

Desvendando os laços familiares após uma sentença: um olhar da terapia ocupacional

Unveiling family links after a sentence: a look at occupational therapy

Develar los vínculos familiares después de una oración: una mirada a la terapia ocupacional

Recebido: 30/12/2021 | Revisado: 04/01/2022 | Aceito: 12/01/2022 | Publicado: 14/01/2022

Raphaela Schiassi Hernandes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9290-1003>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: rapha_to@hotmail.com

Jeverson Nery Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4614-0036>

Clínica INTERKIDS, Brasil

E-mail: jnerysouza@hotmail.com

Resumo

No passado as pessoas que sofriam de algum transtorno mental eram vistas como sujeitos tomados pelas forças malignas. Em outro momento, tidas como loucas e expurgadas do seu próprio seio familiar ou sendo isoladas nas suas próprias casas. Com o passar do tempo foram criados lugares para alojar essas pessoas, os futuros hospitais psiquiátricos, e para pessoas com transtornos mentais, que cometeram delitos, a reclusão em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) que em sua essência, agrupa características hospitalares e de presidio. O objetivo geral desta pesquisa foi compreender o significado de família para diferentes atores sociais, dentro do HCTP. Os objetivos específicos foram permitir a expressão de nove sujeitos por meio de atividade expressiva sobre família; compreender a percepção sobre família desses internos sob a ótica da equipe de referência e descrever a percepção dos profissionais quanto ao trabalho realizado dentro do HCTP. Para isto utilizou-se da metodologia qualitativa com base teórico-metodológica sócio-histórica, e para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista aberta. Os resultados deixam claro a importância da profissão nesse ambiente para a manutenção dos papéis ocupacionais dentro do contexto familiar, proporcionando a manutenção ou o fortalecimento dos mesmos, permitindo uma melhor adesão dos internos ao tratamento dentro do HCTP, tratamento este que muitas vezes pode trazer descrença aos profissionais, por conta de constantes reincidências, das próprias atitudes do interno, além da dificuldade da continuidade do tratamento quando saem do HCTP, devido à dificuldade da própria rede.

Palavras-chave: Terapia ocupacional; Hospitais de custódia; Tratamento psiquiátrico; Família.

Abstract

In the past people suffering from some mental disorders were seen as subjects taken by evil forces. At another time, they were seen as insane and expunged from their own family, being isolated in their own homes. Over time, places were set up to allocate these persons, future psychiatric hospitals, and persons with mental disorders, who committed crimes, to confinement in Hospital of Custody and Psychiatric Treatment (HCTP), which in essence groups hospital characteristics and of prison. The general objective of this research was to understand the meaning of family for different social actors within HCTP. The specific objectives were to allow the expression of nine subjects through expressive activity on family; To understand the perception about the family of these inmates from the point of view of the reference team and to describe the professionals' perception of the work performed within the HCTP. For this, a qualitative methodology was used with a socio-historical theoretical-methodological basis, and for the data collection the open interview technique was used. The results make clear the importance of the profession in this environment for the maintenance of the occupational roles within the family context, providing the maintenance or the strengthening of the same ones, allowing a better adherence of the inmates to the treatment within the HCTP, treatment that often can bring disbelief To the professionals, because of constant recidivism, of the own attitudes of the inmate, besides the difficulty of the continuity of the treatment when leaving the HCTP, due to the own network.

Keywords: Occupational therapy; Hospitals psychiatric; Psychiatric treatment; Family.

Resumen

En el pasado, las personas que padecían algún trastorno mental eran vistas como sujetos dominados por fuerzas del mal. En otro momento, los tomaron por locos y los purgaron de su propio entorno familiar, quedando aislados en sus propios hogares. Con el tiempo, se crearon plazas para destinar a estas personas, los futuros hospitales psiquiátricos, y para las personas con trastornos mentales, que han cometido delitos, el internamiento en un Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico (HCTP) que, en esencia, agrupa las características hospitalarias y de prisión. El objetivo general de esta investigación fue comprender el significado de familia para diferentes actores sociales dentro del HCTP. Los objetivos específicos fueron permitir la expresión de nueve sujetos a través de la actividad expresiva sobre la familia; comprender

la percepción de la familia de estos internos desde la perspectiva del equipo de referencia y describir la percepción de los profesionales sobre el trabajo que realizan dentro del HCTP. Para ello se utilizó una metodología cualitativa con fundamento teórico-metodológico sociohistórico, y para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista abierta. Los resultados evidencian la importancia de la profesión en este entorno para el mantenimiento de los roles ocupacionales dentro del contexto familiar, previendo el mantenimiento o fortalecimiento de los mismos, permitiendo una mejor adherencia de los internos al tratamiento dentro del HCTP, un tratamiento que puede Muchas veces llevan a la incredulidad de los profesionales, debido a las constantes recaídas, las propias actitudes del interno, además de la dificultad para continuar el tratamiento cuando salen del HCTP, debido a la propia red.

Palabras clave: Terapia ocupacional; Hospitales de custodia; Tratamiento psiquiátrico; Familia.

1 Introdução

Antigamente, de acordo com Carvalho (2003), as pessoas acometidas por uma doença mental eram consideradas, na maior parte das vezes, possuídas por demônios e, em outras poucas vezes, como escolhidas por deuses. Diante dessas ideias, frequentemente, antes de procurar ajuda médica, a família levava essa pessoa a um religioso ou a um curandeiro.

Millani e Valente (2008) discorrem que, inicialmente, os loucos eram excluídos dentro da própria família, sendo presos em cômodos separados, ou no próprio porão de suas casas, alimentados por um criado. Com o passar dos tempos, surgiram abrigos com o intuito de recebê-los, onde eram segregados, excluídos da sociedade, esquecidos e acorrentados em celas escuras, sem qualquer luz, tendo contato apenas com os funcionários.

Na Idade Média as coisas eram um pouco mais tristes, pois qualquer indício de doença mental poderia ser considerado como bruxaria e o doente condenado à fogueira e a quem se atrevesse a defendê-lo tinha o mesmo fim.

Muda-se a forma de conduzir pessoas com esses comportamentos com o surgimento dos primeiros hospitais psiquiátricos que foram criados na Arábia, cerca de mil anos antes dos primeiros criados na Europa. Para alguns, o grande criador da Psiquiatria foi Philippe Pinel, que foi diretor de um dos grandes hospitais psiquiátricos na França, o Bicêtre, onde iniciou a luta por direitos dos doentes mentais junto a autoridades, reivindicando melhores condições e boa alimentação, se baseando em medidas humanitárias a favor dos doentes, dando então o indício de uma Reforma Psiquiátrica (Carvalho, 2003).

Já no Brasil a Reforma Psiquiátrica foi a eclosão de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, envolvendo todos, desde associações de pessoas com transtornos mentais, de seus familiares e funcionários das instituições. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes e no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, que o processo da Reforma Psiquiátrica vem avançando, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil, 2005).

Nestes manicômios e hospitais psiquiátricos, também, mantinham doentes mentais que cometeram algum de tipo de crime ou delito, dessa forma, houve a necessidade do surgimento de uma instituição diferenciada, os Hospitais de Custódia, que no Brasil foram instituídos na segunda metade do século XX, com intuito de acolher os indivíduos considerados pela justiça como loucos e infratores, e não podiam cumprir pena em função de sua psicopatologia, considerando uma noção central do processo: a periculosidade, que seria uma possibilidade dos sujeitos cometerem algum ato violento.

No Brasil, quando se pressupõe que o autor do delito sofra de algum distúrbio mental, aciona junto ao profissional psiquiatra uma perícia para que haja a constatação ou não do diagnóstico, com o intuito de aferir o quadro da capacidade ou não do entendimento e também se há agente determinante. Havendo confirmação do diagnóstico, a condução do caso se dá por medida de segurança, medida essa que pode ser detentiva quando se cumpre em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou restritiva onde o tratamento é ambulatorial (Garbayo & Argôlo, 2008).

A medida de segurança tende a se apresentar de forma mais preventiva (Dantas & Chaves, 2007), pela falta de entendimento que a pessoa tem em relação ao caráter ilícito do seu ato criminoso e seu tempo de permanência no local é indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada mediante perícia médica, havendo ou não cessação de periculosidade, segundo o artigo 97 §1º do Código Penal. Uma vez que, depende da evolução e tratamento da pessoa, portanto, é passível de

renovação anual, tendo o tratamento clínico para estabilização, por meio medicamentoso e terapêutico numa perspectiva de ressocialização. Sendo assim, o criminoso psicótico é isento de pena por ter praticado o ato em estado de não responsabilidade jurídico-legal, assim:

[...] à luz do direito, as medidas de segurança não têm caráter repressivo e muito menos penal. São medidas preventivas e terapêuticas, pois prescrevem tratamento. Entretanto, os Manicômios Judiciários jamais cumpriram essa finalidade, funcionando como instituição entre a saúde e a justiça, entre o tratamento e a penitência, adquirindo assim um papel discrepante na sua relação entre prática e teoria (Santos et al., 2006, p. 82).

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), de acordo com Souza (2014), é uma instituição vinculada ao estado, protetora da sociedade, retendo aqueles que, em consequência de um sofrimento psíquico, infringiram as leis da sociabilidade civil, por meio de crimes, assim, este infrator terá um tratamento diferente do comum. Nesses ambientes os pacientes são internados de forma compulsória pela Justiça, órgãos que gerem essa instituição e não o Sistema Único de Saúde (Dantas & Chaves, 2007). Quando comprovada a inimputabilidade ou semi-imputabilidade dos indivíduos diante de atos ilícitos que praticaram, eles passaram a ser internados nestes hospitais para tratamento e cumprimento de uma prática chamada medida de segurança.

Trata-se de uma instituição total que, de acordo com Goffman (2001), se configura como um lugar de residência e de trabalho, onde um grande número de indivíduos, colocados numa mesma situação, cortados do mundo exterior por um período relativamente longo, levam em conjunto uma vida reclusa segundo modalidades explícita e minuciosamente regulamentadas.

A teoria propõe uma reabilitação e uma possível cura daquele sujeito, enquanto que a prática de forma paradoxal mostra que ali é um local para segregação e a violência, além do manicômio ser um lugar onde o homem perde toda a dignidade quando adentra (Basaglia, 1979).

Para Santana et al. (2009), é importante salientar que esses manicômios judiciários vêm assumindo na sociedade um papel de presídio e asilo com características punitivas, consequentemente, isso pode impactar no tratamento dos seus internos, refletindo assim no seu cotidiano e podendo agravar a desordem emocional já existente.

Dessa forma, torna-se perceptível que essas instituições englobam sujeitos que são marcados por uma dupla exclusão: a imposta pela doença mental, e a do delito praticado, configurando o seu grau de periculosidade. Ao analisar este contexto, pode-se pensar na colocação de Birman (1979), sobre a importância da implementação de um saber-fazer capaz de atender às reais necessidades das pessoas reclusas em instituição de tal natureza, portanto, há necessidade de um cuidado em saúde mental pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e na prática de uma Atenção Psicossocial.

Criminalidade, medida de segurança e doença mental são assuntos ainda complexos a serem tratados, pois logo que pensados são associados a estigmas e preconceitos, muitas vezes esses sujeitos que sofrem de distúrbios mentais e que cometeram algum delito, são vistos pela sociedade, como loucos criminosos. (Bravo, 2007). Esses sujeitos uma vez que estão cumprindo a medida de segurança ficam privados de alguns direitos, sendo um deles participar direta ou indiretamente do seu núcleo familiar em muitas das vezes, e desempenhar alguns de vários dos papéis ocupacionais, onde esses contribuem para a construção da identidade pessoal e social dos indivíduos.

Assim, a Terapia Ocupacional ao compreender a incapacidade e suas consequências para o desempenho ocupacional pode auxiliar no estabelecimento e recuperação dos papéis ocupacionais desses sujeitos que se encontram dentro do HCTP e a possível perda, dentre eles mais evidente que é o papel desse sujeito dentro da família (Cordeiro et al., 2007), que segundo o novo conceito na Lei Maria da Penha (Brasil, 2006) diz: família é um arranjo de pessoas ligadas por qualquer condição, arranjos não previstos constitucionalmente, mas que se formam em meio à sociedade, unidos pela afetividade.

Esse papel ocupacional dentro de um Hospital de Custódia na maioria de suas vezes pode se congelar ou até se dissolver, a atuação da Terapia Ocupacional dentro da instituição tem como um dos seus objetivos por meio de um trabalho no campo

psicossocial, entender essa relação do sujeito com sua família e permitir uma possível melhora nessa interação e papel.

As práticas e o modo de enxergar o outro são consideradas formas antagônicas, o campo psiquiátrico centra-se na doença, enquanto o psicossocial tenta romper com essa ideia, já que tem o entendimento que o sujeito é um ser mais abrangente e que precisa também dar novos sentidos as suas experiências. Contudo, fica difícil implantar essa proposta nos hospitais de custódia, porque ela será permeada por leis do sistema penitenciário.

Dessa forma, isto pode ser considerado como principal embate entre alguns terapeutas ocupacionais atuantes nesse contexto, uma vez que ganha embasamento do sistema prisional brasileiro. No entanto, apesar da ambiguidade existente, a atuação do terapeuta ocupacional no HCTP deve ser pautada no desenvolvimento da autonomia e independência dessas pessoas que estão em cumprimento com a lei, além de ajudá-las na perspectiva de novas experiências de suas vidas e convivências com o outro e consigo mesmo (Souza, 2014).

Assim, o objetivo geral desta pesquisa foi compreender o significado de família para diferentes atores sociais, dentro do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Os objetivos específicos foram permitir a expressão de nove sujeitos por meio de atividade expressiva sobre sua família; compreender a percepção sobre família desses internos sob a ótica da equipe de referência e descrever a percepção dos profissionais quanto ao trabalho realizado dentro do HCTP.

2 Percurso Metodológico

Esta pesquisa é fruto de uma pesquisa maior Trata-se de uma pesquisa qualitativa, onde visa trabalhar com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e adequa-se a aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos. Sendo assim, é empregada para a compreensão de fenômenos caracterizados por um alto grau de complexidade interna e não como algo simples que possa ser descrito a partir de poucas leis universais (Minayo & Sanches, 1993).

Além disso, este estudo tem seu aporte teórico-metodológico na psicologia sócio-histórica, que se sustenta principalmente nas ideias de Vigotsky (1991), e tem uma concepção histórica-dialética de homem, inaugurando uma nova perspectiva para a Psicologia, na Rússia no final do século XIX e início do século XX, voltada para a superação de concepções fundamentadas no empirismo, no individualismo e na naturalização da psique humana.

Contanto, trabalhar com a pesquisa qualitativa numa abordagem sócio-histórica consiste pois, numa preocupação de compreender os eventos investigados, descrevendo-os e procurando as suas possíveis relações, integrando o individual com o social (Freitas, 2002).

2.1 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Estado de Sergipe, hospital esse mais conhecido como manicômio judiciário. O hospital se destina a custodiar e tratar pessoas de ambos os sexos, com capacidade máxima para 75 internos, mas há 89 no presente momento onde 84 são do sexo masculino e 5 do sexo feminino. Abrigando assim mais que o recomendado, que cometeram delitos em decorrência da saúde mental ou pelo abuso de substâncias psicoativas.

No HCTP funcionam diferentes grupos: Horta, Socioterapia, Educação em Maria da Penha, Educação de Substancias Psicoativas e Passeios Externos quando autorizados por um juiz, mas não há atividades da Terapia Ocupacional uma vez que nesse espaço não há profissional da área. É composto por equipe de assistência; médica e diretoria, ainda também de reforço de seguranças, sendo inclusos profissionais como médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes plantonistas e membros que compõem a direção.

2.2 Participantes da pesquisa

Foram participantes da pesquisa 9 internos escolhidos pela própria equipe técnica, tendo como critério, pacientes que não aceitavam participar de nenhuma atividade proposta pela instituição, tinham condições cognitivas e psicológicas de estarem participando dos encontros com a terapia ocupacional, aceitarem participar por livre e espontânea vontade, e, também, que tinham diferentes relações familiares e diferentes motivos de entrada no HCTP, para que assim a pesquisa pudesse descrever diferentes aspectos.

Além, dos internos foram entrevistados 6 profissionais que compõem a equipe de referência, como: uma psiquiatra, dois psicólogos e uma assistente social, além da coordenadora da instituição e um agente penitenciário escolhido pela equipe.

2.3 Aspectos éticos

A principal questão ética dessa pesquisa refere-se à garantia de anonimato dos participantes, em todas as publicações decorrentes da mesma, sendo compromisso assumido pelos pesquisadores. A presente pesquisa faz parte do projeto de pesquisa “Mentes secretas: a voz de uma sentença por meio da terapia ocupacional”, só foi executada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, CAAE: 65787616.2.0000.5546, processo nº2.019.631.

2.4 Coleta dos dados

Utilizou-se três formas de coleta de dados: a primeira foi por meio dos prontuários dos internos para que se pudesse conhecê-los um pouco melhor, enfatizando informações relacionadas sobre o mesmo com sua família. A segunda através de entrevistas com os 6 profissionais, todas as falas foram gravadas e transcritas integralmente pelos pesquisadores responsáveis e a terceira foi por meio de doze encontros na qual os internos realizavam atividades expressivas de pintura com tinta, com a proposta de diferentes temas, mas, para esse trabalho utilizou-se apenas os aspectos relacionados a questão familiar. Somente um dos internos, só participou de dois encontros (oitavo e décimo segundo), pois encontrava-se trabalhando na instituição.

Os encontros com os 9 internos tiveram os seguintes temas para a realização das atividades:

1. *O que vocês mais gostam?*
2. *O que vocês mais sentem falta?*
3. *O que é vida para vocês?*
4. *O que é morte para vocês?*
5. *Se pudessem voltar atrás, o que fariam de diferente?*
6. *Quais os pontos negativos da instituição?*
7. *Como vocês se veem?*
8. *Qual o significado de família para vocês?*
9. *O que vocês esperam da vida, no futuro?*
10. *Quais os pontos positivos da instituição?*
11. *Como foram os atendimentos com a Terapia Ocupacional durante esse tempo?*
12. *Para vocês o que é Terapia Ocupacional?*

A entrevista com os profissionais apresentava três perguntas abertas:

1. *Para você quem é esse interno?*
2. *Como é esse interno com a família e com os demais internos?*
3. *Você consegue ver uma melhora neste interno com o tratamento realizado no HCTP?*

2.5 Procedimentos de análise dos dados

A análise dos dados está embasada na abordagem sócio-histórica, sendo que essa abordagem se baseia na tentativa de superar os reducionismos das concepções empiristas e idealistas. Tendo o material gravado e transcrito, iniciou várias leituras “flutuantes”, para que se possa aos poucos, se familiarizar, visando a uma apropriação do mesmo.

Essas leituras permitiram destacar e organizar o que se chama de pré-indicadores, para a construção dos núcleos futuros. O critério básico que foi utilizado para filtrar esses pré-indicadores foi verificar sua importância para a compreensão do objetivo da investigação. Já os núcleos, devem expressar os pontos centrais e fundamentais que trazem implicações para o sujeito, que o envolvam emocionalmente e que revelem as suas determinações constitutivas.

Os temas vão imergindo no decorrer da construção e são caracterizados pela maior frequência (repetição ou reiteração), pela importância enfatizada nas falas dos informantes, pela carga emocional presente, pelas ambivalências ou contradições, pelas insinuações não concretizadas, entre outros, e, assim, formam-se os núcleos de significação.

3 Análise dos Dados

3.1 Conhecendo um pouco dos sujeitos

Para conhecer melhor os sujeitos, foi utilizado da leitura do processo dos mesmos, além de utilizar das respostas da primeira pergunta para os profissionais, assim foi possível compreender um pouco mais de cada um desses internos que foram escolhidos para serem participantes dessa pesquisa: *Para você quem é esse interno?*

1 – Adriano: trabalhava como motoboy, tem 37 anos e CID 10 F 20 (Esquizofrenia). Foi indiciado por roubo. Sempre está calmo e estável, recebe visitas com frequência e já apresentou momentos de agitação relatando estar vendo uma pessoa que matou.

“[...] é um caso a parte [...] a família é muito acolhedora, tem boas perspectivas, mas, assim é recorrente né [...] eu conversei até com ele foi antontem [...]eu disse rapaz e aí você tem um mundão lá fora [...] ele diz eu não voltar mais não, quero isso para mim não [...]” (Diretora).

2 – Ronaldo: 31 anos, CID 10 F 07 (Transtorno Orgânico de Personalidade), F 10.0 (Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de álcool – intoxicação aguda) e F 71 (Retardo Mental Moderado agravado pelo uso de álcool). Foi indiciado por agressão à companheira, embora não se lembre do episódio. É calmo, cooperativo e aceita tratamento. Recebe visitas frequentes.

“[...] ele tem um déficit, um retardo mental, ele tem problemas já desde criança, ele teve uma doença que isola, que deixa sequelas [...]ele tava convivendo com uma pessoa idosa bem mais velha que ele, a esposa dele [...]ela bebia e dava pra ele e começou bebendo e como ele já tinha esse problema vivia tomando remédio acabou que agrediu a mesma [...] entrou como lei Maria da Penha, mas ele é extremamente compulsivo quando quer uma coisa [...] frequentes crises de epilepsia, aqui já teve várias [...]” (Psicóloga 1)

3 – Elias: 39 anos, solteiro, CID 10 F 20.0 (Esquizofrenia Paranoide) e F 10.0 (Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de álcool – intoxicação aguda). Foi indiciado por agressão física e verbal à mãe. É calmo, orientado, cooperativo e fala dos seus delírios.

“[...] o conheço desde o início da doença dele, ele começou usando maconha [...] mas a maconha ela tem a tendência a desencadear esquizofrenia, ele já tinha a vulnerabilidade a esquizofrenia, era um menino que fazia faculdade, ele fazia Design, ainda hoje eu tenho um desenho, que ele me deu, no consultório ainda, acompanhei essa evolução, a mãe levou pra BH e tudo mais, e trouxe mais uma vez, e assim a agressão dele era toda com a mãe, por que queria dinheiro, queria as coisas, e aí ele ficava desorientado e agredia ela [...] esse Elias que você conheceu não é o mesmo que chegou aqui, ele agora estava ótimo, disse a ele que ele não pode parar o remédio e nem usar drogas [...]pois ele sabe que

depois disso ele não conseguiu fazer mais nada, não concluiu nenhum projeto, ele até tenta, mas só que daqui a pouco ele surta e acabou [...]” (Psiquiatra).

4 – Valdir: lavrador, 41 anos, CID G 40 (Epilepsia), F 07 (Transtorno de Personalidade e do comportamento) devido a disfunção cerebral e agravos por conta do uso abusivo de álcool. Foi indiciado por cometer crimes sexuais contra crianças e de homicídio. É calmo, cooperativo, bom asseio e aparência pessoal, orientado, mas apresenta comportamento dissimulado, durante visita este já apresentou comportamentos libidinosos com as enteadas que são crianças e relatou que sofreu abuso sexual por um desconhecido na infância. Não apresenta condições de retornar ao convívio sócio familiar, apresenta periculosidade podendo voltar a cometer os mesmos delitos e faz uso de remédios para controle de transtornos sexuais.

“[...] há três anos que acompanho ele aqui [...] consta que ele quando pequeno foi abusado sexualmente e ele, também, viu a mãe ser abusada, é uma família pobre, é um sujeito flutuante, já morou e já viveu em vários lugares, tem uma experiência de vida muito ruim, praticou crimes muito graves, ele admite que praticou, as vezes ele quer fugir do assunto mas se você insistir ele fala, ele fala que praticou os crimes, e ele fala com aquela cara sabe de que tô nem aí [...] sem emoção, sem remorsos sabe? Ele não demonstra arrependimento, então assim é da personalidade dele, ele desenvolveu essa personalidade. Eu acho que ele tem uns traços de sóciopatia, eu tô fazendo assim um julgamento mas eu nunca fiz assim um rastreio pra falar, mas parece [...]” (Psicóloga 2).

5 – Laura: tem 31 anos é solteira, possui CID 10 G 40 (Epilepsia) e F 06.8 (Outros Transtornos Mentais Especificados devido a uma lesão e disfunção cerebral e uma doença física - Psicose Epilética). É calma, orientada e excessivamente maquiada. Recebe visitas. Fica agitada e agressiva quando contrariada, e já houve casos de agressões com outros internos.

“[...] coitada, ela vivia com essa pessoa e tem uma libido exacerbada, aqui ela ainda demonstra isso pode passar qualquer pessoa do gênero masculino [...] tinha uma vida promíscua [...] já teve três parceiros, e esse último foi o do crime [...] se ela pensar algo ela vai dizer por que você tem que ouvir e ela tem que dizer [...] quadros de oscilação, ela compreende dá pra ver que ela entende, mas é pequeno o entendimento dela, se você falar muita coisa ela não consegue acompanhar [...] o delito foi por causa dessa compulsividade e existiu a queixa contra o marido e nessa queixa ela achou ruim por que ele chegou tarde e começou essa desavença e acabou que resultou no crime, porque ela disse que ele partiu pra agredir ela primeiro, e ela precisou se defender pegou a faca e ela disse que foi ele que enfiou nela primeiro, ela disse que tirou dela e aplicou nele, mas ela repete isso assim com muita clareza e detalhes ela repete a mesma história, sem alterar nenhum detalhe ela repete [...]ela achou que não tinha matado [...]” (Psicóloga 1).

6 – Eduardo: solteiro, 47 anos, trabalhava como pedreiro, CID 10 F 10.7 (Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de álcool - Transtorno Psicótico Residual ou de instalação tardia). Quando bebe age com violência, inclusive já tentou matar o filho e estuprar a filha. Sendo assim, diante das situações não possui condições de voltar ao convívio familiar, mas, apresenta condições de um tratamento ao nível ambulatorial. É calmo, cooperativo e orientado.

“[...] problema com alcoolismo, inclusive esse é o tipo do cara que se tiver mais tempo de internação ele dificilmente volta, acho que a cachaça não é que nem o crime de estupro né, tem o tempo é que a depender da medicação ela controla, não dá mais aquela vontade, já o estupro não, independente do remédio, a vontade vem, e o cara, ele é uma ótima pessoa, mas quando bebe [...]” (Agente).

7 – Milton: 24 anos, alfabetizado, CID 10 F 19.2 (Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência). Foi indiciado por homicídio, matou o tio materno, e já tentou contra a vida da sua mãe e da sua irmã. A avaliação psiquiátrica indica transtorno do comportamento desde a infância e uso de drogas. Após a prisão passou a apresentar episódios de mutilações. Risco de suicídio, autoflagelo e desentendimento com outros internos.

“[...] tem retardo[...] ele teve hiperatividade e a falta de cuidado e tratamento foi o que o levou pra vida que ele tá hoje [...] ele matou o tio, e o tio que ele matou foi quem criou eles, é irmão da mãe dele [...] então a mãe dele disse: eu perdi o pai cedo, então foi ele, foi ele quem criou a gente [...] então assim, eu acho que essa mãe não elaborou bem esse luto [...]ela não conseguiu voltar lá atrás quando a diretora chamou ela e disse que o filho era hiperativo e que precisava ter acompanhamento psiquiátrico, e não acompanhou[...] ele foi criado solto, só id, só prazer [...]” (Psicóloga 2).

8 - Marta: 39 anos, solteira, CID 10 F 31.3 e F 31.0 (Transtorno Afetivo Bipolar com episódio atual depressivo e Transtorno Afetivo Bipolar com episódio atual Hipomaniaco). Foi indiciada por tentativa de homicídio, envenenamento dos filhos. Já tentou suicídio. Não possui visita, é calma, consciente, orientada e cooperativa.

“[...] é uma neurótica, hipocondríaca, eu acho que ela quer tanto adoecer que ela adocece, todos os dias ela tem uma doença de plantão né? Todo dia tem bilhete aqui, é isso é aquilo, mas todos os dias no mínimo uma dor de cabeça [...] toda semana ela tem uma doença, ela diz o que é e também a medicação, ela é uma hipocondríaca clássica, uma especialista [...] no julgamento dela eu tive que ir, por que ela não é psicótica, ela é depressiva, então na depressão dela ela tentou matar os filhos [...]” (Psiquiatra).

9 – Fernando: 39 anos, trabalhava como mecânico, possui CID 10 F 65.5 (Transtorno da Preferência Sexual do Tipo Sadomasoquismo), F 23.0 (Transtorno Psicótico Agudo Polimorfo Sem Sintomas Esquizofrênicos). Há várias reincidências no HCTP por roubo e estupro, assim como vários processos por compulsão sexual. Ele casou no HCTP em 2015, e a sua esposa é a responsável pelas saídas temporárias. No relatório psicológico indica que ele é desconfiado, introvertido, com baixa percepção dos limites e inferioridade. Tem interesse em formas de tratar e conter seus impulsos.

“[...] ele acompanho há muito tempo, ele tem uma compulsão séria, muito séria, muito grave, a gente já conversou muito sobre isso, ele sabe que tem, sabe que é sério e que precisa de ajuda, ele tem uma racionalidade do que acontece com ele, e agora é grave por que ele não freia, ele tem anos e anos de presídio de entrar e sair pelo mesmo motivo, ele não chega muitas vezes a concretizar o ato, ele só chega a botar a menina a fazer sexo oral com a arma, esse tem perfil, algo padronizado, geralmente pessoas jovens, claras, cabelos claros, tem perfil [...] até mesmo dentro de presídio ele já aprontou, teve uma época que ele não queria ir mais para recreação, ele queria ficar dentro da cela com medo do que ele poderia fazer, com as visitas, com os familiares dos outros [...]” (Psiquiatra).

“[...] ele planeja, ele calcula detalhe, ele vai toma banho, faz as unhas, ele se cuida, visualiza, a cena todinha, planeja o dia que vai pegar, tanto que no processo dele se você lê você vai ver ele não faz por impulso, ele faz tudo planejado, mais um caso de reincidência [...]” (Agente).

4. Resultados e Discussão

4.1 Significados De Família E Do Tratamento Realizado No HCTP

Na sequência e na expectativa de apreender os significados constituídos pelos sujeitos entrevistados nessa pesquisa e nos relatos dos usuários acerca de família e da possível melhora dos usuários após o cuidado dentro do HCTP, passa para a articulação dos indicadores em núcleos de significação. Os critérios que irão reger a organização dos dados nessa fase serão ainda os de similaridade, complementaridade e contradição como ensinam Aguiar e Ozella (2006).

A análise partiu das entrevistas com os profissionais e das falas dos internos durante os 12 encontros realizados pela terapia ocupacional. Os núcleos de significação foram construídos por meio da inter-relação entre todos os indicadores das entrevistas e relatos. Na análise global, os temas foram categorizados em três grupos de núcleos de significação.

4.1.1 Os significados sobre família e sobre a possível melhora dos usuários após o cuidado dentro do HCTP

Quadro 1 – Núcleos de Significação.

UNIDADES TEMÁTICAS	NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO
A – Que família é essa?	a.1) Um caso à parte: o acolher como escolha, a perseverança e a necessidade do cuidar a.2) Que amor é esse? a.3) Te amo aqui dentro, te odeio lá fora! a.4) O abandono: rejeição de todos e por todos a.5) Mutilação: pagamento de dívida
B – Que cuidado é esse?	b.1) Permanência do quadro: nada muda b.2) Pode acreditar: eu mudei! b.3) Posso queimar minha língua: mas acredito b.4) De volta ao lar: Um risco b.5) A realidade não condiz com a necessidade: a rede despedaçada
C- O que é família?	c.1) Minha casa minha Família. c.2) O sangue que corre nas veias c.3) Família: um sangue que corre nas mãos c.4) Um sonho em tê-la c.5) E na parede do meu quarto ainda está o seu retrato! c.6) Veneno: a parte triste da história c.7) Segunda sentença

Fonte: Autores.

A – Que família é essa?

Foi possível perceber durante a análise que a forma com que os sujeitos da pesquisa veem o significado de “Família” pode ser caracterizado pela maneira com que a mesma se mantém presente ou não no tratamento do interno. Os sujeitos, também, falam a partir do que essas relações podem resultar, não falando o que ela é, mas sim, o que ela permite ou o que se consegue por meio dela nos atendimentos.

a.1) Um caso à parte: o acolher como escolha, a perseverança e a necessidade do cuidar

É importante se fazer destacar o papel da família em todo o processo de reabilitação do interno dentro do HCTP, sendo um importante meio para que seu ente consiga cumprir de maneira satisfatória seu período dentro da instituição. Quando pensa na ideia de que o detento deve ser tratado com dignidade e respeito, é necessário estender isso a sua família.

Pois, é bastante importante encarar a família do interno como fonte principal para se obter a ressocialização do mesmo. Neste conteúdo a família apoia o interno com amor e acolhimento, dando todo o cuidado necessário e até mesmo podendo passar por julgamentos externos.

“[...]a família ama ele de paixão, mãe, pai, irmão visita ele aqui, a irmã já doente, tá tomando remédio de tanto problema com ele e a mãe também já tá ficando doente, cansada de tanto stress, de tanta coisa, sobrecarrega né? Mas assim é muito, muito amoroso, a mãe adora, ama de paixão esse filho, muito parceira, a filha também vem visitar e ele é muito amoroso com a filha [...]” (Psicóloga 1).

Dessa maneira, no cumprimento da pena privativa de liberdade, o detento acaba ficando vulnerável e nesse momento a família deve agir fortalecendo e auxiliando-o a obter um bom comportamento e, conseqüentemente enseja a progressão de sua pena.

a.2) Que amor é esse?

Percebe-se nas falas abaixo quanto o papel de filho significa para uma mãe, independente sob qual circunstância, seja livre ou em cárcere. E também, o quanto a relação entre marido-mulher, neste tipo de ambiente, às vezes, pode não se abalar, podendo indicar uma dependência afetiva.

“[...] ele se casou, casou e tenho pena sabe? Dos parentes[...] a mãe não, porque a mãe independentemente do crime do cara que cometa, mãe é mãe, mas a mulher tem opções pode escolher com quem quer conviver do lado dela, ela não é obrigada a conviver com um cara que tem essa índole [...] eu até suspeito se o problema é só nele ou também nela? [...]” (Agente).

“[...]a mãe dele conhece as regras, ela não pode dizer que desconhece por que é bem claro [...] ele já a convenceu de trazer coisas erradas pra cá, e ela já trouxe escondido pra ele [...] o que é que a gente vai esperar quando ele sair e for viver com essa mãe? Ela não tem como ter um comportamento diferente [...] porque mãe é mãe. E se o filho pediu, ou a seduziu ela vai dá um jeito de atender o desejo dele [...]” (Psicóloga 1).

Assim, mesmo havendo consciência dos delitos cometidos os laços se permanecem e que segundo Mirabete (2002) essas conexões afetivas, sociais e familiares quando mantidas são sólidas bases para afastar os internos da delinquência.

a.3) Te amo aqui dentro, te odeio lá fora!

Um aspecto muito evidente é na radical mudança que ocorre na relação familiar. Pois quando o interno está fora da instituição, sem tratamento e com uma vida desregrada, a família torna-se o alvo negativo por estar mais perto do sujeito. No entanto, quando está na instituição, a família passa a ser seu motivo de melhora. A agressividade se transforma em carinho e os gritos transformam-se em voz mansa, carregadas de promessas e mudanças.

“[...]a agressão dele era toda com a mãe, por que queria dinheiro, queria as coisas, e aí ele ficava desorientado e agredia ela [...] agora aqui dentro ele recebe a visita da mãe, uma pessoa já de idade, mas que está aqui sempre [...] é muito amorosa com ele e ele quando ela está aqui também demonstra um amor e uma preocupação grande com ela, falando o tempo todo que ela é tudo para ele [...]” (Assistente Social)

Por um outro lado, a família pode desanimar do cuidado, devido as diversas reincididas e falsas promessas, cogitando desistir desse sujeito, mas isso, na grande maioria das vezes, dura apenas nos primeiros momentos, pois logo a família está de volta, como se nada tivesse acontecido e acreditando que tudo pode ser novamente diferente e que dessa vez ele está falando a verdade.

“[...] ela prestou várias queixas e depois retirava, terminou nessa que foi preso, mas lembro que uma vez ela me procurou no consultório toda roxa dele segurar ela, mas sempre ela com pena de denunciar ele né, como mãe, mas dessa vez ela denunciou e ficou com pena, mas ele já estava aqui [...]” (Psiquiatra).

a.4) O abandono: rejeição de todos e por todos.

Em alguns casos foi possível perceber que a família não conseguiu “perdoar” ou aceitar o delito. Agindo de forma que esse sujeito não faz mais parte de suas vidas e nem do núcleo familiar. Sendo assim, quando se pensa no sujeito dentro de uma instituição, as suas relações familiares ficam enfraquecidas. E apesar do cárcere o afastar do convívio familiar e da sociedade, este sujeito se reduz a tão somente como um criminoso.

“[...]depois que mãe veio eu conversei com a mãe [...] o coração da mãe é um diamante, a mãe não expressou qualquer afetividade e pior ela expressou falta de carinho com o filho quase sete anos depois que veio né? e ela é casada com um sujeito que trabalha lá não sei aonde e vive com ele e não quer o filho com ela, simplesmente não quer [...]” (Psicóloga 1)

Na fala fica claro uma única coisa, o que se passa na cabeça dessa mãe é a raiva e a não compreensão, a falta de afetividade não a incomoda e que a existência do seu filho é como uma inexistência.

“[...] ele matou um tio que era assim o arrimo da família então todos da família se sentiram muito ofendidos [...] era uma pessoa muito querida da comunidade, do povoado onde eles moram [...] todos gostavam dessa pessoa, então hoje vai ter uma dificuldade não só de enfrentar o que já enfrentava que era o relacionamento familiar como da comunidade que fazia parte [...] ele hoje é “rejeitado”, a sociedade não quer nem vê mais ele lá. [...] até a própria família foi afetada, a família do tio, os primos alguns chegam a comentar que não tem mais ele como primo e pedem que ele não pisem lá [...] inclusive a mãe por morar lá se sente, às vezes, até ameaçada, acuada [...]” (Assistente Social).

Todavia, é possível perceber na fala acima, que o estigma não se limita a quem diretamente o recebe, atingindo também aqueles que com ele convivem. Trata-se do que Goffman (1988) denominou “estigma de cortesia”, o qual se inclui na série de punições a que os familiares dos encarcerados são submetidos.

“[...] às vezes a assistente social liga e consegue falar com um dos familiares [...] pegando um pouco de notícia dos filhos para passar pra ela [...] ela se emociona, a gente tenta passar pra ela que mesmo que ela venha a ser desinternada que não procure os filhos porque não é o momento [...] ela tem que deixar eles crescerem e entenderem a lidar com ela pelo que aconteceu, para ver se essa mágoa diminui [...] ninguém realmente quer saber dela, nem notícias [...]” (Psicóloga 2).

Já nesta outra fala, fica claro a vontade e desejo da interna ter contato novamente com sua família ou apenas saber notícias, mas apesar de saber a importância dessa interação, em alguns casos é impossível, mesmo que temporariamente, e mesmo fazendo diferentes tentativas. Com a internação e/ou após o que o interno veio a cometer, ele é retirado do seu posto social (e familiar), impondo-lhe exclusão. A consequência direta é a dor, podendo ser atenuado ainda mais pelo afeto inexistente das relações familiares.

a.5) Mutilação: pagamento de dívida

A importância da família para os sujeitos que estão em instituições de longa permanência é muito evidente, na fala abaixo o sujeito não aceita o seu abandono e por isso tenta se punir pelo que fez, se sentindo culpado por não mais ser aceito ou até mesmo, tentando chamar a atenção para que consiga ser visto novamente pela sua família.

“[...] ela já veio visitar de muita insistência, ela veio duas vezes ou três, não me lembro, a primeira vez que ela veio ele se agarrava com ela, chorava, chorava, igual a um bebê, chorava [...] depois criou expectativa dela vir novamente, e ela não vinha, e quando chegava a visita de todo mundo e não vinha a dele, ele chorava igual a um menino, aí teve uma vez que teve que isolar ele, ele rasgou a barriga toda, autoflagelo sabe? por que a mãe não veio [...]” (Psicóloga 1).

Nesse contexto, percebe-se o quão difícil é ser penalizado judicialmente em consonância com a sentença do esquecimento familiar. Não obstante, não resolvendo esse fator interno, o interno vê no autoflagelo um meio para a sua penalização, ficando claro a necessidade da família para esse sujeito. Tornando também o esquecimento familiar fator crucial para os sujeitos logo quando saem da prisão, pois podem cometer outro delito em um pequeno intervalo, o que torna a falta de apoio familiar uma das principais causas da reincidência criminal (Figueiredo et al., 2009)

B – Que cuidado é esse?

O profissional tem que passar para o interno as resolutividades do seu trabalho, mesmo que não veja mudança no quadro do paciente. Sendo assim, deve conduzir e incentivar o sujeito a trilhar um caminho numa busca por sua melhora. Por conseguinte, quando se fala de ressocialização é importante que a família haja como verdadeiro elo entre interno e sociedade, atuando na minimização do estigma e garantindo o sucesso dessa interação.

b.1) Permanência do quadro: nada muda

Nas falas abaixo percebe-se que os profissionais desacreditam numa mudança dos pacientes, uns por conta de sua experiência e outros por conta do diagnóstico que detêm o paciente. Segundo a percepção dos profissionais isso não imputa a saída do paciente da instituição, mas se vier acontecer que seja de forma cautelosa e mais assistida.

“[...] o quadro dele é permanente, ele pode ter uma pausa [...] mas não acredito em uma melhora [...]” (Psicóloga 1).

“[...] a personalidade dele não nega [...] ele vai errar de novo [...] ele vai errar eu acho que ele é um criminoso irreversível, porque o tipo de crime que ele pratica, ele não tem controle, é uma compulsão [...] eu acredito que ele sabe que está errado, pode até não querer fazer, mas ele vai lá e faz, porque é compulsivo [...] é compulsão, como se o superego não fosse o suficiente para você não cometer o delito [...]” (Psicóloga 2).

“[...] quando ele sair ele vai praticar de novo [...] na minha visão não existe ex-estuprador [...] existe ex homicida [...] você pode matar hoje uma pessoa e não matar mais, mas estuprador seja ele de menor, uma pessoa idosa, ele sempre vai estuprar [...] pela minha experiência que são mais de doze anos, todos que cometeram esse tipo de crime reincidiram, todos. Não teve um que disse esse aqui foi exceção, todos sem exceção [...]” (Agente).

O modo que o profissional olha para o interno depende segundo Lauermaann & Borges (2014) dos seus sentidos, valores, significados e atitudes, ainda considerando suas culturas e situações sociopolíticas em que estão inseridos, as autoras ainda relatam que ouvir o que diz os internos, ou seja, aqueles a quem os profissionais estão prestando seu serviço, tem grande valia para uma criação de vínculo, o que torna a adesão do tratamento algo mais possível e possibilita maior iteração o que garante um respeito de ambas as partes, inclusive, que o profissional tenha sobre esse detento uma maior perspectiva.

b.2) Pode acreditar: eu mudei!

Sabe-se que uma das características da pessoa com transtorno de personalidade é o poder de sedução e persuasão para obter algo ao seu favor. Nessa fala abaixo, fica evidente o quanto isso é concretizado e recorrente em ambientes de tratamento.

“[...] então a personalidade dele também é defeituosa, ele diz a você o que você quer ouvir, ele tem perspicácia, tenta te convencer que é uma pessoa boa, religiosa, e por trás não é nada daquilo, então assim foi feita uma avaliação dele recente e eu neguei a saída dele daqui, e ele tenta ser essa pessoa boazinha [...]outro dia outro interno disse que tava enojado lá dentro dele contado das coisas que ele fez...do requinte, como fez, como vítima sofreu, coisas desses tipo [...] logo depois de falar para mim que tinha mudado e se arrependido [...] ele não controla [...] incontrolável, não consegue frear, pois é prazeroso para ele [...] o prazer dele está nos sofrimento da vítima [...]” (Psiquiatra).

Soares (2010) relata a dificuldade que a maioria dos profissionais tem em aceitar que os serviços possam ajudar pacientes com diagnóstico de transtorno de personalidade, pois, os sujeitos com este diagnóstico têm dificuldade em aderir a qualquer tipo de tratamento e, também, em aceitarem que precisam modificar alguma coisa em suas vidas. Ainda, existe a dificuldade do cuidar e/ou aceitar esse interno, pois essa clientela desperta diversos sentimentos negativos na equipe de saúde mental, que percebem alguns tipos como hostis, manipuladores, não cooperativos, frios, sem sentimento de culpa e sedutores, trazendo características que dependendo do ponto de vista seria maldade e amoralidade, portanto não podem ser consideradas doenças.

O tratamento desses transtornos é bastante difícil e demorado, pois em se tratando de mudança de caráter, os indivíduos com transtorno de personalidade antissocial teriam que mudar seu “jeito de ser”, para que o tratamento fosse efetivo. Além disso, a procura pelo atendimento é geralmente estimulada pelos familiares e/ou amigos, que são muito mais incomodados pelos transtornos que o próprio indivíduo. O que mostra, mais uma vez, a necessidade de participação e acompanhamento dos familiares para um prognóstico possível e positivo.

b.3) Posso queimar minha língua, mas acredito.

Em contrapartida essa parte mostra que há casos em que os profissionais acreditam que existe a possibilidade da ressocialização, uma vez que, haja suporte e assistência fora âmbito de reclusão por parte do Estado e núcleo familiar como grande fator ressocializador.

“[...] ele é um cara família, é um cara que eu acho que dificilmente vai reincidir, posso até me enganar, por que problema de família todo mundo tem né? [...] por isso que digo ele pode até reincidir, mas acho difícil, posso até queimar minha língua [...]” (Agente).

“[...] é sim uma pessoa que enxergo uma boa saída [...] acredito [...]” (Psiquiatra)

Nas falas acima pode perceber que os sujeitos segundo a ótica dos profissionais, tende a crer na perspectiva de uma ressocialização. No entanto, as expectativas dos profissionais para grandes mudanças são geralmente frustradas, infelizmente, pois a reincidência é muito frequente, por diversas causas como: dificuldade de aceitar dar continuidade ao tratamento fora da instituição, apoio familiar precário após a saída do HCTP e a própria dificuldade dos serviços para o acolhimento desse sujeito.

Não esquecendo, que a melhora é lenta e gradual e que nos casos mais graves como transtorno de personalidade antissocial, pode ainda não ocorrer.

b.4) De volta ao lar: Um risco

Uma das propostas de ressocialização é o retorno do sujeito ao seu seio familiar, por isso, dentro das instituições é tão importante tentar se fazer a conexão entre interno e família, para que em sua saída possa receber esse sujeito da melhor maneira possível. Entretanto, muitas vezes há o questionamento se esse ambiente está preparado para receber esse sujeito, ou se o mesmo demonstra vontade de voltar a esse lar.

“[...] mas no momento ela não tem condições de ir [...] sair daqui não, até por que ela poderia colocar a vida em risco né, das pessoas, até daqueles que iria acolhê-la né [...] a família, por conta dessa agressividade, esse descontrole dela né [...] desses altos e baixos que tem [...]” (Diretora).

Percebe-se nessa fala que muitos dos internos continuam em privação de liberdade por causa da sua periculosidade para com a sociedade e o seu núcleo familiar. Demonstrando assim a necessidade da continuidade do desenvolvimento de ações eficazes que potencializem a autonomia e o desenvolvimento da cidadania nos indivíduos, que continuam sendo estigmatizados e segregados, além de seu processo de emancipação.

b.5) A realidade não condiz com a necessidade: a rede despedaçada

Pelo que foi apontado pelos entrevistados, uma das maiores dificuldades de ressocialização é a falta de assistência da rede e um caráter mais efetivo dos serviços extra hospitalares como, os CAPS, uma vez que necessita-se de um olhar mais singular às necessidades do indivíduo e família

“[...] acredito que havendo acompanhamento regular de uma equipe de saúde da rede de atenção em nível ambulatorial e familiar o interno tem grande chance de reintegração sócio familiar [...]” (Psicóloga 1).

De acordo com a Reforma Psiquiátrica, no lugar da manutenção do tratamento manicomial, o indivíduo com transtorno mental, deve ser mantido em convívio social, dentro do seu contexto, sendo os cuidados baseados nos recursos oferecidos pelo território. No entanto, segundo Brasil (2005), apenas uma organização em rede de tais serviços possibilita a construção de um conjunto vivo, capaz de acolher a complexidade das demandas dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Assim, se essa rede for pouco cuidada para Viganol (2012), pode se tornar pior que o manicômio, sendo que uma das dificuldades para desenvolver o trabalho em rede é a falta de sensibilidade e de uma atitude ética da equipe, como um lugar vazio do real e necessário conhecimento dos sujeitos que demanda o cuidado.

C - O que Família para mim?

Os significados de família podem ser definidos por vários autores de acordo as culturas, valores e fatores sócios históricos de cada núcleo. Na pesquisa cada participante trouxe por meio de suas próprias experiências aquilo que significa ou significou família para cada um deles, mensurando a importância e relevância de tê-las ao seu lado, estando eles livres ou em âmbito de tratamento. Foram através de explicações das suas atividades que se deu essas falas, mostrando a família por suas singularidades.

c.1) Minha casa minha Família

Na fala abaixo a interna compreende que o espaço onde habita é o seu lar provisório, fazendo-a entender e acreditar que as pessoas que ali trabalham, transitam e cumprem, também, um tratamento podem ser vistas ou consideradas como sua família.

“[...] família, no momento, pra mim é o HCTP. Ai, tem esse preto, o vermelho... esses pontinhos brancos são meus filhos, meus netos... E as minhas companheiras de cela também estão comigo, as psicólogas. [...] ai no momento a família que eu tenho agora é o HCTP. E também tem os pontinhos que são vocês também... Família pra mim está sendo por enquanto isso[...].” (Marta).

Boff (1999, p.11), chama atenção para o paradoxo:

Sociedade contemporânea, chamada sociedade do conhecimento e da comunicação, está criando, contraditoriamente, cada vez mais incomunicação e solidão nessas pessoas... O mundo virtual criou um novo habitat para o ser humano, caracterizado pelo encapsulamento sobre si mesmo e pela falta do toque, tato e do cuidado humano.

Ou seja, Boff (1999) traz, a obrigação e aprendizado técnico e científico que os profissionais de saúde precisam alcançar, mas impedindo os mesmos de uma aproximação com aquele que cuida, não sendo possível alcançar um cuidado mais acolhedor e humano.

De maneira diferente, a interna traz a diferença de como se sentiu cuidada e acolhida pela equipe do hospital, comparando o local como a sua casa, e as pessoas como sendo a sua família, isso remete uma das figuras exemplares de cuidado, Madre Tereza de Calcutá, que coloca “é mais importante tocar que curar. A mão que toca, cura porque leva carícia, devolve confiança, oferece acolhida e manifesta cuidado. A mão faz nascer a essência humana naqueles que são tocados, mas que remédios é essa atitude de cuidado essencial que cura e resgata a humanidade ferida.

Dessa maneira fica claro a necessidade de não simplesmente cuidar de maneira técnica e mecânica, dentro de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, mas sim dar atenção, importar-se, exercer empatia, inquietar-se e preocupar-se, esquecendo o julgamento. Pois somente assim, se pode colaborar de forma real com a possível melhora dos internos

c.2) Família: o sangue que corre nas veias

Percebe-se nesses relatos que as internas compreendem seio familiar àqueles com quem tem laços consanguíneos, trazendo a importância do ser mãe.

“[...] então, pra mim vida são meus filhos, a minha família[...].” (Marta).

“[...]Jolhe, é o seguinte aqui... porque nós família somos que nem uma natureza, que nem uma árvore. Nós nasce, cresce, produz e morre. Ai no caso é o seguinte... ai como eu tenho dois filhos, um de 8 e outro de 13 anos, e tenho a minha mãe, ai eles são tudo pra mim. Nós sem uma mãe e sem os nossos filhos, nós não somos ninguém[...]” (Laura).

Essa relação mostra a necessidade de uma orientação e acompanhamento por uma equipe de saúde mental com a família do interno, esclarecendo a necessidade da aceitação e reaproximação com este. Não permitindo o abandono, mas sim o reconhecimento, principalmente pela família, de que o interno jamais deixou de ser cidadão, atenuando os reflexos negativos da privação de liberdade, pois o apoio proativo da família é inafastável.

c.3) Família: um sangue que corre nas mãos

Nesse discurso observa-se que o vínculo familiar não trouxe um prestígio ao elo já existente entre esse sujeito e o seu núcleo, deixando transparecer a fragilidade que este mantém dentro do seu próprio seio familiar. Uma vez que esse tipo de crime venha a ser considerado hediondo, ato já previsto no art. 1º, inciso VI, da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990º. Segundo Neto (1997) a sentença ou a penalização desses sujeitos levam em consideração o estado que se encontrava esse indivíduo para que se tornasse infrator.

“[...]esse é como eu fiz o homicídio do meu tio[...] representa o conflito, o que eu fiz [...]” (Milton).

Na fala acima, o interno verbaliza a cena do delito, uma vez que o mesmo não traz sentimento em sua fala, o que deixa claro que não consegue racionalizar o que cometeu, em uma ótica psiquiátrica o interno se encontrava em um suposto quadro de crise ou surto, fato que não justifica a ação, mas, que modifica a forma de sentenciar e tratar sujeitos do tipo.

c.4) Família um sonho em tê-la

A frase abaixo mostra a lamentação de um dos sujeitos por não ter concretizado o projeto de ter uma família consolidada, transferindo toda culpabilidade às drogas, mas ainda detém o sonho de construir a sua própria família, o que o impulsiona a buscar sua melhora e continuidade no tratamento. No entanto, somente a pena não consegue reintegrar o sujeito recluso, é importante que com ela advenha a participação familiar para que se alcance os resultados mais favoráveis a reintegração, pois para muitos a família é o motivo de sua saída e para outros, o sonho em tê-la torna-se o maior incentivo de sair do ambiente de tratamento, com o objetivo de fazer diferente daquilo que viveu ou ser aquilo que sempre sonhou.

“[...] teria me casado e tido filhos, pra mim é um sonho ter filhos, entendeu? E terminaria os estudos. E são coisas que ainda dar para alcançar, né? [...] eu teria terminado os estudos, teria me casado, tido filhos. Eu tive oportunidade de casar, não casei porque usava drogas. Ai botei na cabeça eu vou me casar quando terminar os estudos e não usar mais drogas. Ai tá ai meu fim... eu gostava muito da pessoa, e até ainda gosto[...]” (Elias).

Há situações em que o abandono familiar é mais que viver na solidão, o desprezo da família pode ser o impedimento para um novo começo ou o fim do desejo e/ou sonho de construir algo novo, como uma família.

c.5) E na parede do meu quarto ainda está o seu retrato...

Nesse contexto é perceptível, que a falta de contato com qualquer familiar ou pessoa com quem se tenha laços de afinidade e afetividade, prejudica muito o tratamento do recluso, podendo trazer até solidão ao sujeito internado. Na fala abaixo a interna compara família com “VIDA”, colocando que nada tem sentido ou necessidade se não tiver uma família por perto.

“[...] eles são falecidos [...] os meus pais. Meu pai e minha mãe [...] eu fiz esse retrato porque eu me lembrei de uma foto deles, que foi a primeira foto deles quando eles casaram [...] aí é muito feliz de vê meus pais[...]aí foi o que veio na minha mente e me lembrei dos meus pais[...]E eu também lembrei mais porque hoje é o dia do aniversário da minha menininha [...] meus pais, meus filhos [...] então vida pra mim é a minha família, não importa objeto, não importa alimentação, nada! Você teve a sua família ali unida, sua família ali lhe acompanhando nos piores momentos ou nos melhores momentos, pra mim ali é vida. Vida!” (Marta).

De acordo com Santa Rita (2006) essa solidão pode ser experimentada de forma diferente pelos gêneros, notando que homens quando são reclusos não são em sua maioria abandonados, ao contrário, das mulheres, havendo a quebra dos vínculos familiares, haja vista a mulher se tornar mais vulnerável por perder, além da liberdade, seu papel de mulher, de esposa, de mãe e de filha.

c.6) Veneno: a parte triste da história

“[...]a família mesmo né [...] forte. [...] aqui [...] são duas fases né [...] como foi e como quero que seja [...] esse lado é o que não quero mais, aqui teve muita tristeza e o outro como quero que seja [...] tá branco [...] aí tem o veneno [...] começa pela cabeça e vai mudando [...] aqui o veneno, a parte que não quero mais [...] mas é isso mesmo por que é forte e pela cauda ela se sustenta [...]” (Valdir).

Na fala, o sujeito diz o que o deixa triste, também fala da morte de uma irmã que o protegeu de um acidente e que lamenta dizendo que deveria ser ele, pois ela era boa, ela poderia ter feito muita coisa diferente, ao contrário dele. Isso mostra a família como um núcleo forte e de capacidade para sustentação emocional.

c.7) Segunda sentença

A ressocialização é considerada por alguns autores como sendo utópica, sendo assim, é importante elucidar que se houvesse a garantia desta, visando o convívio social, de forma a incluir a subjetividade do sujeito, não resultaria tanto na (re) marginalização. Uma pessoa agredida e tratada com violência desde cedo na vida, possivelmente pode, tornar-se um agressor violento, reproduzindo o inferno no qual viveu a sua infância.

O ciclo vicioso acontece quando as vítimas de traumas na infância, reprimem e não superam os sentimentos de forma consciente, reproduzindo na adolescência ou vida adulta as atrocidades vivenciadas. Deve-se levar em consideração que esses sujeito hoje delituoso, cumpridor de pena, um dia passou por uma sentença de medo e fraqueza (Miller, 1997), tornando o cárcere e/ou julgamento a sua segunda sentença.

“[...] aí é onde eu acho que muitas vezes eles estão aqui por uma segunda sentença, a primeira sentença foi a vida lá fora, a falta de assistência de tudo e segunda sentença é essa aqui [...]” (Psicóloga 2).

“[...] quando pequeno foi abusado sexualmente, ele viu a mãe ser abusada, é uma família pobre, é um sujeito flutuante, já morou já viveu em vários lugares, tem uma experiência de vida muito ruim, praticou crimes muito graves, ele admite que praticou [...]” (Psicóloga 2).

“[...] espero que ele tenha consciência né [...] até por que você volta para o mesmo lugar, é como pegar você limpo e colocar no ambiente sujo, o sujo que a gente fala é a própria família, não é que a mãe dele não seja uma pessoa preocupada com ele, mas o ambiente ali já está contaminado, não representa e não reconstrói mais nada pra ele [...]” (Assistente Social).

“[...] aí foi me dizer que acha que ele tem problemas por que o pai era meio desequilibrado [...] que logo cedo levou ele pra um prostíbulo, e pagou a uma prostituta para fazer tudo [...] ela diz que não sabe o que essa prostituta fez que deixou ele desse jeito, ela vem visitar ele muito pouco [...] ela acha que um dia ela pegou o pai bêbado com ele, como se fosse beijar na boca, ela acha também que o pai poderia ter abusado dele, mas ele me disse que o pai não abusou, o que ele contou pra gente, e que o irmão também contou a muito tempo atrás, quando fui avaliar ele, que a mãe e o

pai trabalhava, então, colocou uma babá, e essa babá abusava dele [...] e a partir disso ele começou a querer isso da mesma forma [...]” (Psiquiatra).

Nas falas acima pode-se perceber que o passado e o ambiente em que o sujeito um dia pertenceu são fatores a serem observados, para que se entenda o atual estado deste, em uma perspectiva de compreender “**Que indivíduo é esse ou o que se tornou e por que?**”, se é que existe alguma explicação para cada uma dessas perguntas.

Mas tentar como profissional da Saúde Mental, sem julgamento, ter como ponto de partida, compreender de maneira empática que esse sujeito tem uma história, um passado, com medos, dificuldades, insegurança e que se encontrava em um caminho perdido, por isso, precisa salientar a esse sujeito “**Que o passado não pode ser mais mudado, mas que o seu futuro poderia e poderá ser diferente, se ele quiser e buscar**”, com todo o nosso apoio e ajuda.

5. Considerações Finais

Através desta pesquisa, pode-se perceber que os núcleos familiares desses sujeitos em sua maioria mantêm os seus elos e não permitem que os delitos cometidos dissolvam a conexão entre interno e família. Mas, o estigma não atinge somente aos internos como também todos que de certa forma estão ligados a ele, o que pode ser compreendida como uma pena compartilhada. Dentro da percepção do trabalho, também, aparece como esses papéis familiares foram afetados pelo encarceramento, de modo que quando esses sujeitos estão reclusos passam a não os executar, apesar de mantê-los. Deixando clara a importância da Terapia Ocupacional nesse ambiente para recuperação e manutenção desses papéis, além, do fortalecimento dos mesmos, quando se existe. A escassez de referências que contemplem a terapia ocupacional e o tema da pesquisa é bastante relevante, o que dificultou trazer maior quantidade de referências, principalmente mais atuais. Além disso, evidencia a importância e necessidade da realização de trabalhos futuros com esta temática estudada.

Referências

- Aguiar, W. M. J., & Ozella, S. (2006). Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(2), 222-245.
- Basaglia, F., & Basaglia, F. (1979). *O homem no pelourinho*. Tradução IPSO- Instituto de Psiquiatria Social.
- Birman, J. (1979). *A psiquiatria com discurso da moralidade*. Graal.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF.
- Brasil. Lei Maria da Penha. (2006). Lei n. 11.340/2006. *Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Presidência da República.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Vozes.
- Bravo, O. A. (2007). As prisões da loucura, a loucura das prisões. *Psicologia & Sociedade*. 19(2), 34-41.
- Carvalho, F. (2003). *Barbacena: 100 anos de psiquiatria*. Cidade de Barbacena.
- Cordeiro, J. J. R. et al. (2007). Cross-cultural reproducibility of the Brazilian portuguese version of the role checklist for persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Occup. Ther.*, 61(1), 33-40.
- Dantas, M. A. F., & Chaves, A. (2007). M. Saúde custodiada: Representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27, 342-357.
- Figueiredo, N. et al. (2009). *A ressocialização do preso na realidade brasileira: perspectivas para as políticas públicas*. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XII, n. 65, jun.
- Freitas, L. C. (2002). *A internacionalização da exclusão*. Educação e Sociedade (online). 23(80).
- Garbayo, J., & Argolo, M. (2008). Crime e doença psiquiátrica - perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria (UFRJ. Impresso)*, 57, 247-252.

- Goffman, E. (1988). *Estigma: Estigma notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, prisões e conventos*. (7a ed.), Perspectiva.
- Lauermann, J. D. & Borges, Z. N. (2014). Saúde mental e hospitalização: qual a percepção dos profissionais da saúde? *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 13, p. 11-20.
- Miller, A. (1997). *O Drama da Criança bem-dotada*. Summus.
- Millani, H. F. B. & Valente, M. L. L. C. (2008). O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.) 4(2), 00-00.
- Minayo, M. C. S. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), 239-48.
- Mirabete, J. F. (2002). *Execução Penal*. (10a ed.), Atlas.
- Neto, V. A. (1997). *Crimes Hediondos. Lei nº 8.072, dev 25 julho de 1990*. Editora de Direito.
- Santana, C. et al. (2009). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 58(3)
- Santa Rita, R. P. (2006). *Mães e crianças atrás das grades: em questão o princípio da dignidade da pessoa humana*. 2006. 162 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília.
- Santos, M. L. S. C., Souza, F. S., & Santos, C. V. S. C. (2006). As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator. *Texto Contexto Enfermagem*, 15: 79-87.
- Soares, M. H. (201). Estudos sobre transtornos de personalidade Antissocial e Boderline. *Acta Paul Enfermagem*, 23 (6): 852-858.
- Souza, A. C. S. (2014). Considerações sobre a atuação da terapia ocupacional no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: O campo psicossocial versus o campo psiquiátrico legal. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22, 627-633.
- Vygotsky, L. S. (1991). *A formação social da mente*. (4a.ed.), Martins Fontes.
- Viganol, C. *Novas conferências*. (2a ed.), SCRIPTUN LIVROS.