



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE)**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS (CFCH)**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA (PPGS)**

**THAYNÁ TOBIAS DA SILVA CAMPOS**

**CRIME E LOUCURA: UM ESTUDO SOBRE OS INTERNOS DO CENTRO DE  
SAÚDE PENITENCIÁRIO DE PERNAMBUCO (CSP-PE)**

Recife

2022

**THAYNÁ TOBIAS DA SILVA CAMPOS**

**CRIME E LOUCURA: UM ESTUDO SOBRE OS INTERNOS DO CENTRO DE  
SAÚDE PENITENCIÁRIO DE PERNAMBUCO (CSP-PE)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestra em Sociologia.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Maria Monteiro da Fonte.

Recife

2022

Catálogo na fonte:  
Bibliotecária Claudina Queiroz, CRB4/1752

Campos, Thayná Tobias da Silva

Crime e loucura: um estudo sobre os internos do Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco (CSP-PE)/ Thayná Tobias da Silva Campos - 2022.

98f.: il., fig.

Orientadora: Eliane Maria Monteiro da Fonte

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Recife, 2022.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1 Doença mental 2. Crime 3. Interno-pacientes

I. Fonte, Eliane Maria Monteiro da (Orientadora). II. Título.

301 CDD (22.ed.)

UFPE/CFCH-2023-045

**THAYNÁ TOBIAS DA SILVA CAMPOS**

**CRIME E LOUCURA: UM ESTUDO SOBRE OS INTERNOS DO CENTRO DE  
SAÚDE PENITENCIÁRIO DE PERNAMBUCO (CSP-PE)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas como requisito para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Aprovado em: 31/08/2022.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Eliane Maria Monteiro da Fonte (Presidente/Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco

## AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus, que me colocou num lugar que para mim parecia impossível de alcançar. Em meio a tantas dificuldades, encontrei Nele a força necessária para não parar no caminho e não posso deixar de enxergar que é Dele o mérito por tantas portas abertas para que a pesquisa desta dissertação acontecesse.

Agradeço ao meu pai, Nelson Campos, que deixou seu trabalho durante meses para me acompanhar nas visitas ao Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco (CSP-PE), que me ouviu falar por horas seguidas no caminho sobre a ansiedade crescente. Foi através dele também que consegui contato com o então Secretário de Justiça e Direitos Humanos, Pedro Eurico, para autorizar minha entrada na Instituição.

Minha mãe, Simone Campos, não poderia estar fora desses agradecimentos. Só a sua comida com sabor de afeto me tranquilizava depois das entrevistas muitas vezes pesadas e carregadas que aconteciam no CSP. Suas intercessões me mantiveram firme, sua inteligência me indicou caminhos.

Agradeço ao meu marido, que muitas vezes, em meio à organização do casamento, procurou uma noiva e encontrou apenas uma mestranda. O mesmo se repetiu quando tentava enxergar sua esposa, mas só podia olhar uma dissertação ambulante.

Agradeço a Rita de Cássia, diretora do CSP, e Lea Lins, psicóloga e apoiadora institucional de saúde mental, que guiaram meus caminhos na Instituição, me orientaram e permitiram meu acesso. Agradeço em especial aos internos que aceitaram participar das entrevistas e compartilhar suas histórias comigo.

Uma menção especial é necessária para Eliane da Fonte, minha orientadora, que exerceu seu papel com excelência e não me deixou perder o foco.

**“O crime é terrivelmente revelador.”**

Agatha Christie

**“De médico e de louco, todo mundo tem um pouco.”**

Dito popular

## RESUMO

Esta dissertação tem como objeto de análise os internos do Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco (CSP-PE), antigo Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico (HCTP). O foco do estudo são as vivências desses interno-pacientes e suas relações com a doença mental. Para entender tais questões, intenciona-se discutir alguns pontos, tais como a relação entre criminalidade e loucura e entender como estes criminosos portadores de distúrbios mentais enxergam a si mesmos. Como ponto de partida, busca explicar a ideia de existência, formação e função de um CSP/HCTP – e para isso não se podem deixar de fora as discussões que perpassam a Reforma Psiquiátrica. Longe de se fundamentar em alegorias extravagantes, o trabalho busca entender a percepção que um criminoso insano tem de si mesmo e segui-lo na sua trajetória de internações, procurando compreender como ele se enxerga nesse duplo lugar de preso e paciente. A pena é uma reação da sociedade à ruptura do vínculo de solidariedade social (DURKHEIM, 1999), mas cabe analisar como esse tipo de punição se aplica a pessoas inimputáveis. Sendo assim, a pesquisa teve por função entender a estrutura de funcionamento do CSP e analisar as vivências de seus interno-pacientes, buscando compreender suas relações com a doença mental e suas percepções de si mesmos. O trabalho teve como principais métodos de pesquisa a observação participante e a entrevista semiestruturada, a fim de priorizar o discurso dos próprios pesquisados sobre a sua pessoa. Não se busca estabelecer um ponto final para a questão sobre serem pacientes ou presidiários, o que se almeja é, na verdade, expor a compreensão deles sobre o seu lugar e, como se verá no decorrer do trabalho, esse entendimento é dúbio. Entrevistar pessoas portadoras de transtornos mentais é um desafio quando se pensa em analisar seus discursos, já que alguns deles não conseguem distinguir entre realidade e imaginação ou não são capazes de seguir uma linha de raciocínio clara. Nada disso impede, no entanto, que eles se façam compreender à sua maneira. Esta é uma pesquisa que exigiu muita sensibilidade para ser feita e pede o mesmo nível de empatia para quem vai lê-la.

**Palavras-chave:** Centro de Saúde Prisional; interno-pacientes; doença mental; crime; vivências.

## ABSTRACT

This project has as its object of analysis the inmates of the Penitentiary Health Center of Pernambuco (CSP-PE), former Hospital of Custody and Psychiatric Treatment (HCTP), and intends to lay the foundations for the study of the experiences of these intern-patients and their relationships with the mental illness. To understand such issues, it is intended to discuss points such as the relationship between criminality and madness and to understand how these criminals with mental disorders see themselves, in addition to explaining the idea of existence, formation and function of a CSP/HCTP - and to this cannot be left out of the discussions that permeate the Psychiatric Reform. Far from being based on extravagant allegories, the work seeks to understand the perception that an criminal insane has of himself and follow him through his hospitalization, trying to understand how they see themselves in this double place of prisoners and patients.

The penalty is a reaction of society to the rupture of the bond of social solidarity (DURKHEIM, 1999), but it is important to analyze how this type of punishment applies to non-imputable people. Therefore, the project's function is to understand the structure of the CSP and analyze the experiences of its intern-patients, seeking to understand their relationship with mental illness and their perceptions of themselves.

The work had observation and direct supervised interview as the main methods of approach in order to prioritize the discourse of the researched themselves about themselves. There is no attempt to establish an end point for the question of being patients or prisoners, what is intended is, in fact, to expose their understanding of their place and, as will be seen in the course of the work, this understanding is dubious.

Working with people with mental disorders is a challenge when thinking about analyzing their speeches, as some of them cannot distinguish between reality and imagination or are unable to follow a clear line of reasoning. None of this, however, prevents them from making themselves understood in their own way. This is a survey that required a lot of sensitivity to do and asks for the same level of empathy for those who will read it.

**Keywords:** Prison Health Center; internal-patients; mental disease; crime; experiences.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1.** Caracterização das pessoas internas entrevistadas como amostra.....23

**Quadro 2.** Rotina dos internos no CSP/PE.....43

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Residentes internos por sexo, julho de 2022.....	28
<b>Tabela 2.</b> Internas por idade, julho de 2022.....	29
<b>Tabela 3.</b> Internas por orientação sexual, julho de 2022.....	29
<b>Tabela 4.</b> Residentes internos por situação conjugal, julho de 2022.....	30
<b>Tabela 5.</b> Residentes internos por raça/etnia, julho de 2022.....	30
<b>Tabela 6.</b> Residentes internos por nível de escolaridade, julho de 2022.....	31
<b>Tabela 7.</b> Residentes internos por orientação sexual, julho de 2022.....	31
<b>Tabela 8.</b> Residentes internos por regime, julho de 2022.....	32
<b>Tabela 9.</b> Residentes internos por nomenclatura criminal, julho de 2022.....	34
<b>Tabela 10.</b> Residentes internos por idade, julho de 2022.....	36
<b>Tabela 11.</b> Internos por pavilhão, julho de 2022.....	38

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. Aspectos teóricos e metodológicos</b> .....	18
2.1 Fundamentação Teórica.....	18
2.2 Metodologia.....	21
<b>3. O Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco (CSP-PE)</b> .....	27
<b>4. A estrutura de funcionamento: funcionários e aspectos técnicos</b> .....	41
<b>5. A história de Fernando e a carreira da doença mental</b> .....	49
<b>6. A história de João, a influência do transtorno mental no crime e a consciência da doença</b> .....	53
<b>7. A história de Maria e as marcas da institucionalização</b> .....	59
<b>8. A história de Márcio e um discurso diferente dos demais</b> .....	65
<b>9. A história de Lucas e o desejo de um futuro</b> .....	70
<b>10. A história de Letícia e a prisão perpétua</b> .....	75
<b>11. CONCLUSÕES</b> .....	80
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	86
<b>APÊNDICES</b> .....	90
• <b>APÊNDICE A: ROTEIRO DA ENTREVISTA COM FUNCIONÁRIOS</b> .....	91

- APÊNDICE B: ROTEIRO DA ENTREVISTA COM INTERNOS.....92

**ANEXOS.....93**

- ANEXO A - Carta de anuência da instituição pesquisada.....94
- ANEXO B -Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFPE).....95
- ANEXO C -Termo de confidencialidade da pesquisadora.....97

## INTRODUÇÃO

Numa pesquisa no Google sobre o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco ou sobre o Centro de Saúde Penitenciário encontram-se algumas poucas matérias sobre o local. Nada sobre a história, nenhum tipo de documento oficial que fale sobre os responsáveis pelo lugar ou mesmo que datem sua fundação. Menos ainda se sabe sobre os internos e suas vidas, além disso, quase nenhum estudo é feito sobre o CSP. As prisões e os presos sempre foram de interesse público, os manicômios judiciários e seus internos, no entanto, ficaram deixados a uma subcategoria que não mereceria a atenção nem da sociedade civil nem do poder público.

Flutuando entre pacientes de um hospital e prisioneiros de uma cadeia, os residentes de um Centro de Saúde Prisional, longe de obter tratamento adequado, acabam somando estigmas. São criminosos insanos. São loucos perigosos. A internação, muitas vezes, reforça a ideia já antiga de que doentes mentais são sinônimo de ameaça, mas isso não corresponde à realidade (HODGINS e JANSON, 2002). A ideia não é tratar o louco, mas esconder a loucura. Afastar o desviante (BECKER, 2008) dos considerados normais.

[...] as instituições de caráter asilar não cumprem o papel terapêutico, estando mais a serviço da sociedade ao exilar os seus loucos, do que a serviço dos mesmos que, rotulados, são destituídos de seus direitos de cidadãos, deixando de ser sujeitos e tornando-se objetos de poder (AGUIAR, 2011, p. 15).

A ideia de loucura se mostra muitas vezes associada à de periculosidade (AMARANTE, 2007) e a prisão consegue apenas cumprir a missão de punir (LEMGRUBER, 1999), passando longe do real objetivo de ressocializar. O manicômio consegue estigmatizar, mas muito raramente ameniza os sintomas dos doentes. Desse modo, por que unir duas instituições que historicamente se mostraram tão ineficazes?

A grande repercussão de livros e seriados com temática policial e no modelo de thrillers psicológicos cria uma aura ao redor da doença mental e do crime e reforça imagens problemáticas e irrealis que costumeiramente são associadas a assassinos em série ou a delitos extraordinários que estão muito longe da realidade.

Existem muitas pessoas interessadas na temática, mas são ainda poucas as que conhecem como tudo acontece por trás das telas ou das páginas.

Quando se fala em Hospital de Custódia ou em criminosos portadores de doença mental, a extravagância popular pensa em seriados como Hannibal ou Criminal Minds e cria imagens alegóricas e distantes do que a realidade apresenta. Longe da televisão, o que acontece com interno-pacientes (AGUIAR, 2011) é que com o tempo de internação eles começam a se tornar seres humanos completamente institucionalizados (GOFFMAN, 2005), como se não tivessem tido uma vida antes do CSP e não houvesse perspectivas de um depois.

Por causa disso, é necessário observar com atenção e cuidado a relação entre criminalidade e doença mental. Ilana Casoy, em seu livro *Made in Brazil* (2017), colocou luz sobre casos de assassinos em série brasileiros. Mas é esse o caso dos internos do CSP-PE? São criminosos insanos altamente sofisticados? Em sua maioria, não. Segundo os resultados obtidos nas entrevistas realizadas entre setembro e novembro de 2017 e entre agosto de 2021 e abril de 2022 pela pesquisadora deste projeto, a maior parte dos crimes cometidos pelos residentes do então Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco e atual Centro de Saúde Penitenciário foram perpetrados contra a própria família, o que prejudica suas perspectivas de desinstitucionalização. Além disso, ainda de acordo com as falas obtidas nas entrevistas, quando soltos, muitos não conseguem emprego ou adaptação à vida social e acabam voltando para o HCTP/CSP. Há ainda os que se institucionalizaram de forma tão enraizada que não desejam sair. A sucessiva mutilação do “eu” (GOFFMAN, 2005) muitas vezes o mortifica.

O problema da criminalidade entre pessoas portadoras de transtornos mentais afeta a sociedade em seu seio mais fundamental, visto que a maior parte dos crimes cometidos por inimputáveis se dá contra a própria família. O corpo social vê-se, então, diretamente tocado por estas questões. A criminalidade faz parte do cotidiano, a violência é uma experiência diária e a loucura está mais próxima do que parece. Agatha Christie, no livro “Os Crimes ABC” (2016), faz seu consagrado detetive Hercule Poirot dizer: “O crime é terrivelmente revelador.” E ele é. O crime revela os entremeios mais profundos de uma sociedade, inclusive sua loucura.

Não é possível estudar a relação entre crime e transtorno mental sem se aprofundar na história dos interno-pacientes do CSP. Também não é possível fazer o caminho inverso, ou seja, tentar compreender os interno-pacientes do Centro de

Saúde Prisional sem passar pela relação entre loucura e delito. Desse modo, com as duas temáticas interligadas, estabelecem-se questões fundamentais que devem ser compreendidas a fim de se chegar a resoluções aceitáveis e positivas para determinadas problemáticas sociais. A doença mental e o comportamento criminoso podem estar relacionados? “Alienação” é sinônimo de periculosidade? Como os considerados insanos vivenciam sua experiência de insanidade? Como é a vida em um CSP tanto para os internos e suas famílias quanto para os funcionários?

Questões como estas revelam que a tentativa de compreensão do Centro de Saúde Prisional como um todo interconectado e de seus internos é necessária. Somente com o estudo profundo, articulado e responsável da Instituição e das pessoas que o formam será possível repensar o tratamento e o destino dos criminosos portadores de transtornos mentais. Esta pesquisa se propôs exatamente a levantar apontamentos sobre o CSP e sua história, a dar rosto aos funcionários do local, mas principalmente a expor como os insanos que ali vivem compreendem a si mesmos. Sendo assim, buscou-se a compreensão das inter-relações entre crime e loucura dentro do Centro de Saúde Prisional de Pernambuco, tendo como base os pontos de vista dos internos da Instituição.

A ciência médica apresenta as doenças, suas classificações e seus sintomas. As ciências jurídicas versam sobre o crime. Mas é ao fazer sociológico que cabe compreender como os doentes criminosos vivem essa experiência, compreendendo que, física ou psicologicamente, a doença se manifesta em um corpo e é esse corpo o que interessa. “[...]a doença não se interpõe mais como uma realidade autônoma; não se a concebe mais senão como um corte abstrato no devir do indivíduo doente” (FOUCAULT, 1975, p.9).

Sendo assim, a questão a que esta pesquisa se propõe é fundamentalmente sociológica, não da área médica ou jurídica. Não se pretendeu entender por que um interno é insano, mas sim como esse indivíduo enxerga a si mesmo dentro do contexto social em que vive, compreendendo que ele faz parte de uma instituição que se coloca diante dele pelas regras sociais e que toda essa experiência afeta a forma de se ver e que tanto a doença quanto o crime podem ser observados sob o ponto de vista sociológico.

O interesse da pesquisadora pelo tema não é recente e o estudo sobre as relações entre criminalidade e loucura e as formas como elas se expressam também não é algo que se iniciou com esta pesquisa. Desde 2017, a instituição

anteriormente conhecida como manicômio judiciário se apresentou na forma de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e serviu de personagem para a construção de um site como projeto experimental necessário à conclusão do curso de Jornalismo da Universidade Federal de Pernambuco. Voltado para textos mais expositivos e de perfil jornalístico, o resultado do trabalho carecia de um olhar mais aprofundado para os internos.

Mesmo após a conclusão do projeto experimental e o recebimento do diploma de jornalista, a inquietação não passou nem se acomodou e os estudos pelo tema das instituições totais voltadas para criminosos insanos não perdeu o brilho. Na área de Sociologia, num espaço de discussão mais amplo como o do Mestrado, haveria a possibilidade de entrar em aspectos antes não abordados nem observados no campo. Foi dessa inquietação e dessa paixão que se iniciou em seriados e livros policiais que surgiu o tema deste trabalho. Tentando descobrir se havia ali algum toque real, esperando vivenciar uma experiência cinematográfica, a pesquisadora foi surpreendida pelo campo numa vivência ainda mais extraordinária do que qualquer ficção.

Esta dissertação está dividida em nove capítulos, cujos conteúdos serão explicitados a seguir. O capítulo I apresenta os aspectos teóricos e metodológicos da pesquisa, a fim de situar historicamente e conceitualmente o leitor sobre as discussões que já foram feitas dentro da temática, além de explicitar os caminhos metodológicos percorridos para a chegada a determinadas conclusões e aos resultados obtidos na pesquisa.

Em uma perspectiva mais descritiva, os capítulos II e III apresentam, respectivamente, o Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco (CSP-PE), local onde se desenvolveu o estudo, a composição e características sociodemográficas dos internos e como se configura a organização administrativa da Instituição. A escolha por iniciar a escrita apresentando o local e sua estrutura de funcionamento se deu para facilitar a compreensão e contextualizar as falas posteriormente apresentadas pelos internos, oferecendo um plano de fundo e um cenário para as vivências relatadas nas entrevistas.

Os capítulos IV a IX tratam das entrevistas e dos relatos dos internos. Cada personagem, apresentados em capítulos específicos, serviu de ilustração para a análise e discussão de um aspecto relacionado à vida num Centro de Saúde Penitenciário, abarcando os temas da carreira da doença mental, a influência do

transtorno no crime, as marcas da institucionalização, o desejo e as perspectivas de um futuro, a possibilidade real de uma prisão perpétua e até a história de um interno que teve um discurso diferente dos demais.

Nas conclusões explicitam-se os resultados do que foi compreendido através das falas dos internos e das entrevistas, fazendo compreender que não há um veredito final para o questionamento sobre a posição de internos ou presos.

## ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

Buscando situar a discussão teórica historicamente, este capítulo se inicia com uma contextualização do que já foi debatido anteriormente sobre crime e transtorno mental. O objetivo é fazer com que se encontrem e se compreendam as raízes desses questionamentos e do pensamento que se tem hoje sobre o assunto. O tema da periculosidade relacionada à doença não é novo e tem ganhado contornos diferenciados com o passar do tempo, é isso que se deseja apresentar na primeira parte deste capítulo.

Para facilitar a compreensão dos resultados obtidos na pesquisa, a segunda parte do capítulo trata de explicar o caminho metodológico percorrido para realização e análise das entrevistas com os internos.

### 1.1. Fundamentação teórica

Na antiguidade, Homero (séculos 8-9 a.C.) acreditava que a loucura era uma atribuição divina. Desse modo, os loucos não deviam ser culpabilizados ou punidos por seus atos. É só com Hipócrates (século 1 a.C.) que a insanidade começa a ser vista como decorrente do funcionamento do organismo. Na Idade Média, transtorno mental era sinônimo de possessão diabólica. Os séculos XVIII e XIX protagonizaram a medicalização da insanidade. No século XX, pensadores como Foucault começam a repensar a loucura.

Atualmente, as doenças são ordenadas e catalogadas, inclusive aquelas que acometem a mente. Os códigos F00 a F99 da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) descrevem uma enorme variedade de Transtornos Mentais e do Comportamento. A loucura, designada dessa forma, não está entre os diagnósticos. Desde muito tempo o termo abandonou os círculos médicos, mas ainda não deixou a boca da sociedade. Para determinar a questão, trabalhemos então com o conceito de psicose.

O termo psicose é usado em psiquiatria para designar um subconjunto de transtornos mentais que apresentam tipos de comprometimento cognitivo relevante e distúrbios acentuados do comportamento global do indivíduo. As

psicoses acarretam falseamento da noção de realidade, com subjetivismo excessivo e incapacidade de retificação das noções a partir das evidências. (AGUIAR, 2011, p. 18)

Para tratar do conceito de crime, é possível enxergar a discussão por diversos aspectos. Durkheim (1966) encara o delito como um fato social. Beccaria (2006) o vê como uma ação que se contrapõe ao bem público. Para Foucault (2009), criminoso é alguém que rompeu o pacto social.

De fato, a única característica comum a todos os crimes é que eles consistem [...] em atos universalmente reprovados pelos membros de cada sociedade. Muitos se perguntam hoje se essa reprovação é racional e se não seria mais sensato considerar o crime apenas uma doença ou um erro. Não temos, porém, de entrar nessas discussões; procuramos determinar o que é ou foi, não o que deve ser. Ora, a realidade do fato que acabamos de estabelecer não é contestável; isso significa que o crime melindra sentimentos que se encontram em todas as consciências sadias de um mesmo tipo social (DURKHEIM, 1999, p.43).

Estabelecidos e compreendidos os conceitos das duas principais ideias que permeiam este projeto, psicose e crime, segue-se a necessidade de unir as definições para se chegar ao problema central a que se propõe a pesquisa. Quando delito e doença mental aparecem juntos, uma série de apontamentos importantes são levantados e o CSP e seus internos surgem como elo punitivo dessa aliança e a lei como uma solução passível de muitos questionamentos.

O estatuto jurídico criminal do doente mental é definido no Código Penal a priori como inimputável (não teria condições plenas devido à sua constituição mental de entender e responder por seus atos), mas que poderia ser tornado e considerado em certas ocasiões semi-imputável (mas nunca imputável) caso o perito médico/psiquiatra averiguasse que no momento da ação criminosa o autor agiu no denominado intervalo lúcido, um momento na própria dinâmica da alienação que possibilitaria o entendimento das consequências da ação criminosa (Cohen, 1996a, 1996b): o doente não deixava de ser um acometido por princípio, mas poderia num momento determinado (não pela recuperação perfeita da razão, mas de um momento suficiente de restauro da lucidez mental) ser considerado minimamente capaz de compreender as consequências do ato criminoso, podendo ser preso e penalizado com atenuantes. (TÍLIO, 2007, p.202)

É sob a luz desses conceitos que este estudo pretende se guiar. Marcia Cristina Maciel de Aguiar (2011) em seu estudo *Vivências da Psicose, do Crime e da Internação no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia* analisa as experiências de alguns interno-pacientes psicóticos e homicidas do HCT-BA a fim de compreender como eles “pensam e representam sua doença, seu crime e a

internação de modo complementar [...]”. É um caminho parecido o que se pretender trilhar nesta pesquisa. Guiado por Betham e seu conceito de panóptico<sup>1</sup> que pode ser levado para o lado simbólico da vida vigiada, por Erving Goffman (2015) e suas ideias sobre institucionalização, por estudos que esclarecem a história da loucura – como os de Michel Foucault (1978) – e por diversos outros estudiosos mais recentes que tratam sobre essas questões no Brasil, este projeto baseia-se em conceitos há muito discutidos e abordados para tratar de questões também antigas, mas pouco debatidas.

Para se compreender o que a lei diz e como ela, muitas vezes, reforça estigmas e ideias errôneas preconcebidas, um estudo do que prevê a Constituição se faz necessário. Autores como Claudio Cohen se mostram úteis quando explicam de forma clara o que acontece.

Em 1984, a Parte Geral do nosso Código Penal foi revista, e passou-se a reservar a qualificação de periculosidade social, de forma muito preconceituosa, apenas para os doentes mentais que venham a infringir a Lei (C.P. art.97). Em outras palavras, a medida de segurança fica restrita hoje apenas para os doentes mentais que forem considerados penalmente inimputáveis, o que acaba vinculando a periculosidade social às doenças mentais e estigmatizando os portadores das mesmas. Assim, com essa mudança do nosso código, no Brasil apenas os doentes mentais passaram a ser considerados perigosos. Isto fez com que o público leigo muitas vezes tenha feito uma associação errônea entre doença mental e criminalidade. Sabe-se, no entanto, que o problema da transgressão às leis é algo muito mais complexo. O crime não é consequência da doença mental, mas está vinculado à incapacidade do indivíduo aceitar as normas morais necessárias para a adaptação social. A periculosidade social deve ser um assunto de estudo da psicopatologia forense, da criminologia, da sociologia, dos legisladores, ou seja, da articulação entre a saúde e a Justiça. (COHEN, 1999, s/n)

Sobre a ideia de periculosidade e a necessidade de encarceramento do criminoso insano, Marcelo Lebre, em seu artigo “Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem?” (2012-2013), defende, baseado em Cristina Rauter (1997), que tentar prever o risco de reincidência no crime ou a possibilidade de estar continuada ou encerrada a periculosidade de um indivíduo não passa de um “certo exercício de futurologia pseudocientífica.”

É em meio a todo esse contexto que se pode enxergar com mais clareza a

---

<sup>1</sup> Panóptico é um termo utilizado para designar uma penitenciária ideal, concebida pelo filósofo e jurista inglês Jeremy Bentham em 1785, que permite a um único vigilante observar todos os prisioneiros, sem que estes possam saber se estão ou não sendo observados (Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Pan-%C3%B3ptico](https://pt.wikipedia.org/wiki/Pan%C3%B3ptico). Acesso em 17/07/2022).

figura de um Hospital de Custódia/Centro de Saúde Prisional. Esta instituição surge exatamente com o propósito de unir e encarcerar criminalidade e loucura num espaço distante dos olhos da sociedade. E lá, excluídos, separados, afastados estão os internos, que vivem no resultado da soma dos estereótipos de insanos e criminosos.

[...] até então, a noção de loucura tinha um viés puramente clínico/psiquiátrico, sem envolver a noção do indivíduo em relação à doença. Se antes o que importava era diagnosticar e afastar o indivíduo portador de doença mental dos demais, agora entra em questão a relação do indivíduo com o seu próprio estado, e como ele pode continuar na sociedade. (SILVA, 2014, p.13)

Entender essas mentes é entender também como a sociedade constrói seus vínculos e regras sociais e como reage a rupturas. João A. Frayze-Pereira, em seu livro “O que é Loucura”, posiciona muito bem a questão da compreensão dos loucos dentro do campo da sociologia: “O discurso psiquiátrico como discurso de especialista sobre a loucura não é uma prática meramente médica. Justamente pelo fato de ser ação psiquiátrica [...], ela é uma intervenção política, mediadora da sutil violência repressiva que caracteriza as sociedades contemporâneas.” (FRAYZE-PEREIRA, 1994, p.100)

## **1.2. Metodologia**

A principal ferramenta de pesquisa utilizada como técnica de coleta e construção dos dados foi a entrevista semiestruturada com interno-pacientes do Centro de Saúde Prisional de Pernambuco, selecionado como estudo de caso. Essa metodologia forneceu informações carregadas da perspectiva de quem conta a história, auxiliando no entendimento de como os internos veem a si mesmos e à sua condição.

Como não seria possível realizar entrevistas em profundidade com todo o contingente populacional do CSP, foram escolhidos pacientes-chaves para compor a amostra. O critério de seleção dos sujeitos da pesquisa foi, principalmente, baseado na sua disponibilidade para participar das entrevistas, na capacidade da pessoa de ser entrevistada e na indicação de profissionais que atuam na Instituição – na

pessoa da apoiadora de saúde mental Lea Lins. Isso se fez necessário porque, como são protegidos por lei e não respondem por si, os presos inimputáveis poderiam não estar disponíveis para entrevistas. Através da visão deles foi possível obter um esclarecimento mais aprofundado sobre as inter-relações entre transtorno mental, loucura ou psicose e crime.

Há diversos estudos que afirmam não haver relação entre transtorno mental e periculosidade, há outros, no entanto, que encontram ligações significativas entre as duas condições. Deste último lado do debate encontram-se autores como Morel (1809-1873) e Lombroso (1836-1909), que inseriram na recém-criada psiquiatria o conceito de degenerescência, que foi fundamental para o surgimento da ligação entre transtorno mental e criminalidade, e a ideia de criminoso nato, ligando o comportamento criminoso a parâmetros biológicos.

A degenerescência como predisposição que apresentava traços morais e - principalmente - físicos se tornará peça-chave das relações entre loucura e criminalidade. Dessa forma, a noção de degeneração cumpriu um papel geneticamente relevante no estabelecimento das relações entre loucura e criminalidade. (MITJAVILA e MATHES, 2012, p.1379)

Ao explicar a história da psiquiatria forense, as mesmas autoras Mitjavila e Mathes (2012) defendem, no entanto, a necessidade de dissociar criminalidade e transtorno e buscar em causas sociais e familiares, por exemplo, as causas para o comportamento criminoso.

Por outro lado, o caráter profundamente social dos fenômenos em pauta sugere a necessidade de problematizar a organização e a divisão sociotécnica dos processos de trabalho orientados à arbitragem da criminalidade vinculada à saúde mental, em função da posição neles ocupada pelo saber medicopsiquiátrico. (MITJAVILA e MATHES, 2012, p.1392).

Foi para tentar compreender em qual lado do debate se encontram os internos do CSP que houve a procura mais exaustiva pelos perpetradores de delitos mais graves, sendo o homicídio selecionado como critério preferencial por representar o crime maior contra a vida. Acresce-se a isso, como critério de escolha dos informantes, a disponibilidade e capacidade da pessoa de ser entrevistada e na indicação de profissionais que atuam na Instituição. A amostra de pesquisa conteve o maior número possível de entrevistados, com internos com tempos de internação variados, assim como gênero e idade.

As entrevistas tiveram um formato semiestruturado, com algumas questões

prévias, mas principalmente deixando-se guiar pelo discurso do interno. Elas foram realizadas em sala separada para esse propósito no CSP, acompanhadas por funcionária da Instituição e registradas através de anotações. A fim de manter o máximo possível de detalhes, a pesquisadora realizou um diário de campo após cada visita, relatando as experiências e sensações. As entrevistas foram transcritas com a maior fidelidade possível.

Foram ao todo seis internos entrevistados, sendo duas mulheres e quatro homens. No máximo duas entrevistas eram realizadas no mesmo dia, a fim de não prejudicar a compreensão e a transcrição posterior, já que o único meio de registro era a escrita à mão. A psicóloga Lea Lins acompanhou todas as entrevistas a fim de garantir o bem estar dos pacientes.

#### **Quadro 1. Caracterização das pessoas internas entrevistadas como amostra**

<b>Pseudônimo</b>	<b>Sexo</b>	<b>Crime</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Idade</b>
Maria	Feminino	Homicídio	Ensino fundamental incompleto	42
João	Masculino	Homicídio	Ensino médio incompleto	29
Letícia	Feminino	Homicídio	Ensino fundamental incompleto	42
Márcio	Masculino	Homicídio	Ensino fundamental incompleto	32
Fernando	Masculino	Homicídio	Ensino fundamental incompleto	45
Lucas	Masculino	Homicídio	Ensino fundamental incompleto	33

Fonte: Pesquisa de campo

Os participantes da entrevista foram informados do propósito do trabalho e terão suas identidades protegidas.

Para análise e interpretação das entrevistas, foram utilizadas as anotações realizadas no diário de campo, com o objetivo de compreender a visão que os internos têm de si. A busca foi pelo sentido que eles empregam à sua experiência. Isso, no entanto, foi realizado com a cautela de quem lida com pacientes muitas vezes delirantes. Não é possível apreender significados que vão muito além do que as próprias palavras ditas nas entrevistas, a fim de não macular a pesquisa com

suposições. A ideia foi reunir a fala dos internos, tentando resgatar as suas histórias, seus diagnósticos e só então, a partir disso, retirar um significado. Conforme explicam Caregnato e Mutti (2005, p.680), “a AD [análise do discurso] trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido; pode-se afirmar que o corpus da AD é constituído pela seguinte formulação: ideologia + história + linguagem.”

Além das entrevistas com os internos, foi utilizada como técnica de coleta de dados a observação participante, a qual foi realizada através do acompanhamento das atividades do CSP e por entrevistas com funcionários que antecederam as conversas com os internos. Os servidores entrevistados pelo método de entrevista semiestruturada foram a diretora da Instituição, o diretor da escola do CSP, uma assistente social e uma psicóloga. As perguntas foram estabelecidas previamente pela pesquisadora, mas o discurso dos entrevistados e as condições das entrevistas provocaram alterações nesse roteiro previamente elaborado. Através desse recurso buscou-se compreender com mais profundidade os discursos dos internos e as situações que foram relatadas nas entrevistas. É preciso ter em mente, no entanto, que há áreas e situações restritas que não puderam ser acessadas. Através da observação e da entrevista com funcionários buscou-se também ampliar o tempo de contato com o campo de pesquisa, já que o lugar influencia as ações dos indivíduos.

As pessoas agem e dão sentido ao seu mundo se apropriando de significados a partir do seu próprio ambiente. Assim, na observação participante o pesquisador deve se tornar parte de tal universo para melhor entender as ações daqueles que ocupam e produzem culturas, apreender seus aspectos simbólicos, que incluem costumes e linguagem. (PROENÇA, 2007, p.9)

Para conseguir apreender a maior quantidade de informações possível e interpretá-las com atenção, foram realizadas visitas semanais ao Centro de Saúde Penitenciário. Desse modo garantiu-se a atualização constante de informações, maior contato com a Instituição e com os internos e tempo para analisar os dados antes da próxima visita.

Além dos procedimentos metodológicos acima indicados, foi necessária uma busca de fontes documentais e humanas para contar um pouco da história do CSP a fim de inserir a Instituição num contexto. Isso quer dizer, na prática, uma busca de arquivos e realização de entrevistas com funcionários da Instituição. Entender mais sobre as bases e as raízes do Centro não foi tarefa fácil, já que muitas das

informações não estão registradas em documentos. Dessa forma, os funcionários do CSP foram ouvidos, já que fazem parte da história e do presente da Instituição. Realizar um trabalho de levantamento e análise documental não foi, no entanto, o principal método da pesquisa, tendo sido necessário apenas com o objetivo de localizar histórica e socialmente a Instituição estudada.

(A observação participante, a análise histórica e a costura de diversos tipos de pesquisa e materiais disponíveis e públicos). Todos os três métodos permitem que o julgamento humano opere sem ser cerceado por procedimentos algorítmicos, embora todos eles permitam a apresentação integral das bases deste julgamento necessário para satisfazer as exigências científicas (BECKER, 1992, p.22).

É justamente através desse misto de métodos e olhares que se buscou construir o corpus dos dados esta pesquisa, a fim de não tornar os interno-pacientes apenas amostra em números quantificáveis, mas sim mostrá-los como os seres humanos que são e colocá-los como principais atores de uma Instituição. Se os tijolos criam a estrutura física, os internos compõem a estrutura humana do CSP, já que são eles que permanecem quando cada um dos profissionais, familiares e visitantes vai embora.

O trabalho de pesquisa de campo teve a anuência da direção do CSP. Considerando a necessidade de sua adequação aos princípios que orientam pesquisas com seres humanos, este projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética (CEP) em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação deste projeto pelo CEP/UFPE (ver anexos A e B).

Toda uma série de questões éticas foram levadas em consideração na consecução da pesquisa cujos dados foram aqui analisados, obedecendo a diretrizes da Comissão Nacional de Ética. O estudo não ofereceu risco à saúde e bem-estar dos interno-pacientes. As informações solicitadas aos entrevistados durante a pesquisa poderiam implicar em riscos emocionais pela conotação afetiva que podem ter as respostas às questões. Por outro lado, podem ser considerados como benefícios a possibilidade de escuta e o compartilhamento de seus anseios e preocupações. O retorno dos resultados da pesquisa aos gestores, técnicos e usuários poderá contribuir para a melhoria dos serviços prestados aos interno-pacientes e seus familiares.

Cabe esclarecer que todos os dados referentes às suas entrevistas serão mantidos em absoluto sigilo, sendo de conhecimento apenas meu e da orientadora da dissertação de mestrado. Tais dados foram utilizados tão somente para o estudo citado acima, jamais para nenhuma outra finalidade. Os entrevistados foram esclarecidos sobre o teor e objetivos do estudo e de que possuíam o direito de desistir a qualquer momento da participação deste estudo, sem sofrer qualquer prejuízo à sua pessoa. O esclarecimento veio por parte da pesquisadora e também de Lea Lins, funcionária da Instituição, que selecionou os entrevistados e conversou previamente com eles.

## O CENTRO DE SAÚDE PENITENCIÁRIO DE PERNAMBUCO (CSP-PE)

“Entre os assim denominados serviços de saúde, os HCTPs estão certamente entre os mais prejudicados, em parte pela situação geral de precariedade do sistema prisional e por outra parte ainda como reflexo das atitudes culturais estigmatizantes em relação a este personagem que incorpora duas figuras historicamente discriminadas, o criminoso e o “louco”.” (BRASÍLIA, 2011, p.43)

Antes de buscar compreender qualquer aspecto da vida e das visões dos internos do CSP-PE é preciso primeiro compreender a Instituição em si e contextualizá-la social e historicamente.

O Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco, anteriormente chamado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco, faz parte do que há algum tempo era conhecido como Manicômio Judiciário. Segundo Carrara (1998), esse tipo de instituição teria nascido em 1870 na Inglaterra, com a criação de um local específico para os “delinquentes alienados”. Antes desse momento, os loucos criminosos tinham áreas reservadas em prisões comuns.

O Código Penal brasileiro de 1890 esclarecia muito pouco sobre a situação dessas pessoas, versando apenas que deveriam ficar aos cuidados da família ou ser internados em hospícios públicos se a segurança pública assim o exigisse. Só em 1903 foi que surgiu, no Distrito Federal, uma lei que regulamentava a assistência médico-legal para delinquentes alienados – era o Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Essa lei deveria servir de modelo para o restante do Brasil, orientando que cada Estado levantasse recursos para a construção de Manicômios Judiciários.

De acordo com Érica Babini, professora de direito da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), em entrevista realizada em 2017<sup>2</sup>, cada Estado ainda é responsável por legislar sobre seus manicômios judiciários:

*“Não há legislação penal específica, mas lei que regulamenta, genericamente, o cumprimento da medida de segurança - Lei de*

---

<sup>2</sup> Entrevista obtida pela pesquisadora durante o período de realização da pesquisa para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de Jornalismo sobre o, então, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco (HCTP-PE).

*Execução Penal – LEP<sup>3</sup>. Como se trata de questões reguladas pela competência estadual, os estados-membro podem legislar sobre o funcionamento e mais detalhes. A LEP apenas trata da execução da medida de segurança - prazos para realização do exame de verificação de cessão de periculosidade, prazo de internação. A legislação estadual trabalhará detalhes do funcionamento referente à rotina da unidade.”*

Em 1921 foi inaugurado o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, primeiro do Brasil e da América Latina. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco foi criado em 1982, funcionando na Ilha de Itamaracá até 2021, quando ganhou uma nova sede em Abreu e Lima e passou a se chamar Centro de Saúde Penitenciário.

Com a mudança, uma estrutura mais adequada foi montada para receber os internos, além de possibilitar a agilidade e maior organização nos processos de desinternação. De mais de 400 pacientes, o número foi reduzido para 175, sendo 14 mulheres e 161 homens.

**Tabela 1. Residentes internos por sexo, julho de 2022**

<b>Sexo</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Homens	161	92
Mulheres	14	8
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados fornecidos pela CSP-PE

A realidade das mulheres no Centro de Saúde Penitenciário é um dos pontos que mais marca uma assistente social entrevistada. Segundo ela, as mulheres vivem uma prisão dentro da prisão, já que ficam encarceradas num espaço a parte, tendo ainda mais privações. Como são minoria, o local reservado a elas é o da exclusão para garantir que não haverá convivência com os internos homens.

<sup>3</sup> Lei de Execução Penal: Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm). Acesso em 20/05/2022.

Diferente das unidades prisionais comuns, que têm prédios exclusivos para homens e para mulheres, o CSP tem apenas uma unidade dividida para os dois. Érica Babini, professora da UNICAP, em entrevista realizada em 2017, explica o porquê de a situação ser possível: *“Como o fundamento da medida de segurança é a loucura, novamente utilizando a expressão do Código penal, a questão de gênero é absolutamente desprezada.”* Mais uma vez, nesse contexto, é possível perceber que a questão do ser é deixada completamente de lado para dar lugar apenas à questão da doença.

Nas tabelas abaixo é possível observar um pequeno retrato da população carcerária feminina do Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco. Os crimes cometidos por elas se dividem entre homicídio, lesão corporal, posse de drogas, resistência, furto, tentativa de homicídio, roubo, dano e violência doméstica.

**Tabela 2. Internas por idade, julho de 2022**

<b>Idade</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
20 a 30 anos	4	28,57%
31 a 40 anos	6	42,86%
41 a 50 anos	4	28,57%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados fornecidos pela CSP-PE

**Tabela 3. Internas por orientação sexual, julho de 2022**

<b>Idade</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Heterossexual	10	71,43%
Bissexual	3	21,43%
Homossexual	1	7,14%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados fornecidos pela CSP-PE

Como se pode observar na tabela 4, a maioria dos internos é solteira. O fato de não conseguir se manter num relacionamento é característica marcante entre eles, além de muitas vezes acabarem se tornando violentos dentro dos relacionamentos. Dois dos internos participantes da amostra foram presos por crimes relacionados a conflitos ocorridos em suas relações amorosas. Um matou a esposa e o outro matou por ciúmes da namorada.

**Tabela 4. Residentes internos por situação conjugal, julho de 2022**

<b>Situação conjugal</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Solteiro	130	74,3%
União estável	16	9,1%
Casado	6	3,4%
Divorciado	3	1,7%
Separado	1	0,6%
Não informado	19	10,9%
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados fornecidos pela CSP-PE

Negros, pobres e pardos, com baixos níveis de educação, é esse o retrato dos internos do Centro de Saúde Penitenciário. Muitos não são alfabetizados ou sabem apenas escrever o nome, mas mesmo assim ainda é pequeno o número de internos estudantes da escola da Instituição.

**Tabela 5. Residentes internos por raça/etnia, julho de 2022**

<b>Raça/etnia</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Branco	12	6,85%
Pardo	129	73,7%
Negro	25	14,3%
Moreno	5	2,85%

Indígena	4	2,3%
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados fornecidos pela CSP-PE

**Tabela 6. Residentes internos por nível de escolaridade, julho de 2022**

<b>Nível de escolaridade</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Analfabeto	34	19,4%
Alfabetizado	25	14,3%
Ensino médio incompleto	9	5,1%
Ensino médio	15	8,6%
Ensino fundamental incompleto	62	35,4%
Ensino fundamental	5	2,9%
Não informado	25	14,3 %
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados fornecidos pela CSP-PE

**Tabela 7. Residentes internos por orientação sexual, julho de 2022**

<b>Orientação</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Heterossexual	163	93,15%
Homossexual (homens)	8	4,57%
Bissexual	3	1,71%
Transexual	1	0,57 %
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados fornecidos pela CSP-PE

Apenas 20, dos 175 residentes, estão cumprindo medida de segurança. Aqui se prova a grande dificuldade da desinternação. Deveriam estar no Centro de Saúde

Penitenciário somente indivíduos que estão cumprindo medida de segurança, ou seja, que cometeram um crime e não foram considerados capazes de discernir sobre o seu ato. No entanto, a realidade da instituição é a superlotação por dois tipos de população: internos de alvará que não conseguem ser desinternados por falta de vaga em residência terapêutica ou ausência de tutores responsáveis e internos que tiveram laudos que não comprovava nenhum tipo de transtorno mental e deveriam retornar a suas unidades prisionais de origem.

**Tabela 8. Residentes internos por regime, julho de 2022**

<b>Regime de internamento</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Medida de segurança	20	11,43%
Alvará	36	20,57%
Provisório sem laudo	28	16%
Provisório com laudo	62	35,43%
Pendentes de IIM domiciliar	28	16%
Imputável	0	0
Não informado	1	0,57%
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados fornecidos pela CSP-PE

O que acontece é que, se um presidiário comum recebe alvará, pode voltar ao convívio social por conta própria e ficar por sua conta e risco em sociedade. O caso de quem cumpre medida de segurança é diferente. A fim de tentar manter a estabilidade do paciente, a continuidade do tratamento e evitar reincidências, o interno precisa ser liberado para os cuidados da família ou para uma residência terapêutica.

Uma Instituição como o CSP recebe as pessoas que são consideradas inimputáveis, ou seja, seus atos não lhe são atribuídos por falta de consciência do erro no momento do crime.

A imputação, ou imputabilidade, estabelece uma relação causal entre um sujeito e uma ação, no caso, uma ação delituosa. A responsabilidade, por

outro lado, relaciona-se às consequências legais do ato praticado. Os loucos, compreendidos no parágrafo 4 do artigo 27 entram, então, no campo da inimputabilidade: os atos por eles praticados não lhes são atribuídos. Além disso, irresponsáveis que são, não respondem legalmente pelos atos cometidos; a eles não cabem as sanções penais (PERES e NERY FILHO, 2002, p.339).

Desse modo, os internos do CSP são pessoas que não estão cumprindo pena, mas sim medida de segurança, que, por estar relacionada ao estado perigoso do indivíduo, tem duração indeterminada. Outro conceito cotidiano na rotina de uma instituição do tipo é o de periculosidade, que pode ser definido como probabilidade de se cometer um delito. Para conseguir sair do CSP, o interno deve ter declarada a cessação da sua periculosidade, ou seja, um psiquiatra deve afirmar que ele não é mais perigoso para a sociedade.

Apesar de antigo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e atual Centro de Saúde Penitenciário, a Instituição não está ligada à Secretaria de Saúde do Estado, mas sim à Secretaria Executiva de Ressocialização (Seres). Cordioli, Borenstein e Ribeiro (2006, p.672) reforçam: “[...]os hospitais de custódia, em todo o País, com exceção de uma ou outra unidade, não estão integrados à rede do SUS.”

Pensando nisso é que se optou por tratar os residentes do CSP por interno-pacientes, “uma vez que este desígnio já aponta para a duplicidade do seu lugar na instituição, como presos (internos) e como doentes (pacientes)” (AGUIAR, 2011, p.15).

É por questões como essas que Carrara (1998, p.46) coloca esse tipo de instituição como a “superposição complexa de dois modelos de intervenção social: o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-terapêutico”. E ele complementa:

No entanto, se o manicômio e a prisão são verdadeiramente ‘espécies’ de um mesmo ‘gênero’, como o demonstrou Goffman, o MJ [Manicômio Judiciário] chama a atenção justamente para a diferença que existe entre as duas ‘espécies’; e isso por sobrepô-las em um mesmo espaço social. O MJ se caracteriza fundamentalmente por ser ao mesmo tempo um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar (CARRARA, 1998, p.27).

Rita de Cássia, atual diretora do CSP, deixa claro em seu discurso durante entrevista esse lugar dúbio e confuso que a instituição assume. Ela enfatiza que há uma rotina de unidade prisional, apesar de ser Centro de Saúde. Por outro lado, reconhece a importância da medicalização para a manutenção da convivência no local, ressaltando que os internos, quando medicados e devidamente

acompanhados, são tranquilos e bem compensados, colaborando com a rotina estabelecida.

A diretora destaca ainda que trabalha para que não haja pessoas que não cometeram crimes na Instituição. Segundo ela, pessoas em surtos ou crises advindas de transtornos mentais eram enviadas para o local. Esse é mais um aspecto que reforça que o CSP é uma unidade prisional, não um hospital. Além de também evidenciar a constante relação que se costuma fazer entre doença mental, periculosidade e criminalidade. Foucault (1975, p.58) descreve: “Ela [a loucura] está encerrada num sistema punitivo onde o louco, minorizado, encontra-se incontestavelmente aparentado com a criança, e onde a loucura, culpabilizada, acha-se originariamente ligada ao erro.”

A tabela 9 apresenta os dados de alguns dos crimes relacionados nas fichas dos internos do CSP. Como se pode observar, dentro dos crimes especificados, a maior incidência é de homicídios, que normalmente acontecem dentro do círculo social do indivíduo doente, principalmente a família. É comum que o mesmo interno acumule mais de uma infração criminal.

Esses outros registros de crimes incluem contravenções como resistência, mendigar, desacato, tentativa de furto, corrupção de menores, descumprimento de medida protetiva, difamação, violência contra a mulher, injúria, latrocínio, posse de drogas, sequestro, cárcere privado, vilipêndio a cadáver e violação de domicílio.

Os crimes, pode-se notar, são majoritariamente cometidos contra a pessoa, seja em forma de homicídio, de lesão, de estupro, de violência ou de ameaça. Essa é uma das características da falta de controle do indivíduo em momento de crise da doença mental. É relato comum a falta de consciência no momento do crime, o arrependimento após o ato e ausência de domínio sobre si.

**Tabela 9. Internos por nomenclatura criminal, julho de 2022**

<b>Crime</b>	<b>Número</b>
Não especificado	69
Homicídio	45
Ameaça	17
Dano	11

Lesão corporal	10
Estupro	9
Tentativa de homicídio	8
Roubo	8
Violência doméstica	8
Furto	6
Tráfico de drogas	4
Incêndio	4
Outros	21
<b>Total</b>	<b>175</b>

Fonte: Dados fornecidos pela CSP-PE

A maior parte dos internos se encontra na faixa etária dos 31 aos 40 anos, sendo a idade de 32 anos aquela com maior quantitativo de internos (dez no total). Mas a segunda faixa de idade com maior número de pessoas, a de 20 a 30 anos, não se distancia muito em quantidade da primeira. Todas as mulheres internas estão na faixa dos 26 – idade das duas mais novas – aos 45 anos – idade das duas mais velhas.

De acordo com os últimos dados levantados, o paciente mais antigo do Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco está há 18 anos na instituição, desde 28 de outubro de 2004. É um homem, pardo, considerado inimputável, em medida de segurança, heterossexual, solteiro, com ensino médio incompleto e profissão não informada. Tem atualmente 48 anos, chegou ao CSP transferido do Cotel e foi preso por homicídio qualificado.

Idoso, o interno mais velho registrado do CSP tem 71 anos e foi condenado em 2019 por estupro de vulnerável. É um homem, heterossexual, branco, casado, com ensino médio completo e está cumprindo pena em regime domiciliar desde maio de 2021.

Já o interno mais velho que ainda está na Instituição tem 67 anos e já está de alvará. É homem, pardo, separado, analfabeto, sem profissão informada e está preso por homicídio qualificado desde julho de 2019. Outro paciente ativo de mesma

idade chegou ao CSP em 2021, é um homem pardo, em união estável, analfabeto, aposentado e está em regime provisório com laudo.

O interno mais novo tem 20 anos, é homem, está em regime provisório com laudo, homossexual, negro, alfabetizado, sem profissão informada. Está no CSP desde outubro de 2019.

**Tabela 10. Internos por idade, julho de 2022**

<b>Idade</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
20 a 30 anos	55	31,43%
31 a 40 anos	57	32,57%
41 a 50 anos	40	22,86%
51 a 60 anos	14	8%
61 a 71 anos	9	5,14%
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados fornecidos pela CSP-PE

Uma instituição que encarcera portadores de transtorno mental em conflito com a lei serve bem ao propósito de esconder da sociedade a loucura produzida por ela. É por isso que o tratamento e a desinternação muitas vezes ficam apenas no plano das ideias. Na prática o que acontece é a contenção, o esconderijo para que a sociedade se sinta protegida de sua própria doença.

Na realidade, uma sociedade se exprime positivamente nas doenças mentais que manifestam seus membros; e isto, qualquer que seja o status que ela dá a estas formas mórbidas: que os coloca no centro de sua vida religiosa como é frequentemente o caso dos primitivos, ou que procura expatriá-los situando-os no exterior da vida social, como faz nossa cultura. (FOUCAULT, 1975, p.51)

A ideia de um Hospital de Custódia ou Centro de Saúde Penitenciário deveria ser tratar o doente, buscando sua cura ou controle da doença para reinserção do paciente na sociedade, mas a prática é bem diferente disso.

O espaço do internamento é criado para tornar o doente mental inofensivo e curá-lo ao mesmo tempo, mas na prática aparece como um local construído para o completo aniquilamento de sua individualidade e como palco de sua

total objetivação. Aqui, a noção de tutela (no sentido das medidas de segurança necessárias para prevenir e conter a periculosidade) está em contradição com a noção de cura que deveria tender para uma expansão espontânea e pessoal do doente. (AGUIAR, 2011, p.34)

Para iniciar uma discussão sobre os internos do CSP, primeiro é necessário estabelecer como a instituição será encarada. Aqui, o Centro de Saúde Penitenciário é visto como um lugar de contradição. É uma unidade prisional, tem rotinas e profissionais de prisão, serve para o encarceramento de pessoas que cometeram delitos. Mas também é uma instituição asilar, que deveria tratar, mas apenas medicaliza.

Reconhece-se que os internos do CSP não têm condições de cumprir suas dívidas com a lei em prisão comum, mas por outro lado tem-se em mente que essas pessoas não estão cumprindo pena e, portanto, não estão presas, mas sim em tratamento. Formalmente, o CSP é unidade prisional. Está listado no site da Seres junto às outras unidades prisionais do estado de Pernambuco. Na prática, no entanto, não é possível estabelecer uma categoria para encaixá-lo com perfeição.

Os pavilhões são as estruturas onde os internos dormem, mantêm seus pertences pessoais e passam o tempo do recolhimento. Não foi possível durante o estudo conhecer o formato físico desse ambiente, mas a divisão dos internos dentro dos pavilhões ocorre principalmente por tipo de regime. Há uma tentativa de manter juntos os que estão de medida, os que aguardam laudo, etc., mas existem casos que demandam troca de local. É a situação, por exemplo, de internos que têm problemas com outros internos, daqueles cujo transtorno causa manias de perseguição que os fazem achar que vão sofrer algum mal naquele local ou até mesmo pacientes que necessitam de algum tratamento especial. Observa-se que a divisão de pavilhões não é algo rígido, mas sim flexível e adaptável às demandas diárias e cotidianas da Instituição e dos internos. Cabe ressaltar, também, que existe um pavilhão exclusivo para mulheres, que não ocupam as áreas comuns dos homens, a não ser aquelas que trabalham. Na escola também há mistura de homens e mulheres.

Essa divisão de pavilhões segue a mesma estrutura já há algum tempo, como observado em pesquisa realizada em 2017, mas, à época do primeiro estudo, os nomes dos pavilhões tinham uma história particular. Todos os pavilhões recebiam nomes de santos católicos. Isso porque quem batizou cada um deles foi um técnico

de enfermagem chamado Manuel Crispino. O técnico era um homem muito católico e perpetrou sua fé nos nomes dos pavilhões do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco. A mudança para o Centro de Saúde Penitenciário trouxe com ela a mudança dos nomes desses pavilhões, atualmente apenas numerados.

**Tabela 11. Internos por pavilhão, julho de 2022**

<b>Pavilhão</b>	<b>Número</b>
Pavilhão 1	17
Pavilhão 2	18
Pavilhão 3	3
Pavilhão 4	13
Pavilhão 5	30
Pavilhão 6	24
Pavilhão 7	55
Pavilhão F1	5
Pavilhão F2	9
<b>Total</b>	<b>174</b>

Fonte: Dados fornecidos pela CSP-PE

A segurança no portão de entrada, os procedimentos de registro, a revista e a estrutura física são elementos que não deixam dúvida quanto ao caráter de prisão da unidade. A falta de atividades básicas para o tratamento do transtorno mental, como terapia ocupacional, reforça essa imagem. A figura do psiquiatra laudista, que deve avaliar aqueles que estão temporariamente no local para receberem seus lados, é ainda mais um retrato do caráter de prisão.

Como todas as outras avaliações jurídicas em pessoas, o laudista deveria estar lotado no Instituto Médico Legal, mas o Estado parece encarar o CSP como um verdadeiro depósito de loucos. Seja enviando pessoas que não cometeram crimes, seja usando seu espaço para avaliar possíveis transtornos em criminosos.

A presença de psicólogos e enfermeiros não diminui o aspecto prisional da Instituição, mas algo em sua estrutura e no tratamento dos funcionários da equipe de saúde com os internos dá um aspecto diferente ao CSP do que se vê numa unidade prisional comum.

Por outro lado, por observar que geralmente os funcionários assim como os internos-pacientes, passam grande parte de suas vidas dentro do HCT e nesta experiência cotidiana há a absorção e a internalização de uma série de mazelas do contexto manicomial; os designei de *internos-funcionários* (IFs). Entendi com este trabalho que os internos, de uma maneira geral, tanto pacientes quanto funcionários, compartilham, cada qual ao seu modo, vivências, conflitos e códigos de sociabilidade dentro da instituição (AGUIAR, 2011, p.15).

É por isso que o foco do próximo capítulo será nos aspectos técnicos da unidade e nos profissionais que estão diariamente no Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco. A Instituição em si já tem uma grande influência na vida dos internos. Só o fato de estar lá muda muito para eles. Mas os profissionais que estão em contato no dia a dia também tocam os internos de alguma forma e é essa a razão pela qual, antes de adentrar no discurso dos pacientes, passaremos por um breve relato sobre os funcionários do CSP.

Para muitos internos, são os profissionais, que ocupam o Centro de Saúde Penitenciário todos os dias, que representam o único contato com o mundo fora dos portões da instituição. Sem familiares ou pessoas próximas que os visitem, veem seus interesses serem buscados apenas por esses funcionários.

A observação no campo mostrou que o relacionamento estabelecido entre internos e trabalhadores, principalmente das áreas de saúde e educacionais, é muitas vezes cordial. Internos que ocupam cargos na Instituição ficam subordinados aos profissionais das áreas correspondentes, mas também acabam estreitando relações com eles e criando certo tipo de amizade. Uma das internas, inclusive, demonstrou grande orgulho por acreditar ser pessoa de confiança dos funcionários.

O relacionamento estabelecido entre funcionários e pacientes é, muitas vezes, a única possibilidade de estabelecer um certo nível de contato com o mundo exterior, a única oportunidade de se relacionar com o considerado “normal”, com um outro que não seja também interno ou considerado doente.

Para além das relações de poder estabelecidas, há certa relação de confiança e algumas das barreiras parecem aos poucos se diluir. Desse modo, olhar para os

funcionários é também olhar para um pilar importante na área relacional dos internos.

## **A ESTRUTURA DE FUNCIONAMENTO: FUNCIONÁRIOS E ASPECTOS TÉCNICOS**

O primeiro aspecto a esclarecer sobre o funcionamento do Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco é que, oficialmente, ele é uma unidade prisional e por isso tem rotinas de presídio. Rita de Cássia, diretora da instituição, deixa claro em entrevista que é preciso tratar todas as áreas do interno, sejam elas de saúde ou jurídicas, e que é prioridade na sua gestão diminuir o máximo possível essa imagem de prisão.

A estrutura física do CSP já traz à mente o aspecto de unidade penitenciária. A entrada de visitantes acontece por uma área de grades pretas e grossas fechadas por cadeado. Agentes estão constantemente no local para receber quem chega, fazendo revista e recolhendo documento de identificação – que fica retido na portaria até o momento da saída. As armas dos agentes penitenciários são visíveis o tempo inteiro. Ao lado da grade por onde entram os visitantes há um grande portão completamente fechado, local de recebimento de cargas como alimentos, por exemplo.

Reforçando a ideia de segurança e unidade prisional, a pesquisadora deste projeto, numa das visitas, foi inclusive orientada sobre as roupas utilizadas. Vestindo calça preta, camisa preta e tênis preto poderia ser confundida com um dos agentes da segurança, alertaram, o que causaria perigo em casos de rebelião. A indicação foi de usar trajes que diferenciassem tanto em cores quanto em estilo da farda dos agentes penitenciários, evitando situações como se tornar refém, por exemplo.

Saindo do vão de entrada, o Centro de Saúde Penitenciário tem uma área aberta onde se encontram, à direita, a porta de ferro que dará acesso à escola e, à esquerda, um pequeno viveiro de passarinhos e coelhos que foi montado pela diretora e é cuidado por ela e pelos internos. A área central é um vão coberto, com alguns bancos de pedra e estruturas de mesa também em pedra vindas da parede. O espaço central não tem, aparentemente, nenhum uso específico e os internos que trabalham, identificados por camisas cor de rosa, costumam vagar por ali em seu tempo livre, fumando, conversando ou até fazendo crochê.

Seguindo em frente há um longo corredor em que se vê, do lado esquerdo, o paredão que demarca o pavilhão das mulheres. Há grades nas partes altas da

parede, por onde as internas costumam chamar funcionários e se comunicar com quem passa. Do lado direito há locais em obras e hortas cuidadas pelos pacientes. No final do corredor encontram-se as salas da parte administrativa da Instituição. As demais áreas não foram acessadas pela pesquisadora.

Quando um novo interno chega ao CSP, há uma rotina já estabelecida. Primeiro ele passa por uma triagem com o setor de saúde. Depois, segue para o pavilhão de espera, onde fica em isolamento até liberação médica. Esse período serve para observação do paciente, a fim de saber se ele apresenta perigo para si ou para outros, além de ser também o tempo para reunião de documentação da unidade prisional de origem e dos processos. Encerrado o isolamento, o interno segue ou para o pavilhão em que será lotado ou retorna para a unidade prisional de origem, caso seu laudo psiquiátrico não constate transtorno mental. A divisão dos pavilhões segue a lógica do tipo de penalidade – de alvará<sup>4</sup>, provisórios e de medida –, mas há mudanças em casos de conflito e de internos que necessitam de maior suporte.

A rotina do CSP para os internos se inicia entre 6h e 7h, momento em que os internos recebem a primeira refeição do dia e os medicamentos da manhã. Os pavilhões são abertos às 9h. Até a hora do almoço, alguns trabalham na própria Instituição, outros frequentam a escola e muitos ficam ociosos. No meio da manhã, os internos recebem mais uma refeição. Às 11h30 se inicia o período de almoço e a rotina se repete durante a tarde, com um lanche também entre as refeições. Às 18h é servido o jantar, junto com as medicações da noite e o último lanche do dia. É nesse horário que os pavilhões são fechados e os internos devem se recolher. Durante o dia os pavilhões ficam abertos para que os internos possam circular.

Há uma exceção, no entanto, nessa rotina de grades abertas. Segundo Charlene de Lima, assistente social, a população de mulheres do CSP chama a atenção por serem “*privadas de liberdade e privadas em outros aspectos, até por serem minoria*”. Isso porque elas não têm o mesmo espaço de circulação dos homens, vivendo muitas vezes presas dentro da unidade prisional.

---

<sup>4</sup> Apesar de existir um pavilhão para comportar esse público, internos de alvará não deveriam continuar na Instituição. Érica Babini explica: “*Em tese o HCTP tem que articular-se com a rede da saúde e da assistência social nos municípios e a rede do estado para viabilizar, de todo modo, a saída do HCTP, caso a família o rejeite. No entanto, esse processo é longo e, por vezes, pode acontecer de o indivíduo, já como alvará de soltura, aguardar no HCTP.*”

O ócio e o sono são grandes companheiros dos internos do CSP. A rotina é vazia e pouco preenchida. Apesar dos esforços da direção para oferecer atividades como jardinagem, por exemplo, há ainda a falta de profissionais para preencher o dia dos pacientes e auxiliar no tratamento, como educação física e terapia ocupacional. As entrevistas com os internos deixam bem claro que aqueles que não frequentam a escola nem trabalham acabam passando os dias dormindo, até mesmo por efeito das medicações que tomam. Não há uma variedade de atividades que possam “ocupar a mente, engajar o paciente”, como diz a assistente social Charlene de Lima.

**Quadro 2. Rotina dos internos no CSP/PE**

<b>Horário</b>	<b>Atividade</b>
6h-7h	Café da manhã + medicamentos da manhã
9h	Abertura de pavilhões + lanche da manhã
9h – 12h	Trabalho e escola para alguns
11h30-12h	Almoço
12h – 18h	Trabalho e escola para alguns
18h	Jantar + lanche da noite + fechamento dos pavilhões

Fonte: Pesquisa de campo

É dentro desse contexto de vazio estrutural que Roberto Pontes, diretor da escola do CSP, a coloca como *“um suporte de ressocialização que ajuda a diminuir a agressividade e a promover a aceitação da família”*.

A Escola Médico Rui do Rêgo Barros, lotada dentro do Centro de Saúde Penitenciário, foi fundada em 1994 e funciona na Instituição desde que ela ainda era Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em Itamaracá. Tem 132 alunos divididos em 11 turmas e atendidos por 19 funcionários. As aulas são um dos momentos em que homens e mulheres se misturam. A escola conta com uma biblioteca que pode ser usada pelos alunos. Se o interno estiver controlado, pode levar livros para a cela. O período letivo da manhã vai de 8h30 às 11h e o tarde vai de 13h às 15h30.

Como a participação na escola é voluntária e – pela própria ideia de medida de segurança – não serve como redução no tempo na Instituição<sup>5</sup>, Roberto Pontes conta que usa atrativos como merenda e esportes para tentar chamar a atenção dos internos e atraí-los para os estudos. Eles já podem se inscrever logo após o período de quarentena.

O atual diretor da Escola Médico Rui do Rêgo Barros já foi anteriormente entrevistado por esta pesquisadora em 2017, para realização de outro estudo no HCTP. Para efeitos de comparação com a realidade atual, segue-se parte do que foi produzido na pesquisa cinco atrás:

*“Como em todos os colégios, a Escola Médico Ruy do Rego Barros, fundada em 1994, conta com professores, diretores, alunos, merenda, biblioteca e toda a estrutura necessária para um bom ensino. Se não fosse pela sua localização dentro do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco (HCTP-PE) e pela sua estrutura física, ninguém seria capaz de identificar o único diferencial da escola: todos os alunos são apenados e portadores de transtornos mentais. Formados em filas para a execução do Hino Nacional, os estudantes se confundiriam com quaisquer outros jovens das outras escolas do Governo do Estado de Pernambuco.*

*Das 21 mulheres internas do HCTP-PE, 20 estão matriculadas na escola. São ao todo 365 estudantes que fazem ensino médio e fundamental através do programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA). A escola conta com um intérprete de libras, Adriano Marinho, para seus 4 estudantes surdos-mudos.*

*A Escola Médico Ruy do Rego Barros conta com uma estrutura física diferenciada. São cinco turmas separadas apenas por colunas que chegam somente a cerca de um metro do chão. Ou seja, todos os alunos podem se ver durante as aulas, mesmo estando em turmas diferentes. “Temos essa estrutura porque trabalhamos na lógica da educação como socialização. Não*

---

<sup>5</sup> Érica Babini explica ainda o motivo de não haver fatores redutores de pena para quem cumpre medida de segurança: *“Não tem porque o pressuposto filosófico da periculosidade indica que o transtorno mental, até então entendido como loucura, não comporta fatores de redução da punição. Além disso, as causas de redução estão vinculadas com a prevenção especial, ou mais conhecido como ressocialização, que é a função da pena. Assim, do ponto de vista teórico, considera-se que o preso vai, paulatinamente, adaptando-se à vida coletiva, na medida que realiza as atividades; o que não é o caso da medida de segurança, que não tem como função ressocializar, mas conter a perigosidade do louco - na expressão estigmatizante do Código Penal.”*

*ressocialização, porque alguns aqui não foram socializados ainda. Com essa divisão, facilitamos a tolerância, diminuímos a agressividade, todos convivem e se acostumam com a presença do outro. Isso ajuda no processo de humanização”, explica Paulo Sérgio de Almeida, diretor da escola. O laboratório de informática do colégio encontra-se temporariamente desativado por conta de problemas na fiação. A biblioteca funciona normalmente.*

*Doze professores, além de diretor, secretária, psicólogo e educadores de apoio são responsáveis pelo colégio que funciona dentro do HCTP. Como os internos não são obrigados a estudar nem têm possibilidade de redução de pena, os profissionais da escola usam a merenda e a possibilidade de convívio com outras pessoas para atrair os pacientes para se matricularem. “Hoje mesmo (quarta-feira) é um dia difícil aqui. É dia de visita e muitos não têm família. Cerca de 40 deles não recebem ninguém. Isso os deixa agitados, nervosos e aumenta o nível de ansiedade. A escola é uma forma de se distrair e ver pessoas”, comenta Roberto Pontes, psicólogo.*

*A Escola Médico Ruy do Rego Barros participa do Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos (Encceja) e seus alunos fazem também o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem).” (Diretor da escola do CSP)*

Quando se pensa no quadro de funcionários do Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco, vale ressaltar que, segundo a diretora, a divisão é bem balanceada entre funcionários da área de saúde e da área prisional/de segurança. Cabe a observação “[...]exatamente porque a instituição tem dupla função de tratar e de aprisionar, confundindo algumas vezes as autoridades que têm poder de decisão no recrutamento e contratação de pessoal.” (CORDIOLI; BORENSTEIN; RIBEIRO, 2006, p.674)

Também é possível enxergar essa divisão no tratamento dos funcionários com os internos. Enquanto profissionais como a diretora, assistentes sociais, psicólogos e diretor de escola parecem lidar com pacientes, agentes penitenciários tratam com presidiários. Durante a realização das entrevistas essa duplicidade ficou muito clara. Num dos momentos de entrevista foi solicitada a presença de uma interna específica. A agente penitenciária de plantão a trouxe algemada. Foi a primeira vez que esse fato ocorreu, porque os demais internos tinham sido trazidos

por outro interno que trabalha no CSP como auxiliar. A psicóloga que acompanhava as entrevistas se mostrou claramente consternada com a situação e a interna se sentiu tão constrangida que entrou num tipo de crise. A entrevista foi suspensa.

Talvez pelo maior contato da equipe psicossocial e de saúde com os internos é que haja essa diferença de visão. Enquanto o trato para com os internos parecia mais tranquilo por parte dessa equipe, os agentes de segurança, talvez pela natureza de sua função, pareciam mais receosos, inclusive orientando a pesquisadora a não ir toda vestida de preto para a Instituição, a fim de não ser confundida com os agentes em algum momento de tensão. Isso é o que Carrara (1998, p.36), chama de “[...]avaliação diferencial que construíam em torno da identidade dos internos. Eles pareciam ser mais ‘pacientes’ para uns e mais ‘delinquentes’ para outros.”

Apesar dessa diferença de olhar, parece ser unânime entre os funcionários que o CSP é uma unidade prisional. Quando questionados se enxergam a instituição como hospital ou prisão, os profissionais respondem claramente:

*“Prisão. Tem olhar voltado para a saúde mental, mas é uma prisão. As pessoas estão aqui porque cometeram um crime. É uma unidade prisional voltada para a saúde mental.”* (Assistente social)

*“O CSP é tudo. É hospital, é presídio de segurança máxima e é escola. Tudo isso funcionando precariamente. Não é o ideal, mas é o que tem. É um modelo mais humanizado.”* (Diretor da escola do CSP)

Também é consenso entre os profissionais que o modelo asilar não é a alternativa mais adequada para tratar pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Eles acreditam que é preciso pensar numa mudança, ouvindo profissionais experientes e até os próprios pacientes para encontrar outras formas de tratamento. A estadia num CSP agrega estigmas. O preconceito surge como questão estrutural, suscitando medo nas famílias e deixando pacientes esquecidos na instituição. Profissionais de psicologia e assistência social lutam pela desinternação, sem, no entanto, ter recursos para fazer com que ela aconteça. As condições de trabalho precárias, em que muitas vezes falta até computador, não ajudam no processo.

Duas falas nas entrevistas se destacam nesse contexto:

*“Eu penso numa educação para incluir, voltada para duas facções sociais excluídas e negligenciadas historicamente: presos, criminosos e pacientes psiquiátricos. A escola é muitas vezes o único suporte inclusive de higiene. Quando um paciente tem uma doença, a família quer tratamento, cura e que ele volte para casa. Com pacientes psiquiátricos não é assim, a família não quer de volta. Quem fala por eles? Deveria ser a família, mas ela muitas vezes não se importa.”* (Diretor da escola do CSP)

*“Se o modelo de Hospital de Custódia é eficaz? É e não é. Como tratar fora daqui? É válido um período mínimo aqui até conseguir residência terapêutica. Melhorar o CSP já que eles precisam ficar aqui. Mais próximo possível do ideal. Não é o ideal, mas é válido. Gostaria que o sonho das residências terapêuticas funcionasse.”* (Diretora do CSP)

Além das grandes ausências estruturais para a realização de um trabalho adequado que acabam frustrando os funcionários, há aspectos que merecem ser observados na forma como a rotina em um CSP toca suas vidas pessoais. A localização do Centro de Saúde Penitenciário ao lado do Centro de Observação e Triagem Professor Everardo Luna (Cotel) e do Centro de Reeducação da PMPE (CREED) já o localiza numa área conhecida pelo caráter prisional. Praticamente escondido ao lado dessa segunda instituição, o CSP é um lugar que afeta não só seus internos, mas também seus funcionários. O impacto do trabalho na vida pessoal dessas pessoas pode ser observado na seguinte fala:

*“Eu trabalhava com adolescentes em medida socioeducativa no emprego anterior, então já estava habituada ao contexto da privação de liberdade. Mas o trabalho aqui faz a pessoa refletir sobre a vida, o cotidiano e a forma de se relacionar, porque as pessoas que estão no CSP, muitas delas, eram boas e de repente tiveram um surto e cometeram um crime. Essa reflexão se intensifica ainda mais nesse período de pandemia.”* (Assistente social)

Por outro lado, a possibilidade de ajudar e fazer diferença de alguma forma na vida das pessoas parece ser um dos pontos positivos do trabalho, como ressalta a diretora Rita: *“Não tenho vontade de mudar de profissão. O trabalho acaba sendo recompensador pela possibilidade maior de ajudar. O sentimento é de gratidão.”*

Essa perspectiva sentimental vivenciada pelos funcionários foi também percebida e relatada em pesquisa anterior (CAMPOS, 2017), o que reforça ainda mais o caráter de internos não só dos pacientes, mas também dos trabalhadores da Instituição.

## A HISTÓRIA DE FERNANDO E A CARREIRA DA DOENÇA MENTAL

Tradicionalmente, o termo *carreira* tem sido reservado para os que esperam atingir os postos ascendentes de uma profissão respeitável. No entanto, o termo está sendo cada vez mais usado em sentido amplo, a fim de indicar qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida. Aceita-se a perspectiva da história natural: os resultados singulares são esquecidos, considerando-se as mudanças temporais que são básicas e comuns aos participantes de uma categoria social, embora ocorram de maneira independente em cada um deles. Essa carreira não é algo que possa ser brilhante ou decepcionante; tanto pode ser um triunfo quanto um fracasso. É sob esse aspecto que desejo considerar o doente mental. Uma vantagem do conceito de carreira é sua ambivalência. Um lado está ligado a assuntos íntimos e preciosos, tais como, por exemplo, a imagem do eu e a segurança sentida; o outro lado se liga à posição oficial, relações jurídicas e um estilo de vida, e é parte de um complexo institucional acessível ao público. Portanto, o conceito de carreira permite que andemos do público para o íntimo, e vice-versa, entre o eu e sua sociedade significativa, sem precisar depender manifestamente de dados a respeito do que a pessoa diz que imagina ser.” (GOFFMAN, 2015, p.111)

Fernando nasceu em 1977, em Olinda/PE. Estudou até a quinta série do ensino fundamental e por muito tempo trabalhou como lombador em matadouros, preparando carnes para comercialização e fazendo entregas. Desses 45 anos de vida, passou cerca de sete em sanatórios como o Ulysses Pernambucano, também conhecido como Tamarineira em referência ao bairro em que está localizado. Há quatro anos e dois meses está dentro do sistema prisional do estado, sendo oito meses no presídio de Igarassu e três anos e seis meses no CSP. Pobre, louco e interno, Fernando exemplifica a teoria de Frayze-Pereira (1994, p.70): “Os perigos do mau exemplo devem ser suprimidos. Há o temor de que, se tornadas públicas, as formas do desatino contaminem a sociedade” e mais (p.64): “A prática de internamento figura como uma medida final de condenação dos pobres”.

Atualmente Fernando é chaveiro no CSP, função responsável por fechar os pavilhões durante a noite e abrir pela manhã, e é aposentado, recebendo auxílio doença há cerca de dez anos por causa de seu transtorno mental. Diagnosticado como esquizofrênico, sob o código F.20 da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), Fernando fazia tratamento no Caps (Centro de Atenção Psicossocial) antes de ser preso e desde 2009 tomava medicações para controlar os sintomas da esquizofrenia.

Segundo seus relatos, quem primeiro identificou sua necessidade médica foi a mãe, que notava seu comportamento agitado. Foi ela a responsável por procurar ajuda para o filho e quem até hoje se preocupa com ele.

Assim como são, muitas vezes, as vítimas dos crimes cometidos por pessoas portadoras de transtorno mental, familiares e pessoas próximas também são, normalmente, quem primeiro percebe os sinais de que algo de errado está acontecendo. O transtorno mental costuma se mostrar primeiro dentro dos círculos mais próximos e afetá-los de forma mais intensa. Frequentemente, por causa das dificuldades de socialização, os considerados loucos já são olhados de forma diferente e vivem no lugar seguro proporcionado pela família.

Quando essa rede de apoio se rompe ou quando não entende que o indivíduo está doente, surgem conflitos que, para uma mente sã, poderiam ser resolvidos de forma simples, mas se tornam complexos para uma mente afetada por um transtorno. São a família e as pessoas mais próximas que costumam sofrer com as explosões de uma mente transtornada em erupção.

Essa mesma família ocupa um lugar bastante dúbio na vida do indivíduo. Em alguns casos, serve de suporte e apoio, identifica a doença e tenta tratá-la. Em outros casos, desinformada, exclui o doente por não saber lidar com tudo o que ele representa.

Fernando relata que ouve vozes que não conhece e vê vultos, bichos saindo das paredes e pessoas querendo matá-lo. Ele tem consciência de que tem um transtorno mental, mas quando questionado diz sofrer de síndrome do pânico e estresse, parecendo inconsciente do diagnóstico de esquizofrenia. Atualmente, Fernando toma cinco medicações, sendo duas de manhã e três de tarde. Para ele, o medicamento e as internações parecem ser elementos essenciais para que se mantenha sob controle. Sua relação com o mundo é mediada sempre pela figura de um médico, uma instituição ou um remédio.

No mundo moderno das doenças mentais, o homem não se comunica mais com o louco. Dado o corte razão/não-razão, há, por um lado, o homem racional que encarrega o médico de lidar com a loucura. E, por outro lado, há o louco cuja relação com o outro se faz por intermédio de uma racionalidade abstrata “que é ordem, constrição física e moral, pressão anônima do grupo, exigência de conformidade”. Entre o homem de razão e o homem de loucura não há mais linguagem comum.” (FRAYZE-PEREIRA, 1994, p.48)

Um dos outros internos entrevistados chega a relatar explicitamente que quem toma remédio é diferente de quem não toma, reforçando esse aspecto de que a doença mental tem uma carreira ascendente na vida do doente, pouco a pouco escalonando cada área de sua existência.

Fernando está preso desde 2018 por ter matado a facadas a esposa, com quem convivia há 25 anos. Seu relato sobre a motivação do crime inclui uma longa lista de fatores. Segundo ele, a esposa o ameaçava de morte, assim como à sua família. Ela também desejava que ele voltasse a trabalhar, mas ele diz que não conseguia, por causa dos seus episódios de crise. Segundo Fernando, a esposa parou de pegar os remédios dele e não o atendeu quando ele pediu para ser internado. No momento do crime, ele estava há quatro meses sem medicação.

Um grupo relativamente pequeno de pré-pacientes vai ao hospital por vontade própria, seja porque tem uma ideia de que será bom para eles, seja porque há um acordo com as pessoas significativas de sua família. Presumivelmente, tais novatos verificaram que estavam agindo de uma forma que, para eles, era prova de que estavam “perdendo a cabeça” ou o controle de si mesmos. Esta visão de si mesmo parece ser uma das coisas mais amedrontadoras que podem ocorrer ao eu em nossa sociedade, principalmente porque tende a ocorrer num momento em que a pessoa está, de qualquer forma, suficientemente perturbada para apresentar o tipo de sintoma que ela própria pode ver. (GOFFMAN, 2015, p.114)

Depois do homicídio, Fernando fugiu e ligou para os filhos pedindo que fossem socorrer a mãe. Ele relata ter sentido angústia e culpa e se diz arrependido. Para ele, a falta de medicação o fez perder a cabeça.

Três dias depois do crime, Fernando foi ao Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano pegar receitas para seus medicamentos. Levou duas injeções e acordou sendo detido por policiais. Foi da sua mãe a iniciativa de solicitar a mudança da prisão de Igarassu para o então HCTP, atual CSP. Fernando tem três filhos, que não o visitam e não o perdoam pelo assassinato da mãe. Ele recebe visitas de outros familiares.

Para ele, o CSP é melhor do que uma unidade prisional comum, porque “*não tem arma, não tem droga, não tem inimigo*”. Fernando explicitamente se vê como paciente e enxerga o Centro de Saúde Penitenciário como um hospital. Seus planos para quando sair da Instituição incluem ser evangélico, vender frutas e verduras, morar com a mãe e procurar os filhos primeiro por telefone para tentar uma reconciliação.

A história de Fernando é o exemplo ideal para se observar como a doença mental se estabelece na vida do indivíduo até culminar no momento do crime. O interno conviveu com o transtorno psiquiátrico desde o começo da vida, mas apenas aos 32 anos passou a ser devidamente tratado. Ele conviveu em sociedade por 41 anos antes de infringir a lei e ser encarcerado. Fora o homicídio cometido, sua ficha não relata mais nenhum episódio delituoso.

Fernando claramente associa a sua perda de controle à ausência de remédio. Sua carreira da doença mental inclui uma forte dependência da medicação e seu discurso demonstra um profundo conhecimento de si e de seus limites. Ele consegue identificar quando está em crise, mas não consegue controlá-la. Sua âncora parece ser a internação e o remédio. Apesar do autoconhecimento, é o outro, o médico, que tem o poder de mantê-lo em ordem. O interno parece temer a si mesmo fora do contexto institucional, encarregando sempre o hospital de mantê-lo controlado.

Depois de sete anos de internações, Fernando é o retrato de como pouco a pouco o transtorno mental tomou conta de toda a personalidade do indivíduo. Apesar de fazer planos para o dia em que for liberado do CSP, o interno parece aceitar sua internação. Sua fala mostra segurança quanto ao encarceramento. O mecanismo de controle que a instituição exerce sobre ele parece fazer com que se sinta seguro de que o pior de si mesmo não vai vir à tona. Fernando parece ter atingido o nível em que reproduz o discurso médico sobre si e é nesse momento que “o internamento ganha valor terapêutico: torna-se asilo. A loucura torna-se objeto médico: ganha o valor de doença. E a ligação entre o asilo e a doença forja-se como uma relação necessária.” (FRAYZE-PEREIRA, 1994, p.83)

Por outro lado, é possível observar como a doença se torna a própria pessoa, o próprio eu. Em todas as versões relatadas por Fernando para o motivo do crime ele coloca como primordial a questão de que a esposa questionava a veracidade da sua doença, a seriedade das suas crises e a sua real incapacitação. Ao duvidar da doença, a esposa parecia duvidar do próprio Fernando.

Apesar de se mostrar arrependido do crime, sua fala não é carregada de afetividade pela esposa, mesmo tendo convivido com ela durante 25 anos. Todo seu afeto parece se voltar para a mãe, que também é a pessoa que desde o início validou seu status de doente mental, acreditou nos sintomas, levou-o para as consultas médicas e foi responsável pelas primeiras internações.

Além de se sentir mais controlado dentro de instituições, os períodos de internação de Fernando parecem validar seu transtorno. Ele é um homem adulto, pai, profissional, mas se porta como um jovem. Parece não ter atingido grau de maturidade proporcional à sua idade. Ele fala baixo e constantemente repete características de sua doença.

Com efeito, nas sociedades atuais o louco é um excluído que, saliente o psiquiatra F. Basaglia, “nunca poderá se opor ao que o exclui, pois cada um de seus atos se encontra constantemente circunscrito e definido pela doença”. Ou seja, em matéria de loucura, o homem contemporâneo passou a ser aquilo que o discurso competente do conhecimento diz que ele é: doente de índole histérica, depressiva, esquizofrênica etc.; cuja linguagem é delírio; cuja visão é alucinada; cujo comportamento é obsceno; cujo mundo é irreal. (FRAYZE-PEREIRA, 1994, p.96)

É importante ressaltar, no entanto, que a carreira da doença mental nem sempre tem a criminalidade como cargo máximo, como topo da cadeia. Essa ideia de criminalizar a loucura é antiga e já no início dos anos 1800 o conceito de alienação apreço ligado à ideia de rompimento de regras e costumes. “Desse modo, concebida de maneira puramente negativa, a loucura é vista como o avesso da ordem. Sinônimo de agitação, exagero, arrebatamento, imoderação, desregramento, impulsividade, imprevisibilidade e periculosidade [...]”. (ENGEL, 1998, p.3)

A maioria dos internos do CSP não sofre exclusivamente de transtornos mentais. Sua carreira da doença mental não passa apenas pela doença propriamente dita. Há um aglomerado de fatores como falta de estrutura familiar, pobreza, abandono e uso de álcool e drogas. Há aqueles, como Fernando, que desde a infância apresentaram sintomas de um transtorno. Há outros, no entanto, que levavam uma vida “normal” e de repente parecem ter tido um surto.

A questão é que, analisando de perto, assim como Fernando, muitos internos do CSP têm ou tiveram cônjuges e filhos, trabalharam em diversas áreas, construíram vidas, até que o transtorno tomou um lugar de destaque em suas vidas. Fernando e outros internos se veem como doentes, sabem que há algo diferente em suas mentes, relatam “agonias na cabeça”, têm consciência da necessidade de medicação. É justamente essa percepção de si mesmo como doente em primeiro lugar e pessoa em segundo que parece ser o ápice da carreira da doença mental.

O delito surge apenas como expressão da falta de controle, como sintoma da perda de si mesmo que esses internos vivem. Toda sua relação com o mundo e com as outras pessoas passa a ser mediada pela doença e eles se veem pelas lentes de

medicamentos, médicos e instituições que constantemente os lembram: “isso não é normal, isso é doença”.

Nessa perspectiva, a falta de atividades, o ócio, o sono causado pelas medicações e o abandono por parte das famílias colabora para que essa ideia de si mesmo como loucos dependentes de instituições seja reforçada.

## A HISTÓRIA DE JOÃO, A INFLUÊNCIA DO TRANSTORNO MENTAL NO CRIME E A CONSCIÊNCIA DA DOENÇA

João é jovem, tem uma aparência bem cuidada. Atualmente com 29 anos, estudou até o primeiro ano do ensino médio. Nasceu na Zona Rural de Ribeirão e, até ser preso, vivia com a mãe em Vitória de Santo Antão, onde também trabalhava como agricultor, cuidando principalmente da plantação. O pai de João é falecido e ele relata ter muitos irmãos, mas não sabe quantos.

Diferente de Fernando, João só descobriu seu transtorno mental quando já estava dentro do sistema carcerário. “*Nunca tinha feito tratamento e não sabia que era doente*”, diz ele. Foi preso em flagrante em 2012 por homicídio, mas sua entrada no então Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco só aconteceu seis anos depois, em 2018. Segundo ele, a transferência aconteceu porque tinha crises em que ficava quieto, sem falar, sem comer e sem reagir. Também relata nunca ter sido agressivo, apesar de ter sintomas como visões de “*coisas, vultos e cabeças*”.

Diagnosticado como esquizofrênico, sob o CID F.20, João toma um remédio ao meio-dia e outros quatro às 17h. Nos quatro anos em que está medicado e em tratamento, disse não ter tido nenhum episódio de crise. Mesmo assim está há dez anos no sistema prisional e não tem previsão de receber alvará.

João, agora controlado e estável, conseguiu um trabalho no Centro de Saúde Penitenciário como ajudante de manutenção, no horário das 9h às 15h. Lá ele também aprendeu jardinagem, atividade comum na Instituição. Durante a realização das entrevistas para esta pesquisa estava sendo finalizado um curso com entrega de certificados na área. Nas outras unidades prisionais João nunca tinha conseguido trabalhar.

Amor, segundo ele, foi o que colocou João na prisão. Matou um homem por causa de ciúmes da namorada. Tinha 18 anos à época e esse foi o único crime que cometeu. Dez anos depois, ele lembra que a mãe o alertava dizendo que a namorada iria levá-lo para a cadeia ou para o túmulo. Ele se arrepende do crime, se arrepende de não ter dado ouvidos à mãe e acha que o que fez foi errado. A maior lição que aprendeu foi a nunca mais cometer o mesmo erro.

João foi um dos entrevistados mais reticentes quanto às memórias e ao relato do crime. Ele não explica bem como ou onde aconteceu. Quando fala do arrependimento, ressalta a raiva que tem de si por ter perdido tantos anos. “*A dor e o sofrimento vêm me alimentando*”, enfatiza. Esses sentimentos, no entanto, parecem ter mais relação consigo e com sua situação do que com a vítima ou com a namorada que teria sido o motivo de ciúme. Ele diz que, no momento do crime, “*de repente a cabeça virou*”, então deu duas facadas na base do pescoço do homem. Depois ficou desesperado, sem saber o que fazer.

Aqui desejo acentuar que a percepção de “perder a cabeça” se baseia em estereótipos culturalmente derivados, e socialmente impostos, quanto à significação de alguns sintomas – por exemplo, ouvir vozes, perder a orientação espacial e temporal, sentir-se perseguido – e que muitos dos mais espetaculares e convincentes de tais sintomas em alguns casos significam, psiquiatricamente, apenas uma perturbação emocional temporária em situação de tensão, por mais aterrorizantes que sejam para a pessoa nesse momento. De forma semelhante, a angústia resultante dessa percepção de si mesmo, e as estratégias usadas para reduzi-la, não resultam de psicologia do anormal, mas poderiam ser apresentadas por qualquer pessoa socializada em nossa cultura e que chegasse a pensar que está perdendo a cabeça. É interessante observar que algumas subculturas na sociedade norte-americana aparentemente diferem na quantidade de fantasia e estímulo para tais visões de si mesmo, o que leva a diferentes proporções de auto-avaliação; a capacidade para aceitar essa interpretação desintegradora de si mesmo sem a intervenção psiquiátrica parecer ser um dos discutíveis privilégios culturais das classes mais altas(GOFFMAN, 2015, p.115).

O sentimento do interno com relação ao Centro de Saúde Penitenciário é muito claro. Ele enxerga a instituição como um hospital de onde é paciente. Comparando com os seis anos passados em outras unidades prisionais, ele acha que o CSP é melhor por ser mais calmo e ter medicamentos adequados. Foi dentro da sua jornada na cadeia que começou a fumar para suportar a situação, mas tem planos de parar quando sair.

Outros planos de João para a vida fora da instituição incluem trabalhar, encontrar uma igreja católica para frequentar, entrar no programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA) para terminar os estudos e ajudar a mãe. Além disso, ele tem como prioridade pedir forças a Deus para continuar com o tratamento e com os medicamentos.

João fala de forma clara e bem articulada, mas tem o vocabulário muito simples de quem não teve acesso à educação. Tem quase 30 anos, mas se expressa como um adolescente, como se seu desenvolvimento tivesse estagnado

no momento da sua prisão, aos 18 anos. Demonstra forte dependência da mãe. Recebe visitas da família sempre que possível, porque falta dinheiro para que os familiares percorram o trajeto de Vitória de Santo Antão a Abreu e Lima para visitá-lo. A mãe já não tem mais condições de saúde para isso.

Agora João é ciente de sua doença e atribui a ela o impulso para o crime que cometeu. Ele parece olhar em retrospecto e ver no transtorno mental a motivação para o erro, talvez como forma de lidar com a culpa. Ele frisa claramente: *“quem toma remédio não é igual a quem não toma”*. O interno reproduz um discurso sobre si que reflete os preconceitos de uma sociedade que parece não compreender crimes dessa natureza. O próprio João, aliás, parece não compreender o próprio crime.

A carreira do transtorno mental de João começou cedo, mas só recebeu nome e status de doença muitos anos depois. Os sintomas relatados por ele pareciam algo comum na sua vida e nunca foram tratados até sua chegada ao CSP. O interno não fala muito sobre sua vida antes do crime nem sobre suas experiências em outras unidades prisionais. Seu discurso é muito focado nos quatro anos que passou no Centro de Saúde Penitenciário. Ele também não se articula muito bem em temas que não envolvem sua doença.

Depois de diagnosticado, João parece ter se tornado o próprio CID F.20. Sua percepção de si, pela sua fala, é toda voltada para o transtorno. Ele passou a ser a doença e muito pouco além disso.

No hospital psiquiátrico, o ambiente e as regras da casa recordam ao paciente que é, afinal de contas, um caso de doença mental que sofreu algum tipo de colapso social no mundo externo, tendo fracassado de alguma forma global, e que aqui tem pequeno peso social, pois dificilmente é capaz de agir como pessoa integral. (GOFFMAN, 2015, p.129)

Somente privado da liberdade e institucionalizado foi que encontrou libertação das visões e das crises. Isso não quer necessariamente dizer que a estadia no CSP é adequada, apenas que foi o único lugar onde encontrou algum tipo de tratamento.

João se mostra muito seguro de que seu crime foi fruto do transtorno, como se a doença mental fosse uma alteridade que o acompanha, um outro ser vivendo dentro de si. A visão que o interno apresenta de si é o diagnóstico que a instituição o entregou, justamente porque “[...]a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal.” (FOUCAULT, 1975, p.49)

Ao contrário do que muitas pessoas imaginam, pessoas portadoras de transtornos mentais em grande parte das vezes estão cientes de sua condição. Alguns casos mais graves podem perder essa conexão com a realidade, mas a maioria dos entrevistados para esta pesquisa tinha consciência de sua doença, tanto que foram unânimes em falar da necessidade de continuar o tratamento psiquiátrico após a saída da instituição.

Essa consciência, no entanto, não pode ser encarada da mesma forma que o é para um indivíduo mentalmente sã e estável. Para pessoas como João, as barreiras entre o que é o transtorno e o que é apenas traço de personalidade, gosto pessoal ou vontade são muito turvas. É por isso que indivíduos como ele são considerados inimputáveis, ou seja, não recebem pena. Porque eles, apesar de se saberem doentes, muitas vezes não conseguem distinguir o que a sociedade considera certo e errado.

O fato de se saber doente claramente muda suas vidas. Ter um diagnóstico os ajuda, em alguns casos, a se aceitar e se entender. Apesar de potencialmente problemática, a condição de doente parece se tornar confortável para o paciente. Nenhum dos internos entrevistados questionou essa posição, muito pelo contrário, eles estruturam todo seu discurso ao redor disso. É um constante viver para superar, existir em prol do problema e não apesar dele.

Não é propósito deste estudo discutir se o transtorno mental foi ou não determinante para que os indivíduos entrevistados cometessem o ato delituoso que os levou ao CSP. O que se busca é compreender suas visões sobre esse momento e a maioria dos pacientes deixa bastante claro que, mesmo que não soubessem no durante a ação, foi um impulso do transtorno mental que os levou a cometer os crimes:

*“Eu amava meu pai, foi coisa do momento, eu estava ouvindo vozes.”*  
(Relato de um dos entrevistados sobre o homicídio do pai).

*“Minhas pernas saíram andando só, não queria fazer isso, eu gostava do menino, minha mão mexeu só.”* (Relato de outro entrevistado sobre a tentativa de homicídio de uma criança de 14 anos – no inquérito policial ele relatou ter sido movido por forças do inferno)

A visão que os internos têm sobre a influência de seu transtorno mental no crime que cometeram parece estar muito ligada ao nível de consciência que eles têm sobre a própria doença. Quanto mais cientes de seu diagnóstico, mais ele toma conta da vida do indivíduo, mais determina sua visão sobre si tanto em relação a atos passados quanto em relação ao futuro. Quanto maior o nível de consciência da doença, maior é a área da vida que ela atinge. A probabilidade de retorno a uma vida comum parece inversamente proporcional à estabilidade do paciente, porque quanto mais controlado ele está, mais parece temer ser outra coisa que não doente.

Viver e ser o próprio transtorno mental talvez seja mais um sinal, mais uma marca do nível de institucionalização que esses sujeitos atingiram. A consciência de sua condição mental é palpável, real e permeia todos os aspectos de suas vidas. Se desejam sair, é sob condição de continuarem medicados, serem tutelados e estarem vigiados. A presente discussão não se propõe a taxar como certos ou errados os métodos e pré-requisitos para a soltura dos internos, mas sim analisar que, a parte as exigências da instituição, os próprios pacientes só veem sua vida pós-CSP sob uma ótica da doença mental. O primeiro desejo a ser expressado é sempre o relacionado ao transtorno, seja procurar um Caps, seja por meio da busca por medicação. A doença em si não se difere e não se separa mais do que é o próprio indivíduo.

Em casos de psicose crônica, intensa e severa, como os que se veem no Centro de Saúde Penitenciário, os contornos da vida passam a ser traçados pelos limites do que a doença define como possível ou não. É por isso que a visão de si passa a ser completamente pautada pelo diagnóstico, culminando numa eterna busca por uma cura que pode nunca chegar ao invés de proporcionar uma ideia de aceitação e controle da condição. Quando esse controle é pautado e buscado, nunca aparece nos discursos como algo a ser alcançado interiormente, mas sempre por meio de um agente externo, como o médico, o remédio ou uma instituição.

Nos internos do CSP a consciência soa como uma maldição. Eles só sabem ser eles se forem doentes, é esse o discurso que reproduzem. Toda sua perspectiva de ser humano está voltada para o transtorno. Deles foi tirada a possibilidade de serem pais, mães, tios, irmãos, profissionais, pessoas... O discurso para esses internos é a doença. Conscientes que estão da sua situação, tornam-se dóceis, domesticáveis, fáceis de lidar. A recompensa é talvez receber um laudo favorável para a desinternação. Voltarão à sociedade não como cidadãos comuns, mas como

doentes, incapacitados, eternamente amedrontados pela possibilidade de serem pessoas comuns, porque eles desaprenderam qualquer reconhecimento de si que não seja transtorno, medicação, doença e medo do que podem ser capazes.

## A HISTÓRIA DE MARIA E AS MARCAS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

Maria, que tem como apelido doidinha, tem 42 anos e é natural do município de Araçoiaba, do Estado de Pernambuco. Tem experiência profissional como feirante e auxiliar de serviços gerais e seu grau de escolaridade é o ensino fundamental incompleto. O pai é falecido, ela foi criada pela mãe, tem duas irmãs e seis sobrinhos. Essa é Maria, que foi diagnosticada como portadora de Transtorno de Personalidade Antissocial, CID F60.9, e que cumpre medida de segurança no Centro de Saúde Penitenciário por homicídio.

Maria é uma das poucas internas mulheres do CSP e sua trajetória no sistema penitenciário, assim como sua história pessoal, é muito marcante. Ela tem várias entradas registradas tanto em presídios comuns quanto no CSP. Sua primeira prisão data de 2 de setembro de 2001. A última entrada no Centro de Saúde Penitenciário foi em 13 de setembro de 2019. Não saiu desde então. A transferência da Colônia Penal Feminina para o CSP aconteceu porque Maria, numa briga, cortou o pescoço de outra detenta com uma faca.

Ao todo, Maria soma três homicídios e dois “arrastos” em seu currículo criminal. Esses “*arrastos cheiro de queijo*”, segundo ela, são a classificação para quando uma pessoa leva outra para ser morta numa emboscada. Seu primeiro homicídio foi aos 17 anos, com o objetivo de roubar. O homem tinha recebido um prêmio em dinheiro da loteria e estava num bar pagando bebida para todos. Maria o chamou para “dar uma bola” (usar droga) como isca para o assalto, mas no momento ela e o parceiro perceberam que o dinheiro do homem já tinha acabado. Foi então que decidiram que teriam que matá-lo para não serem denunciados. O amigo de Maria esfaqueou a vítima, mas ele não morreu. Nesse momento, ela pegou uma pedra e acertou a cabeça do homem, finalizando o serviço. Ela relata com orgulho sua primeira morte: “*Meu amigo começou, mas não matou, quem matou foi eu*”.

Inveja e desejo por respeito e atenção dos amigos foram os motivos citados por Maria para o crime. Em seu meio de convivência, quanto maior a quantidade de delitos, maior era o status da pessoa. Maria saiu de casa ainda jovem, porque a mãe mandou que ela escolhesse entre sua família e seus amigos. Por medo de morrer, escolheu os amigos que ela classifica como malandros, os mesmos a quem

invejava. Ela também usava álcool e drogas, tendo começado com maconha. Sua preferência era por substâncias que acalmam, principalmente Rohypnol. Eram esses amigos que pagavam o aluguel de dez reais de um quarto localizado ao lado de um cabaré em que Maria foi morar quando saiu de casa e que sustentavam seus vícios.

O segundo homicídio de Maria aconteceu em setembro de 2001. A vítima foi uma garota de programa de quem gostava, ela morava no cabaré ao lado do quarto alugado de Maria e tinha uma filha de sete anos. Maria ganhou R\$200,00 fazendo um arrasto cheiro de queijo e decidiu contratar a mulher para acompanhá-la por um dia enquanto bebia e usava drogas, apenas para estar com ela e tomar conta, sem relações sexuais, porque não gostava de mulheres. Ela riu e disse que Maria não teria como pagar os cem reais que ela cobraria. Maria diz ter separado duas notas de cinquenta reais e passado no rosto dela.

Na mesma noite em que ainda estava com Maria, a mulher aceitou outro programa e cobrou dez reais para dormir com um homem. Maria esperou bebendo até que ela voltasse do programa. *“Ela voltou balançando o cabelo molhado, daquele jeito que mulher faz. Aí eu perguntei: tá satisfeita? Ela disse: tô. Eu agarrei ela pelo cabelo e dei no pescoço”*, relata Maria sobre o momento do assassinato. Ela tinha o costume de andar com uma gilete afiada dentro da pulseira de velcro e foi essa a arma do crime. Além do pescoço, Maria também atingiu os dois pulsos e o abdômen da vítima. Quando estava morrendo, a mulher teria soltado um “ronco”, que assustou Maria, fazendo-a largar a gilete. Depois do homicídio, a interna tomou cana com coca-cola. Insistiu em pagar, porque era assassina, mas não ladra. O dono do local não aceitou o pagamento e ela foi embora. Esse tipo de lógica pode parecer incompreensível, mas faz sentido para ela.

Ao que parece, a incompreensibilidade dessa modalidade de crimes reside no fato de eles não se apresentarem como mera subversão dos meios socialmente dados para a consecução de fins legítimos e desejáveis (riqueza, posição social, prazeres sexuais etc), como bem podem ser compreendidos furtos, estelionatos ou estupros. Nesses crimes, considerados compreensíveis, se alguns valores são negados – o trabalho, no roubo, por exemplo – somente o são na medida em que outros valores estão colocados, sendo mesmo reforçados – a riqueza, ainda no exemplo do roubo. Os crimes que clamam pelas considerações médicas parecem possuir uma outra estrutura, pois dizem respeito, primordialmente, à subversão escandalosa de valores tão básicos que se pretende estejam enraizados na própria “natureza humana” – amor filial, amor materno ou piedade frente à dor e ao sofrimento humano. Desta maneira, não é surpreendente que tais subversões, tão radicais e escandalosas, coloquem em questão a própria “humanidade” de parricidas, infanticidas, assassinos cruéis, sendo mais bem interpretadas no contexto das selvagerias da

natureza, mais afeitas, portanto, à abordagem das ciências biológicas ou naturais. (CARRARA, 1998, p.71)

O arrasto que rendeu a Maria o dinheiro para pagar o programa com a mulher que matou foi de um amigo. Ele era procurado na região por ter mostrado os órgãos genitais a uma criança de cinco anos. Para Maria e seus companheiros “*isso é inadmissível, causa trauma*”. Como ela era a única pessoa em quem o homem confiava, foi a escolhida para conduzi-lo ao local onde seria morto. Anos depois dos crimes, Maria se diz arrependida e acha que o que fez foi errado, não faria nada de novo, mas encara seus delitos como “*parte da rotina, do viver, do destino*”.

Maria está estável e controlada e por isso conseguiu o posto de chaveira no Centro de Saúde Penitenciário. Ela é responsável por abrir e fechar os pavilhões nos horários demarcados. Esse é o mesmo trabalho que tinha na Colônia Penal Feminina, também conhecida como Bom Pastor. Mas lá ela logo perdeu o posto, porque nos primeiros dias de trabalho jogou fora todos os cadeados da cela, já que não via sentido em trancar as colegas e ser trancada depois, achava que isso era fazer “*papel de comédia*”. O acontecido lhe rendeu o apelido de Maria Cadeado. No CSP ela se vê como pessoa de confiança dos funcionários. Toda sua socialização parece passar pelos moldes da instituição. Conforme Freitas (2004, p.90), ao longo de todo o século IX e até bem pouco tempo, o modelo asilar foi concebido com uma ‘máquina de socializar’ exemplar.

Maria toma um comprimido de manhã e 12 de noite, sabe que são muitos remédios, mas se sente bem. Ela exhibe braços cheios de grossas cicatrizes, porque se corta quando está com raiva ou frustrada. Antes do CSP, não fazia nenhum tratamento e não desconfiava que podia ter algum tipo de transtorno mental. Quando questionada sobre sua transferência para o Centro de Saúde Penitenciário, ela diz: “*tinha que estar em algum lugar pra aprender, aqui é casa, lar, casa de recuperação*”. Ela diz que foi na instituição que aprendeu a respeitar, a saber o que é certo e errado e onde se sentiu amada por pessoas que não eram da família.

Seus planos para a desinternação incluem procurar uma igreja evangélica, continuar o tratamento num Caps e trabalhar com jardinagem, curso que concluiu no CSP e diz com orgulho que é a primeira alegria que vai dar para a mãe.

Maria usa cinco anéis, sendo um deles uma caveira enorme no dedo médio. Usava um brinco diferente do outro e boné virado para trás cobrindo os cabelos pelados no momento da entrevista. Os internos têm uma pasta com seu histórico,

Maria tem uma caixa cheia de pastas. Sempre comete infrações quando está perto de sair. Parece não ter muita consciência do seu transtorno, fala sem emoção dos crimes que cometeu. Questionada sobre a possibilidade de ter cometido os crimes por causa da doença mental, ela diz: “*é, pode ser*”, num tom tão monótono que deixa ainda mais evidente a pouca consciência que tem da sua condição.

Vivendo há 21 anos dentro do sistema penitenciário, Maria é o próprio retrato da institucionalização. Ela se adapta tão bem à instituição que pode ser vista deitada nos bancos, sentada numa cadeira de balanço ou simplesmente andando tranquilamente nas dependências do CSP como se ali realmente fosse sua casa. Seus 21 anos de institucionalização não foram ininterruptos. Ela recebeu alvará, saiu e voltou diversas vezes. Em algumas ocasiões a distância entre uma prisão e outra foi de apenas alguns meses. Ou seja, quase a metade da sua vida foi experienciada dentro do contexto das regras de instituições penitenciárias.

Ela se enxerga quase como tendo um status de funcionária quando relata ser a pessoa de confiança das pessoas que realmente trabalham no CSP, usando sua posição de amizade para legitimar o lugar que ocupa. “[...]cada fase da atividade diária do paciente é realizada na companhia imediata de outro grande grupo, ocorrendo a perda da privacidade, tudo passa a ser coletivo, impessoal, massificado.” (CORDIOLI; BORENSTEIN; RIBEIRO, 2006, p.674)

Quando está perto de sair, Maria comete infrações que a impede de receber um laudo que traria seu alvará de soltura. Apesar de bem humorada e aparentemente confortável no seu status dentro do Centro de Saúde Penitenciário, a interna ainda tem episódios de crise em que se corta. Ela sente raiva e não consegue lidar com a frustração, tem dificuldades em cumprir algumas regras.

Ao contrário do que pôde ser observado nos casos de Fernando e de João, Maria parece ignorar a sua doença. Ela diz que sente impulsos de raiva, mas não demonstra enxergar nisso algo fora do normal. Não chega a questionar o diagnóstico, reconhece que fica mais tranquila sob tratamento, mas fala de seu comportamento e de seus crimes como algo perfeitamente natural.

Enquanto Fernando viveu anos de internação hospitalar e enxergava nesse tipo de instituição uma forma de controle para si mesmo, Maria encara a unidade prisional como seu lugar no mundo. São dois retratos de como a institucionalização pode se apresentar de forma diferente em cada indivíduo.

Se, por um lado, Fernando enxerga o internamento como a melhor opção, no caso de Maria, o retrato da institucionalização é tão forte que ela passa a impressão de ter o CSP mais como casa do que como hospital ou unidade prisional. Para ela, essa é a sua única opção.

Assim como João parece ter estagnado seu desenvolvimento mental no período pré-internamento, Maria também dá sinais disso. No passado ela deixou a casa da mãe para buscar respeito dos amigos. Agora ela deseja proporcionar alegrias à mãe. E até esse aspecto da sua vida é mediado pela instituição. É através do diploma do curso de jardinagem feito no CSP que Maria pretende dar orgulho à mulher que deixou em casa ainda adolescente.

Esses traços de institucionalização não são algo que pôde ser percebido apenas recentemente. Em pesquisa realizada em 2017, a história de Daniel já deixava claro o quanto a Instituição se apodera do indivíduo.

Equipado com cadeiras e instrumentos de som, como microfones, bateria e guitarra, o local ecumênico do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco (HCTP-PE) era de responsabilidade dos internos. Daniel, que é evangélico, era o principal responsável pela capela da Instituição. Além de cuidar da estrutura física do local, o interno contou que algumas vezes realizava pregações para outros pacientes. Com três reincidências, Daniel estava perto de conseguir seu alvará de soltura.

*“Hoje eu tenho uma mentalidade diferente. Eu achava que não precisava de remédio, porque Deus ia me curar. Hoje eu entendo que preciso da minha medicação. Deus só vai me curar se Ele quiser. Preciso do lado espiritual, mas também dos meus comprimidos”*, contou o interno, que tomava 11 medicações e já havia conseguido reduzir o número para quatro. Sem os remédios, que eram administrados de manhã e de noite, Daniel não dormia direito.

Antes de chegar ao HCTP, Daniel passou primeiro pelo Centro de Observação Criminológica e Triagem Professor Everardo Luna (Cotel) e depois pelo presídio Aníbal Bruno, até que fosse constatado o seu transtorno mental. *“Comparado com outros presídios, aqui (HCTP) é um paraíso”*, comentou ao lembrar que nas outras unidades penitenciárias não recebia o tratamento adequado. Os remédios, quando eram administrados, o eram apenas uma vez ao dia e os responsáveis por fazê-lo chegavam aos pavilhões gritando *“Olha o remédio do louco!”*.

Prestes a ser liberado, Daniel tinha planos de se casar. Passou três vezes pelo HCTP recebendo apenas visitas da mãe. Conheceu a futura esposa no HCTP enquanto ela visitava outro interno. Se apaixonaram e estavam, no momento, esperando o alvará de soltura de Daniel para que se casassem. *“Eu queria fazer a festa aqui (HCTP), mas ela não quer. Ela também é evangélica e quer fazer na igreja dela. Mas o culto de ação de graças vai ser aqui sim”*, contou o interno.

Daniel tinha perspectivas não somente para o casamento, mas também para a área profissional. *“Quero trabalhar nos presídios, ajudando as pessoas. Não vou cair de novo, mas vou voltar para visitar o HCTP”*, planejava ele.

## A HISTÓRIA DE MÁRCIO E UM DISCURSO DIFERENTE DOS DEMAIS

Márcio tem 32 anos, é agricultor e natural de Arcoverde. Apesar disso, tem postura e fala de adolescente. Não sabe ler nem escrever, apenas assinar o nome. Estudou até a segunda série do ensino fundamental. Tem uma família grande, com muitos irmãos e sobrinhos, mas a mãe morreu quando ele tinha apenas dois anos. Diagnosticado sob os CIDs F.20 e F.60.3 – esquizofrenia e transtorno de personalidade com instabilidade emocional, respectivamente –, está preso há três anos pelo homicídio do pai.

O crime aconteceu em 2019 depois de uma discussão da qual Márcio não se recorda o motivo. Segundo o interno, ele estava “*doido da mente, sem tomar remédio e sentindo depressão*”. Sentiu grande arrependimento pela facada que deu no pai depois que viu o que tinha feito e tem certeza de que não teria feito isso se não fosse doente. Márcio conta que amava o pai, mas estava ouvindo vozes no momento da agressão. Depois do crime, chegou a balançar o homem em busca de sinais de vida, mas percebeu que ele já estava morto. Nesse momento, correu chorando e pedindo ajuda, dizendo o que tinha feito. É como se estivesse no modo automático: “[...]a doença suprime as funções complexas, instáveis e voluntárias, exaltando as funções simples, estáveis, automáticas.” (FOUCAULT, 1975, p.17) Dois irmãos não falam com ele desde então. Uma irmã o perdoou e o visita semanalmente.

Preso há três anos, Márcio passou um ano no presídio de Arcoverde e dois no HCTP/CSP. Ele se orgulha de nunca ter ido para o castigo em nenhuma das unidades prisionais durante sua estadia nelas e de frequentar a escola da instituição onde se encontra. Chegou a trabalhar por três dias na cozinha do CSP, mas saiu porque, em suas palavras, o emprego “*não deu certo*”. O interno está de alvará e quando sair do Centro de Saúde Penitenciário pretende ir morar sozinho numa casa que deve ser comprada pela irmã, além de se aposentar e continuar seu tratamento num Caps.

Márcio toma quatro remédios, distribuídos nos períodos da manhã e da noite. Antes de entrar no CSP ele já fazia tratamento psiquiátrico e já fazia uso de medicações por causa de seu histórico de tentativa de suicídio. Em 2013, aos 23 anos, pulou de um primeiro andar. Foi desde então que começou a tomar remédios,

mas não estava fazendo uso deles quando cometeu o crime que o levou à prisão. Segundo ele, gostava de beber, de usar maconha e de ir para festas, mas atualmente não tem mais esses hábitos.

Sentindo-se como presidiário, Márcio ressalta: “*não aprendi nada no CSP, é um lugar horrível, uma prisão, não gosto de nada aqui. Estou aqui porque estou na mão da justiça*”. Quando questionado sobre o Centro de Saúde Penitenciário ser prisão ou hospital, ele responde: “*é prisão e hospital. Tá tratando*”.

Márcio foi o único dos internos entrevistados que explicitamente encarou o CSP como unidade prisional. Não parece coincidência que ele seja um dos que mais tem contato e apoio da família, além de uma perspectiva mais sólida de desinternação e de planejamento de vida pós-alvará.

Dentro desse contexto é possível observar que a visão do Centro de Saúde Penitenciário como unidade prisional ou como hospital pode estar diretamente relacionada ao quanto a instituição representa na totalidade da vida dos indivíduos. Quando os internos têm poucas previsões de saída, quase nenhum contato com familiares ou responsáveis e perspectivas remotas de uma experiência de vida fora do CSP, ele parece tomar proporções maiores na vida dos internos. Surgindo como única opção e meio de vida, a instituição é encarada como hospital, como lugar de apoio e acolhimento.

Seria mais fácil encarar a perspectiva de um tempo indeterminado de prisão num lugar em que se está sendo tratado ao invés de punido? Talvez seja essa questão para entender porque a visão de Márcio sobre o local é tão diferente. O Centro de Saúde Penitenciário não é sua única opção. Ele tem família. Ele tem alvará. Ele tem para onde ir quando acabar a sua medida. Dessa forma, ele não precisa que o CSP seja o seu lar, o seu cuidado, a sua parentela, o seu apoio. Márcio pode encontrar isso em outro lugar e por essa razão parece ver a instituição de forma diferente. Para quem a única perspectiva de vida é o CSP, ele talvez precise ser visto de forma mais humana e acolhedora para que se torne suportável.

A psicodinâmica, onde se insere a psicanálise, é um núcleo de saber que tem produzido conhecimento sobre a “psicopatia” e vê a conduta como produto de quatro fatores inter-relacionados: motivos básicos, estruturas mentais que controlam as motivações e regulam sua expressão, valores, objetivos e atitudes incorporados da família e da sociedade, e a realidade externa, inclusive outras pessoas importantes na vida do indivíduo. Esta tipologia permite inferir que os atos cometidos pelas pessoas constituem-se em um resultado misto de produção social e caracteres individuais predispositivos (BRASÍLIA, 2011, p.42).

A questão aqui não é tanto o que o Centro é na realidade, mas sim como ele se apresenta e que características assume para aqueles que vivem diariamente ali dentro. Encarando assim, o CSP parece ser hospital, casa de recuperação e lugar de tratamento e cuidado para aqueles que não têm nenhuma perspectiva além dele. Para os que têm outras opções, ele é uma das piores escolhas possíveis, como qualquer outra unidade prisional.

Além disso, outra questão latente na forma de enxergar o Centro de Saúde Penitenciário é o tempo de internação do indivíduo. Márcio passou apenas dois anos no CSP, por isso seu nível de institucionalização e submissão às regras parece não ter ainda atingido o nível em que o Centro passa a dominar cada área da sua personalidade. Ele ainda tem muitas memórias da vida pré-prisão, não esqueceu o que é liberdade.

Mais um ponto que deve ser colocado em questão sobre fatores que afetam a forma dos internos encararem o CSP é o nível de controle da doença dentro e fora dele. Muitos internos só conquistaram certo nível de controle e estabilidade emocional depois que começaram a ser medicados no Centro de Saúde Penitenciário. Mesmo os que já faziam uso de medicações parecem mais controlados depois da detenção. O caso de Márcio é diferente. Seu período de instabilidade veio da ausência de remédio e ele tem consciência de que, medicado, consegue levar a vida. Desse modo, ele não precisa de uma instituição reguladora que o permita viver em sociedade. É uma questão de construção social da ideia de controle.

[...] porque a loucura e, pois, a inimputabilidade, são socialmente construídos, variando no tempo e no espaço os comportamentos assim etiquetados, tanto que os laudos psiquiátricos não raro se contradizem, razão pela qual se poderia dizer, à maneira de Nietzsche, que a rigor não existem fenômenos psiquiátricos, mas apenas uma interpretação psiquiátrica dos fenômenos. (QUEIROZ, 2010 apud BRASÍLIA, 2011, p.60-61)

Márcio dissocia de forma clara o seu eu, a sua personalidade do transtorno que o acompanha. Ele coloca nessa condição a culpa e o motivo por ter cometido um crime. Ele amava o pai, não recorda o motivo da discussão, sente arrependimento, tentou consertar seu erro. Para Márcio é evidente que o crime não

foi sua culpa ou responsabilidade, mas sim fruto desse outro exterior que é a doença/o transtorno.

Apesar de ter dois irmãos que não o perdoaram pelo crime, o interno conta com o apoio de outra irmã, que supostamente oferecerá o suporte necessário para sua desinternação. Isso reforça ainda mais a perspectiva de que seu lugar não é no Centro de Saúde Penitenciário. Ele pode ser perdoado e refazer sua vida longe das grades.

Por causa das experiências prévias com medicação, Márcio parece acreditar que pode ficar controlado e estável fora de um ambiente institucional. Os remédios são necessários para ele, o encarceramento não. Diferente de alguns outros internos, Márcio não teme a si mesmo longe da força reguladora do CSP. Essa confiança em si é fundamental para que passe a enxergar o Centro como desnecessário e um fardo pesado para carregar.

Será que a mesma experiência não se repetiria com outros internos se, apoiados pela medicação e pela família, não temessem a si mesmos num ambiente livre? Não seria o caso de que passassem a se ver como não perigosos e aptos a viver em sociedade caso tivessem alguém que reafirmasse sua posição de indivíduo doente, mas em tratamento e controlado?

A dificuldade da desinternação fica aqui ainda mais evidente. Não é apenas a questão de encontrar uma vaga em residência terapêutica. A existência de alguém próximo que dê segurança e faça com que o interno possa enxergar controle fora do contexto institucional importa para a visão que ele forma de si mesmo. A família aparece, nessa situação, não apenas como apoio, mas também como substituta da forma de controle exercida pelo Centro de Saúde Penitenciário. Ela surge como possibilidade de manter fora do espectro do perigo o interno que não confia em si mesmo sozinho.

A existência de uma rede apoiadora possibilita, como no caso em questão, a desintegração do eu da doença, facilitando a compreensão de si mesmo como muito além do indivíduo doente. Ela ajuda, na verdade, a fazer com que a pessoa enxergue a doença como parte de si e não o contrário.

Da história de Márcio se obtém muito claramente um retrato de como a presença da família e a perspectiva de saída do CSP influenciam a visão que o interno tem de si mesmo. Quando a família está ausente ou não tem condições de receber o doente em caso de alvará, ele se enxerga como paciente em um hospital.

Sendo pacientes, se veem em tratamento. Estando doentes, não precisam ter pressa de sair, sua temporada é aceitável e justificada. Quando há parentes e perspectivas de desinternação, o CSP é só mais um fardo. Isso só prova a ideia de que, de acordo com Basaglia (apud LIRA, 2016, p. 154), “asilo e prisão são intercambiáveis, ou seja: se pegarmos um detento e colocarmos num asilo ou pegar um louco e colocarmos na prisão, as funções institucionais são intercambiáveis.”

## A HISTÓRIA DE LUCAS E O DESEJO DE UM FUTURO

Lucas tem 32 anos, era agricultor, cursou até a oitava série do ensino médio e passou a maior parte da vida nas cidades de Lajedo e de Garanhuns. Sua ficha criminal marca a entrada no Centro de Saúde Penitenciário no dia 26 de agosto de 2019, mas ele não sabe há quanto tempo está preso e nem qual o ano atual.

Diagnosticado como esquizofrênico (CID F.20), Lucas é mais um interno com histórico de internações prévias. Ele é curatelado por um enfermeiro que era funcionário de um dos hospitais em que esteve internado. Por causa desse curador, conseguiu desinternação e foi morar sozinho, até que cometeu o crime que o levou ao CSP.

Lucas esfaqueou um vizinho de 14 anos sem motivo aparente. A criança não morreu, mas o interno relata forte arrependimento pelo ato cometido, principalmente por reforçar constantemente o quanto gostava do menino. “*Estou tão arrependido que não tenho nem mais lágrimas para chorar*”, conta. Segundo ele, as suas pernas saíram andando sozinhas, suas mãos também se mexeram involuntariamente. Ele foi ao mercado, voltou para casa, fez almoço, viu a faca na mesa, pegou o objeto e saiu. No inquérito policial consta que Lucas disse ter sido movido por forças do inferno. Depois do crime, que aconteceu em frente à sua residência, o interno correu para casa.

Com histórico de várias internações no Hospital da Providência, em Garanhuns, e uma carreira de medicalizações para transtornos mentais desde a infância, Lucas atualmente toma dois remédios de manhã e três de noite. Sua mãe, com quem tem uma relação conturbada, foi a primeira a procurar ajuda psiquiátrica para o filho. Por causa do relacionamento instável com ela, Lucas saiu de casa aos 15 anos e foi morar na rua. O pai, separado da mãe, não foi presente em sua criação.

Lucas já teve declarada a cessação de sua periculosidade por meio de exame e está aguardando alvará. Apesar de aparentar muita estabilidade, ele admite que não usa drogas e não bebe no Centro de Saúde Penitenciário porque não há disponibilidade nem acesso a essas substâncias no local, mas afirma que voltará a esses hábitos quando sair de lá. “*Aqui eu fico preso. É norma de abrigo para quem não tem capacidade de viver só na sociedade*”, resume o interno.

Tendo em vista a sua própria fala, o interno se mostra claramente como produto do discurso de um especialista, discurso este que lhe nega uma possibilidade de futuro. Lucas é o considerado socialmente incompetente, vítima da dominação invisível de uns homens sobre outros.

“[...]o especialista é aquele que é autorizado a proferir de determinado posto hierárquico um discurso impessoal, neutro, pois fundado numa suposta racionalidade dos próprios fatos. O discurso proferido pelo especialista é “discurso competente”. Isto é, discurso instituído, socialmente permitido ou autorizado, que pode ser dito e aceito como verdadeiro apenas porque a sua determinação histórica foi esquecida. [...]a noção de competência marca a desigualdade entre os que detêm o saber e os demais homens. É na admissão da incompetência dos homens como sujeitos do pensamento e da ação que reside a eficácia do discurso do especialista. E, ao mesmo tempo, é a crença na competência que alimenta o prestígio desse discurso, tornando a existência real da dominação de homens sobre outros homens invisível.” (FRAYZE-PEREIRA, 1994, P.95)

Apesar disso, Lucas parece convicto de que tem condições de ser responsável por si e sair da curatela do enfermeiro. Ele está certo de que cometeu o crime contra o menino de 14 anos por causa do seu transtorno mental, mas tem planos de viver com uma mulher por quem é apaixonado quando sair do CSP. Lucas acredita que ela poderá ser a responsável legal por ele.

Interno há quase três anos no CSP, fora o tempo que passou em unidade prisional comum e no Hospital da Providência, Lucas parece combater todas as tentativas de institucionalização. Ele se sente plenamente capaz de viver sozinho, constituir uma família, arrumar um emprego e sustentar o vício em álcool e drogas sem recorrer ao crime.

Quando se olha para Lucas com outros olhos, no entanto, é possível ver um homem completamente vulnerável à sua doença. Ele tem uma grande dificuldade na fala e na dicção, tornando extremamente difícil compreendê-lo. Seu comportamento se assemelha a uma criança e seu discurso é praticamente monotemático: planos para a saída do Centro de Saúde Penitenciário. Durante a entrevista, Lucas perguntou várias vezes, em momentos aleatórios, sobre quando poderia sair. Reforçava o desejo de viver com a mulher por quem se apaixonou, de alugar uma casa, de ser independente, enfim. A chegada do alvará parece ter intensificado o desejo de saída, tanto que ele pedia que alguém falasse com o juiz para que fosse liberado, desconsiderando completamente toda a articulação necessária para que um interno saia do CSP.

Enquanto alguns internos parecem viver em função de seu transtorno, Lucas parece não ter tanta consciência dos efeitos da doença em si. Sua periculosidade está cessada de acordo com exames, isso quer dizer que ele não representa mais perigo para si ou para a sociedade, o que confirma sua ideia de que pode receber alvará e viver sua vida. Isso não quer dizer, no entanto, que tem plena capacidade mental para viver sem ajuda.

A história de Lucas é ideal para se discutir o suporte que deve ser oferecido ao interno no planejamento da sua desinternação. Lucas não pode ser simplesmente solto à própria sorte. É preciso garantir que ele dê continuidade aos tratamentos psicológicos e psiquiátricos, garantindo que permaneça sem oferecer perigo a si ou aos outros. Além disso, é necessário que a dependência de álcool e drogas seja monitorada. Fora do ambiente controlado das instituições, Lucas pode perder o controle. Mas isso não quer dizer, nem de longe, que ele deva permanecer encarcerado, mas sim que não pode e não deve ser abandonado.

Não perder as perspectivas de um futuro parece criar nos internos ainda mais forças para lutar contra os sintomas das doenças, mas ao mesmo tempo faz surgir uma agonia, acompanhada de impaciência, pelo momento do alvará. O problema é que o alvará nem sempre vem com a possibilidade real de desinternação.

Mais uma vez o mundo exterior surge aqui como fator marcante na forma como o interno vivencia sua experiência dentro do Centro de Saúde Penitenciário. O desejo de sair de uma unidade prisional parece lógico e comum a todos os presos, sejam eles considerados sãos ou doentes. Mas quando há algo mais concreto ou um alguém com rosto, nome e identidade esperando do lado de fora, os internos apresentam menor aceitação da estadia no CSP.

Ter uma mulher por quem é apaixonado e que, aparentemente, corresponde ao seu sentimento faz com que Lucas se enxergue muito além da doença. Ou melhor, faz com que se veja muito acima dela. Por ter um outro que reafirma sua personalidade, sua existência enquanto indivíduo dotado de sentimentos, de desejos e de consciência, ele passa a acreditar em si mesmo como tal.

A namorada do interno não aparece aqui apenas como um possível suporte para recebê-lo na vida pós-internação e oferecê-lo uma chance de recomeçar. O que ela oferece de mais significativo é, na verdade, a chance de ser olhado como não-doente ou como mais-que-doente.

Em situações como essa, a linha que divide a percepção de si como interno ou como prisioneiro se torna ainda mais tênue e difícil de ser demarcada. Por borrar a própria imagem da doença como soberana, a ideia de ser são faz com que o Centro de Saúde Penitenciário comece a parecer um lugar inadequado para se estar.

As ambiguidades começam a surgir, no entanto, quando existe ainda a percepção e a crença de que outra unidade prisional não traria o mesmo tipo de tratamento proporcionado por uma instituição que se pretende um pouco de hospital como é o CSP.

Essas marcas da doença não desaparecem de todo, no entanto. Como o próprio Lucas diz, ele reconhece que o CSP é para pessoas que não conseguem viver só. Atualmente curatelado, ele não questiona a necessidade dessa curatela. O que ele deseja é ser curatelado por outra pessoa, por quem é apaixonado. Ele deseja sair. Mas ele sabe que viver sozinho não é uma opção.

É nesse momento que, apesar de ter um olhar constante do outro reafirmando sua posição de indivíduo, o transtorno ainda aparece para determinar os caminhos do interno. Não se considera a possibilidade de ser plenamente responsável por si e pelas suas ações, o que se considera é o desejo de ter cuidando de si alguém de sua escolha. É como ir adiante dentro do que o escopo da percepção de si como doente permite, nunca além disso.

A dificuldade de oferecer todo o suporte necessário para que o interno consiga se manter estável fora dos muros faz com que muitos deles permaneçam encarcerados mesmo depois de finda a medida de segurança. Sem responsáveis legais, sem contato com a família e sem suporte do estado, as perspectivas de um futuro alimentadas por internos como Lucas parecem apenas um sonho distante.

É preciso deixar claro que a desinstitucionalização não é o mesmo que desospitalização, ou seja, a saída do paciente dos muros do hospital. A desinstitucionalização propõe novos modelos de assistência, com a necessidade de romper a ideia de que a doença precisa de cura, e que esta seria através do isolamento e da medicalização. Também preconiza o envolvimento e mobilização das pessoas com transtornos mentais enquanto atores sociais e protagonistas de suas histórias” (AMARANTE, 1996 apud LIRA, 2016, p.146)

Lucas tem sido coadjuvante da sua própria vida. Internado por várias vezes no Hospital da Providência, curatelado para poder sair, medicado desde a infância, preso no Centro de Saúde Penitenciário, ele parece ter tido muito pouco a escolher

sobre o próprio futuro. Agora, quer tomar as rédeas da vida. O problema é que ele mesmo não sabe como fazer isso e o estado, que deveria dar suporte, também parece não ter os recursos necessários para isso.

## A HISTÓRIA DE LETÍCIA E A PRISÃO PERPÉTUA

Letícia tem 42 anos. Antes de ser presa, era faxineira e recebia benefício por invalidez. Estudou até a terceira série do ensino fundamental e não sabe ler nem escrever. Essa é praticamente toda informação que Letícia consegue passar sobre si mesma antes do período da internação. Ainda assim, ela tem dificuldade em estruturar esses poucos dados.

Presa há treze anos, desde 20 de novembro de 2009, a interna é a mulher presa há mais tempo na Instituição e é diagnosticada pelo CID F20.5 – esquizofrenia residual –, o que caracteriza um quadro psicótico grave. Antes disso ela já tinha ficado interna em 2005. O motivo de sua segunda prisão foi a agressão a duas mulheres dentro de uma loja em Cruz de Rebouças, onde vivia com a família. Letícia não consegue relatar muito bem os acontecimentos, mas diz que cometeu homicídios e que “furou o braço de uma mulher” porque uma amiga teria mandado.

A entrevista com Letícia aconteceu em dois momentos distintos, porque ela entrou em crise durante a primeira entrevista, aparentemente constrangida por ter sido trazida algemada para a sala. No primeiro momento, insistia que tinha cometido os homicídios porque tinham feito seu filho de cachorro quente e comido o menino. Por causa disso, não acreditava que o que tinha feito era errado. Apesar de considerar que não é agressiva, Letícia diz que vai vingar a morte desse filho quando sair do Centro de Saúde Penitenciário. Sua ficha, no entanto, relata que a interna tem cinco filhos que estão vivos. Ela chegou a dar alguns a pessoas desconhecidas na rua ou deixá-los em portas de casas, mas sua mãe conseguiu recuperá-los.

Seu discurso, na verdade, é repetitivo sobre esse assassinato de filhos. Ela acredita que policiais os torturaram e mataram para comer. Insiste que uma enfermeira do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico cuida dos mais de dez filhos que ela teria tido no local. Também é persistente ao afirmar que os policiais não a deixam namorar e querem que ela “vire moça”, segundo suas próprias palavras.

Na segunda entrevista, Letícia diz que esfaqueou as duas mulheres porque disseram que ela iria morrer. Ela também disse que uma terceira pessoa, que ela teria conhecido numa de suas passagens pelo então HCTP, teria ordenado o

assassinato. Nesse segundo momento, Letícia chora de arrependimento pelos atos e diz que se sentiu mal. Depois do crime, Letícia fugiu e foi se entregar na polícia.

Claramente delirante, a interna toma quatro medicações por dia. Mesmo presa há tanto tempo, diz que é evangélica da Igreja Assembléia de Deus e que quer cuidar da mãe e dos filhos quando sair. Letícia foi internada pela mãe, no entanto, por causa da quantidade de agressões cometidas contra a genitora. A interna ainda diz que o irmão mais velho não gostava dela, mas os dois mais novos sim. Seu histórico conta com passagens pelo Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (Tamarineira), pelo Hospital Psiquiátrico de Paulista (Nobre) e pelo Sanatório de Olinda.

A persistência de um quadro clínico descompensado e a ineficácia da intervenção tendem a cronificar o portador de transtorno mental. O distanciamento prolongado, a falta de convívio direto entre o doente e sua família leva-o a perder seu espaço no âmbito familiar. (CORDIOLI; BORENSTEIN; RIBEIRO, 2006, p.675)

Por causa de sua conduta instável, Letícia fica sozinha na cela, já que acaba representando risco para outras internas. Ainda assim, ela diz que o CSP é melhor do que outras instituições, porque ela fica solta, pode andar e tem festa, além de praticar jardinagem. Segundo ela, sente-se presa e paciente.

Letícia diz que sente “*agonia na cabeça*” quando não toma seus medicamentos, acredita que toma remédio porque é “*doente mental*”, mas não acredita que tenha nenhum problema mental. Outra incoerência de seu discurso é que ela acredita que foi por causa dessa doença mental que cometeu o crime que a colocou no CSP pela segunda vez.

Cabe ressaltar que, diferentemente de outras enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador muitas vezes não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem uma temporalidade previsível. Dessa forma, o provimento de cuidado, assim como o tratamento, ganha contornos impositivos para o doente, que raras vezes colabora, conscientemente, no seu processo de recuperação (CORDIOLI; BORENSTEIN; RIBEIRO, 2006, p.672).

Instável, desarticulada e com crises constantes, Letícia carrega um discurso de vingança pelo suposto assassinato dos filhos que a impede de receber um laudo de cessação de periculosidade favorável. Como ela não tem nenhuma perspectiva de alvará, as psicólogas do CSP tentam conseguir leitos de internação em residência terapêutica por entenderem que a prisão não é o remédio para Letícia.

Porém, o que ainda prevalece são as 'prisões perpétuas' nos HCTP. Isto porque homens e mulheres são mandados para tratamentos dos seus transtornos mentais até que acabe sua periculosidade. Já que a maioria dos casos é de transtorno crônico, não há fim da doença, e nem da periculosidade. Assim, os pacientes acabam permanecendo nas instituições por longos anos, de fato internados, e nem sempre recebendo tratamento terapêutico adequado. (LIRA, 2016, p.151)

A saga de Letícia é o exemplo perfeito de como, mesmo inconstitucional, a prisão perpétua pode ser uma realidade no Brasil. A interna não apresenta nenhum tipo de melhora diante dos medicamentos e terapias, assim como diante das internações prévias. Diante disso, a solução que o estado impõe para ela é a permanência no Centro de Saúde Penitenciária por entender que Letícia ainda representa perigo.

Vítima de um poder quase preditivo do laudo psiquiátrico, Letícia não tem nenhuma perspectiva de ser desinstitucionalizada. Ela mesma reforça em seu discurso que vai vingar a morte de seus filhos ao sair do CSP. Sem conseguir controlar a doença, encaixá-la num molde aceitável, a alternativa preferida da sociedade é encarcerar e esconder. Enquanto Letícia não entrar num padrão do que é aceito dentro da normalidade, vai continuar presa-paciente.

Ao aderir às orientações teóricas da degenerescência formuladas por Morel e às propostas da antropologia criminal fundada por Lombroso, a psiquiatria amplia as fronteiras da "anormalidade" e atua como instância de controle social." (ENGEL, 1999 apud PERES e FILHO, 2002, p.336)

Letícia não se sente apenas paciente, como ela mesma disse. E não o é. Pacientes podem ir e vir, podem optar por serem tratados ou não. Letícia é também presa, forçada a um tratamento que muito explicitamente não resolve sua condição. O ponto aqui não é questionar, invalidar ou duvidar da necessidade e do tipo de tratamento para casos como o de Letícia. A questão é que prender, internar, asilar e institucionalizar não fazem parte da solução. Treze anos interna do CSP, fora o tempo em outras instituições, não melhoraram o quadro de Letícia. Tanto é que ela tem duas passagens pelo HCTP.

Segundo a professora de direito Érica Babini<sup>6</sup>, a questão da prisão perpétua numa instituição como o Centro de Saúde Penitenciário não deveria ocorrer. Ela explica:

*"O Código Penal estabelece que o prazo de medida de segurança é por*

---

<sup>6</sup> Entrevista concedida à autora em 2017, conforme informado anteriormente.

*tempo indeterminado, exatamente porque se baseia na perigosidade do indivíduo. No entanto, a expressão 'tempo indeterminado' levaria, de maneira indireta, à prisão perpétua proibida no Brasil. Assim, devido a essa ambiguidade, a jurisprudência trabalha no sentido de estabelecer um prazo máximo de permanência no HCTP, definindo, ora, o prazo máximo de prisão permitido no país, no caso, 30 anos, ora o prazo de prescrição da conduta criminal praticada. Portanto, devido a isso, é que não se passa mais 'a vida inteira' na unidade, ainda que não tenha positivo o exame de cessão da periculosidade."*

É no meio dessa confusão que se instaura o paradigma da desinternação. Como colocar de volta na sociedade uma pessoa que afirma que vai cometer outros crimes quando não estiver mais numa instituição? Como manter presa uma pessoa cujo quadro não apresenta melhora nessas condições? A solução encontrada pelas psicólogas do Centro de Saúde Penitenciário é a busca por vaga em instituições como residências terapêuticas, em que há um tratamento mais permeado de liberdade, mesmo que vigiado de perto. Ainda assim, Letícia ainda é refém de um laudo que diga que sua periculosidade está cessada.

Observa-se que o exame psiquiátrico vai cumprir o papel de oferecer ao doente mental um novo rótulo, um novo estigma, agora além de louco, perigoso. Aqueles considerados doentes e conseqüentemente não responsáveis pelo ato criminoso, não deveriam ser culpabilizados ou punidos. Infelizmente o doente mental interno no Manicômio, fica no meio da linha entre o psiquiatra e o juiz, alvo de mais malefícios que de benefícios. Parece-nos que as necessidades da sociedade são atendidas, jamais as do louco, que é sempre vítima de exclusão e/ou punição. O louco é penalizado em sua patologia e por sua patologia, como se fosse ele, no lugar de irresponsável, o único responsabilizado e duplamente penalizado, pelo seu adoecimento e pelos atos advindos de sua loucura. (AGUIAR, 2011, p.40)

Desse modo, o Estado reserva para si o direito de, através de um psiquiatra, prever o comportamento futuro de alguém. É sob o discurso de proteger a si mesma que a sociedade encarcera sua loucura ao invés de encará-la e tratá-la.

Este espaço de exclusão que agrupava, com os loucos, os portadores de doenças veneras, os libertinos e muitos criminosos maiores ou menores provocou uma espécie de assimilação obscura; e a loucura estabeleceu com as culpas morais e sociais um parentesco que não está talvez prestes a romper." (FOUCAULT, 1975, p.55)

Delinquentes considerados normais cumprem suas penas e são libertos ao final dela sem que haja preocupação sobre sua reincidência. Muitos deles acabam voltando ao crime e aos presídios. É comum. No caso dos doentes mentais em conflito com a lei, não há segunda chance. Não há volta atrás. A sociedade não se arrisca com a loucura, mas confia na maldade dos considerados normais. É como se o transtorno mental em si fosse doença contagiosa, pecado, crime, enfim.

## CONCLUSÕES

Analisar as vivências dos interno-pacientes do Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco foi o mote principal deste projeto. Buscando entender suas vidas antes do crime, compreender suas visões sobre o crime e enxergar suas experiências depois do crime e na Instituição, a pesquisa se propôs a entender questões como a relação entre criminalidade e loucura, o lugar dúbio de presos e pacientes ocupado pelos entrevistados e seguir a carreira de um interno.

Para isso, não poderiam ficar de fora discussões sobre a própria Instituição e seus funcionários enquanto personagem central na vida dos internos, além do debate sobre Reforma Psiquiátrica e as batalhas da desinternação.

A metodologia de entrevistas semiestruturadas foi utilizada buscando dar voz e oferecer ouvidos aos internos, tornando-os protagonistas de suas próprias visões e histórias. É preciso confessar que essa técnica foi também uma busca por aperfeiçoar e ampliar um Trabalho de Conclusão de Curso realizado pela autora, em 2017, no qual não foi possível entrevistar os pacientes e que acabou se tornando uma análise sobre a visão dos funcionários sobre o até então, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco.

As conclusões de Márcia Cristina Macial de Aguiar, em trabalho realizado em 2011 no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia, podem muito bem se aplicar ao que foi observado nesta pesquisa.

O Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia – HCT/BA é uma instituição manicomial, ambígua e paradoxal, pois une num mesmo espaço a lógica da prisão e a lógica do hospício, não funciona como hospital e prioriza as suas características de cadeia. É uma instituição que existe com a função de oferecer custódia e tratamento a doentes mentais inimputáveis, na perspectiva não de puni-los, e sim de tratá-los. No entanto, na prática, ela exerce outra função, a de retirar do convívio social os loucos, perigosos e criminosos e proteger a sociedade do risco de sua convivência por representarem uma ameaça social. O HCT/BA na parte que lhe cabe enquanto hospício oferece um tratamento na maioria das vezes ineficaz, serve para conter a loucura e não necessariamente para tratá-la, estigmatiza, exclui, promove o abandono, não ressocializa, propicia mais adoecimento, não diminui a periculosidade e sim a aumenta, não corrige a delinquência, reforça o parentesco entre a periculosidade e a loucura na representação coletiva. O manicômio tem servido então como o local onde ainda podem permanecer indefinidamente, doentes mentais, cada vez mais adoecidos, precariamente assistidos, e em regime de internação asilar. A ambivalência própria da instituição, desde o seu nascedouro, vai propiciar àqueles que nela vivem ou trabalham, desenvolver em si discursos, práticas e sentimentos ambivalentes. (AGUIAR, 2011, P.149-150)

Há muitos debates que poderiam ter sido levantados sobre o Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco e seus internos, inúmeras questões que surgem no aprofundamento das histórias dessa instituição, mas o espaço limitado deste projeto se propôs a compreender como os interno-pacientes do CSP enxergam a si mesmo e vivenciam o seu transtorno mental. É por isso que, à baila de outros apontamentos e de forma resumida, não há outro resultado possível para esta pesquisa que não a conclusão de que não há uma forma única e absoluta nem uma resposta uniforme para a forma como os internos se veem dentro do contexto psiquiátrico-penitenciário em que vivem.

Homem. Pobre. Pardo. Solteiro. Sem estudo. Heterossexual. Homicida. Esse é o retrato da maioria dos internos do CSP, tendo como base os números passados pela própria instituição. Objetivamente e exteriormente, é assim que se pode imaginar um paciente institucionalizado. Mas a história de vida de cada um vai muito além disso. Foi preciso sair dos números e partir para os nomes para entender verdadeiramente como cada um interpreta sua visão de si.

Do lado das mulheres, o retrato é de majoritariamente pardas, heterossexuais, solteiras, de baixa escolaridade e sem profissão informada. A maior incidência de crimes delas é homicídio.

Existem muitos homens encaixados nessa maioria de dados que retrata o perfil médio do interno do CSP, assim como muitas mulheres dentro do perfil seguinte. Existem ainda muitos outros e muitas outras dentro de categorias diferentes. Mas só existe uma Maria, de Araçoiaba, conhecida como doidinha. Apenas um João, agricultor, da zona rural de Ribeirão. Cada vida é única e vai muito além do crime.

Se, por um lado, muitos internos se sentem pacientes ao invés de prisioneiros, de outro lado há aqueles que alegam não ter aprendido nada no CSP e estarem simplesmente presos. O que é possível inferir através das observações e entrevistas é que a forma de se posicionar, de entender o próprio eu e de encontrar um lugar no mundo muda de acordo com fatores como tempo de internação, presença ou ausência da família, estágio da doença, nível de afetação da consciência pelo transtorno, perspectivas de desinternação, entre outros.

De forma geral, nota-se que interno-pacientes institucionalizados há mais tempo tendem a encarar o Centro de Saúde Penitenciário como uma casa, um lar. Eles passam a projetar no local toda a sua experiência de vida, praticamente esquecendo-se do tempo pré-prisão e abandonando anseios de uma liberdade futura. Isso faz com que se vejam principalmente como pacientes em tratamento ao invés de presos cumprindo medida de segurança e aguardando alvará de soltura.

Quanto à presença da família, é possível perceber que há uma grande diferença na forma de encarar o CSP entre internos que contam com o apoio familiar e aqueles que não têm grande contato com parentes. Pacientes que contam com uma rede de suporte conseguem nutrir maiores esperanças de saída e veem o Centro de Saúde Penitenciário como um local de passagem, aqueles mais desamparados costumam encará-lo como local de estadia definitivo. Isso faz com que, apesar de muitas vezes os dois grupos se verem como pacientes, os internos com maior presença da família vejam o tratamento no CSP como algo que pode ser continuado fora da instituição. Esse grupo deseja a saída e tem planos de continuar com a medicação, buscando apoio em Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Internos praticamente abandonados na instituição parecem enxergá-la como fator primordial de controle para os seus sintomas, projetando sua melhora não apenas na medicação, mas no local em si.

O próprio transtorno mental é outro fator que toca a percepção individual dos internos. Portadores de transtornos mentais com maior dificuldade de controle e pacientes crônicos praticamente abandonam a ideia de receber alvará e se conformam com isso. Internos mais conscientes da sua doença e que obtiveram maiores avanços nas medicações algumas vezes passam a enxergar o CSP como prisão, ao invés de hospital.

O ponto chave é que a maioria dos internos encara o Centro de Saúde Penitenciário como um hospital-prisão, não como uma prisão-hospital. O caráter hospitalar, no discurso deles, parece se sobrepôr ao caráter prisional. Desse modo, a maior parte dos pacientes se vê desse modo: pacientes. Sentem que estão sendo cuidados e tratados, porque são doentes em uma instituição de saúde.

A questão é que muitos vestígios da ideia de unidade prisional acabam aparecendo nas falas e nas ideias dos internos, mesmo quando eles afirmam sentir-se pacientes. O dia específico para receber visitas, a rotina, os pavilhões, as grades. A impossibilidade de sair, acima de tudo.

Se já é difícil desinternar um paciente, mais difícil ainda se mostra a tarefa de desinstitucionalizar. Alguns internos conseguem receber laudo favorável, conquistam o alvará, encontram apoio familiar ou lugar de acolhida e saem do CSP, mas a Instituição muitas vezes não sai deles.

Assim como o próprio Centro de Saúde Penitenciário é uma instituição dúbia, que não consegue se encaixar em um molde, os internos abrigados nela também o são. Eles não conseguem encontrar o seu lugar exato nem entender muito bem a sua posição. Isso não é apenas reflexo do transtorno mental e da forma como vivenciam sua chamada loucura, mas também do próprio caráter do CSP, que ao mesmo tempo em que trata, prende; da mesma forma que medica, encarcera; da maneira com que tira a pena, concede a medida de segurança.

O que Aguiar (2011) observa sobre o Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (HCT/BA) pode perfeitamente se aplicar ao CSP/PE:

As categorias usadas neste trabalho, internos-pacientes (IPs) e internos-funcionários (IFs), já apontam para a duplicidade ambivalente dos lugares ora de preso e de doente, ora de “preso” e de funcionário, apesar de sabermos que os seus regimes de aprisionamento são distintos. Claro está que mesmo com todo o esforço da equipe que ali trabalha o HCT/BA jamais será uma instituição terapêutica, pois já traz em si o paradoxo e a ambivalência hospício e prisão, por si só enlouquecedores. Os internos-pacientes não se recuperam o ambiente não propicia isto, assim como o seu modo de funcionamento e rotina repetitiva. (AGUIAR, 2011, p.64)

Os internos do Centro de Saúde Penitenciário são a união de dois estigmas, o louco e o criminoso, que historicamente são aliançados pela ideia de culpa. E eles vivem na fusão confusa e ineficaz de duas instituições que nunca funcionaram muito bem: o presídio e o hospício. O resultado não poderia ser diferente de uma percepção confusa de si e de uma vivência individual emaranhada em incompreensões e ambiguidades.

Não poderia ficar de fora das conclusões desse projeto o impacto pessoal causado por essa pesquisa. Quando, em 2017, a pesquisadora teve o primeiro contato com o então Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco (HCTP-PE) para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso de Jornalismo, sua mentalidade de jovem em início de carreira não poderia compreender todo o universo que se mostrava à sua frente. Tendo entrevistado apenas funcionários e sem autorização para falar com internos, o resultado do trabalho foi um site expositivo e explicativo sobre a Instituição, que visava muito mais fazê-la conhecida

e explicar sua existência do que verdadeiramente entender e compreender qualquer coisa sobre ela.

Anos depois, com um conhecimento teórico um pouco maior e visão de mundo um pouco mais ampla, a experiência se mostrou completamente diferente. Além do espaço físico ser outro, já que o HCTP mudou de local e se tornou CSP, a própria forma de encarar a Instituição se mostrou diferente.

Se, anos atrás, houve o choque pelo contraste com ideias pré-concebidas, desta vez houve o choque por conseguir encarar o mesmo de forma diferente. Em 2017, sem conhecer o campo, tinha-se a ideia de um lugar como o de seriados e filmes, cheio de grades, segurança máxima e roupas listradas. Em 2022, já tendo ideia do que encontraria, houve a surpresa de poder conversar com os internos e desmistificá-los. Este não é o tipo de trabalho do qual se sai igual ao início.

Numa das visitas realizadas ao CSP para entrevista com internos, houve contato da pesquisadora com um paciente que estava sendo atendido pela psicóloga junto com sua irmã. Eles resolviam questões burocráticas. O interno aparentava ser idoso e, por alguns instantes, foi deixado sozinho com a pesquisadora na sala, sentado numa cadeira logo em frente, na qual ficariam os internos a serem entrevistados no dia.

Ele estava tão visivelmente instável e desestabilizado que secreções escorriam do nariz para a boca e a camisa e não eram limpas. Sabia-se apenas que tinha matado um irmão. Ele logo tentou emendar um assunto, oferecendo café, água e refrigerante de uma xícara de plástico vazia. Recusada a oferta, perguntou o porquê do uso de máscara pela pesquisadora, que explicou a necessidade de proteção aos internos, já que era alguém vinda de fora da Instituição e poderia acabar trazendo doenças. O interno pediu que a máscara fosse abaixada para que pudesse ver o sorriso da pesquisadora. Foi atendido e prontamente soltou uma anedota: *“pra mim é melhor a senhora assim”*.

O interno era um claro estereótipo do que se imagina dentro de um local antes conhecido como Manicômio Judiciário. O encontro com ele, assim como a entrevista com Patrícia, foram choques e quebras de paradigmas, visto que a maior parte das conversas havia acontecido com paciente estáveis e que conseguiam se articular bem.

Ao chegar ao Centro de Saúde Penitenciário, internos e funcionários, sem conhecer a pesquisadora, chamavam-na de doutora e achavam que fazia parte do

quadro fixo da Instituição. Talvez isso tenha se dado pelo nível de familiaridade alcançado pelas visitas e entrevistas. É por isso que, tendo vista os últimos relatos, não se pode deixar de concluir, além das questões teóricas já abordadas, que o encontro com a loucura com certeza muda os considerados normais.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. C. M. **Vivências da Psicose e do Crime e da Internação no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia**. 2011. 167p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

AMARANTE, P.; **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1. Ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. Ministério Público Federal, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei N 10.216/2001**. Redação: Luciana Barbosa Musse. Brasília, 2011.

CAMPOS, Thayná. *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco*. 2017. Disponível em: <https://wixhctppe.wixsite.com/hctppe>

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CASOY, Ilana. **Arquivos serial killers: Louco ou cruel? e Made in Brazil**. Rio de Janeiro: Darkside Books, 2017.

CHRISTIE Agatha. **Os Crimes ABC**, Rio de Janeiro: HarperCollins Brasil, 2016

COHEN, Claudio. **A periculosidade social e a saúde mental**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo v. 21, n. 4, p. 197-198, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000400006&lng=en&nrm=iso). Acesso em 12 de agosto de 2019.

CORDIOLI, Maria Sirene; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida. Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 671-677, Dec. 2006.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. 1. Ed. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social**. 2. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ENGEL, M. G.: 'As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social'. **História,Ciências, Saúde – Manguinhos**. V(3): 547-63, Nov. 1998-fev. 1999.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é Loucura**. 10. Ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **Hist. cienc. Saude-Manguinhos** [online]. 2004, vol.11, n.1, pp.75-91. ISSN 0104-5970. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000100005>.

GARBAYO, Juliana e ARGÔLO, Marcos José Relvas. **Crime e doença psiquiátrica – perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro**. J Bras Psiquiatr. 2008; 57(4): 247-252.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 9. Ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2015.

INNES, Brian. **Perfil de uma mente criminosa**. São Paulo: Editora Escala, 2009.

KUMMER, Lizete Oliveira. **A psiquiatria forense e o Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul: 1925 - 1941**. 2010. 158 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

LEBRE, Marcelo. Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem? **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, 2012-13.

LEMGRUBER, J.; **Cemitério dos Vivos**. Análise sociológica de uma prisão de mulheres. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1999.

Lira, Kalline Flávia Silva de. Hospitais de custódia, tratamento psiquiátrico e violação dos direitos humanos. **Bauru**, v. 4, n. 2, p. 143-159, jul/dez, 2016.

Mitjavila, Myriam Raquel e Mathes, Priscilla Gomes. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2012, v. 22, n. 4, pp. 1377-1395. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400007>>. Epub 17 Jan 2013. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400007>. [Acessado 19 Julho 2022]

PERES, M. F . T. e NERY FILHO, A.: A doença mental no direito pena brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9(2):335-55, maio-ago. 2002.

PROENÇA, Wander de Lara: O método da observação participante: contribuições e aplicabilidade para pesquisas no campo religioso brasileiro. **Revista Antropos** – vol 2, ano 1, maio de 2008.

SILVA, Martinho Braga Batista e. As pessoas em medida de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do plano nacional de saúde no sistema penitenciário. **Revista Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** 2010; 20(1): 95-105.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Perigosas: o psicopata mora ao lado.** 2. Ed. São Paulo: Editora Globo, 2014.

SILVA, P. R. S. T. **Crime, loucura e estigma social: um estudo sobre os internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco (HCTP-PE).** 2014. 54p. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

TILIO, Rafael. A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Pai0déia**, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305423758004>> ISSN 0103-863X. Acesso em 12 de agosto de 2019.

VALENÇA, Alexandre Martins e MORAES, Talvane Marins. Relação entre homicídio e transtornos mentais. **Rev. Bras Psiquiatr.** 2006;28 Suppl II:S62-8.

# APÊNDICES

## **APÊNDICE A**

### **Roteiro da entrevista com funcionários**

**Nome:**

**Profissão/função no CSP:**

**Tempo no CSP:**

**Tópicos da entrevista:**

1. Como é a rotina no CSP?
2. Como é trabalhar na Instituição?
3. Como começou a trabalhar no CSP?
4. Como é o relacionamento com os internos?
5. O trabalho afeta a vida pessoal? Como?
6. Já trabalhou em outras instituições prisionais? Tem diferenças? Quais?
7. Qual o momento mais marcante que você já viveu no CSP?
8. Tem vontade de mudar de profissão?
9. Quais as maiores dificuldades do trabalho?
10. Qual o seu maior desejo para a instituição?
11. Quais os tratamentos e atividades oferecidos aos internos? Como é sua rotina?
12. Qual o protocolo quando um novo interno chega ao CSP?
13. Houve alguma mudança prática na transformação de HCTP em CSP?
14. Você acha que o modelo de Hospital de Custódia é eficaz? Se não, qual seria uma alternativa a ele?
15. Você enxerga o CSP como um hospital ou como uma unidade prisional?
16. Você se sente funcionário de uma prisão ou de uma instituição de saúde?

## APÊNDICE B

### Roteiro da entrevista com internos

**Nome:**

**Data de nascimento:**

**Profissão:**

**Escolaridade:**

**Tempo no CSP:**

**Crime cometido:**

**Diagnóstico:**

**Tópicos da entrevista:**

1. O que te trouxe ao CSP?
2. Você acha que cometeu um crime?
3. Você acredita que o que fez foi errado?
4. Você acha que deveria estar aqui ou em outro lugar?
5. Como é seu dia a dia, sua rotina aqui?
6. O que você pretende fazer quando sair?
7. O que mudou para você depois que chegou aqui?
8. Você acredita que tem algum problema mental? É por isso que cometeu um crime?
9. Quais os sintomas que você tem?
10. A medicação ajuda você a se sentir melhor?
11. O que você fez depois do crime? O que pensou e sentiu no momento?

**OBS:** As perguntas não foram necessariamente feitas seguindo essa ordem, nem aplicadas da mesma forma a todos os internos.

# **ANEXOS**

**ANEXO A – Carta de anuência da Instituição pesquisada**

Secretaria de  
Justiça e  
Direitos Humanos

**SECRETÁRIA DE JUSTIÇA E DIREITOS  
HUMANOS SECRETÁRIA DE RESSOCIALIZAÇÃO –  
SERES CENTRO DE SAÚDE PENITENCIÁRIA – CSP****CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos a pesquisadora Thayná Tobias da Silva Campos a desenvolver o seu projeto de pesquisa “Crime e loucura: um estudo sobre os internos do Centro de Saúde Prisional de Pernambuco (CSP-PE), que está sob a coordenação/orientação da Profa. Dra. Eliane Maria Monteiro da Fonte, cujo objetivo é entender as vivências e as percepções de si dos internos do CSP.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, em 01 de outubro de 2021.

  
**Rita de Cássia S dos Santos**  
Gerente CSP

## **ANEXO B – Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFPE)**

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa relevante e envolvendo pessoas em situação de alta vulnerabilidade. Foi justificado o critério de escolha dos entrevistados pela instituição de saúde ao invés de ser feito pela pesquisadora. O projeto de pesquisa está bem escrito e fundamentado.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1. FOLHA DE ROSTO – anexado
2. CARTA DE ANUÊNCIA – anexada
3. TCLE MAIORES DE 18 ANOS – anexado
4. CURRÍCULO LATTES da pesquisadora – anexado
5. CURRÍCULO LATTES da orientadora – anexado
6. CURRÍCULO LATTES de demais pesquisadores envolvidos - anexado
7. PROJETO DETALHADO (conforme as normas da ABNT) – anexado8. PDF DE INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO - anexado
9. TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE – anexado
10. DECLARAÇÃO DE VÍNCULO – anexado

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa encontra-se adequada e atende às recomendações éticas.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via “Notificação”, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link “Para enviar Relatório Final”, disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador

responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	09/12/2021		Aceito
Básicas do Projeto	ETO_1837392.pdf	14:22:13		Aceito
Outros	Carta_Resposta2.docx	09/12/2021 14:21:38	THAYNATOBIASDA SILVA CAMPOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochural investigador	PROJETO_Detalhado.docx	07/12/2021 14:23:24	THAYNATOBIASDA SILVA CAMPOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /Justificativa deAusência	TCLEMaiores18.doc	07/12/2021 14:23:16	THAYNATOBIASDA SILVA CAMPOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	04/10/2021 13:23:54	THAYNATOBIASDA SILVA CAMPOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Confidencialidade.docx	04/10/2021 11:02:14	THAYNATOBIASDA SILVA CAMPOS	Aceito
Outros	historico_20203002688.pdf	04/10/2021 11:00:19	THAYNATOBIASDA SILVA CAMPOS	Aceito
Outros	Lattes_Thayna.pdf	04/10/2021 10:59:56	THAYNATOBIASDA SILVA CAMPOS	Aceito
Outros	Lattes_Eliane.pdf	04/10/2021 10:59:08	THAYNATOBIASDA SILVA CAMPOS	Aceito
Outros	CartaAnuencia.pdf	04/10/2021 10:54:10	THAYNATOBIASDA SILVA CAMPOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 10 de  
Fevereiro de 2022

**Assinado por:**  
**LUCIANO TAVARES**  
**MONTENEGRO**

(Coordenador(a))

**ANEXO C – Termo de confidencialidade da pesquisadora****TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto:** Crime e Loucura: um estudo sobre os internos do Centro de Saúde Prisional de Pernambuco (CSP-PE)

**Nome Pesquisador responsável:** Thayná Tobias da Silva Campos

**Instituição/Departamento de origem do pesquisador:** Universidade Federal de Pernambuco/ Centro de Filosofia e Ciências Humanas/ Programa de Pós-Graduação em Sociologia

**Endereço completo do responsável:** Rua Izabel de Souza, 533, AP 401, Ipsep – Recife/PE

**Telefone para contato:** (81)986840848

**E-mail:** [thaynatscampos@gmail.com](mailto:thaynatscampos@gmail.com)

**Orientador/fone contato/e-mail:** Eliane Maria Monteiro da Fonte / (81)995307477 / [eliane.fonte@ufpe.br](mailto:eliane.fonte@ufpe.br)

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Recife, 1º de outubro de 2021.

*Thayná T. S. Campos*

---

**Assinatura Pesquisador Responsável**