto ao relacionamento da família e da comunidade com o paciente durante as visitas de fim de semana.

O grupão se manteve até 1983, quando houve uma tentativa fracassada de mudança em toda a instituição. Ele foi retomado novamente em 1985, mas infeliz-

mente teve a curta duração de um ano. Atualmente, o setor vem atendendo a algumas famílias nucleares. Geralmente nos deparamos com algumas dificuldades, entre elas a resistência ao tratamento, tanto pelo lado do paciente como pelo da família.

Muitas vezes solicitamos a presença para uma primeira entrevista, mas logo nos contatos seguintes o grupo começa a faltar, chegando por vezes a abandonar o tratamento. Sabemos que a estigmatização é um fator que aparece com freqüência. O paciente é estigmatizado não só pela sua doença mas também por sua periculosidade. Observamos que, ao mesmo tempo em que a família deseja a alta e automaticamente a saída do paciente, ela própria dificulta esta saída, impedindo por vezes que ela se realize.

4. Breve relato de um caso clínico

G. tem 28 anos, é solteiro, e trabalhava em biscates antes de ocorrer o delito. Morava com seus pais. Tem duas irmãs casadas, mais velhas do que ele.

É réu primário, interno no Manicômio Judiciário há quatro anos. Incurso no art. 121 (matou o pai a facadas), combinado com art. 12, do qual foi absolvido. Sua pena, já vencida, foi de seis anos por medida de segurança. Foi diagnosticado com um quadro de esquizofrenia de forma hebefrênica.

Foi encaminhado ao setor de família, através de sua miniequipe. Fizemos o contato com G. e sua mãe, esclarecendo os objetivos do atendimento. Inicialmente foi extremamente difícil a comunicação entre G. e eu, pois este não falava. Apresentava-se de cabeça baixa, sem me olhar, agressivamente contido, desconfiado, e dificilmente emitia qualquer opinião. Era necessário que eu lhe perguntasse objetiva e claramente o que eu precisava saber. G., às vezes, tomava quase toda a sessão para verbalizar uma frase, não a fazendo por completo. Seu pensamento era totalmente desestruturado e sua atenção quase nula. Parecia não estar ali. Sua mãe tampouco sabia como se dirigir a ele, e acabava por evitá-lo. G. afirmava categoricamente que não havia matado o pai e que não sabia o porquê de estar ali. Sentia-se inocente e sem culpa. Quando verbalizava qualquer coisa, o fazia de maneira bastante agressiva, ameaçando a mãe. Aos poucos fui solicitando cada vez mais a presença efetiva de G. durante as sessões, incentivando-o para que falasse. Foi um longo período em que tive que ter, antes de mais nada, muita paciência e disponibilidade para "acompanhar o seu tempo". Fui percebendo as suas limitações e, portanto, controlando as minhas. Vi o quanto era importante a minha presença ali com eles. Percebi que, muitas vezes, apenas a presença física, a disponibilidade de ouvir e a vontade de ajudar eram suficientes para tentar tirá-lo daquela aparente passividade, desinteresse e um total embotamento afetivo. Fui trabalhando a resistência de ambos em relação à morte do pai, falando do assunto, tentando não omitir nada. Depois de alguns meses do início do tratamento, G. apresentou um surto, no qual o quadro delirante veio à tona com total produtividade: "(...) eu estava lá em cima, tomando uma pinga com meu pai (...)". A mãe se deprimia profundamente diante dessas situações. Nesta época solicitei um acompanhamento mais efetivo do médico-psiquiatra, que o atendeu prontamente, revendo toda a sua medicação. O paciente conseguiu sair do surto, remitindo a sintomatologia delirante.

Passados alguns meses, voltou a apresentar um quadro semelhante, mas com uma sintomatologia bem menos produtiva, e mais superficial. Acreditamos que esta fase regressiva tenha coincidido com as festas de fim de ano, provocando uma

exacerbação do quadro patológico já existente. Daí para frente o paciente não apresentou mais nenhum sinal regressivo. O curso de seu pensamento tornou-se mais agregado e seu conteúdo menos empobrecido. Mostrava-se mais atento e interessado. Participava das sessões, opinando (ainda com dificuldade), discutindo e questionando (dentro de suas limitações). Já conseguia verbalizar o homicídio de seu pai, apesar de ainda mostrar muita resistência em aceitá-lo. Passamos a falar muito a respeito de sua futura saída, e levantar pontos, tais como o medo e as expectativas de ambos em relação à mesma; os limites e cuidados a serem tomados na rua, ao sair, como por exemplo, à procura de um posto de saúde, etc.

Mais tarde, foi elaborado um laudo favorável à saída semanal. Devido ao seu quadro de melhora, G. continuou sendo atendido com sua mãe, que, por sua vez, participava do grupo de famílias. Além disso, permanecia acompanhado medicamentosamente, assim como participando mais efetivamente de seu grupo operativo e da praxiterapia, com visíveis melhoras. Planejamos atendê-los durante mais algum tempo, paralelamente às saídas semanais, com objetivo de uma melhor integração de G. com a vida social, fora da instituição. O paciente obteve finalmente a liberdade vigiada, depois de seis anos de medida de segurança. Atualmente, temos notícia de que G. continua morando com a mãe e trabalha. Ele foi visto num jogo de futebol no Maracanã por outro paciente e parecia estar bem e feliz. Este foi um caso acompanhado pelo setor de família durante um largo tempo e consideramos um caso bem-sucedido, o que é uma exceção em nossa experiência.

Abstract

The report presents a psychiatric-penal institution in the Latin America. The author describes how it works as a total institution, trying to emphasize the work is done in the psychology department, mainly in the family department. It concludes how important is to treat the patient, as well as his family and also his environment.

Referências bibliográficas

Andolfi, M. *A terapia familiar*. Lisboa, Editorial Vega, 1981.

Basaglia, F. *A psiquiatria alternativa*. São Paulo, Debates, 1982.

Foucault, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis, Vozes, 1977.

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

Goldenberg, I. & Goldenberg, H. *Family therapy: an overview*. California, Brooks and Cole Publications, 1980.

Aling, R. D. & Esterson, A. *Sanity, madness and the family*. London, Tavistock Publications, 1964.

Thompson, A. *A questão penitenciária*. Rio de Janeiro, Forense, 1980.