Parte II — Atenção a pessoas em situação de violência sob as perspectivas do ciclo de vida e das vulnerabilidades

12. Pessoas institucionalizadas e violência

Paulo Amarante
Nádia Degrazia Ribeiro
Patricia Constantino

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

AMARANTE, P., RIBEIRO, N.D., and CONSTANTINO, P. Pessoas institucionalizadas e violência. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 277-298. ISBN: 978-65-5708-094-8.
<https://doi.org/10.7476/9786557080948.0014>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

12. Pessoas institucionalizadas e violência

Paulo Amarante, Nádia Degrazia Ribeiro e Patricia Constantino

Neste capítulo, são abordadas algumas formas de institucionalização, tradicionalmente reconhecidas pelas relações de violência existentes. Pretende-se acrescentar novos conhecimentos à experiência de cada profissional no que diz respeito às situações de institucionalização que estigmatizam, que deixam consequências à saúde física, mental e à inserção social daqueles que por elas passaram. Tipos de instituições priorizadas neste capítulo:

- prisionais (adultos);
- de ressocialização (adolescentes em conflito com a lei);
- abrigos para idosos;
- acolhedoras de pessoas com problemas mentais.

Deixamos de lado um grande número de instituições de internamento, que também podem agir de forma violenta. Vale ressaltar que a própria hospitalização por qualquer tipo de doença pode vir a ser plena de diversas formas de violência. Podemos mencionar:

- peregrinação por diversos serviços até receber atendimento;
- falta de escuta e tempo para ouvir a clientela;
- frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos dos profissionais para com os usuários;
- discriminação de pacientes por questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental;
- violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento; aceleração do parto para liberar leitos);
- preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas, portadoras do HIV, quando estão grávidas ou desejam engravidar;

- desqualificação do saber prático e da experiência de vida da população, diante do saber científico;
- violência física e psicológica;
- detrimento das necessidades e dos direitos da clientela;
- críticas ou agressões a quem grita ou expressa dor e desespero, em vez de se promover uma escuta atenciosa para acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe proporcionem mais segurança;
- diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.

Recomenda-se a leitura do texto “Mulheres negras, violência e pobreza”, escrito pela filósofa Sueli Carneiro (2003). Essa leitura é importante.

Pretende-se nortear o aprendizado do capítulo com estudos de casos que levem o leitor a refletir sobre sua abordagem, quando estiver lidando com pessoas nessas situações, articulado em três eixos:

- a) Que instituições são essas?
- b) Que pessoas vão parar nessas instituições?
- c) Como abordar essas pessoas sob uma perspectiva de saúde que previna e trate doenças e males associados e produzidos pela institucionalização?

Caso A vida de Priscila (sistema prisional)

Cena 1

Priscila é uma jovem negra de 23 anos, com três filhos de 4, 3 e 1 ano, registrados só em seu nome. Cuida sozinha das crianças e trabalha como faxineira em casa de família. No momento, está trabalhando apenas em uma casa e seu dinheiro está mais “curto” do que nunca, mas não tem vontade de procurar outras casas. **Quando criança e no início da adolescência, também fez faxinas em casas de família que sua mãe arranjava, e muitas vezes ficava mais de um mês sem ir para casa.**

Priscila tem vontade de ter outra atividade, mas estudou pouco e não vê alternativa. Quando sai para trabalhar, deixa os filhos com a vizinha, dona Zezé. A relação com a família de origem está estremecida desde seu penúltimo relacionamento amoroso, que não tinha aprovação familiar. Saiu do subúrbio onde foi criada e foi morar na casa da mãe do namorado, em uma favela na Zona Sul carioca. Contava com a ajuda dela para criar seu primeiro filho e logo engravidou novamente. O relacionamento durou somente até o nascimento do segundo filho, porque o companheiro era violento, e a sogra não a apoiava quando havia brigas.

Alugou um barraco e, tempos depois, iniciou relacionamento com um rapaz ligado ao tráfico. Após o nascimento do filho deles, ele pediu-lhe para guardar drogas ilícitas em sua casa. No dia em que foi presa, Priscila estava chegando do trabalho. Condenada a três anos em regime fechado, não teve oportunidade sequer de falar com a vizinha ou com seus filhos. Dona Zezé, sem saber o que fazer com as crianças, pediu ajuda ao Conselho Tutelar.

A condição de ser branco ou negro não é apenas uma diferença na cor da pele. A vida das pessoas negras é afetada em todas as esferas e as mulheres sofrem esses efeitos de forma particular.

Você sabia que a infância de Priscila é muito parecida com a de 172.332 crianças e adolescentes (de 5 a 15 anos) que trabalham e recebem 60% menos que um adulto na informalidade? Isso quando recebem, pois alguns trabalham em troca de casa e comida. Dessas crianças e jovens, 64% são negros como Priscila. No passado, Priscila viveu uma série de situações de risco, pois muitos patrões julgavam que suas jovens empregadas são sua propriedade, inclusive no sentido sexual. Na época, Priscila ganhava dinheiro em troca de trabalhar mais de 12 horas por dia e via a família de dois em dois meses. A quantia representava 2% da renda familiar de seus pais.

Para mais informações, consulte a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, disponível em: www.ibge.gov.br

Você conhece o funcionamento de um Conselho Tutelar? O conselho é um órgão permanente e autônomo, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. A definição e as atribuições do conselho estão descritas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2003), instituído pela Lei n. 8.069/90, que trata da proteção integral à criança e ao adolescente.

Os direitos à proteção dos filhos de Priscila estavam ameaçados após a prisão dela, pois não havia nenhum responsável legal por seus cuidados, apesar da boa vontade de dona Zezé.

No ECA, no capítulo “Das medidas específicas de proteção” (artigos 99-102) e no artigo 101, inciso 7, é mencionada a medida de abrigar em entidade, aplicada pelo Conselho e Juizado da Infância e Juventude para proteger temporariamente as crianças de casos como esse, enquanto a mãe estiver presa (BRASIL, 2003).

12.1 Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso A vida de Priscila

Os profissionais que atuam nas unidades de saúde do serviço público atendem, em sua maioria, pessoas pobres cujas vidas e a de seus familiares muitas vezes passam por situações de institucionalização em locais fechados. Há também os profissionais da saúde que atuam diretamente em abrigos, internatos e prisões, em funções ligadas à segurança e disciplina ou fazendo parte da equipe técnica como assistentes sociais, educadores, enfermeiros, médicos e psicólogos.

Casas-abrigo são locais seguros que oferecem moradia protegida e atendimento integral a mulheres em situação de risco de vida iminente, em razão de violência doméstica. É um serviço de caráter sigiloso e temporário, no qual as usuárias podem permanecer por um período determinado, durante o qual deverão reunir condições necessárias para retomar o curso de suas vidas.

O livro de Sérgio Carrara (1998), *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*, é excelente leitura para a compreensão desse tipo peculiar de instituição e do contexto histórico no qual se deu sua criação.

Existem locais onde as pessoas ficam institucionalizadas por opção, como, por exemplo, os conventos e outros tipos de instituições religiosas. Mas na maior parte das instituições, e especialmente naquelas que nos interessam nesta discussão, as pessoas permanecem por razões alheias à sua vontade. É o caso de crianças em abrigos, de adolescentes que cumprem medida socioeducativa, de adultos que são presos, de idosos que acabam suas vidas nos asilos.

Há ainda as instituições que abrigam mulheres em situação de risco e pacientes psiquiátricos. As pessoas que cometeram crimes e que tiveram comprovada sua incapacidade mental são encaminhadas aos manicômios judiciários.

De acordo com o Código Penal, quando doentes mentais cometem crimes, eles são considerados “inimputáveis” (não imputável, irresponsável) e não estão submetidos à lei como as pessoas consideradas sãs mentalmente. Devem, no entanto, ser internados para cumprir medida de segurança em instituições denominadas Manicômios Judiciários, que são espaços prisionais e hospitalares. No Rio de Janeiro, desde 1921 funciona um desses manicômios, denominado Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho.

12.2 Você sabe o que é estigma?

Estigma, no Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1986), tem como significados: “cicatriz, sinal, marca infamante, vergonhosa”. O sociólogo Erving Goffman propõe o uso do vocábulo “estigma” em referência a um atributo depreciativo. Ele seleciona três tipos de estigma: as deformidades físicas; as de raça, nação e religião, e as culpas de caráter individual (GOFFMAN, 1978).

Na década de 1950, antes de publicar o livro **Estigma**, Goffman escreveu uma obra clássica sobre um determinado tipo de instituição em que pessoas ficam internadas. A essas instituições ele deu o nome de instituições totais. Goffman definiu-as como locais de residência ou trabalho em que um grande número de indivíduos, com situação semelhante, permanece separado da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levando uma vida fechada e formalmente administrada. Essas instituições geralmente são incompatíveis com a vida familiar e os trabalhos

oferecidos aos internos costumam ser desmoralizantes e inúteis para o retorno desses indivíduos à vida livre. O autor acredita que a entrada e a permanência de uma pessoa nesse tipo de instituição acarretam uma mortificação do eu, seu estojo de identidade prévio é desmantelado, a pessoa se torna anônima ou passa a ser identificada por um número.

No caso das prisões, por exemplo, alguns pertences e peças de vestuário podem ser levados pelo indivíduo para sua cela, quarto ou alojamento, ficando todos os outros em serviços de custódia. Tal procedimento se deve a fatores de segurança, falta de espaço, e tem como consequência a perda de identidade. Os presos, quando em celas coletivas, têm como espaço próprio apenas sua cama, chamada de comarca. Não há armários ou espaços privados equivalentes. Em algumas penitenciárias há alojamentos individuais, e o preso pode circular fora de sua cela até o toque de recolher ao final do dia. Porém, na maior parte delas, o indivíduo sai da cela apenas para atendimentos nas seções administrativa, educacional, jurídica e de saúde.

Goffman (1978) agrupou as instituições totais em cinco tipos principais:

1. instituições para pessoas que seriam incapazes e inofensivas, como casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes;
2. instituições destinadas às pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional, como os sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e com hanseníase;
3. instituições organizadas para proteger a comunidade contra perigos intencionais, como cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração;
4. instituições destinadas a realizar de forma mais adequada algum tipo de trabalho, como os quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias;
5. instituições destinadas ao refúgio do mundo ou instrução para religiosos, como mosteiros e conventos.

O retorno ao mundo, após permanência nessas instituições, é tão problemático quanto o período de reclusão. Ter vivido nelas, especialmente nas prisões e nas escolas, para cumprimento de medidas socioeducativas, é uma marca estigmatizante que dificulta uma nova inserção.

Mesmo no caso das instituições fechadas e livres de estigmas, o tempo passado nelas dificulta ou impede um retorno aos papéis anteriores, gerando um descompasso permanente entre o ex-internado e todos os componentes de sua vida.

Vamos retornar ao caso de Priscila.

Caso A vida de Priscila (sistema prisional)

Cena 2

Os filhos de Priscila são colocados em um abrigo. Dona Zezé, Priscila e as crianças ficam meses sem notícias uns dos outros. Só quando Priscila chega ao presídio, após meses na delegacia, é que passa a ser atendida pela assistente social, que localiza seus filhos no abrigo Sementes do Bem, com ajuda de profissionais da Primeira Vara da Infância e Juventude.

Cena 3

Na prisão, Priscila não consegue dormir, sente-se fraca, nervosa e assustada. Em sua cela, dormem mais 29 mulheres. Observa que volta e meia as guardas levam pequenos grupos para fora da cela, chamando seus nomes e anunciando “social, psicóloga, médico”. Pensa em ir ao médico para tomar algum medicamento, mas não sabe se deve pedir e não tem coragem de perguntar. Um dia seu nome é chamado e ela desce para o ambulatório médico.

Cena 4

Seus filhos estão em situação igualmente difícil: o pequenino está apático e pouco se movimenta, e os mais velhos mostram-se muito agressivos com as outras crianças e choram a todo momento. O casal responsável pelo grupo de dez crianças, entre os quais os meninos de Priscila, está muito acostumado a cuidar de crianças afastadas dos pais, e ambos acreditam que a adaptação ao novo ambiente sempre é difícil. De qualquer forma, Maria do Socorro, responsável pelo grupo de crianças, consulta seu marido sobre a possibilidade de eles irem até o posto de saúde pedir alguns conselhos à assistente social e à psicóloga a quem costumam recorrer em momentos de aperto. Socorro se pergunta se o fato de a mãe ter sido presa pode trazer algum tipo de problema específico àquelas crianças. Já cuidou de meninos e meninas abandonadas, mas nunca teve nenhum caso de criança institucionalizada por motivo de prisão da responsável.

Cena 5

Priscila responde às perguntas do médico e diz que não está conseguindo dormir, e que apareceram vários furúnculos em seu corpo. O médico informa que acabou o estoque dos remédios que ajudam a dormir e receita então algumas vitaminas, caso ela tenha algum parente ou amigo que possa comprar. Prescreve uma injeção para os furúnculos, orienta a enfermeira a marcar para o mês seguinte uma consulta na ginecologia e pede exames de urina e de sangue. Priscila tem vontade de falar mais, porém se sente constrangida por saber que muitas outras pessoas estão lá fora aguardando.

Cena 6

Maria do Socorro deixa as crianças com o marido e vai até o posto. Consegue entrar na sala da psicóloga duas horas depois. Explica a situação dos meninos recém-chegados e a psicóloga pergunta o que ela sabe sobre eles, além de seus nomes. Socorro menciona um relatório de uma página que veio junto com os meninos, citando o nome da mãe e acrescentando que ela está presa no centro do Rio. A psicóloga sugere que ela converse com os meninos, mencionando o nome da mãe deles e dizendo que ela está em um lugar de onde não pode sair para vê-los ou buscá-los. Socorro se pergunta se eles vão entender, já que são tão pequenos. A psicóloga chama a assistente social e conversam sobre a possibilidade de um contato com o presídio e com os profissionais da Vara da Infância e da Juventude. Socorro pensa em fazer algumas perguntas sobre prisão, crime, sobre o fato de eles serem filhos de alguém que cometeu crime. Mas acha que a psicóloga pode pensar mal dela e vai embora achando que eles são como qualquer criança separada da mãe, e que a deles pode ser como qualquer outra, apesar de ter feito besteira. Antes de ir embora, Socorro marca pediatra para as crianças, pois eles não conseguem se curar da gripe, têm uma ronqueira e coriza constantes.

Para refletir

Se você trabalhasse no abrigo onde os filhos de Priscila se encontram, o que você faria para ajudá-los?

O que você acha das sugestões da psicóloga do posto?

E dos pensamentos de Socorro?

Caso A vida de Priscila (sistema prisional): segundo momento no abrigo e na prisão**No abrigo**

Já foi marcada uma visita das crianças à mãe. Dona Socorro e seu marido já conversaram com eles sobre o encontro que vai acontecer em breve. Eles estão menos chorões e já brincam com as outras crianças. O pequenino adora ficar no colo de Socorro, e ela sempre o segura um pouquinho quando pode. Ele já começa a dar os primeiros passos. Socorro os flagrou gargalhando um dia desses e pensa como foi bom os três terem vindo juntos para o abrigo. Orgulha-se em pensar que o local onde ela trabalha e também vive parece uma casa, e não uma prisão como os abrigos de antigamente.

Para saber mais, você pode ler:

- O livro de Irene e Irma Rizzini (2004), *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafio do presente*, aborda uma pesquisa histórica sobre a questão.
- O livro de Sônia Altoé (1990), *Infâncias perdidas*, descreve o cotidiano de abrigos-internatos que funcionavam em 1990 como grandes depósitos de crianças desamparadas. A autora destaca problemas que surgem desde o ingresso na instituição, quando ocorre a primeira separação entre o responsável e a criança, passando pelas sucessivas transferências que ocorrem concomitantemente ao crescimento da criança, até o momento da saída.

Acesse também o site www.ipea.gov.br. Consulte o campo Pesquisa e digite "abrigos".

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003), a medida de abrigo deve ser aplicada em caráter de brevidade e excepcionalidade. O abrigo que Socorro e o marido coordenam funciona de acordo com esses princípios. Sabe-se, no entanto, que mesmo decorridos muitos anos da aprovação do Estatuto (BRASIL, 1990), ainda existem instituições que pouco diferem dos asilos e orfanatos antigos.

Pesquisa sobre os abrigos realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA *apud* ASSIS; FARIAS, 2013) revela que, das crianças abrigadas, 58% são meninos, 63% são afrodescendentes, 61% estão entre 7 e 15 anos. Dirigentes entrevistados afirmam que em 35% dos casos o retorno das crianças e adolescentes fica comprometido em função das mínimas condições socioeconômicas das famílias. Levantamento Nacional de Crianças e Adolescentes em situação de acolhimento, realizado entre 2009 e 2010, mostra haver 2.617 instituições e 144 programas de famílias acolhedoras espalhados por 1.157 municípios brasileiros. O número de crianças e adolescentes encontrado foi de 37.861, dos quais 36.929 estavam em instituições e 932 em programas de famílias acolhedoras. A maioria das crianças e adolescentes em cuidados institucionais foi localizada em grandes municípios e metrópoles (65,4%), enquanto aqueles em programas de saúde acolhedora são mais propensos a estar em municípios. As razões mais frequentes que levaram à institucionalização das crianças e dos adolescentes foram negligência e abandono (ASSIS; FARIAS, 2013).

Caso A vida de Priscila (sistema prisional): na prisão

Priscila vai à sala da assistente social, onde consegue falar com os filhos pelo telefone e toma conhecimento do agendamento da visita. Em sua cela observa que algumas mulheres vão ao psicólogo e não parecem loucas. Decide perguntar a uma delas – que achou mais simpática – como é a conversa com a psicóloga e decide ir também. Esta lhe sugere que escreva cartas para seus filhos e conhecidos, e pergunta se na cela existe alguém com quem ela possa conversar.

Durante o tratamento psicológico, Priscila resolve frequentar um culto religioso, apesar de nunca ter praticado religião, e inscreve-se para aulas de informática. Recebe uma carta de sua vizinha e não consegue imaginar como ela pôde ser tão esperta a ponto de descobrir seu novo endereço. E ainda tem mais novidade: recebeu um bilhete de um rapaz do presídio ao lado. O bilhete subiu pela janela e uma presidiária mais antiga puxou a linha com várias cartas. No bilhete, ele conta que a achou linda quando a viu no banho de sol através da janela.

Para mais detalhes a respeito: leia o livro *Prisioneiras, vida e violência atrás das grades*, de Bárbara Musumeci Soares e Lara Ilgenfritz (2002).

Para refletir

Existem características das instituições que podem aumentar o adoecimento de seus habitantes ou promover sua saúde. O profissional pode contribuir para as duas situações.

12.3 Perfil dos homens e mulheres presas no Rio de Janeiro

Segundo os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen), o total de pessoas encarceradas no Brasil chegou a 726.712, em 2016. Houve um crescimento de mais de 104 mil pessoas. Cerca de 40% são presos provisórios, ou seja, ainda não possuem condenação judicial. Do universo total de presos no Brasil, 55% têm entre 18 e 29 anos; 64% da população prisional é negra; 75% não chegaram ao ensino médio. Menos de 1% dos presos tem graduação. No total, há 45.989 mulheres presas no Brasil, cerca de 5% da população prisional, 62% das mulheres respondem por tráfico de drogas. De acordo com o relatório, 89% da população prisional está em unidades superlotadas. A maior taxa de ocupação é registrada no Amazonas: 484%. O Brasil é o terceiro país com maior número de pessoas presas, atrás de Estados Unidos e China. O quarto país é a Rússia. Os crimes relacionados ao tráfico de drogas são os que mais levam pessoas às prisões, com 28% da população carcerária total. Somados, roubos e furtos chegam a 37%. Homicídios representam 11% dos crimes que os levaram à prisão (BRASIL, 2017).

Não são raros os casos em que as diversas instituições fazem parte da trajetória de vida de algumas pessoas. Criadas em orfanatos, muitas dessas crianças acabam se tornando infratoras por não terem tido outras oportunidades de inserção. Assim, fazem a passagem do abrigo às instituições que atendem jovens em conflito com a lei. Como já foi apontado muitas vezes, o percurso continua dessas unidades para os presídios.

12.3.1 Adolescentes em conflito com a lei

Existem no Brasil cerca de 19 mil adolescentes internos (BRASIL, 2018) em instituições de privação de liberdade. Esse número é muito pequeno quando comparado ao total de adolescentes – com idade entre 12 e 21 anos – existentes no Brasil (em torno de 32,7 milhões). Isso significa que, para cada 10 mil adolescentes brasileiros, existem menos de seis adolescentes privados de liberdade.

Segundo o Levantamento Anual do Sinase (BRASIL, 2018), em 2016, 26.450 adolescentes respondiam por atos infracionais no país: 18.567 cumprindo medida de internação (70%), 2.178 em regime de semiliberdade (8%) e 5.184 em internação provisória (20%). Há, ainda, outros 334 adolescentes/jovens em atendimento inicial e 187 em internação sanção (medida restritiva de liberdade aplicada a quem descumpre medida mais branda, de forma reiterada e injustificada).

A distribuição entre as unidades da federação indica dois estados com Sistema Socioeducativo acima de dois mil adolescentes, São Paulo e Rio de Janeiro. Em relação aos atos infracionais, 47% (12.960) deles foram classificados como análogo a roubo e 22% (6.254) foram registrados como análogo ao tráfico de drogas. O ato infracional análogo ao homicídio foi registrado em 10% (2.730) do total de atos praticados, acrescido de 3% de tentativa de homicídio. A participação das meninas foi de 4% no total dos atendimentos socioeducativos. A maior proporção de adolescentes está concentrada na faixa etária entre 16 e 17 anos com 57% (15.119), seguida pela faixa etária de 18 a 21 anos com 23% (6.728), entre 14 a 15 anos com 17% (4.074) e 12 a 13 anos com 2% (326), havendo, ainda, 1% sem especificação de faixa etária (203). Dos adolescentes e jovens em restrição e privação de liberdade, 59,1% foram considerados de cor parda/preta, 22,5% de cor branca, 0,9% de cor amarela e 1,0% da raça indígena (16,5% dos adolescentes e jovens não possuem registro quanto à sua cor ou raça) (BRASIL, 2018).

Existem 477 unidades de atendimento socioeducativo no país, considerando as modalidades de atendimento de internação, internação provisória, semiliberdade, internação sanção e atendimento inicial. Nacionalmente, a distribuição de unidades está concentrada na Região Sudeste, com 218 unidades (45,7%).

Sobre a oferta de ações de saúde aos adolescentes privados de liberdade, a maioria das unidades utiliza os serviços de saúde pública local. Cerca de metade dessas ações tem profissionais contratados com recursos próprios.

Assim, é evidente que os adolescentes privados de liberdade são atingidos pelas mesmas dificuldades que a maioria da população enfrenta ao utilizar a saúde pública – demora na marcação de consultas, falta de especialistas, dificuldades para realização de exames de maior complexidade, além de outras questões, como o preconceito, expresso na negação ou na negligência do atendimento.

Caso As muitas dificuldades de Camila

Camila é uma jovem de 14 anos interna de uma instituição para meninas infratoras. Essa jovem chegou à instituição dizendo ser portadora de HIV e que fazia acompanhamento em uma unidade de saúde do município.

Dentro da instituição, ela sofria preconceitos das outras internas, pois elas associavam a doença de Camila à prática da prostituição. A instituição contava apenas com dois auxiliares de enfermagem e uma psiquiatra que trabalhava em dois plantões semanais, além da equipe de psicólogos e assistentes sociais.

Camila se configurava como um problema para a instituição: eram muitos os conflitos entre ela e as demais jovens que a provocavam. Camila utilizava a doença como forma de amedrontar as demais internas (se cortava e dizia que iria contaminá-las). A instituição não dispunha de infraestrutura para cuidar da saúde da jovem, que já estava bastante debilitada. As idas às unidades de saúde se configuravam como um problema a mais, pois nem sempre havia viatura disponível, nem sempre havia disponibilidade de monitores para acompanhá-la, além das dificuldades encontradas em conseguir atendimento. Em contrapartida, a jovem se queixava de ter que sair da unidade uniformizada e dizia que todas a olhavam de maneira diferente: “Além de aidética, todo mundo fica sabendo que eu sou criminosa”.

Camila faleceu quando ainda estava cumprindo a medida socioeducativa.

Para refletir

Se você fizesse parte da equipe de saúde dessa unidade, qual seria seu procedimento nesse caso?

Há ainda a ausência de assistência aos dependentes químicos e de ações em saúde mental. Quando oferecidos nas próprias unidades, os serviços variam bastante, desde a realização de ações preventivas, orientação sobre DST/Aids e distribuição sistemática de preservativos, até denúncias de negligência e descaso diante dos problemas de saúde dos adolescentes.

Outro problema é a excessiva utilização da psiquiatria como recurso para manter a “ordem” nas instituições de ressocialização, seja por meio da excessiva utilização de medicação sedativa ou da internação em hospitais psiquiátricos, muitas vezes sem justificativa técnica. Estudos vêm mostrando que esses jovens infratores tendem a ficar internos mais tempo que os que têm quadros psiquiátricos que demandam internação (LIMA, 1993; BENTES, 1999; VICENTIN, 2006).

12.3.2 Idosos institucionalizados

A violência institucional no Brasil ocupa um capítulo muito especial nas formas de abuso aos idosos. Nos idosos asilados, há um predomínio das faixas etárias superiores a 70 anos, diferenciando-se dos idosos domiciliados, cujo maior número se concentra nas faixas etárias inferiores, de 60 a 70 anos. A idade em si não é um determinante de asilamento, mas as condições de saúde, levando-se em consideração a capacidade funcional relacionada à manutenção ou perda da autonomia e da independência.

Constatou-se que cresce o percentual de internados à medida que aumenta a faixa etária, se considerada de dez em dez anos, o que comprova que a saúde declina com o passar do tempo. A feminização da velhice é uma constatação mundial. Segundo análise feita com base nos dados do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2000), no Brasil, a diferença na distribuição das pessoas idosas por sexo cresce significativamente à proporção que aumenta a faixa etária. Há uma predominância feminina de 6,4% na faixa etária dos 60 aos 64 anos, crescendo constantemente até atingir a diferença de 31,6% na faixa de 95 a 99 anos. Várias são as hipóteses sobre a longevidade da mulher; entre elas, o acompanhamento médico-obstétrico mais efetivo, maior preocupação e mais cuidados em relação às doenças e à prevenção da saúde, padrões de comportamento e estilo de vida mais saudável – o que atenua os fatores de risco –, menor exposição a riscos relativos a acidentes de trabalho e de trânsito, menos homicídios e suicídios.

O estilo de vida tem relação direta com o estado físico-mental de uma pessoa. O asilamento provoca mudança no estilo de vida do idoso, que passa a ser caracterizado pela passividade, pela não participação, pela ausência do exercício da autonomia, supondo alterações profundas que conduzam a atitudes de espera. Essa mudança não é uma opção pessoal; é provocada pela condição de ser asilado.

O atendimento à saúde dos idosos institucionalizados em nível emergencial é feito, principalmente, pelo SUS – Pronto Atendimento 24 horas. As situações de urgência e emergência são atendidas por equipes externas. Outros serviços solicitados em caso de necessidade, mas em menor número, integram planos privados de saúde.

Você pode saber mais sobre os direitos dos idosos no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004).

A violência institucional que, em geral, também ocorre em todo o mundo, no Brasil ocupa um capítulo muito especial nas formas de abuso aos idosos. Ela se realiza como uma agressão política, cometida pelo Estado, em nível macrossocial. E de maneira mais particular, é atualizada e reproduzida nas instituições públicas e

privadas de longa permanência [...] as relações e formas de tratamento que as entidades (asilos e clínicas) de longa permanência mantêm com os idosos... freqüentemente se perpetram e se reproduzem abusos, maus tratos e negligências que chegam a produzir mortes, incapacitações e acirrar processos mentais de depressão e demência (MINAYO, 2004, p. 33).

12.3.3 Pessoas com problemas de saúde mental

Caso A história de João Carlos

João Carlos começou a trabalhar com seu pai quando completou 12 anos. Em decorrência de dificuldade para continuar os estudos, sua mãe achou melhor retirá-lo da escola e, como ele gostava muito de ajudar o pai na oficina mecânica, passou a trabalhar como seu ajudante. Para ele, foi uma ótima novidade, pois gostava de ficar com o pai na oficina e não demonstrava interesse em ir para a escola. Aos 28 anos, ainda solteiro e residindo com os pais, João Carlos começou a queixar-se de que na rua o observavam e falavam muito dele. Passou a diminuir suas saídas e a ficar trancado no quarto vendo televisão. Um dia queixou-se ao seu pai que comentavam sobre sua masculinidade e que queriam machucá-lo.

Tempos depois da declaração de João Carlos, seu pai encontrou-o na mala de um carro, com os olhos arregalados, suando, tremendo e muito assustado. Tinha medo de que o levassem embora de casa. Seu pai foi até o pronto-socorro da cidade, onde o orientaram a pedir ajuda aos bombeiros, pois a assistência médica não dispunha de ambulância nem de pessoal de enfermagem especializado para lidar com pacientes psiquiátricos. Ao ver os bombeiros, João Carlos entrou em desespero e tentou fugir. Foi agarrado, amarrado e levado até o pronto-socorro.

Após receber uma medicação intravenosa que o deixou sonolento e confuso, foi transferido para o hospital psiquiátrico. Lá, orientaram os pais a deixá-lo por um mínimo de duas semanas de modo que ele pudesse responder melhor ao tratamento. Depois o transferiram para uma enfermaria que comportava mais uns 50 internos. Já na cama, retiraram-lhe o relógio, o cordão presenteado por sua mãe, seus sapatos e roupas, e vestiram-no com um tipo de macacão de brim azulado.

Passou a tomar fortes doses diárias de medicamentos, e mais ou menos de três em três dias era levado para uma sala onde, diziam os outros internos, aplicavam choques elétricos nos pacientes. Logo nos primeiros dias, tentou fugir, mas foi capturado e duramente repreendido: colocaram-no em um quarto sozinho, aplicaram-lhe mais eletrochoques e mantiveram-no contido no leito na maior parte do tempo, sozinho no quarto trancado.

João Carlos ali permaneceu por mais de 70 dias. Sentia-se só e isolado e não entendia o motivo de seus pais o terem deixado... Atualmente, aos 34 anos, João Carlos já esteve internado mais três vezes. Quando “entra em crise”, sua mãe prepara sua mala com roupas e objetos pessoais e o leva diretamente ao hospital. De dois em dois meses vai ao ambulatório para “renovar a receita”. Não trabalha mais com o pai na oficina e passa seus dias na cama em frente à televisão, fumando incessantemente, a ponto de ter as pontas dos dedos queimadas pelos cigarros e amareladas pela nicotina. ■

Caso A história de Lurdinha

Lurdinha casou-se muito cedo. Aos 17 anos, já estava grávida e seria mãe, com essa idade, não fosse a posição contrária irredutível de Eduardo, seu marido. Lurdinha fez o aborto a contragosto e não parou de falar do filho. Dizia ter certeza de que se tratava de um menino e passava a imaginar como ele seria, como se chamaria, de que coisas ele deveria gostar.

Um dia, criou uma enorme confusão em um supermercado porque agarrou um bebê, que estava no colo de uma mulher, dizendo ser o seu filho. Tanto seguranças do supermercado quanto curiosos e policiais acabaram se envolvendo na discussão até que Eduardo, o marido de Lurdinha, foi localizado e, ao comparecer ao local, disse que se tratava de um equívoco. Um dos policiais percebeu a situação e informou que perto da igreja havia um lugar onde atendiam pessoas com problemas mentais. Eduardo levou-a, após muita resistência, logo no dia seguinte. Tratava-se de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), um serviço de saúde mental que atende em regime aberto, com equipe multidisciplinar, e que dispõe de várias possibilidades de tratamento e atendimento, tais como oficinas de trabalho e arte, grupos de atividades variadas, permitindo uma integração entre os usuários do serviço, a equipe, a família e a comunidade.

Apesar da reação resistente de Lurdinha, a psicóloga que a atendeu foi muito atenciosa, ouvindo-a reclamar ou blasfemar contra a mulher que roubara seu filho. Após um bom tempo de atendimento, Lurdinha aceitou voltar no outro dia. Com o passar do tempo, ela foi gostando de ir ao Caps, passou a participar de um grupo de música e a “debater seus problemas”, como ela mesma dizia, com outras usuárias e usuários do serviço.

A equipe de profissionais que atende Lurdinha discutiu bastante a situação dela. A própria Lurdinha também participou de algumas dessas discussões, sendo sempre bastante ouvida e dando opiniões. Por fim, foi elaborado um Projeto Terapêutico Individual (PTI), de acordo com suas necessidades e possibilidades específicas.

Mesmo com todo esse trabalho, Lurdinha já entrou em crise mais duas vezes, uma delas indo parar em um pronto-socorro onde ficou dois dias internada, mas depois retornou ao Caps.

Para refletir

Vimos as situações de João Carlos e Lurdinha, que tiveram encaminhamentos bastante diferentes. Procure pensar nas possibilidades que você teria para ajudar um e outro paciente, caso trabalhasse nesses serviços. Reflita também sobre as características desses diferentes encaminhamentos.

O que acha de cada um deles?

12.3.4 Um pouco de história

Para entender o motivo de situações institucionais tão distintas, vamos refletir sobre as características do modelo assistencial psiquiátrico e sua relação com determinadas formas de violências.

A aproximação entre instituições psiquiátricas e violência é tão antiga quanto a história da própria psiquiatria. Desde a criação da primeira instituição de natureza especificamente psiquiátrica, pelo Dr. Philippe Pinel, existe questionamento quanto às condições do internamento psiquiátrico, se são ou não violentas.

Em relação à literatura em geral, você se lembra de ter lido algum livro sobre hospitais psiquiátricos? Sobre situações de violência contra pessoas com problemas mentais? É notável como esse tema é frequente na literatura. Enquanto você pensa, vamos fazer referência aqui a algumas obras importantes às quais você deve ter tido acesso.

Lima Barreto, um dos grandes nomes da literatura brasileira, escreveu *Diário do hospício* (BARRETO, 1956c), em que relata suas próprias internações no Hospício Nacional de Alienados, na Praia Vermelha, Rio de Janeiro, no início do século XX. Suas passagens pelo hospício renderam ainda uma ficção (muito próxima da realidade de suas internações), que leva o sugestivo título de *Cemitério dos vivos* (BARRETO, 1956a). Lima Barreto nos deixou ainda *Como o homem chegou* (BARRETO, 1956b) e *O triste fim de Policarpo Quaresma* (BARRETO, 2004). Ambas as obras apresentam uma crítica contundente à psiquiatria.

Em 1892, Anton Tchekhov, clássico escritor russo, publicou *Enfermaria n. 6* (TCHEKHOV, 2005), belíssimo conto sobre um psiquiatra em um hospício.

Cançado (1979) escreveu um dos mais fortes depoimentos sobre a questão da violência em psiquiatria, também com dados de sua própria

internação no Centro Psiquiátrico Nacional, localizado no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro. Desse mesmo hospital, temos o relato da internação de Torquato Neto (1973), músico e jornalista, um dos fundadores da Tropicália, parceiro de Edu Lobo, Gilberto Gil, Caetano Veloso, entre outros artistas.

Por fim, vamos lembrar o relato de internação de Austregésilo Carrano (1990), *Canto dos malditos*, que deu origem ao premiadíssimo filme *Bicho de sete cabeças*, dirigido por Laís Bodanski e estrelado por Rodrigo Santoro, e o conto *Eu só vim telefonar*, de Gabriel García Márquez (1992).

O alienista, de Machado de Assis (1994), merece um destaque especial por ser uma obra-prima do conto brasileiro. Simão Bacamarte, o alienista, ao retornar da Europa decide residir em Itaguaí, onde estranha a ausência de uma casa de alienados. Assim constrói o primeiro hospício da cidade, que ele decide denominar Casa Verde, onde passa a internar quase toda a população local. O poder do alienista de sequestrar e manter em cárcere os alienados é praticamente absoluto!

Três obras do campo das ciências humanas podem ser consideradas fundamentais para entender a natureza das instituições psiquiátricas e o motivo de se tornarem tão relacionadas à violência. São elas:

- *História da loucura na Idade Clássica*, do filósofo Michel Foucault (1978), e *A ordem psiquiátrica – a idade de ouro do alienismo*, do sociólogo Robert Castel (1978), que analisam os momentos iniciais da criação da psiquiatria e os primeiros conceitos e estratégias dessa ciência quando ainda se dedicava ao que Pinel denominava “alienação mental” (daí a referência de Machado de Assis ao alienismo em seu conto “O alienista”).
- *Manicômios, prisões e conventos*, de Erving Goffman (1974), autor comentado no começo deste capítulo, que nos permite conhecer os mecanismos institucionais adotados pelos hospitais psiquiátricos.

Reforma Psiquiátrica é compreendida não apenas como a mudança do modelo assistencial (antes centrado no hospital psiquiátrico, ou manicômio, e atualmente baseado em serviços de atenção psicossocial e outros dispositivos comunitários ou territoriais), mas como um processo social complexo que visa transformar a relação da sociedade com as pessoas em sofrimento psíquico. As três palavras-chave da Reforma Psiquiátrica são: cidadania, solidariedade e inclusão.

No campo específico da saúde mental, é curioso que duas obras de autoria de médicos psiquiatras, que fundaram o pensamento contemporâneo da **Reforma Psiquiátrica**, tenham encontrado formas muito próximas de abordagem da questão da violência em psiquiatria.

A primeira é *Psiquiatria e antipsiquiatria*, escrita por David Cooper em 1973, que tem um capítulo precioso denominado “Violência e psiquiatria”. Mas a violência da qual fala Cooper não é, como ele próprio adverte, aquela das pessoas que golpeiam as cabeças de pessoas identificadas como loucas, e sim a violência sutil, cotidiana e repressiva que a sociedade exerce sobre as pessoas “rotuladas” de loucas pela psiquiatria. Por isso, para Cooper, a violência em psiquiatria é, fundamentalmente, a violência da psiquiatria.

A segunda é *A instituição negada*, coletânea organizada por Franco Basaglia (2005) sobre a experiência desenvolvida em Gorizia, na Itália, que se tornou um marco no processo da Reforma Psiquiátrica em todo o mundo. Essa obra deu origem ao Movimento da Psiquiatria Democrática

Italiana, pioneiro na luta contra a violência e a exclusão das pessoas em sofrimento mental, e à Lei n. 180, que versa sobre a Reforma Psiquiátrica italiana, também conhecida como Lei Basaglia, única legislação em todo o mundo a determinar o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos. Nesse livro, há um capítulo intitulado “As instituições da violência”, que se tornou um dos mais fortes argumentos e ferramentas para os profissionais da saúde mental questionarem e mudarem suas práticas institucionais nos hospitais psiquiátricos.

A análise de Basaglia (2005), contudo, é voltada para a violência da qual o paciente psiquiátrico é vítima em um hospital psiquiátrico, muito embora ele associe a origem dessa violência à forma como a sociedade lida com os seus segmentos mais fragilizados.

A influência do pensamento de Foucault e Goffman é visível e explícita no trabalho de Basaglia. Para esse autor, a ciência psiquiátrica havia colocado o sujeito entre parênteses para se ocupar da doença, e, por isso, não foi capaz de ouvir os sujeitos, as demandas, as necessidades reais das pessoas em sofrimento mental.

Assim, Basaglia propôs uma inversão que transformou radicalmente o campo da saúde mental: colocar a doença mental entre parênteses para se ocupar dos sujeitos. O trabalho de Basaglia está na base da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O hospital psiquiátrico é, certamente, o local onde mais se expressa a violência sobre as pessoas consideradas “doentes mentais”. Seja no momento da internação compulsória ou involuntária, seja pelas características asilares e segregadoras dessas instituições, seja ainda pela ausência de poder de contratualidade, de direitos e cidadania das pessoas consideradas loucas. O dito louco é alguém que, na prática, perde a visibilidade social, perde a autonomia, perde a voz.

No Brasil, existe um expressivo processo de mudança do modelo assistencial psiquiátrico. No fim da década de 1980, havia mais de 80 mil leitos psiquiátricos no Brasil. A violência era corriqueira. Pacientes espancados, mortes por subnutrição, desaparecimentos... Em uma instituição psiquiátrica no Rio de Janeiro, foi realizado um censo dos pacientes internos e constatou-se que o tempo médio de internação era de 26 anos. Existiam pacientes com mais de sessenta anos de internação. Muitos eram encaminhados a um hospício para nunca mais retornarem às suas casas. Alguns se revelaram grandes artistas, alcançando notoriedade, como Arthur Bispo do Rosário e Fernando Diniz. Ambos passaram quase toda a vida confinados em manicômios.

Arthur Bispo do Rosário nasceu em Sergipe. Em 1939, foi internado como indigente na Colônia Juliano Moreira, um hospital psiquiátrico do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, onde permaneceu até sua morte em 1989. No hospício, produziu, com objetos abandonados e restos de uniformes de internos, verdadeiras obras-primas. É considerado, por isso, um dos mais importantes artistas plásticos de toda a história e sua produção tem sido exposta nos grandes museus do mundo.

Fernando Diniz, baiano de Aratu, nasceu em 1918. Foi internado no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, de onde saiu apenas para o hospital no qual veio a falecer em 1999. Sua obra é considerada uma das mais importantes entre os pintores brasileiros, mas também muito destacada no âmbito internacional. Em parceria com Marcos Magalhães, produziu o curta animado *Estrela de 8 pontas*, que recebeu muitos prêmios.

Iatrogenia (iatrogênicos), também substituído por iatropatia, provém de *iatro* (que significa médico), com o radical *genia* (gerador, gênese). Em síntese, diz respeito a todo tipo de dano provocado pela intervenção médica ou qualquer outra forma de tratamento médico.

Com o avanço do processo da Reforma Psiquiátrica, a realidade da assistência começou a mudar. Os hospitais começaram a ser fechados por serem lugares insalubres, **iatrogênicos**, em suma, espaços de segregação e violência. Com as Portarias n. 189/91 e n. 224/92, da SAS/MS, e depois com a n. 336/GM, de 2002, passaram a ser criados outros tipos de serviços, entre os quais hospitais-dia, oficinas terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e Centros de Atenção Psicossocial (Caps), como aquele em que Lurdinha foi atendida e está em tratamento.

Também começaram a ser criadas outras iniciativas que não são propriamente serviços, tais como as residências assistidas para pessoas que não têm família, ou que, por motivos variados, não podem residir com as mesmas; cooperativas sociais de trabalho para geração de rendas a pessoas em sofrimento mental, na medida em que, muitas vezes, não podem concorrer em condições de igualdade no mercado de trabalho. As residências foram criadas e regulamentadas pelas Portarias GM/MS n. 106/00 (BRASIL, 2000a) e n. 1.220/00 (BRASIL, 2000b), do Ministério da Saúde; já as cooperativas sociais, pela Lei n. 9.867/99 (BRASIL, 1999).

Todas as especificações sobre esses serviços e iniciativas, com suas características, formas de implantação e funcionamento, você encontra detalhadamente na Legislação Brasileira de Saúde Mental.

Quando nos referimos à concepção de Reforma Psiquiátrica como processo social complexo, dissemos que não se tratava apenas de reforma de serviços. E assim tem sido, pois várias iniciativas culturais, de trabalhos de cunho social e artístico estão sendo realizadas. Tais iniciativas têm por objetivo favorecer a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico na comunidade. Bandas de música, corais, grupos de teatro, times de futebol são algumas delas.

Em 2001, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Lei n. 10.216/2001, que regulamentou as internações e estabeleceu os direitos das pessoas com transtorno mental, expressão adotada oficialmente pela psiquiatria e pelas normas legais.

A Lei n.10.216/2001 (BRASIL, 2001) regulamentou as internações psiquiátricas em voluntárias, involuntárias e compulsórias. Para os profissionais que atuam ou vierem a atuar em uma instituição de internação psiquiátrica, é preciso ter em mente que a internação, qualquer que seja sua modalidade, representa uma violência ao paciente, pois o afasta de sua família e o deixa desprovido de autonomia e visibilidade social. Observe as histórias de João Carlos e Lurdinha, e veja como são distintos os resultados.

A Lei n.10.216/2001 também está disponível no site: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm

O artigo 2º da Lei n.10.216/01 explicita alguns direitos do paciente, independentemente do tipo de instituição, que devem ser observados pelo profissional da saúde. Observe:

Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

12.4 Atendendo pacientes com sofrimento psíquico

É fundamental que o profissional da saúde, ao lidar com algum tipo de paciente em sofrimento psíquico, tenha em mente que a maior parte das concepções que se tem sobre tais pacientes mostra meros estigmas ou preconceitos; o principal é considerar que “o doente mental é perigoso”. Na verdade, na maioria das vezes, ele é vítima de violências.

A escuta, o acolhimento, a atenção e a orientação da família, a solidariedade e a compreensão das dificuldades do paciente são fundamentais. O paciente deve ser ouvido com credibilidade para que possamos compreender o que ele, mesmo que com alguma dificuldade, quer dizer. Precisamos sempre lembrar que o paciente psiquiátrico, assim como sua família, precisa de acolhimento, isto é, precisa sentir que está sendo atendido e que sua demanda está sendo efetivamente encaminhada para uma solução, ainda que esta não seja imediata e definitiva.

A família, onde geralmente encontramos os cuidadores, sofre o que se denomina de “sobrecarga”; por isso deve ser ouvida e acolhida também, além de ser estimulada com frequência a participar das discussões do caso, das propostas de encaminhamentos e superação das dificuldades.

Para refletir

Você tem ou teve conhecimento de histórias como essas, de pacientes psiquiátricos? Procure descrevê-las.

Conhece ou conheceu algum serviço psiquiátrico, de saúde mental, ou de atenção psicossocial? Como é esse serviço? Você poderia descrevê-lo também?

Que aspectos desse serviço você considera que poderiam expressar alguma forma de violência ao paciente?

12.5 Referências

- ALTOÉ, S. *De “menor” a presidiário: a trajetória inevitável*. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1993.
- ALTOÉ, S. *Infâncias perdidas: o cotidiano nos internatos prisão*. Rio de Janeiro: Xenon, 1990.
- ASSIS, J. M. Machado de. *O alienista*. São Paulo: FTD, 1994.
- ASSIS, S. G.; FARIAS, L. O. P. *National survey of children and adolescents in foster care*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- BARRETO, A. H. Lima. *O cemitério dos vivos*. São Paulo: Brasiliense, 1956a.

BARRETO, A. H. Lima. Como o homem chegou. In: BARRETO, A. H. Lima. *Clara dos Anjos*. São Paulo: Brasiliense, 1956b. p. 280.

BARRETO, A. H. Lima. *Diário do hospício*. São Paulo: Brasiliense, 1956c.

BARRETO, A. H. Lima. *Triste fim de Policarpo Quaresma*. São Paulo: Moderna, 2004.

BASAGLIA, F. A instituição da violência. In: AMARANTE, P. (org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 91-131.

BASAGLIA, F. A *instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BENTES, A. L. *Tudo como dantes no quartel de Abrantes: estudos das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*. 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme específica. *Diário Oficial da União* seção 1, Brasília, DF, 11 nov. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do idoso*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série E. Legislação em saúde).

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento nacional de informações penitenciárias*, 2016. Brasília, DF: Departamento Penitenciário Nacional, 2017.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Levantamento anual dos/as adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa*: 2018. Brasília, DF: SDH, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para atendimento ao portador de transtornos mentais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 49, 14 fev. 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 22, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.220, de 7 de novembro de 2000. Inclui na tabela de Atividade Profissional do SIA/SUS o código 47 – Cuidados em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 16, 8 nov. 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n. 189, de 19 de novembro de 1991. Aprova os grupos e procedimentos da tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental e da outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 28495, 11 dez. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial (sistema de informações ambulatoriais do SUS), núcleos/centros de atenção psicossocial, normas para o atendimento hospitalar (sistema de informações hospitalares do SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1168, 30 jan. 1992.

CANÇADO, M. L. *O hospício é Deus: diário*. Rio de Janeiro: Record, 1979.

CARNEIRO, S. Mulheres negras, violência e pobreza. In: BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher: plano nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003.

- CARRANO, A. *Canto dos malditos*. Curitiba: Ed. da UFPR, 1990.
- CARRARA, S. L. *Crime e loucura: o aparecimento do Manicômio Judiciário na Passagem do Século*. Rio de Janeiro: EDUERJ/EDUSP, 1998.
- CASTEL, R. *A idade de ouro do alienismo: a ordem psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.
- COOPER, D. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1973.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FIRMINO, H. *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GARCÍA MÁRQUEZ, G. Eu só vim telefonar. In: GARCÍA MÁRQUEZ, G. *Doze contos peregrinos*. Rio de Janeiro: Record, 1992.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- IBGE. *Censo demográfico 2000: características gerais da população: : resultados da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/83/cd_2000_caracteristicas_populacao_amostra.pdf. Acesso em: 01 jun. 2020.
- LIMA, L. A. *O estigma do abandono: estudo epidemiológico de uma população de crianças e adolescentes internados na Colônia Juliano Moreira vindos diretamente da Funabem*. 1993. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.
- MINAYO, M. C. S. *Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, 2004.
- RIZZINI, I.; IRMA, R. *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios de presente*. São Paulo: Loyola, 2004.
- SOARES, B.; ILGENFRITZ, I. *Prisioneiras, vida e violência atrás das grades*. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.
- TCHEKHOV, A. *Enfermaria n. 6*. São Paulo: Veredas, 2005.
- TORQUATO NETO. D'Engenho de Dentro. In: TORQUATO NETO. *Os últimos dias de paupéria*. Rio de Janeiro: Eldorado, 1973. p. 57-76.
- VASCONCELOS, E. M. *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. Rio de Janeiro: Encantarte, 2005.
- VICENTIN, M. C. G. A questão da responsabilidade penal juvenil: notas para uma perspectiva éticopolítica. In: JUSTIÇA, adolescente e ato infracional: socioeducação e responsabilização. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; São Paulo: ABMP; ILANUD, 2006.