

A CONDUÇÃO DO PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO AO HOSPITAL EM SEUS MOMENTOS DE CRISE

Renata Pereira de Souza

Cabo da PMMG, Aluna de Psicologia do Centro Univesitário Newton Paiva

HISTÓRICO DA LOUCURA

É a partir do século XVIII que se inicia o processo de patologização do louco.

No Renascimento, a loucura será caracterizada por dois momentos distintos: inicialmente, em um primeiro momento, a loucura é vista como saber trágico que prediz o fim do mundo, a felicidade e o castigo supremo; no segundo momento, a loucura passa a ser vista como falta de saber, como irregularidade de conduta, defeito, fraqueza e ilusão.

Segundo FOUCAULT (1994), com sua análise da loucura no Renascimento, delinea-se claramente o processo de dominação da loucura trazido pela razão. Esse momento terá como marco filosófico o pensador René Descartes, que irá excluir a loucura do pensamento, afirmando que se alguém pensa, não pode ser louco. Se alguém é louco, não pode pensar. (MACHADO, 1981)

Com isso, é instituído o lugar de saber e se exclui desse saber a loucura, fazendo com que o louco e todos aqueles que escapam às regras morais sejam excluídos da sociedade. Isso é que determina a criação de uma população homogênea, de características específicas, tratando com igualdade os desiguais, proporcionando a inclusão do excluído em uma “massa uniforme” que era então enclausurada nas instituições, que nessa época possuía ainda o caráter de se referir especificamente à loucura. Esse momento é conhecido, na história da loucura, como o grande enclausuramento, cuja função é essencialmente de cunho social, moral e político.

A primeira função do grande enclausuramento é de cunho social, na qual se reduz à questão da liberdade. Em segundo está a religião, na qual a causa da loucura não está apenas nas paixões reprimidas, mas também por não regular o tempo e a imaginação. A civilização também produz a loucura através de um trabalho científico ou por uma sensibilidade dominada pela vida social.

Partindo dessa concepção, a loucura alcançará um novo significado, deixando de ser ausência da razão para ser a perda da natureza própria do homem, interiorizando-se, tornando-se antropológica.

Com a revolução Francesa, os ideais de igualdade, liberdade e fraternidade tomaram valores decisivos para a entrada dos cidadãos na política a fim de promover a ordem e a moral, podendo assim julgar a loucura. Diante das mudanças políticas, há a necessidade de desinstitucionalização dos segregados sociais tais como os doentes venéreos, as prostitutas, os feiticeiros e os libertinos. A partir daí, a medicina tomou para si a loucura, transformando-a em doença mental. Sob este aspecto, a individualização da loucura vai significar a criação de instituições destinadas exclusivamente aos loucos.

Os procedimentos adotados no interior das casas de reclusão para produzir a cura serão efetivamente técnicas de controle, relações de forças unilaterais que se formulam em termos de autoridade e de domínio, sendo a ação do psiquiatra, moral e social.

Podemos pensar neste momento a respeito da herança moral das doenças mentais, onde até na contemporaneidade escuta-se o relato preconceituoso em relação ao portador de sofrimento psíquico. Essa herança se encontra no próprio portador de sofrimento psíquico quando este nos diz que está bem, que ajuda na enfermaria, que não roubou, não matou, discutindo até a respeito da sua própria internação e não tem nenhum problema, que seu corpo está perfeito e que ele não necessita permanecer internado.

A partir daí, o paciente perde seu direito de participação no contrato social já estabelecido pela sociedade. O louco já se vê excluído dos seus direitos de cidadania e incluído para sempre na reclusão das casas de internação.

Sem “status de cidadão”, o portador de sofrimento psíquico não tem deveres e perde seus direitos. Não lhe é facultada a possibilidade de escolher, uma vez que a sociedade o julga incapaz. Alienado da razão e excluído das punições jurídicas, que não lhe permitem responder por seus próprios atos, entretanto não o impedem de ser indagado pela culpabilidade do delito cometido.

O caráter de exclusão se faz até geograficamente e topologicamente em relação às cidades, uma vez que essas casas de reclusão do louco eram construídas fora das cidades, para que o louco estivesse de fato separado da sociedade a fim de que ela não o visse e não necessitasse lidar com ele e suas questões.

Podemos perceber uma segregação dos diferentes onde se colocam os loucos de um lado e os “normais” de outro lado, mas que também determina um aprisionamento dos “normais”.

A REALIDADE NA CONTEMPORANEIDADE

A realidade das políticas públicas de saúde, na contemporaneidade, no que diz respeito ao segmento da saúde mental, ainda não atende ao volume da demanda atual da população.

No momento, assistimos ao desenvolvimento de uma política de direitos humanos que contempla o portador de sofrimento psíquico como um cidadão que possui direitos. Entretanto, a assistência que lhe é colocada à disposição ainda não é suficiente para atendê-lo e à toda demanda de saúde mental que se constitui ao redor dos serviços alternativos, que vem tentando substituir os espaços de exclusão anteriormente propostos.

A contemporaneidade da luta antimanicomial vem neste momento dar voz ao louco e tenta resgatar a sua cidadania, seus direitos e deveres.

Por outro lado, chama a minha atenção a persistência do discurso moral citado na fala de pacientes, quando estes dizem que já ajudam na enfermaria, já estão fortes e que não cometeram nenhum crime para permanecer internados. Surpreendo-me que ainda na atualidade dos discursos sobre os direitos de cidadania, sejam usados pelos aparelhos de repressão do Estado, especificamente a Polícia Militar, a quem é feito o pedido de auxílio para o encaminhamento do portador de sofrimento psíquico ao hospital pela sociedade e por seus familiares nos seus momentos de crise.

Minha preocupação a respeito do trabalho da Polícia Militar com os portadores de sofrimento psíquico não é pioneira. THOMAS SZASZ, em 1965, se preocupava com o problema da doença mental na administração da justiça. Segundo NOGUEIRA E NASCIMENTO (1994), a Polícia Militar, no Brasil, em 1984 também se preocupava em levantar o número de ocorrências que se caracterizavam como ocorrências de caráter assistencial, englobando então os atendimentos psiquiátricos.

No enorme leque de serviços prestados pela PMMG à sociedade, com o intuito de cumprir seu dever constitucional, inclui-se a assistência de doentes mentais, atendimento que não é prerrogativa dessa polícia, nem desse estado. NOGUEIRA E NASCIMENTO (1994 p. 5).

Essa foi a realidade que me levou a este projeto de estudo e o meu interesse em fazer deste, um projeto de pesquisa que visa recolher tanto a visão do paciente, quanto a visão da Polícia Militar, a consequência deste procedimento na condução clínica, em cada um dos casos.

Cedo colocou-se para mim a dificuldade de fazer deste projeto de estudo um projeto de pesquisa, uma vez que a coleta de dados se fazia no caso a caso, e as informações tinham que ser recolhidas em cada prontuário.

Comecei meu trabalho fazendo uma pesquisa de campo no Leito Crise do Hospital Galba Velloso (HGV), com a leitura de 81 prontuários no período de julho a agosto de 2002 e entrevistas com

alguns¹ pacientes que foram conduzidos até o hospital por viaturas da Polícia Militar no mesmo período. Entrevistei também alguns familiares dos pacientes conduzidos pela Polícia Militar e alguns policiais militares que se dispuseram a falar sobre a forma de condução dos pacientes portadores de sofrimento psíquico.

A pesquisa de prontuários se deu no caso a caso, com o levantamento de dados sobre o motivo da condução, de que maneira esta ocorreu e qual a origem da condução, dividindo-as em 6 classes: condução pela Polícia Militar, pela família, encaminhamento de outros serviços, amigos, sozinho e quando o paciente foi encontrado na rua.

Dediquei a este trabalho de pesquisa três dias por semana, no horário das 15 horas às 18 horas, durante todo o mês de julho e agosto de 2002.

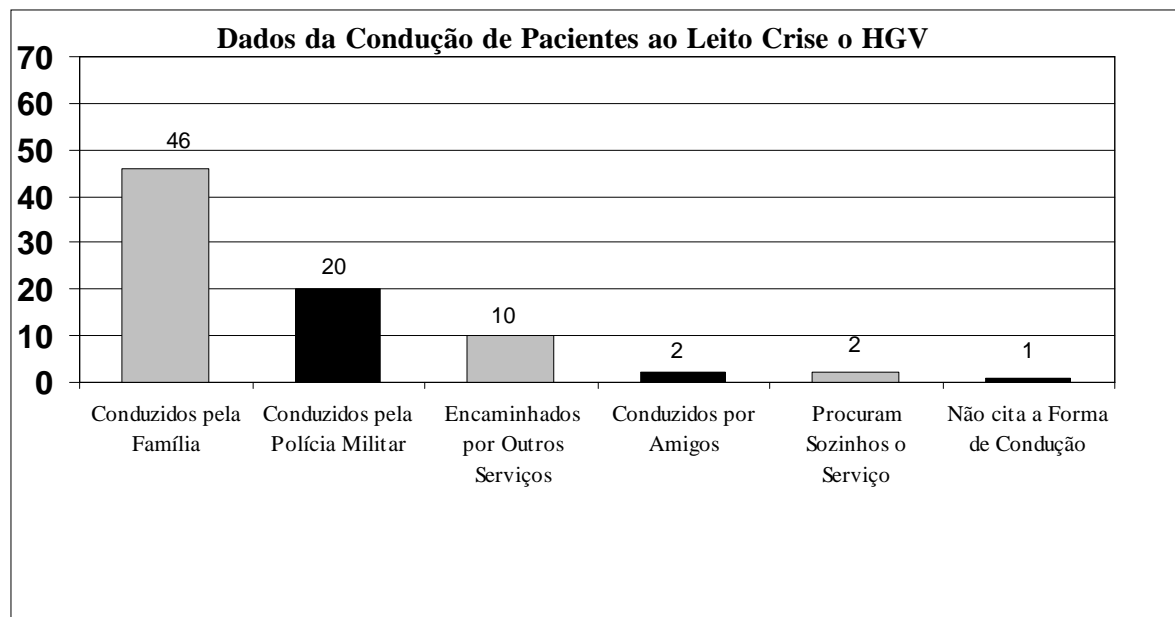
O critério de seleção da amostra foi determinado pelo período de realização da pesquisa de campo, ou seja, todos os pacientes que chegassem ao leito crise do Hospital Galba Velloso no período de julho a agosto de 2002 estavam inseridos nela.

A entrevista realizada com os pacientes conduzidos pela Polícia Militar foi formulada em um modelo semi-estuturado que continham as perguntas:

- 1 - Como você foi conduzido para o Hospital Galba Velloso?
- 2 - De que maneira foi realizada esta condução?
- 3 - Como você se sentiu durante esta condução?

Os dados encontrados em relação à forma como os pacientes chegam ao hospital acima citado estão descritos no gráfico a seguir:

GRÁFICO I - REFERENTE À ESTATÍSTICA DA CONDUÇÃO DE PACIENTES AO HGV



Fonte: Pesquisa em julho e agosto/2002 realizada por Renata Pereira de Souza quanto à condução de pacientes ao Hospital/Dia do Hospital Galba Velloso (HGV). Total de pacientes: 81.

¹ Não foi possível entrevistar todos os pacientes conduzidos ao Leito Crise pela Polícia Militar devido à condição desses pacientes ou pela falta de receptividade dos mesmos.

OS DADOS

Neste trabalho de pesquisa de campo, obtive os seguintes dados:

Nesse período de trabalho tive a oportunidade de examinar 81 prontuários do Leito Crise, sendo que desses prontuários lidos, 46 (quarenta e seis) pacientes foram levados por suas famílias, 20 (vinte) pacientes foram conduzidos em viaturas da Polícia Militar, 10 (dez) pacientes foram encaminhados por outras unidades de atendimento, 02 (dois) pacientes foram levados por amigos, 02 (dois) pacientes foram sozinhos para o hospital. Apenas no caso de 01 (um) paciente, não foi citada a forma de condução deste até o hospital e não houve nenhum caso de paciente levado ao hospital por estarem perdidos na rua ou por indicação dos moradores do local.

Entretanto, os policiais não são os agentes mais adequados para tal serviço, pois não recebem treinamento específico para essa finalidade e são os representantes da coerção dos atos delituosos. Muitas vezes, os policiais são solicitados, pois o paciente se encontra em um estado de grande agitação. Mas, na maioria das vezes, são demandados porque os familiares ou conhecidos do paciente não souberam a quem recorrer, ou não dispunham de meios de condução mais adequados, ou até mesmo de recurso financeiro, o que os leva a acionar a Polícia Militar.

Estudiosos do trabalho policial já têm se preocupado com a realidade de situações de emergência com pessoas “mentalmente perturbadas” BITTNER (2003:71). Segundo BITTNER (2003), os policiais, reconhecem de imediato que são responsáveis pela condução do portador de sofrimento psíquico ao hospital, e que isto faz parte do seu trabalho, mas defendem o fato de que tal tarefa não é apropriada para eles. A situação local também aponta para a mesma realidade:

Inegavelmente a Polícia Militar é uma das maiores encaminhadoras de pacientes à hospitais psiquiátricos, (...) mesmo que tal atuação aconteça sobre um campo paradoxalmente desconhecido por ela e mesmo estrategicamente intocado. (MINAS GERAIS, 1993 CITADO POR NOGUEIRA E NASCIMENTO 1994)

Do ponto de vista dos pacientes portadores de sofrimento psíquico, a condução por policiais é vista com uma certa estranheza, já que no imaginário social existe uma imagem de que a Polícia Militar é dedicada ao combate à criminalidade e à coerção social. A imagem de uma Polícia Comunitária que participa dos problemas sociais ainda não habita o imaginário da maior parte da população. Isso reforça então a fala de alguns pacientes entrevistados que foram conduzidos pela Polícia Militar e relatam sentirem-se humilhados, como se estivessem sendo colocados na categoria “marginal”.

Tal fato nos remete novamente às imagens do grande enclausuramento, citado por FOUCAULT (1994) e ao estigma citado por GOFFMAM (1982).²

Segundo FOUCAULT (1994), o grande enclausuramento assinala uma passagem de uma visão religiosa da pobreza para uma percepção social que atribui à pobreza a negatividade de uma desordem moral e um obstáculo à ordem social, que condena e exige a reclusão do “louco” por sua não participação na sociedade, como uma falta moral.

Lamentavelmente em algumas das vezes, essa condução comporta uma agressão contra o portador de sofrimento psíquico, uma vez que é realizada contra o desejo do paciente, o que provoca nele um sentimento de revolta. A forma de condução realizada pela polícia pode proporcionar uma comparação entre o paciente portador de sofrimento psíquico e um marginal. Isto acontece porque, no entendimento popular, a polícia tem como atividade principal conduzir e trabalhar com os bandidos e não com o sujeito que possui um sofrimento psíquico que o coloca em crise.

Segundo BITTNER (2003), os policiais enfrentam perversão, desorientação, miséria, irresolução e incompetência com muito mais frequência do que qualquer outro agente social. Essa situação dos policiais nos leva a refletir sobre uma possível mudança, a criação de uma equipe diferenciada, preparada emocional

² Para GOFFMAM (1982), o termo estigma é definido como um atributo profundamente depreciativo.

e tecnicamente para o atendimento a esses pacientes, cuja conduta pouparia os outros policiais, despreparados, o desgaste emocional e a falha técnica ao se depararem com esse tipo de condução.

Poderíamos entender como o resquício de uma prática higienista, que deseja limpar a sociedade, o ato de colocar o portador de sofrimento psíquico, o marginal e o sífilítico dentro de um mesmo espaço de reclusão, sem considerar as diferenças individuais de cada grupo, assim como suas necessidades.

Sem dúvida, é necessário pensar alguma mudança em relação a esta realidade.

Na literatura sociológica sobre a polícia, vemos que alguns autores vão analisar tal função como se os agentes policiais fossem uma espécie de “lixeiros da sociedade” MUNIZ, (1999); BAYLEY (2001). Assim, observo que para muitos o fato de os pacientes serem conduzidos ao hospital em viaturas policiais vai reforçar a idéia de que os mesmos sejam uma parcela descartável para essa mesma sociedade. As próprias queixas feitas pelos pacientes evidenciam o mal-estar contido nessa forma de encaminhamento ao hospital psiquiátrico.

Naturalmente, esse fato deve-se à visão de polícia que cada sociedade comporta. Na mesma literatura (BAYLEY, 2001), podemos constatar que a função policial não se limita a coibir a criminalidade, mas que abrange qualquer fato que perturbe a ordem. Assim, se nesse texto, a função da polícia é bem mais ampla e abrange situações como prevenção à desordem, conflitos domésticos, desentendimentos de espécies diversas, orientações aos cidadãos, assistência a doentes, etc, isto não isenta a percepção social de tomá-la ali como um mecanismo de coerção de uma desordem moral.

A visão de BITTNER (2003) sobre a condução do paciente pela polícia é a seguinte:

(...) eles não recebem treinamento de fato e não têm competência nesta área, mas também tais funções não combinam com a concepção oficialmente proposta da principal vocação do policial, pois não envolve nenhuma das habilidades como perspicácia e bravura, que caracterizam a imagem do policial de primeira linha. BITTNER, (2003).

A posição de BITTNER (2003) é compartilhada pela sociedade contemporânea quando no imaginário social a visão dominante da função policial é de que esta lida com a criminalidade, então a situação do ‘louco’ que é conduzido pela polícia vai reforçar a idéia estigmatizante e excludente em relação à loucura.

Talvez, como uma saída para o problema da estigmatização do louco, pudéssemos pensar em um serviço que seja colocado à disposição da sociedade para a condução do paciente portador de sofrimento psíquico em crise até o hospital.

NOTA:

Gostaria de agradecer carinhosamente à Sra. **Capitão PM QOS Maria Carmen Patrocínio** pela orientação na construção deste trabalho, e por seus ensinamentos tão valiosos, e agradecer também a Sra. **Major PM QOS Geralda Eloisa Gonçalves Nogueira** e à professora **Marluce Godoy** pelas contribuições para a realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

BAYLEY, David. *Police for the Future*. NY/ Oxford: Oxford University Press, 2001.

BITTNER, Egon. *Aspectos do Trabalho Policial*. São Paulo: Edusp: 2003.

FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro, ED Tempo Brasileiro, p. 99, 1994.

GOFFMAM, Erving. *O Estigma*. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

MACHADO, Roberto. *Uma Arqueologia da Percepção*. In - *Ciência e Saber - A trajetória da Arqueologia de Michel Foucault*, Rio de Janeiro, ED Graal, p. 57, 1981.

MUNIZ, Jacqueline. *Ser policial é sobretudo uma razão de ser: Cultura e Cotidiano da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1999.

NOGUEIRA, Geralda Eloísa G. NASCIMENTO, Maria Henriqueta B. *A Atuação do Policial Militar no Atendimento a Doentes Mentais na Região Metropolitana de Belo Horizonte*. A que Serve esta Atividade? Belo Horizonte. p. 5, 1994.