



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC**  
**FACULDADE REGIONAL DE CIÊNCIAS EXATAS E SOCIAIS DE**  
**BARBACENA - FACEC**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**WALTEISA A. RODRIGUES COSTA**

**O LOUCO INFRATOR E SUAS RELAÇÕES COM A SOCIEDADE: ATO E**  
**RESPONSABILIDADE**

**BARBACENA**

**2015**

**WALTEISA A. RODRIGUES COSTA**

**O LOUCO INFRATOR E SUAS RELAÇÕES COM A SOCIEDADE: ATO E  
RESPONSABILIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC  
apresentado ao curso de Psicologia da  
Universidade Presidente Antônio Carlos  
– UNIPAC, como requisito parcial para  
obtenção do título de bacharel em  
Psicologia.

Orientador: Rodrigo Tôres Oliveira

**BARBACENA**

**2015**

**WALTEISA AP. RODRIGUES COSTA**

**O LOUCO INFRATOR E SUAS RELAÇÕES COM A SOCIEDADE: ATO E  
RESPONSABILIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC  
apresentado à Universidade Presidente  
Antônio Carlos – UNIPAC, como  
requisito parcial para obtenção do título  
de bacharel em Psicologia.

APROVADA EM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Fuad Kyrillos Neto  
Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ

Rodrigo Tôres Oliveira  
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Ângela Bucciano do Rosário  
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Nota \_\_\_\_\_

Dedico ao meu pai por me apoiar e acreditar na minha capacidade de superação.

Ao meu filho, parentes e amigos: desculpas por erros e omissões.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus colegas e professores que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção desse trabalho.

Agradeço ao professor Orientador Rodrigo Tôrres Oliveira pela dedicação e competência.

Aos professores, Fuad Kyrillos Neto, Rodrigo Tôrres Oliveira e Ângela Bucciano do Rosário, componentes da banca examinadora, pelas importantes observações apresentadas.

A modernidade, prometia trazer o tipo de clareza e transparência para a vida humana que só a razão pode oferecer. Isso não aconteceu, e hoje não mais acreditamos que venha a acontecer. Estamos cada vez mais conscientes da irremediável contingência de nossa existência, da inevitável ambivalência de todas as opções, identidades e projetos de vida.

Por que não foi cumprida a promessa da modernidade? A resposta estaria na própria promessa e na natureza auto derrotista de todas as tentativas de realizá-la. A pós-modernidade seria uma época de reconciliação com a ambivalência, o momento de aprender como viver num mundo implacavelmente ambíguo.

Bauman

## Resumo

No presente trabalho buscou-se apontar os impactos na relação entre o louco infrator e a sociedade, considerando a história da loucura até a atualidade, buscando correlacionar a criação do termo periculosidade com uma possível desresponsabilização do sujeito louco e com a invenção de novas formas de controle social. Ao fazer um breve percurso pela história da loucura, focando a figura do louco infrator, pôde-se contextualizar a história da aliança entre Direito e Medicina Psiquiátrica no cenário da loucura, enfocando o saber médico e a correção moral enquanto formas de controle e disciplina sobre a figura do “louco perigoso”, o que possibilitou apresentar as principais contribuições teóricas acerca da criação do termo periculosidade enquanto inerente à loucura. Também pretendeu-se descrever os avanços da década de 90, bem como a Reforma Psiquiátrica como um marco na história da loucura, apontando o manicômio como uma instituição falida no que diz respeito ao processo de responsabilização e tratamento do louco infrator e apresentando os sistemas substitutivos e a clínica psicanalítica como peças fundamentais no resgate do sujeito aniquilado pela internação.

**Palavras-chave:** Loucura. Sociedade. Periculosidade. Reforma Psiquiátrica. Clínica Psicanalítica.

## **Abstract**

In this work we tried to point out the impact on the relationship between mad offender and society, considering the history of madness to the present day, seeking to correlate the creation of dangerousness term with a possible disclaimer crazy guy and with the invention of new forms of social control. By doing a brief tour of the history of madness, focusing on the figure of the mad offender, you could contextualize the history of the alliance between Psychiatric and Medicine at the crazy scenario, focusing on the medical knowledge and moral correctness as forms of control and discipline over the figure of the "dangerous lunatic", which made it possible to present the main theoretical contributions about the creation of the term hazard as inherent madness. Also aimed to describe the progress of the 90s, and the psychiatric reform as a landmark in the crazy story, pointing to the mental hospital as a failed institution with regard to the accountability process and treatment of the insane offender and presenting the substitute systems and psychoanalytic treatment as fundamental pieces in the rescue of the subject annihilated by the admission

**Keywords:** Madness. Society. Dangerousness. Psychiatric Reform. Psychoanalytic

## **Lista de abreviaturas e siglas**

AMPASA – Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde

AT – Acompanhante Terapêutico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CFP – Conselho Federal de Psicologia

HCTP – Hospital de Custódio e Tratamento Psiquiátrico

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário de Minas Gerais

RT – Residência Terapêutica

SUS- Sistema Único de Saúde

## Sumário

<b>1</b>	<b>Introdução</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>Direito e Psiquiatria: as faces da aliança</b> .....	<b>13</b>
2.1	<b>O poder- saber da Psiquiatria clássica</b> .....	<b>15</b>
2.2	<b>As prisões enquanto estruturas de correção da moral</b> .....	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>Periculosidade e loucura: uma questão de responsabilidade</b> .....	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>Os avanços da década de 90 e seus impactos sociais</b> .....	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>Manicômios e sistemas substitutivos: um embate na missão de recuperar</b> .....	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>Os novos olhares e a desconstrução da lógica manicomial</b> .....	<b>42</b>
6.1	<b>Uma apresentação de caso</b> .....	<b>47</b>
6.2	<b>Histórico</b> .....	<b>47</b>
6.3	<b>Condução do caso</b> .....	<b>48</b>
6.4	<b>Análise</b> .....	<b>50</b>
6.5	<b>Discussão</b> .....	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>Conclusão</b> .....	<b>53</b>
<b>8</b>	<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>54</b>

## 1 Introdução

Desde os séculos XVII e XVIII quando a loucura ganha um espaço representativo na sociedade, passando a ser alvo de interesses políticos e sociais, os então loucos, vêm lutando para desfazer uma imagem criada em prol dos interesses de poucos e que os define apenas como uma representação de uma massa desvalorizada e estigmatizada. Em pleno século XXI, talvez já seja possível reconhecer o sujeito “louco” como aquele que compõe o meio social, difícil mesmo é aceitar e conviver com essa figura ainda tão banalizada entre nós os ditos “normais”. A situação é ainda mais delicada quando não se trata apenas do sujeito louco, mas do sujeito louco e infrator, ou seja, aquele que além de portar um sofrimento mental, que por si só é estigmatizante, cometeu algum ato que contraria normas legais para se conviver em sociedade.

Ao fazer um percurso histórico da loucura em interface com a Justiça, é possível apresentar a aliança entre Direito e Psiquiatria, que de início baseava-se apenas em classificar e aprisionar sujeitos, que após ter traçado o seu perfil de criminoso, este certamente passaria a ser sua marca registrada ou uma “nova identidade” perante a sociedade. Na mesma linha de pensamento, os manicômios e instituições hospitalares surgem com a finalidade de conter esses corpos que reuniam o pior do ser humano, a loucura e o crime. Daí a necessidade de nomeá-los perigosos, e reforçar a ideia de que, pagar pelo crime vai além de responder à justiça criminal, é preciso uma prisão perpétua, pois a sua condição de louco o desresponsabiliza do ato criminoso, tornando-o incapaz de se conter e garantindo sua reincidência. Assim, o louco e infrator não responde apenas pelo crime que cometeu mas pelos crimes que poderá vir a cometer se considerada sua “doença mental”. Atestar a insanidade mental ou a periculosidade do sujeito se tornou mais viável para uma sociedade ocupada demais e sem condições de arcar com as verdadeiras responsabilidades que deveria exercer em favor de seus cidadãos.

A psicose é um dos diagnósticos, em saúde mental, que mais classifica e estigmatiza enquanto relação com o crime. Considerar a incapacidade do sujeito de responder pelos seus atos talvez o torne, para a sociedade, incapaz de manter um convívio grupal orientado e apaziguado. Neste contexto de exclusão, o sujeito louco é doente e perigoso, sendo assim, as possibilidades de manter laços sociais são quase que inexistentes. Neste trabalho pretende-se através de uma revisão bibliográfica identificar entre a loucura, o crime e a sociedade, uma relação desigual e desmedida, apontando a questão do ato e da responsabilidade como

fundamental para se chegar a um possível equilíbrio/estabilização. Responsabilizar o sujeito pelo seu ato ao invés de mantê-lo louco, talvez seja um dos principais desafios a serem enfrentados.

## 2 Direito e Psiquiatria: as faces da aliança

A loucura e suas especificidades vêm se tornando cada vez mais alvo de estudos e pesquisas, não só por profissionais da saúde como psiquiatras, neurologistas, psicólogos, entre outros. Como também, mesmo que em proporção bem menor, estudos envolvendo este tema, mais precisamente o louco<sup>1</sup> em conflito com a lei, vem sendo alvo de discussão entre profissionais do Direito, visto que, o Direito e a Medicina Psiquiátrica são fortes influentes históricos nos processos que envolvem a loucura.

Para um melhor entendimento da situação atual do sujeito louco, neste caso o louco infrator, faz-se necessário uma retrospectiva, mesmo que sucinta, do “surgimento” da loucura enquanto alvo de um sistema político, social e econômico dos séculos XII e XIII e que permanece até os dias de hoje. É importante ressaltar que o trabalho aqui desenvolvido se atentarà às questões relacionadas ao louco infrator e suas relações com a sociedade, onde esta será apresentada como forte influente no processo de estigmatização da figura do louco infrator e perigoso.

Talvez não seja correto afirmar que exista um tempo determinado para o surgimento da loucura, mas nota-se que a Revolução Francesa do século XIX, e todo processo de industrialização, foi um marco decisivo para a inserção da loucura no contexto social, o que pode parecer de imediato certa ironia, visto que o sujeito louco, até os dias de hoje, enfrenta grandes dificuldades para se (re)inserir<sup>2</sup> na sociedade. No entanto, quero destacar de início a inserção não do sujeito louco, mas da loucura enquanto vivências particulares que se tornaram notáveis e começaram a chamar a atenção do Estado de alguma forma. Castel (1998) traz a dissolução do feudalismo, no século XIV, e o intenso processo migratório para os centros urbanos em busca de trabalho e melhores condições de vida, como crucial para a formação de um exército de pessoas desocupadas e sem residência fixa, que mais tarde passarão a ser alvos de intervenções em busca de um controle social forçado e que visará punir aqueles que não se enquadram na nova configuração social. Neste novo contexto de grandes turbulências, há um rompimento apenas com as formas tradicionais de controle, mas a questão do domínio

---

<sup>1</sup> Neste trabalho será utilizada a denominação “louco” para se referir a figura do sujeito que historicamente representa a massa classificada pela então denominada loucura.

<sup>2</sup> (Re) inserção - termo utilizado pela autora Magda Dimenstein (2006) ao escrever sobre “O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais” e apropriado neste trabalho para dizer das tentativas de “inserir novamente” o portador de sofrimento mental na sociedade.

prevalece. A passagem se dá de uma civilização medieval dominada por formas agrárias, para uma divisão de classes entre uma sociedade rural e fragilizada e uma sociedade urbana que detém todo o domínio e controle político-econômico. Assim a pobreza e eventuais estratégias de sobrevivência, resultantes do processo de migração, passam a ser marginalizadas e consideradas grandes riscos para a sociedade mercantilista em processo de expansão.

Nesta mesma perspectiva, toda forma de adaptação ao meio utilizada pelos menos favorecidos da época, assim como, indivíduos enfermos e que portavam algum mal que poderia se configurar em uma epidemia e impedir a fruição econômica do país, se tornam alvos de intervenção do poder jurídico-político e passam a ser categoricamente distintos do restante da sociedade. Foucault ([1979] 2004) em “Microfísica do Poder”, aponta que a loucura ou a doença mental, assim como demais enfermidades, começam a ser notados nos séculos XII e XIII, não como sujeitos de conhecimento afetados pelas transformações da infraestrutura da época, mas como objetos sujeitos as mutações sociais e as emergências do poder político que visava apenas uma expansão mercantilista em escala global. Dessa forma, tudo que escapa ao poder-saber político e as regras de produção, em alta no momento, é visto como negativo e banal.

E é neste contexto, para dar conta dos associais,<sup>3</sup> que a Medicina Psiquiátrica e o judiciário entram em cena como possíveis saberes que exerciam grande poder de controlar e manter sobre cuidado e vigilância constante aqueles que perturbavam a harmonia social. Ser louco passa a ser mais que uma forma de vivências alusivas ou devaneios, agora o sujeito que porta a loucura se enquadra na categoria dos marginalizados e criminosos da época, o que os torna impotentes e sem condições de reagir ao novo sistema estatal vigente onde o foco é o controle social. Assim como formas jurídicas de isolamento e punição, a Psiquiatria mesmo sendo uma ciência humana e social, passa a responder a lógica do Estado, onde o interesse primário não se baseia no sujeito enquanto um ser biopsicossocial, de direitos e que deve ser tratado pelo véis da humanização. Pois, tanto a justiça quanto a Medicina Psiquiátrica respondem a uma lógica que entende o sujeito louco enquanto associal, desviante e portador de um mal que deve ser punido e condenado antes que tome uma dimensão incontrolável e incompatível com a expansão política e econômica do momento. Assim, o melhor a se fazer é manter um controle sobre esses indivíduos, não no sentido de controlar a possível doença,

---

<sup>3</sup> Em “Os anormais”, Foucault ([1974 – 1975]2001) contextualiza o termo associal/anormal, remetendo à exclusão dos leprosos na Idade Média e que se mantêm historicamente ativa. Eram práticas de rejeição, marginalização e segregação, que permanecem até os dias de hoje no cenário da loucura, onde os mecanismos de poder exercem sobre os loucos mecanismos e efeitos de exclusão, desqualificando o sujeito.

mas evitar que ela se tornasse um mal maior e causasse grandes desordens. Castel (1978) diz da Psiquiatria da época como uma Ciência Política, pois se limitava a responder os problemas do governo, reduzindo a loucura a formas administrativas, que visava apenas a execução da pena e não a responsabilização do criminoso.

Por muito tempo e ainda em boa parte nos nossos dias, a medicina, a Psiquiatria, a justiça penal, e a criminologia ficaram nos confins de uma manifestação de verdade nas normas de conhecimento, e de uma produção da verdade na forma de prova: esta tendendo sempre a se esconder sob àquela e procurando através dela justificar-se. (Foucault [1979] 2004, p. 118).

Não muito distante da realidade contemporânea, Castel e Foucault estão se referindo, nas citações anteriores, às formas de tratar o louco infrator, que permanecem engessadas até os dias de hoje. A lógica que permeia a condução desses casos está posta e é incontestável para muitos. Pois em se tratando de crime, que independentemente da gravidade é desestruturante para a sociedade, as leis são claras e o seu cumprimento inquestionável. O que se tem feito é punir e buscar verdades que alimentem o ato da punição, deixando de lado qualquer preocupação com a responsabilização do criminoso que certamente tornaria o processo passível de questionamentos.

## **2.1 O poder- saber da Psiquiatria clássica**

As primeiras tentativas de constatação de uma verdade escondida na loucura, era mantê-la hospitalizada, mas apenas no final do século XVIII é que o hospital surge enquanto uma instituição com finalidades terapêuticas. As mudanças, neste contexto, se iniciam por volta de 1780, quando a figura do hospital deixa de ser apenas arquitetônica para se pensar na sua funcionalidade. Em primeiro momento a impressão que se tinha, era de um espaço que ao invés de curar, produzia efeitos patológicos, onde a doença eclodia e era constatada e reafirmada pelos médicos. No entanto, nesta época o hospital ainda não se configurava em uma instituição médica, e a medicina não era o saber que predominava, pois, os cuidados hospitalares eram assistenciais. O espaço era destinado a acolher doentes, prostitutas, loucos, pobres, entre outros; a assistência era material e espiritual, onde através da exclusão e da segregação, evitava-se que os males se propagassem e buscava-se a salvação tanto para os doentes, quanto para quem os assistia. (FOCAULT [1979] 2004).

Nessa perspectiva, o mesmo autor traça o início da relação da Psiquiatria com a loucura, visto que na idade clássica a loucura era meramente uma forma de ilusão, não sendo necessariamente internada. Nesta época o louco só seria separado em casos extremos e perigosos, mesmo assim, os espaços considerados terapêuticos eram justamente os espaços da natureza, pois permitiam a loucura se dissipar e desaparecer as quimeras. Mais tarde, no século XVIII quando surgem os hospitais com finalidades terapêuticas a partir de uma política de disciplina, a loucura deixa de ser considerada apenas uma perturbação, passando a ser relacionada com condutas irregulares e imorais, onde o que está em jogo são as formas de agir, de decidir ou de ser livre, em confronto com a política econômica da época. Agora o foco é a individualização pelo espaço e a classificação dos corpos, a disciplina exerce seu controle sobre o desenvolvimento de uma ação e não sobre o seu resultado. Essa nova técnica pressupõe uma vigilância e registros de informações que permitem que nada escape ao saber médico, incentivando a medicalização, favorecendo a transformação do saber e da prática médica. A instalação de estruturas asilares passa a ser justificada por dois pontos fundamentais: as exigências de uma harmonia e uma ordem social pautadas em uma súplica de proteção contra as desordens causadas pelos loucos, denominando-se “sociedade disciplinar” (FOUCAULT [1979] 2004) e o isolamento dos doentes enquanto necessidade terapêutica. E é neste contexto de absoluto poder sobre aqueles que portavam o mal da loucura, mas não tinham nenhum direito sobre ela, que se instaura a Psiquiatria clássica.

Sabemos sobre a sua doença e sua singularidade coisas suficientes, das quais você nem sequer desconfia, para reconhecer que se trata de uma doença; mas desta doença conhecemos o bastante para saber que você não pode exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Sua loucura, nossa ciência permite que a chamemos doença e daí em diante, nós médicos estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser um doente como os outros: você será então um doente mental. (FOUCAULT [1979] 2004, p. 127).

Assim, as instituições asilares surgem como um espaço de confrontação, onde o saber médico é superior e capaz de diagnosticar e classificar a doença mental, tendo total domínio sobre o sujeito louco. Nestas instituições, qualquer forma de tratamento ou punição tinha a função de fazer do médico o “mestre da loucura”, que faz emergir e manifestar desta a sua verdade escondida e silenciosa, para posteriormente dar conta e dominar aquilo que ele mesmo fez desencadear. (FOUCAULT [1979] 2004).

Como já foi exposto anteriormente, antes de ter um sentido médico, o internamento era exigido em favor de uma higienização social. No entanto manter esses indivíduos internados além de não gerar nenhum lucro, trazia gastos para o governo que mantinha as instituições asilares. Era necessário pensar formas de amenizar este impacto econômico que ia contra as

políticas estatais do momento. “Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários.” (FOUCAULT, 2003, p.67). Assim, a utilização de trabalhos e atividades, antecedeu a introdução das oficinas no campo psiquiátrico e auxiliavam na manutenção da ordem social, antes mesmo da instalação da Psiquiatria no campo médico e apenas no séc. XX, se tornou índice de reabilitação ou (re)inserção social, na busca pelo resgate da cidadania.

## **2.2 As prisões enquanto estruturas de correção da moral**

Ainda sob a ótica de manter a ordem e a harmonia social, a expansão industrial no século XIX e o grande número de riquezas e capitais acumulados nos centros urbanos, apontam para uma necessidade ainda maior: proteger essas riquezas e seus donos daqueles que vinham para as cidades em busca de condições melhores de vida e se esbarravam em grandes dificuldades. Restavam para estes a mendicância, a delinquência, sendo expostos e ficando vulneráveis a contrair e transmitir doenças, eram vagabundos, desempregados, mundanos, prostitutas, doentes e loucos, enfim, aqueles que ofereciam riscos e eram sinônimos de perigo, deixá-los livres era colocar em risco toda riqueza acumulada.

Foucault ([1979] 2004) traz que, para manter afastados e punir aqueles que causavam as grandes desordens sociais, era preciso mais que justificativas que beneficiassem os ricos, era preciso que todos, inclusive os pobres, acreditassem que corriam sérios riscos ao conviver em sociedade com os portadores de tamanho mal. As prisões surgem como instituições que buscam corrigir através de punições severas, aqueles que causam alguma desordem e quebram a paz e a harmonia social. No entanto, a burguesia temia uma espécie de ilegalismo tolerado na época, pois alguns delinquentes, mesmo que reconhecidos dessa forma pela sociedade, eram tolerados pela população. Castel (1998) em “As metamorfoses da questão social”, acrescenta que de fato não se devem inocentar os vagabundos, aqueles que fugiam as duras regras do trabalho e optavam por uma existência ociosa. No entanto, considerar uma categoria e nomear todo vagabundo ou mundano como associal era uma construção da sociedade e um discurso de poder.

A ideia, neste cenário de completa marginalização dos associais, é reprimir e punir aqueles que causam medo e insegurança social. Castel (1998) discorre sobre o mérito dado a

existência de formas de conduta que possam enfrentar a situação, abrindo assim espaço para o policiamento e a repressão. No entanto, a política adotada, faz crescer o processo de rotulação de uma parte da sociedade formada por pobres coitados levados a um isolamento social devido a miséria e péssimas condições de sobrevivência.

Que fazer com indivíduos que suscitam problemas inextricáveis, por não estarem em seu lugar, mas que não têm, em parte alguma, um lugar na estrutura social? A condenação do vagabundo é o caminho mais curto entre a impossibilidade de suportar uma situação e a impossibilidade de transformá-la profundamente. (Castel, 1998 p. 136-137).

Em “Vigiar e Punir” Foucault ([1987] 2004) faz uma análise mais minuciosa sobre a justiça penal, expondo uma visão ampla sobre o surgimento das punições neste contexto de repressão e isolamento social ao qual é submetido a classe marginalizada. Assim, destaca neste contexto de industrialização do século XVIII e XIX a abolição dos suplícios, onde as punições eram encenadas e expostas ao público em forma de espetáculo ou cerimônias que se igualavam ou até mesmo ultrapassavam a selvageria pela qual o criminoso estaria sendo condenado. Surge então a necessidade de se administrar ou qualificar as punições, tornar esse processo científico e buscar “humanizá-lo”. Técnicas pautadas no discurso científico tomam o lugar de um saber justificado que tem o poder de punir e julgar, abrindo espaço para as novas regras e mecanismos jurídicos na aplicação de penas, onde se trabalha o corrigir e reeducar, dentro dos padrões e normas da época, ao invés de castigar violentamente o condenado. O trabalho forçado passa a ser uma medida menos severa de punição, mas que de certa forma se configura numa “escravidão civil” que apenas substituiria as punições pela detenção com fins corretivos, mas que na verdade seriam formas de trancar e corrigir que manteriam a bipolaridade entre poder e submissão, onde o poder econômico se sobressai e procura a correção moral e a alma secreta dos criminosos.

Em “Os anormais”, Foucault ([1974-1875] 2002) traz que o saber criminal é aquele destinado à figura do Juiz que deve conhecer a alma do criminoso para arrancar dele a verdade, mas não para compreender o crime, mas apenas para saber se ele foi cometido. O que passa a ser de interesse do poder agora, não é o entorno do crime, mas a sua natureza, fazendo emergir uma patologização do crime e a ascensão da figura do criminoso. Assim, surgem as novas regras do poder de punir, onde só se punirá em nome da lei, baseado em uma ideologia que avalia e classifica a partir dos termos normal e patológico. Neste contexto a figura do anormal, patológico ou criminoso passa a responder a uma mesma lógica, não de uma ideologia própria, mas como construção de um poder que puni, em nome de uma correção moral daqueles que preferem ignorar as leis e seguir seus próprios interesses.

As novas configurações das formas de punir se apresentam cada vez mais em prol de não se permitir que o sujeito, qualquer que seja o crime cometido, saia impune da situação, sem que receba a pena e a punição que merece. A partir de então, as penas passam a ser calculadas estrategicamente, pois a sua intensidade vai depender da gravidade do crime, mas todos os crimes serão punidos. Nesta perspectiva basta que se reúna provas que definam o sujeito como criminoso e o torne responsável pelo ato que cometeu. E serão estas provas, sejam elas totais ou parciais, que servirão de respaldo para o judiciário decidir sobre a condenação do sujeito criminoso.

Assim como o poder-saber da Psiquiatria e as formas hospitalocêntricas, a prova judiciária também se apresenta na época como meio de manipular e produzir verdades sobre o sujeito. Há uma confrontação entre acusado (aquele que cometeu o crime ou ato infracional) e acusador (o poder judiciário) que dá a vitória a um dos adversários. A verdade é o efeito produzido por determinação do vencedor, podendo então não se apresentar como realmente é, mas sendo suscitada através da manipulação de provas que buscam nomeá-la como única e absoluta. Dessa forma, a verdade não é o que é, pois em uma relação de completa dominação e poder o que interessa é o ato/acontecimento, e não o que o levou o indivíduo a cometê-lo. Produzir uma verdade através de instrumentos e métodos que geram provas é muito mais eficaz enquanto resposta em curto prazo, do que buscar conhecer os precedentes do crime. (FOUCAULT, [1979] 2004).

### 3 Periculosidade e loucura: uma questão de responsabilidade

A evolução da clínica psiquiátrica e a descoberta de novas patologias como a psicose, fazem emergir na sociedade questionamentos cada vez mais frequentes sobre a existência singular de uma periculosidade na loucura, tornando a figura do louco infrator ainda mais visada e alvo de repulsa no contexto social. Nesta perspectiva, o sujeito que, por portar um sofrimento mental, rompe com os princípios legais da sociedade e acaba por usar do ato criminoso como uma saída para aquilo que seu psiquismo não dá conta, passa a ser uma figura marcada e caracterizada como perigosa, sendo impossibilitada de manter qualquer laço social e conviver entre os demais.

Os primeiros trabalhos envolvendo o termo periculosidade e relacionando a Psiquiatria ao crime, são citados por Dutra (2002) a partir de Esquirol no século XIX onde há a entrada das condutas criminais na patologia mental. Ainda segundo a autora, neste período, não se tinha um saber formalizado sobre a loucura, sendo esta percebida através do julgamento moral e social. No entanto, começou-se a perceber manifestações exteriorizadas da loucura sob a forma de atos e impulsos agressivos e violentos, o que possibilitou a relação do estado mental “louco” com a figura de perigoso e criminoso.

É neste contexto, onde a loucura parece desafiar os saberes da época, que se iniciam as tentativas de decifrar e categorizar essa vivência que foge às regras que definem o ser humano como aquele que deve ser capaz de construir laços sociais. No entanto, partindo do pressuposto de que, as relações se firmam a partir do reconhecimento e da aceitação do outro, essa seria uma tarefa um tanto inalcançável para os loucos, na visão daqueles que acreditavam em uma loucura biológica, instintiva e/ou hereditária, tornando a loucura uma espécie de doença transferível entre gerações e incapaz de se dissipar, ou de sequer, permitir uma vivência humanizada entre os seus. Nesta visão, o louco sempre será louco e essa condição será transmitida para os demais de sua geração, tornando-os seres de condutas socialmente intoleráveis.

Dutra (2002) apresenta a relação do termo periculosidade com o sujeito louco a partir da teoria da degenerescência de Morel em 1857 e sua retomada por Magnan nos anos 80. Nesta perspectiva a loucura era tida como um estado inverso no processo evolutivo, onde o que predominava era a busca constante pela perfeição. Os degenerados já nasciam assim, as más formações hereditárias tornavam-nos sujeitos a falhas de moralidade e impossibilidade de adaptação à vida social. Posteriormente e seguindo a mesma linha de raciocínio, Magnan faz

uma descrição do delírio crônico nas psicoses, enfatizando a periculosidade no delírio pré-delitual, onde o psicótico está sujeito à passagem ao ato quando se encontra na fase persecutória da doença, indicando a necessidade de proteção tanto para o paciente como para a comunidade em que vive.

Já ao citar Lacan, Dutra (2002) aponta que devemos nos opor a uma fundamentação da patologia como uma constituição ou mesmo uma entidade que perde o contato vital com a realidade, pois requer uma noção metafísica muito elaborada, e no fato clínico, não deve ser considerada precisa, mas um progresso da personalidade, mesmo que complexo. A psicose não é algo unívoco e definível, o que predomina em seu determinismo são mecanismo de personalidade, como seu desenvolvimento, experiências e tendências pessoais. Assim, a partir das reações psíquicas tanto das pessoas sãs como das enfermas, é possível chegar a uma compreensão do nascimento e desenvolvimento da estrutura psíquica e do quadro mórbido, onde conhecendo a pessoa verifica-se que as reações apresentadas são exatamente as previstas.

Lacan apresenta essa relação de uma agressividade e rivalidade com a psicose, enfatizando o estágio do espelho e o narcisismo primário, sendo estas fases do desenvolvimento onde o Eu se constitui a partir da imagem do Outro, trazendo possibilidades de se compreender a agressividade no sujeito psicótico, tanto em relação ao Eu que é especular e nunca está só, quanto aos seus objetos. Nessa concepção, como não houve uma passagem satisfatória pelo complexo de Édipo<sup>4</sup> a relação com outro é desmedida e conflitiva, onde o Outro está sempre propenso a retomar sua posição de poder e domínio sobre o sujeito, o que faz emergir a agressividade paranoica. Assim, a falha na forclusão do significante do “Nome do Pai”,<sup>5</sup> não permite ao sujeito simbolizar e organizar a cadeia de significantes da mesma forma que na neurose, visto que, na psicose a significação se dá de outras formas. Por se encontrar desprovido da capacidade de uma significação pela simbolização do mundo interno através do que lhe é apresentado externamente, que o sujeito se vê desarmado e

---

<sup>4</sup> Conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança experimenta relativamente aos pais. Sob a sua chamada forma positiva, o complexo apresenta-se como na história do Édipo-Rei: desejo da morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual da personagem do sexo oposto. Sob a sua forma negativa, apresenta-se inversamente: amor pelo progenitor do mesmo sexo e ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto. Na realidade, estas duas formas encontram-se em graus diversos na chamada forma completa do complexo de Édipo. (LAPLANCHE; PONTALIS, [1967] 1983, p. 116)

<sup>5</sup> Ver LACAN, Jacques. LACAN, Jacques. De uma questão preliminar: a todo tratamento possível da psicose. *In*: \_\_\_\_ Escritos (1901 – 1981). Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 537 – 590 *passim*.

incapaz de fazer a *Verneinung*<sup>6</sup> [negativa] como faz o neurótico (DUTRA, 2002).

O estágio do espelho pode ser compreendido como uma forma de identificação do Eu, a partir das transformações ocorridas no sujeito quando este assume uma imagem. É na busca por essa simbolização, que o sujeito se vê numa grande batalha interna que procede na passagem do Eu especular para o Eu social, e é neste momento onde se conclui o estágio do espelho que inaugura as relações do Eu com o meio. No entanto, responder ao desejo do outro coloca o Eu numa função alienante e toca na negatividade existencial do ser e do nada, fazendo com que a agressividade e impulsos perigosos sejam destaques na relação com o outro, mesmo que correspondam a uma maturação natural. (LACAN, [1901-1981] 1998). Fazendo um paralelo com o parágrafo anterior, o estágio do espelho se configura como fase crucial e determinante na formação da personalidade do sujeito, e ainda, na formação da personalidade do sujeito psicótico, onde esta fase não é concluída e não há representação simbólica. A passagem pelo estágio do espelho permite ao sujeito neurótico, cessar a batalha interna e estruturar seu psiquismo na simbolização a partir da linguagem na relação com outro. Já na psicose, como o sujeito não pode simbolizar, o outro se mantém numa posição especular e invasiva o tempo todo, o que faz com que o psicótico, algumas vezes, responda a essa relação de maneira agressiva, impulsiva e perigosa.

Para Laplanche e Pontalis ([1967] 1983), a existência de um narcisismo primário é muito problemática, pois para alguns autores essa fase determina as primeiras relações objetais da criança com o mundo extrauterino, aparecendo pela primeira vez em Freud para explicar nos homossexuais a escolha de si mesmos como objetos sexuais, fazendo uma relação entre o autoerotismo e o amor de objeto, caracterizando uma fase de evolução sexual, onde ao tomar a si mesmo como objeto de amor, o indivíduo dá às suas pulsões sexuais uma primeira possibilidade de unificação. No caso da psicose, o investimento libidinal do sujeito permanece no ego e coloca o objeto em uma posição de completo desinvestimento. No entanto, para Melaine Klein, a relação de objeto se dá desde a origem, onde ao descrever a posição Esquizo Paranóide, diz que as relações objetais se dão desde os primeiros meses do bebê caracterizando-se por pulsões agressivas dirigidas à figura da mãe (principalmente ao seio materno) que se apresenta como objeto parcial e clivado entre “bom” e “mal”. Nessa perspectiva há uma predominância de uma angústia persecutória intensa. Sendo assim, na fase narcísica haveria apenas um retorno da libido a objetos interiorizados. No entanto, são

---

<sup>6</sup> “A negativa constitui um modo de tomar conhecimento do que está reprimido; com efeito, já é uma suspensão da repressão, embora não, naturalmente, uma aceitação do que é reprimido.” (FREUD, [1856 – 1939] 1996, p. 265 – 266).

contribuições que levam a conferir o sentido dado por Freud a noção de narcisismo como uma fase necessária na evolução e que se configura em momentos essenciais para um primeiro esboço do ego, o que não determina um primeiro estado do ser humano, nem tampouco uma predominância de amor de si mesmo que exclua investimentos objetivos.

Assim, são nas primeiras identificações subjetivas com objetos externos que a criança se estrutura psiquicamente, trata-se de uma identificação e incorporação de objetos que irão designar uma diferenciação sólida entre o ego e o superego. Lacan ([1901-1981] 1998) acrescenta que a agressividade nas retaliações da criança, como tapas e socos, não deve ser vista apenas como manifestações lúdicas e sim como uma tensão expressa na constituição das emoções humanas. “A noção de uma agressividade como tensão correlata à estrutura narcísica no devir do sujeito permite compreender, numa função formulada com muita simplicidade, toda sorte de acidentes e atipias desse devir” (LACAN [1901-1981] 1998, p. 119), indicando como se dá a reformulação identificatória do sujeito no complexo de Édipo, sendo na identificação edipiana que o sujeito transcende a agressividade da primeira identificação subjetiva. No narcisismo, o ego é tomado como objeto de amor na sua totalidade, onde o indivíduo transfere para si mesmo todo o amor objetual. Assim, na psicose a possibilidade de um reinvestimento no ego, leva o sujeito desinvestir toda a libido do objeto. “O doente mental transfere para si só, como seu exclusivo objeto sexual, a totalidade da libido que a pessoa normal orienta para todos os objetos animados ou inanimados que a rodeiam” (LAPLANCHE; PONTALIS [1967] 1983, p. 366). A estruturação do sujeito estaria ligada a um desenvolvimento psíquico embasado pela relação do sujeito consigo mesmo e com o outro, ou com o social. No caso da psicose, o fato de não simbolizar, ou não investir libidinalmente os objetos que o cercam, estes poderão tomar uma posição de perseguidor e de domínio, restando ao sujeito perseguido a defesa e a necessidade de exterminar o perigo. Sendo muitas vezes de forma agressiva e fatal, o perigo que antes perseguia, passa a categorizar o sujeito que pratica o ato.

Ao analisar o caso “Aimée”, Lacan ([1901-1981] 2011) aponta a passagem ao ato na psicose como algo que emerge de uma lógica e tem um sentido, se analisado no contexto do sujeito psicótico. Tanto na neurose quanto na psicose, o sujeito usa da sua relação com o outro para dar conta daquilo que lhe é apresentado, no entanto na neurose o sujeito simboliza/significa aquilo que de imediato é insuportável ao seu psiquismo, enquanto na psicose a falta da simbolização/significação faz com que o sujeito use de outros meios para sobressair a uma invasão destes conteúdos. Freud ([1856 – 1939] 1996) afirma que na

neurose, a simbolização a partir do *acting out*<sup>7</sup> (repete ou atua) permite ao sujeito repetir e atuar, ao invés de recordar, sobre aquilo que foi reprimido, suas inibições, atitudes inúteis e traços patológicos da sua personalidade e seus sintomas podendo através da *Verneinung*<sup>8</sup> (negativa) ter acesso a esses conteúdos inconscientes. A repetição e a atuação, através da transferência e da resistência, barram o recordar e mantêm o sujeito em uma posição de defesa contra o progresso do tratamento, e são essas defesas que o analista deve retirar uma a uma.

Já na psicose, a relação do sujeito é direta com objeto, onde não há a introdução da “Lei”<sup>9</sup> que barra e permite a simbolização. Sendo assim, ao passar ao ato o sujeito está respondendo a um embaraço pelo qual é tomado quando se depara com esse objeto real e invasivo, e que em parte alguma do seu psiquismo é possível encontrar um significante que o torne acessível e passível de ser simbolizado. Dutra (2000 *apud* Guiraud; Cailleux (1928) apresenta o conceito de *kakon* referindo-se ao mal-estar que toma conta do sujeito, decorrente da doença. O *kakon* representado pelo mal social, deveria ser reprimido, mas emerge em reações inusitadas e violentas que o sujeito utiliza para sair do embaraço daquilo que o invade. No entanto, tais reações não se configuram em atos sem causa, mas em uma última tentativa do sujeito de se libertar da doença. Nessa mesma perspectiva, Lacan ([1901 - 1981] 2011) traz que na passagem ao ato o sujeito se identifica com o objeto a ser golpeado, que embora em condição exterior representa o próprio sujeito invadido, e por isso sai de cena ao atacá-lo. O sair de cena aqui, refere-se à fantasia do sujeito ao fugir diante da angústia da castração, que o coloca em uma encruzilhada, afetado por um extremo embaraço e uma intensa emoção. Assim, a passagem ao ato não deve ser considerada uma projeção, ou seja, um ataque a terceiros, mas sim um “auto” ataque, onde a vítima é o próprio sujeito.

No caso “Aimée” ou “Sra. A.” como trataremos neste trabalho, filha de pais camponeses, tem duas irmãs e três irmãos. Trabalha desde os 18 anos em uma companhia

---

<sup>7</sup> “Termo usado em psicanálise para designar as ações que apresentam, a maior parte das vezes, um caráter impulsivo, rompendo relativamente com os sistemas de motivação habituais do indivíduo, relativamente isolável no decurso das suas atividades, e que toma muitas vezes uma forma auto ou hetero-agressiva. ”. O *acting out* pode incluir tanto formas mais discretas quanto a passagem ao ato, mas sempre com caráter impulsivo e mal motivado aos olhos do indivíduo que rompe com seu comportamento habitual. (LAPLANCHE; PONTALIS [1967] 1983, p. 27 - 30).

<sup>8</sup> “A negativa constitui um modo de tomar conhecimento do que está reprimido; com efeito, já é uma suspensão da repressão, embora não, naturalmente, uma aceitação do que é reprimido. ” (FREUD, [1856 – 1939] 1996, p. 265 – 266).

<sup>9</sup> Aqui se referindo ao que Freud denominou “Nome-do pai”. Ver LACAN, Jacques. LACAN, Jacques. De uma questão preliminar: a todo tratamento possível da psicose. In: \_\_\_\_ Escritos (1901 – 1981). Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 537 – 590 *passim*.

ferroviária na qual o marido é também empregado. Há seis anos, que antecedem o atentado, trabalha em Paris e o filho é criado pelo pai, os quais visita periodicamente. No dia 10 de abril de 193..., aos 38 anos, a Sra. A. aborda uma das atrizes mais apreciadas pelo público parisiense, a Sra. Z., na chegada do teatro onde esta se apresentaria e após ser interrogada pela desconhecida, que em primeira instância parecia apenas um membro de um público habituado a prestar homenagens à atriz, é surpreendida por um golpe de faca. Já na prisão, a Sra. A. afirma estar sendo perseguida pela atriz a algum tempo e que ao pedir explicações a viu fugir e por isso a atacou. E que, se a atriz não tivesse segurado a lâmina para se defender, certamente a feriria uma segunda vez. Ao fazer um percurso pelo histórico e retomar alguns casos de internação da paciente, verifica-se no decorrer da sua história, vários episódios de perseguições por outras mulheres, inclusive sendo este o motivo da mudança para Paris e de certa vez pular no pescoço de uma funcionária que se negara a publicação de uma de suas obras, visto que a Sra. A. expunha suas queixas pessoais e delirantes em obras escritas. Indo mais além no percurso histórico da paciente é possível, segundo análise do autor, verificar o período que parece datar a cristalização hostil de todas as suas desgraças em relação às várias figuras para as quais transfere o seu ódio amoroso. Aos 28 anos, 10 anos antes do atentado dão-se início os distúrbios psicológicos da Sra. A. Casada a quatro anos e empregada no mesmo escritório do marido, ela está grávida e começa a se sentir perseguida por várias pessoas, denotando a estes a responsabilidade da possível morte de seu filho. Ao dar a luz a uma menina natimorta, diagnóstico por asfixia com cordão umbilical, e tomada por uma grande confusão mental, a paciente atribui a culpa da sua desgraça aos seus inimigos, e a responsabilidade cai sobre uma mulher que durante anos foi sua melhor amiga, mas que telefona logo após o parto para saber notícias, o que soa estranho para Sra. A. A partir de então se mantém fechada e hostil, até uma segunda gravidez que faz eclodir novos casos de perseguição em relação ao filho, culminando no pedido de demissão e de transferência para outra cidade, onde mesmo abandonando o filho, permanece com os delírios de perseguição que mais tarde vão ser direcionados à vítima do atentado. Na época do pedido de mudança e do abandono do filho, Sra. A. guarda lembranças sofridas dos pedidos de renúncia da família e principalmente da irmã que se lança de joelhos e diz “Verás o que te acontecerá, se não renunciarees a essa ideia”, remetendo as falas da irmã novamente a questões direcionadas para o filho. Sobre a irmã são explicitadas questões que remetem a um ambiente familiar não estruturado onde a irmã mais velha tinha o poder de cuidar da Sra. A., sendo autoritária e exercendo sua função de cuidado até ter que se afastar de casa. Mais tarde Sra. A. vai morar com a irmã e com o seu esposo, mas a estadia dura apenas um trimestre. Talvez o ponto

crucial do desequilíbrio da paciente se dá quando a irmã mais velha vai morar em sua residência e retoma seus comportamentos autoritários não só em relação à irmã, mas em relação às decisões e criação do sobrinho. E é justamente essa figura de irmã autoritária e superior, que a Sra. A. desloca para a amiga que telefona para saber da filha que nasce natimorta, sendo mais tarde esta amiga, a primeira a apresentar para a paciente a figura da Sra. Z., a vítima do atentado. Episódios de estabilidade eram notáveis na paciente ao se ausentar do âmbito familiar e assumir sozinha os encargos de seu filho, bem como quando a paciente se dedica as suas obras, onde pode expressar suas fantasias. Assim, Sra. A. transfere para suas perseguidoras o ódio amoroso que tem pela irmã mais velha, sendo essas apenas imagens dessa irmã da qual a paciente fez seu ideal, por isso a odeia tanto, porque a irmã representa o ideal que ela tem de si. Dessa forma, a autopunição da paciente surge como a intenção de seus inimigos de castiga-la por não ter cumprido sua missão e não ser boa mãe, sofrendo humilhações e censuras pelos comportamentos da irmã que sempre foram inversos aos dela.

Lacan ([1901-1981] 2011) acrescenta que o organismo do ser humano tem um caráter orientado para a harmonia do conjunto, onde apresenta reações vitais que ganham sentido no meio social através do papel primordial que desempenha.

Essas funções vitais sociais, que caracterizam, aos olhos da comunidade humana, diretas relações de compreensão, e que na representação do sujeito estão polarizadas entre o ideal subjetivo do eu e o juízo social de outrem, são aquelas mesmas que definimos como funções da personalidade. (LACAN [ 1901-1981] 2011, p. 243-244).

O distúrbio de Aimée só ganha sentido em função do desenvolvimento de sua personalidade e da relação com o Outro enquanto constituinte dessa personalidade. Dessa forma, a passagem ao ato cometida por ela, assim como em demais casos diagnosticados como psicose, não pode ser considerada fato isolado. O ato criminoso deve ser inserido na constituição da personalidade do sujeito, assim, poderá ser entendido dentro de uma lógica estrutural do psiquismo, de onde emerge. É possível verificar, a partir do caso descrito, que mesmo na psicose existe uma lógica que define e embasa a passagem ao ato e a agressividade. Nessa perspectiva, o sujeito louco não deve ser totalmente desresponsabilizado do ato ou crime cometido, visto que, a doença não deve eximir o sujeito de assumir a sua autoria no ato criminoso. A existência de uma periculosidade na loucura deve ser vista como uma forma do sujeito de reagir contra os embaraços causados pela doença, e que deve ser tratada de forma terapêutica. Retirar deste a responsabilidade pelo ato e delega-la a uma doença, ainda se configura em uma das formas mais eficazes de manter o perigo afastado, basta considerá-lo “louco”.

Basaglia ([1985] 2001) traz em seus escritos sobre a “Crise da Psiquiatria e Contradições Institucionais” que na instituição psiquiátrica existe uma lógica já determinada e que permanece mesmo quando o sujeito já se encontra fora dela, pois existe uma relação entre hospitais psiquiátricos e teorizações psiquiátricas que respondem as ideologias dominantes e às exigências sociais, que pretendem uma conservação imediata da ordem. Assim, são as normas sociais que constituem o manicômio enquanto uma instituição que defende os cidadãos de alguns sujeitos desviados, sendo o desvio causado pela doença determinada pelo saber médico. Assim, forma-se uma imagem cultural da loucura, justificada pela Psiquiatria, e que busca não só a defesa do homem são, mas reorienta o conceito de liberdade como sendo unicamente lícita ao sujeito são e não tolerada para a loucura.

O homem não se defende da tentação de recusar uma coerência que é também uma cumplicidade, projetando em tal indivíduo indefeso uma agressividade que ele não poderia voltar contra outros, e que, a todo instante, pode destruí-lo; para o indivíduo são a fatigante aceitação de um “princípio de realidade” socialmente determinado impõe que ele exteriorize essa tensão, objetivando-a. A “normalidade” de seu ser é assim confirmada por uma máscara inumana que ele aplica ao louco: recusando reconhecer-se neste último, ele aceita de bom grado a inumanidade de sua subordinação. (BASAGLIA, [1985] 2001, p. 258).

Devido ao caráter de violência e perigo que carrega o conceito de loucura, a sociedade oferece ao saber médico a liberdade de classificar o doente mental, e a necessidade de se tratar estes indivíduos é o que mantém de pé as instituições manicomiais. No entanto, ao se propor um tratamento, é preciso compreender o que se quer tratar, são os sintomas da doença ou os sintomas sociais? Nesta perspectiva, lutar contra o fechamento dos manicômios, seria antes disso, lutar contra saberes já formados e socialmente aceitos. A periculosidade na psicose deve ser encarada não como algo que caracteriza a doença e determina o sujeito enquanto “louco perigoso”, mas como algo que, apesar de fazer parte da doença é passível de ser analisado e tratado. O sujeito deve ser responsabilizado pelo crime cometido e responder pelo seu ato, enquanto um processo jurídico. E não, ser condenado a uma prisão perpétua a qual podemos chamar de “loucura” criada como um sintoma social e sustentada para manter a “normalidade” dos demais.

Finalmente, digamos que a relação das reações delituosas ou criminais com a psicose só poderá ser elucidada se fundada nas bases de um estudo genético e estrutural da psicose ... Em muitos casos parece evidente que a atribuição teórica de uma irresponsabilidade total a todos os atos que possam ser cometidos por um delirante é muito pouco satisfatória para o espírito. (LACAN, [1901 – 1981] 2011, p. 344).

#### 4 Os avanços da década de 90 e seus impactos sociais

Considerado um período de grandes mudanças e avanços significativos no âmbito da saúde mental, a década de 90 marca o início de uma nova era e de grandes possibilidades de humanização nos serviços e tratamentos destinados aos chamados “loucos”.

Caracterizando-se por uma lógica antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica se deu com a intenção de resguardar a subjetividade na loucura, onde a nova rede assistencial visa substituir o asilamento das internações hospitalares e manicomiais por formas socializantes de tratamento, respeitando o louco pessoal e civilmente, e possibilitando sua participação social sem preconceitos, visando formas possíveis de convivência. O respeito, o trabalho multiprofissional, a escuta e novas estratégias de intervenção, são formas valiosas no tratamento clínico e na reabilitação social. A ideia é que o usuário do serviço de saúde mental, saia da condição de exclusão social para ser incluído socialmente através de sua condição de paciente psiquiátrico. O fechamento de hospitais, manicômios e hospícios, que não atendiam a critérios básicos de assistência, e a implantação de serviços substitutivos ao modelo tradicional se pautaram em alcançar uma atenção em saúde mental, para garantir os direitos e promover a cidadania dos portadores de sofrimento mental, favorecendo sua inclusão social. (KYRILLOS NETO, 2003).

A reforma psiquiátrica no Brasil deve ser considerada um processo político e social que emerge de uma série de movimentos em favor de uma saúde mental que preconize o bem-estar biopsicossocial do sujeito. Fazendo um percurso histórico desses movimentos que resultam na Reforma Psiquiátrica, Kyrillos Neto (2003) aponta os principais acontecimentos, a partir da administração federal do Ministério da Saúde, quando na década de 70 são registradas queixas contra a política brasileira de saúde mental em relação às condições desumanas dos atendimentos dirigidos aos pacientes psiquiátricos. Na mesma década, em 78 surgem de pequenos núcleos estatais, movimentos como o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) e o Movimento dos Trabalhadores da Discussão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que são uma crítica ao modelo hospitalar da saúde mental. Na década seguinte, mais precisamente em 87 faz-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) recomendando privatização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e

multiprofissionais, como oposição ao modelo hospitalar e posteriormente o II Congresso Nacional do MTSM que concretiza o Movimento de Luta-antimanicomial com o tema “por uma sociedade sem manicômios”. Em 89 entra no Congresso Nacional o projeto de lei para regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e extinção dos hospícios e leitos psiquiátricos, mas que só é aprovado em 2001, doze anos depois.

Segundo o “Linha guia saúde Mental”, criado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006), as novas legislações são sustentadas pelo Constituição Federal de 1988 que elenca os direitos e garantias de todos os residentes no país.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros, e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade... (BRASIL, 2013, p.14).

Já no âmbito da saúde, as leis são regulamentadas pelas diretrizes do SUS, e em saúde mental, mais precisamente, o marco é a Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, que após doze anos de tramitação no Congresso Nacional é aprovada e garante a proteção e os direitos dos portadores de sofrimento mental.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º 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

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários... (BRASIL, 2001).

No cenário estatal, a lei 11.802 de 1995 modificada pela lei 12.684 de 1997 e regulamentadas pelo Decreto 42.910 de 2002, que dispõe sobre a proteção e reintegração social do portador de sofrimento mental, preconizando a criação e manutenção dos sistemas substitutivos aos tratamentos manicomiais, regulamenta as internações, bem como, demais serviços e ações em saúde mental, são consideradas o marco relevante para o avanço da Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais. (MINAS GERAIS, 2002).

Ainda segundo o “Linha guia em saúde mental” (MINAS GERAIS, 2006) a Reforma Psiquiátrica surge com a finalidade de organizar a assistência em saúde mental, pautando as novas estratégias na atuação em equipe que valorize o acolhimento, a criação do vínculo e a responsabilização do cuidado, respeitando e reconhecendo o sujeito enquanto cidadão. A nova rede de atenção à saúde mental conta com serviços e projetos em vários contextos da saúde como as Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios, leitos psiquiátricos, incluindo a participação da família no tratamento, bem como, a criação de novos sistemas substitutivos como Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Residências Terapêuticas (RTs) e Centros de Convivência. Nesses locais, deve-se preconizar a reabilitação psicossocial do sujeito, oferecendo além do acompanhamento médico, psiquiátrico, psicológico e farmacológico, tratamentos específicos como oficinas terapêuticas e produções solidárias, apontando o trabalho como uma conquista. Ainda nessa perspectiva, é importante citar os movimentos que culminaram na Reforma Psiquiátrica e que não devem ser deixados de lado e dados como findados após a conquista da reforma. Tais movimentos devem ganhar cada vez mais força e buscar melhorias ainda mais relevantes no âmbito da saúde mental. Além do movimento da luta antimanicomial que permanece até os dias atuais, Conselhos e Conferências que contam com a participação organizada da sociedade civil e de trabalhadores da Saúde Pública do País, têm sido marcantes para futuras conquistas. Outra especificidade são abordagens e tratamentos direcionados aos quadros clínicos graves, onde o projeto terapêutico busca direcionar tratamentos específicos e maior atenção nos casos de crises, quadros de abuso de álcool e outras drogas, bem como aqueles em que estejam envolvidos crianças e adolescentes, fazendo um acompanhamento diferenciado tanto do paciente quanto da família.

Os progressos são visíveis e os esforços reconhecidos, no entanto, para Pedro Gabriel Godinho Delgado (MINAS GERAIS, 2006) a prática em saúde mental é algo denso, principalmente para a clínica do território enquanto uma prática desamparada e a céu aberto. Na tradição hospitalocêntrica, o fora e o dentro das instituições asilares, asseguravam a ordem e todos sabiam o que fazer. Nas novas práticas onde os principais conceitos são: acolhimento, cotidiano, rede, território, autonomia. Num lugar onde a centralidade do hospital, a

organização rígida do ambulatório tradicional e o ritmo pesado da emergência médica, não mais existem. “Como buscar rigor no desamparo de uma prática que se dá no centro da vida, no redemoinho do cotidiano? ”

Para Deviaist (2002b) os 50 anos que se passaram desde o início do processo da Reforma configuram em tempo suficiente para que se possam estabelecer os êxitos, impasses e deficiências ao longo do processo que apesar das inúmeras conquistas, já citadas, ainda é um processo que se dá de forma desigual. Por exemplo, em Madri e muitas outras cidades, existem dois modelos funcionando, aquele que fechou o hospital psiquiátrico e aquele que ainda os mantém. Assim, dentre tantos impasses, há uma falta de planejamento e uma precariedade extensa de programas alternativos, capazes de assumir não só a cronicidade esquizofrênica e demais transtornos mentais, que exigem mais que aumento de pessoal, mas programas novos, bem planejados e estruturados.

Dentro deste cenário, nos deparamos com muitas questões e obstáculos ainda por serem vencidos, principalmente se tratando do contexto social no qual o indivíduo considerado louco será inserido e almeja ser aceito após o processo de desinstitucionalização. Algo muito específico e que requer um tratamento especial, neste trabalho, é o caso do portador de sofrimento mental autor de ato infracional, o “louco infrator”. Esta é uma luta talvez ainda por vencer, visto que para além de uma lógica manicomial, perdura sobre esses indivíduos a lógica da prisão, sendo esta aparentemente inalterável em nosso país. Neste contexto trata-se não de buscar, em primeira instância, a exclusão de um sistema que mesmo falido ainda se mantém de pé em nossa sociedade, mas que, devido ao seu caráter bem mais complexo por reunir o pior da prisão e o pior da loucura, trata-se então de alcançar mudanças de dentro para fora, ou seja, antes de se pensar em excluir os manicômios judiciais, visto que enquanto tal processo exigiria uma complexidade muito além por se tratar de prisões, é preciso almejar mudanças que dizem respeito às conduções dos casos, desconstruindo as formas categóricas e classificatórias que mantêm o sujeito preso, ou seja, longe da sociedade e de oferecer riscos a ela.

Kyrillos Neto (2003) diz, segundo a Psiquiatria Democrática Italiana, da permanência dos manicômios enquanto uma dificuldade da Psiquiatria em alcançar a cura, pois a doença mental enquanto objeto permanece indeterminada e indefinida se mantendo pelo seu caráter crônico. Neste contexto busca-se adequar a loucura à razão, não considerando a etiologia da doença, mas usando de ações e métodos terapêuticos que buscam uma transformação institucional através de uma micropolítica pedagógica e da medicação.

A decadência dos serviços com inspiração exclusivamente antipsiquiátrica pode ser

sutil. O ímpeto ao consumo de medicação pode transformar o psicótico em um drogadicto dócil, e a eficácia terapêutica pode se degenerar numa tentativa de adequar o paciente às funcionalidades do dia-a-dia. (KYRILLOS NETO, 2003, p.76).

A partir de Amarante (2008) é possível refletir sobre o processo histórico de constituição do saber psiquiátrico e sua relação com a instituição asilar, entendendo o processo de apropriação da loucura como um processo social. Nessa perspectiva, coloca-se em ênfase o doente e não a doença, no entanto, é da doença que podem emergir os sofrimentos e desejos do sujeito em relação ao corpo social. Neste contexto e citando Pinel, o autor diz da loucura como uma alienação que faz com que todos os outros sentimentos a ela se sujeitem. O isolamento surge como uma ideia de curabilidade da alienação, mas que na verdade é também a condição que possibilita ao saber médico conhecer a loucura e que modifica o pensamento da sociedade, que passa a pensar a loucura enquanto doença mental e relacionada ao asilo. O diálogo com o autor citado se dá no que diz respeito as formas de se pensar uma loucura associada à lógica manicomial. Já sobre o processo de desinstitucionalização, este trabalho pretende apresentar um novo olhar, saindo de uma lógica que visa abolir as instituições asilares, para se pensar novas formas de se perceber a loucura. Trata-se de buscar compreender a lógica da reforma psiquiátrica para além do fechamento de instituições manicomiais, e busca-se atizar o leitor para uma proposta onde o enfoque é o sujeito e a etiologia da sua doença. Assim, através de uma visão psicanalítica e que vem ganhando respaldo desde Freud, busca-se entender o ato na loucura como algo que tem uma razão e um saber, só a partir daí se conseguiria desmistificar a loucura enquanto um risco permanente, sendo este o foco principal que o mantém o sujeito preso, ser louco e perigoso.

Couto e Alberti (2008) fazem uma relação entre a Psicanálise e a Reforma Psiquiátrica onde apontam o discurso do mestre, formulado por Lacan, como a possibilidade de se rearticular a dimensão política a partir da clínica. Neste contexto, não seria apenas a aprovação de leis e portarias que reivindicam direitos e cidadania aos usuários, que se configuram na mestria da reforma. Esse discurso fracassa, quando deixa emergir a impossibilidade do Estado de governar aprovando leis que não são suficientes para garantir o funcionamento de iniciativas como a saúde e mental e o seu foco principal, o sujeito. Lacan diz de dois discursos, o do mestre e o universitário, que perpassam essa relação de poder sobre os usuários dos serviços de saúde mental. Não apenas dos manicômios e hospitais, mas também dos serviços substitutivos, que se pensados nos conceitos dos discursos de Lacan, estas instituições e seus métodos de tratar detêm a mesma lógica de segregação que não

permite a dialetização dos significantes, onde não há espaço para a singularidade dos sujeitos, sendo estes submetidos a métodos e atividades comum a todos, visando apenas mantê-los como objetos desses saberes e como máquinas que deve apenas obedecer a comandos. (LACAN [1969 – 1970] 1992).

Se repensarmos o percurso histórico feito até aqui, é possível que nos perguntemos como inserir uma lógica clínica para explicar o fracasso, ou talvez, o não avanço de muitas iniciativas que regem a Reforma Psiquiátrica Brasileira? Haja visto, que desde o surgimento da loucura por Foucault, perpassando pela criação dos hospitais e prisões, até chegar na medicação da loucura e esta ser apropriada pelo saber médico a partir do que a sociedade entende e denomina loucura, em todo este percurso, a lógica é a mesma, de um estado mental ou vivência que após ser firmado como loucura, só lhe foi oferecida uma saída, ser subordinada e obedecer aqueles saberes que sobre ele tem total domínio e poder. Nesta perspectiva, mesmo os “benefícios” conquistados pós reforma, apontam para uma segregação mascarada, a princípio o sujeito resgata sua cidadania e seus direitos, mas isso se dá apenas no âmbito político, onde este passa a conviver na sociedade, mas não me parece que passa a conviver em sociedade, pois os laços sociais se dão a partir do momento em que o sujeito se sustenta e se posiciona no discurso e não apenas se coloca a mercê deste.

Retomando Couto e Alberti (2008) em uma tentativa de sanar as dúvidas e questionamentos aqui apontados, a primeira questão a ser revista é a postura dos diversos profissionais da saúde que se apropriam do discurso universitário pelo qual são formados, e denegam os ideais que defendem enquanto uma luta política. A Psicanálise permite novas articulações na dimensão política da reforma psiquiátrica, fornecendo meios para não se cair na burocracia, dando ao sujeito o seu lugar para os quais os serviços da reforma se destinam. A principal contribuição psicanalítica está voltada para fazer circular os discursos, onde neste caso, nem o discurso de mestre nem o discurso universitário se sobressaem, não havendo predomínio de um sobre o outro. Dessa forma, os profissionais da saúde e funcionários da reforma podem sair da posição de comandados, para serem agentes e contribuir para a aplicação dos fundamentos que norteiam o movimento da reforma no Brasil, onde se buscará fazer da atenção psicossocial um instrumento de acesso ao sujeito do inconsciente. Aqui, trabalha-se a inclusão social incluindo melhor o sujeito em seu próprio tratamento, considerando o que o situa fora do discurso, a foraclusão, visto que em Psicanálise o laço social é consequência do que se trabalha com o sujeito.

## 5 Manicômios e sistemas substitutivos: um embate na missão de recuperar

A lealdade que é simplesmente tida como garantia no caso dos nativos (e então entendida não como uma decisão de ser leal, mas como um destino em comum) requer no caso do estranho de ontem um exame vigilante e desconfiado; e isso será sempre assim, pois sua adesão está desde o início comprometido, e sem esperança de redenção, pelo pecado original de ter sido livremente escolhida. A lealdade do estranho permanecerá sempre duvidosa. O próprio zelo com que ele se identifica ao novo lar isola-o. Sua insistência em estar à vontade é vista como admissão de culpa. (BAUMAN, 1999, p. 89).

Bauman (1999) ao falar de “Modernidade e ambivalência” remete a uma diferenciação drástica entre o que é nativo e que já se encontra posto; e o estranho, enquanto algo ambíguo e subdefinido. Nessa perspectiva existe uma estruturação ou diferenciação social entre o que é nativo e o que é estranho, remetendo a uma não aceitação da inserção de um no campo do outro, principalmente quando se trata de aceitar a estranheza no que já se encontra situado e definido.

Apesar de citado brevemente, os escritos de Bauman (1999) poderão ser retomados ao final deste capítulo, e se este for bem entendido, poderemos traçar um novo olhar sobre a inserção do estranho, aqui apropriado como o “louco”, em um meio já definido como nativo aqui apropriado como “normal”.

Retomando a loucura e suas especificidades, são visíveis e consideráveis os avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira desde o seu surgimento. Formas de tratamento desumanas e brutais como eletrochoques, inexistência de higienização, entre outras, foram substituídas pela humanização e pela terapêutica, na tentativa de recuperar o sujeito louco, tanto pelos manicômios quanto pelos sistemas substitutivos. No entanto, perceber a loucura não remete necessariamente a uma aceitação desta enquanto vivência, e recuperar o sujeito louco não dizem de dar a este um lugar que é seu, o que vemos até então, são tentativas forçadas de encaixá-lo no social e não de fazê-lo ativo neste meio. Enquanto a busca pela (re)inserção social do louco infrator for depositá-lo na sociedade, estaremos fadados ao fracasso da missão de recuperar o que sequer deveria ter sido retirado desse sujeito, o seu lugar no meio social, respeitando suas vivências e singularidades e tratando de forma adequada o seu transtorno.

Nesta perspectiva, podemos analisar a missão de recuperar, do louco infrator, de três pontos distintos. O primeiro surge com os manicômios judiciários, onde a lógica da prisão busca recuperar moralmente o sujeito. O segundo ponto refere-se aos sistemas substitutivos, neste caso o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de

Minas Gerais - PAI-PJ<sup>10</sup> e Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI<sup>11</sup>, que buscam a recuperação do sujeito através da lógica de (re)inserção e da retomada dos laços sociais. Um terceiro ponto seria justamente aquele defendido neste trabalho, onde a missão talvez não seja exatamente a de recuperar o sujeito para devolvê-lo ao social, mas recuperar o seu lugar de sujeito neste social através da clínica psicanalítica. Apesar da crítica, percebe-se nos três pontos citados um processo de evolução, a partir dos manicômios, perpassando pelos sistemas substitutivos e com forte tendência a conquistar novos avanços pela lógica da Psicanálise.

Em “A verdade e as formas jurídicas” Foucault ([1926 – 1984] 2003) traz a realidade de prisão exercida nos manicômios como algo de uma sociedade disciplinar, constituída de uma rede de poderes, não sendo exatamente o judiciário, mas o policial, o pedagógico e o psiquiátrico, por exemplo, que têm a função de corrigir o sujeito. Assim, as instituições judiciárias surgem para assumir a função de controle dos indivíduos ao nível de sua periculosidade. A lei penal representa apenas o que é útil e o que é nocivo para a sociedade, onde a figura do criminoso aparece como inimigo social não pelo ato em si, mas pelo fato de romper com o pacto social que teoricamente está estabelecido. Esta lógica de penalidade que procura corrigir aprisionando surge nas práticas de controle social, onde a prisão, grande punição do século XIX que mantém as pessoas presas até se corrigir, uma ideia totalmente sem justificção ao nível do comportamento, tem sua origem na prática da *lettre-de-cachet*,<sup>12</sup> na utilização do poder do rei para controlar os grupos.

Foucault ([1926 – 1984] 2003) ainda faz menção à prisão como a forma concentrada, exemplar e simbólica que representa todas as instituições de sequestro criadas no século XIX. Nesta visão, o social é composto por instituições que buscam fixar os indivíduos em um aparelho de normalização dos homens. Assim, a necessidade do controle do sujeito se dá em várias instâncias, onde instituições pedagógicas, médicas, industriais e penais, tem por finalidade a responsabilidade sobre a totalidade do tempo do indivíduo, se encarregando de toda a dimensão temporal da vida destes, exercendo sobre os sujeitos um poder econômico, político e judiciário, onde a finalidade é a mesma: “como fazer do tempo e do corpo dos

---

<sup>10</sup> Ver BARROS, Fernanda Otoni. Por uma política de Atenção Integral ao Louco Infrator. Belo Horizonte. Tribunal de justiça do Estado de Minas Gerais. 2010

<sup>11</sup> Ver PAILI – Implementação da Reforma Psiquiátrica na execução das medidas de segurança. Disponível em: < <http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/outros/cartilha-PAILI.pdf> >. Acesso em 04 de nov. de 2015.

<sup>12</sup> FOUCAULT, Michel. A verdade e as formas jurídicas (1926 – 1984). Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 79 – 102 *passim*.

homens, da vida dos homens, algo que seja força produtiva. É este conjunto de mecanismos que é assegurado pelo sequestro.” (FOUCAULT [1926 – 1984] 2003, p. 122).

Para Birman (1978) existe uma necessidade de destacar o portador de sofrimento mental, onde suas problemáticas expunham os limites de sua diferenciação. Assim, são assinalados pelo humor oscilante, nas mutações incompreensíveis, se irritam facilmente e apresentam uma fisionomia bizarra e com gestos estranhos que apontam uma desordem do seu comportamento global. É esta caracterização que equivale ao domínio dos anormais, onde de acordo com as concepções médicas e psicopatológicas, se instaura o patológico e anormal.

A caracterização de um grupo como este, coloca a questão da prevenção da enfermidade mental. Estabelecer estados pretéritos da alienação, que se transformariam nesta por um desequilíbrio que pudesse se operar, equivalia a aumentar o campo empírico de intervenção da Medicina mental. Esta não deveria se restringir à clínica e à terapêutica, mas deveria também atuar quer nas etapas precoces da vida dos indivíduos, onde se constituiria a sua frágil moralidade, quer nas instituições sociais, com o objetivo de impedir desequilíbrios capazes de subverter a hegemonia da razão. (BIRMAN, 1978, p. 319).

É neste contexto e tentando quebrar a lógica da prisão e da penalidade pela periculosidade, que surgem os sistemas substitutivos, tendo como base os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Segundo Barros (2010) é preciso novas diretrizes que busquem respaldo na potencialidade de sociabilidade do ser humano, estejam este respondendo ou não por um crime. O conceito de política de segurança deve ser redesenhado e exige a invenção de novos modos de aplicação das sentenças jurídicas na contemporaneidade. Historicamente o projeto do PAI-PJ nasce em 1999 através de críticas aos tratamentos político, jurídico e clínico-social oferecidos ao louco infrator. O pontapé inicial se dá por uma Campanha de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia com o tema: Manicômio Judiciário... o pior do pior.... O projeto é apoiado pela Lei Estadual 11.802/1995 que normatizam o redesenho da assistência em saúde mental em Minas Gerais, e é inaugurado em 1999 no IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. (MINAS GERAIS, 2002).

Até então, a lógica manicomial era a única saída para o louco infrator, a partir de indícios de transtorno mental, o direito recorria a um laudo de especialista que, se atestado a doença mental como elemento que causou o ato, o sujeito é dado como não responsável penal e a consequência disso será a presunção de periculosidade que acarretara em medidas de contenção do agente tendo em vista a proteção do social. (BARROS, 2010).

Nada de acessibilidade às soluções instituídas na civilização como garantias mínimas que edificariam um sentido compartilhado para as condições pactuadas de humanidade.... Aos loucos infratores restou, como manifestação da humanidade, apenas o seu pior.... Apenas o silêncio, o isolamento, o massacre cotidiano da sua condição subjetiva e o sequestro institucional dos direitos fundamentais válidos para qualquer pessoa humana. (BARROS, 2010, p. 19).

Por não ser perigoso e não responsável pelo seu ato, o louco infrator será enquadrado no artigo 26 do Código Penal, passando a ser considerado inimputável. Segundo o Código Penal brasileiro, em seu artigo 26,

... é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento<sup>6</sup>. (BRASIL, 2013, p. 240 – 241)

Uma vez enquadrado no artigo 26, o indivíduo é absolvido de seus crimes, mas sentenciado a medidas de segurança por tempo indeterminado, que objetiva proteger a sociedade da prática de novos crimes e dos “doentes mentais”. (BARROS, 2010)

O PAI-PJ oferece um acompanhamento integral ao louco infrator durante todo o processo criminal. Este se dá através da parceria do judiciário com o executivo, promovendo acesso à Rede Pública de Saúde e de Assistência Social de acordo com as políticas de atenção integral ao portador de sofrimento mental. Busca-se a acessibilidade dos direitos constitucionais, bem como recuperar os laços sociais destes indivíduos. A legislação Penal também é auxiliada na aplicação e execução das medidas de segurança, onde o acompanhamento dos casos é orientado pela clínica das psicoses de Lacan, privilegiando o acompanhamento cuidadoso e considerando o sujeito de direitos e capazes de responder pelos seus atos. (BARROS, 2010). O PAILI atua tendo como fundamento os mesmos princípios do PAI-PJ, no entanto o PAILI é responsável pela execução das medidas de segurança do Estado de Goiás.<sup>13</sup>

É sobre essa realidade de tratamento do louco infrator que novos olhares provocam e apostam na melhoria ainda mais efetiva, nas formas de conduzir os casos dos loucos infratores. Mesmo considerando os grandes avanços, nota-se que a lógica de prisão é algo instaurado na nossa sociedade. O surgimento dos sistemas substitutivos, até o momento, favorece para assegurar que ao sair do manicômio o sujeito tenha um suporte que o permita estar na sociedade, seria um dispositivo a mais para auxiliá-lo no desembaraço das suas vivências particulares em relação ao meio. No entanto, este vive a mercê de saberes, de instituições e de poderes que o controlam o tempo todo e o coloca na condição de obedecer para que um regresso ao manicômio seja evitado. Talvez me seja permitido aqui, retomar um tema utilizado por mim em um trabalho acadêmico apresentado em outra ocasião, tendo como referencial teórico a autora Andrea Guerra (2010) em seu livro “A psicose”, descrevo sobre as

---

<sup>13</sup> Ver PAILI – Implementação da Reforma Psiquiátrica na execução das medidas de segurança. Disponível em: <<http://www.crsp.org.br/interjustica/pdfs/outros/cartilha-PAILI.pdf>>. Acesso em 04 de nov. de 2015.

possíveis “grades invisíveis da sociedade”,<sup>14</sup> onde problematizo o processo de desintitucionalização se pensado de forma a deslocar as grades dos manicômios para uma sociedade que impõe novas grades, mesmo que não sejam de imediato perceptíveis a nossos olhos. Essas grades ou barreiras, postas entre o social e a loucura só serão passíveis de serem manejadas através de uma visão que permite a sociedade aceita-la enquanto vivência e aos agentes da saúde tratá-la da mesma forma.

Tratar a loucura ou mais precisamente, a psicose, na sua essência seria respeitar as suas vivências e conduzir o sujeito a se conectar ao campo do real, podendo assim significar o seu gozo e tornar possível à articulação entre *o simbólico, o real e o imaginário*. Guerra (2010) retoma as teorias de Freud e de Lacan para tentar definir o que seria essa condução do sujeito à significação do seu gozo, ou em outras palavras, a estabilização do sujeito psicótico. As possibilidades de se encontrar a estabilização na psicose vão desde as formações delirantes que permite ao sujeito dar conta daquilo que o escapa na linguagem e se localizar no discurso do Outro; na produção artística criando um laço social no produto endereçado ao Outro e permite o entrelaçamento entre o real e o simbólico; na transferência, mesmo que ainda se questione a existência desta na psicose, é preciso trabalhar com o sujeito de forma que o analista não tome a posição do grande Outro; nas identificações imaginárias e até mesmo na passagem ao ato, onde o sujeito busca a tentativa de realizar a castração simbólica através de uma separação radical, pela extração do Outro que o invade. No entanto, a passagem ao ato é um tipo de estabilização que se evita na clínica da psicose, por desfavorecer o laço social, gerar violência e até crime. Ela nos serve apenas para mostrar caminhos e nos fazer entender a busca pela estabilização, deixando claro que o psicótico precisa eliminar o excesso pulsional que o toma. (LACAN [1901 – 1981] 1998).

Para Guerra (2010), são vários os recursos em que o psicótico busca uma estabilização, cabe ao psicanalista fazer uma boa análise e saber reconhecer qual o caminho o sujeito encontrou para buscar as respostas para aquilo que o falta, ou de que maneira ele encara aquilo que se apresenta sempre como real diante de seu mundo imaginário. É preciso considerar todo o material que o sujeito psicótico traz para o analista, não como a doença em si, mas como formas para se chegar a cura. Assim, não apenas fenômenos positivos como uma boa transferência, obras e artes devem ser levados em conta, mas também fenômenos negativos como alucinações e delírios, pois estes últimos não significam a falência ou a

---

<sup>14</sup> Trabalho acadêmico intitulado “A loucura frente as grades invisíveis da sociedade: um caso de psicose”. Apresentado em forma de pôster na XII Semana acadêmica de Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC, da cidade de Barbacena MG.

insanidade do sujeito, mais que isso, são fenômenos que se bem analisados representam o suporte do sujeito diante dos seus indomesticáveis excessos pulsionais, como a fantasia e sonho na neurose.

Figueiredo (2005) aponta a possibilidade de intervenções que incluam as dimensões do gozo, ato e palavra, buscando localizar o sujeito, mesmo que em dispositivos coletivos de atenção psicossocial fazendo um referencial ao campo da Psicanálise. Nesta perspectiva destaca que na clínica não há garantias, mas uma direção e um risco calculável que permite traçar um projeto terapêutico. A autora remete a várias indicações da Psicanálise para se chegar ao sucesso da clínica neste contexto psicossocial. Em primeira instância o foco está em recolher os elementos fornecidos pelo sujeito, de cada caso, como pistas para a direção do tratamento. A partir daí é possível localizar os significantes que representam o sujeito, podendo então convidá-lo a engajar-se em determinada tarefa ou atividade. Outro ponto fundamental citado pela autora é o tempo e o manejo a partir do tempo lógico, proposto por Lacan ([1901 – 1981] 1998) em “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada: um novo sofisma”, onde este se divide em três tempos: o instante de ver; o tempo de compreender e o momento de concluir, eliminando os obstáculos a uma lógica coletiva onde uma objetivação temporal é mais difícil de ser concebida. A transferência de trabalho aparece como um discurso fundamental para clínica, onde o estabelecimento de um laço produtivo entre os pares visando não só a clínica, mas a concepção de um saber onde o objetivo é comum a todos e determinado pela concepção de clínica pautada no sujeito. O que requer um manejo profissional dos participantes, visto que, a trajetória do sujeito muitas vezes é marcada por uma peregrinação por diferentes instituições, o trabalho multidisciplinar e a comunicação entre estas, certamente serão essenciais para uma condução favorável dos casos.

Ao definir o sujeito de quem se trata, neste cenário pouco óbvio para muitos, Figueiredo (2005) retoma Freud e localiza as três referências ao sujeito do inconsciente, sendo elas: 1 – sujeito do gozo, o objeto incide sobre o sujeito como significante no corpo, localizando a dimensão pulsional; 2 – sujeito em ato, momento em que o sujeito se afirma pela passagem ao ato rompendo com o simbólico e dando uma solução para uma invasão de gozo; 3 – sujeito da palavra, não sendo uma fala qualquer, mas de represente a possibilidade de afirmação do sujeito em consequência de um trabalho psíquico em análise.

Da mesma forma, o atendimento coletivo, em que a autora se refere aos atendimentos realizados nos CAPS devem se dar de maneira a alcançar o objetivo comum a todos, o sujeito. Citar essas formas de atendimento no CAPS não foge da realidade defendida neste trabalho, visto que, assim como o PAI-PJ e o PAILI, os serviços oferecidos pelo CAPS também são

regidos pela lógica da Reforma Psiquiátrica. Além disso, ao fazer circular os saberes e criar uma transferência de trabalho, como pressupõe a prática psicanalítica, é preciso que as instituições se interajam e conversem sobre um mesmo dialeto, pois todas estão sujeitas e receber os casos advindos dos manicômios judiciários, neste momento é essencial que não se criem fendas na comunicação e respectivamente na lógica de tratamentos destes sujeitos.

Os atendimentos coletivos devem se dar em várias instâncias que remetem ao cotidiano do sujeito, como os grupos de usuários, onde opera como um lugar de circulação da fala e busca o enlaçamento do sujeito com o Outro podendo esse se reiterar e se reafirmar. Os grupos de medicação trabalham diretamente com os médicos e devem buscar com que o usuário tematize e se posicione sobre o uso de medicamentos em seu tratamento, exercendo certa autonomia, interrogando seus efeitos e propondo novas alternativas para seu uso. Os grupos de familiares tornam-se essenciais por se estender para as questões dos próprios familiares frente ao adoecimento e à loucura, ocupando-se de questões relativas às experiências no tratamento de parentes e as dificuldades encontradas. As oficinas e trabalhos protegidos se dão de forma bastante diversificada e buscam a ressocialização do sujeito. “O trabalho pode ser automático, repetitivo, sem sentido, mas o sujeito pode fazer disso um ato, principalmente se houver um produto como resultado, seja de que tipo for.” (FIGUEIREDO, 2005, p. 53). E concluindo a função de supervisão, é neste campo que se torna possível a construção do caso a partir dos elementos trazidos pelo sujeito. A partir daí produzir um saber que norteie a prática clínica e manter operando a transferência de trabalho. O supervisor é mais que permite o desdobramento do trabalho e que seu produto tenha um registro. Não se trata de proteger a equipe, mas sustentar seu cotidiano e conduzir a uma produção eficaz e permanente.

Dunker e Kyrillos Neto (2015) aponta a ausência da dimensão clínica nos sistemas substitutivos dificultando um maior entrosamento com a patologia e dirigindo este ao campo social, mais precisamente à (re)inserção do sujeito. Nesta perspectiva, o que vigora é uma política compensatória e que ao conceder benefícios, de participação em movimentos sociais e retorno ao universo de trabalho, nega-se a lógica manicomial. Dessa forma há uma transposição da demanda de cura do sujeito para uma demanda de inclusão social, e a prática clínica, enquanto aquela que toma o caso na sua singularidade é sufocada por ações políticas que privilegiam poucos grupos. No entanto, para as novas definições acerca do tratamento e condução de casos, torna-se indispensável a associação entre saúde mental e clínica, nas práticas multidisciplinares deste contexto.

A partir de então é possível retomarmos Bauman (1999) citado no início deste capítulo, e novamente nos apropriando dos conceitos de “louco” para estranho e “normal” para nativo.

Só se pode bater numa porta quando se está do lado de fora; e é o ato de bater na porta que alerta os moradores para o fato de que alguém que bate está realmente fora. “Está do lado de fora” lança o estranho à posição de objetividade: é um vantajoso ponto de vista exterior, destacado e autônomo a partir do qual os moradores (...) podem ser observados, examinados e criticados. A própria consciência desse ponto de vista (...) faz os nativos se sentirem desconfortáveis, inseguros nas suas maneiras e verdades domésticas. (BAUMAN, 1999, p. 88).

Nesta perspectiva, só o fato de bater à porta já diz que alguém deseja entrar, a insegurança de quem já está dentro é inevitável, mas uma adaptação pode ser costurada a partir da experiência de quem entra. Assim, mesmo que ainda seja uma tarefa um tanto difícil, que a sociedade aceite o louco infrator em seu meio, é possível buscar uma adaptação destes. Talvez os caminhos trilhados desde a Reforma Psiquiátrica até os dias de hoje são formas de costurar e tecer uma adaptação menos invasiva e mais aceita para ambas as partes. A sociedade precisa se adaptar ao estranho que bate à porta e deixa-lo tomar o seu lugar. Enquanto o estranho precisa ser responsabilizado pelos seus atos e adentrar na sociedade retomando o seu lugar enquanto sujeito.

## 6 Os novos olhares e a desconstrução da lógica manicomial

Até o momento foram apresentados e discutidos os processos que definem a loucura desde o seu surgimento enquanto patologia, bem como, as possibilidades de novas formas de tratamento para esta vivência tão singular. O fato é que, muitos avanços políticos se concretizaram, outros são meras teorias. A busca pela humanização e pelo reconhecimento do portador de sofrimento mental enquanto cidadão ainda está longe de ser uma luta vencida. Segundo o “Relatório Brasil 2015/Conselho Federal de Psicologia” publicado em setembro deste ano e que apresenta a partir de uma junção entre o Conselho Federal de Psicologia – CFP e a Ordem dos Advogados do Brasil – OAB e a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde - AMPASA vêm através da realização de inspeções em 18 manicômios do país trazer à tona a lógica desumana, fora da lei e contrária aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, que ainda são uma realidade que contribuem para a preservação de crenças já denunciadas e supostamente superadas noutros tempos.

Segundo o CFP (2015) os manicômios judiciários, hoje denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs são produtos da ligação entre Psiquiatria e Direito, enquanto as maiores instituições de controle da nossa sociedade. Neste contexto o louco e o criminoso são um só, e o seu destino também, o aprisionamento sob o argumento do perigo. Durante as inspeções cuidadosamente descritas no relatório citado, buscou-se evidenciar os impasses encontrados nestas instituições e que contrariam não só os objetivos da reforma como também o processo democrático proclamado pela Constituição da República. As instituições que deveriam zelar pela saúde dos doentes mentais que cometem crimes acabam se desvinculando da sua função e submetendo estes sujeitos a prisão perpétua, pois poucos conseguem sair, e quando saem se vêm presos pelo estigma da “loucura perigosa”.

A partir dos dados coletados pelas inspeções realizadas nos manicômios, é possível comprovar, em dados bastante atuais, uma resistência ainda muito intensa e respaldada pela realidade aplicada aos tratamentos da loucura, em se mudar essa realidade. Assumir o que prega a Reforma Psiquiátrica e acatar o que proclama a Constituição da República, em se tratando de saúde mental, vai além de acatar normas e regras políticas, pois requer algo de uma especificidade que a sociedade ainda não está preparada para suportar. Aceitar o louco criminoso seria então como deixar o crime impune e abrir margem para que ele ocorra novamente. Para o CFP (2015) e considerando a lei 10.216 com o redirecionamento da

assistência social no país, o internamento deveria ser última alternativa para o tratamento do sofrimento mental, sendo este utilizado apenas quando esgotassem todas as demais alternativas. As lacunas encontradas na maioria das instituições inspecionadas muitas das vezes não são perceptíveis, ou não se fazem perceber, não sendo estas muito diferentes de outras épocas onde a loucura teve seu momento de completo descaso. Dentre as que chamaram mais atenção nos HCTPs, estão: inacessibilidade a informações sobre os processos em cumprimento de medida de segurança; um número extenso de indivíduos aguardando por exames, onde a maioria não são pacientes permanentes; o não cumprimento do prazo estabelecido por lei para realização dos exames e perícias, que devem ocorrer anualmente; além de condições precárias de higiene e no setor de saúde.

Abrindo um parêntese para focar o papel da saúde nestas instituições onde o que prevalece é o sistema jurídico, o CFP (2015) constatou a precariedade nos atendimentos à saúde dos internos. Assim, verificou-se uma deficiência generalizada não só nos atendimentos destinados aos pacientes, como também no quadro de profissionais da saúde. Em se tratando de Psicologia, é assustador os dados quantitativos e qualitativos que definem a participação deste profissional nas instituições manicomiais. Na unidade em que há menor relação entre psicólogo e paciente são 21 presos por profissional, e na maior relação tem-se 104 presos por profissional de psicologia, tornando inviável um atendimento individualizado de qualidade.

Dez instituições informaram conhecer o Pai-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de Minas Gerais) e PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator).

Em apenas cinco das instituições inspecionadas, os (as) psicólogos (as) têm algum tipo de participação e contribuição na elaboração e conclusão dos laudos periciais (sanidade mental e periculosidade).

Em apenas sete das instituições inspecionadas o trabalho da psicologia é considerado na discussão dos casos e na condução dos tratamentos. (CFP, 2015, p. 160).

Dunker e Kyrillos Neto (2015) traz a construção de casos clínicos como a possibilidade de evitar novas cronicidades na passagem da loucura enquanto doença para saúde mental. Ao construir um caso clínico, tem-se acesso à subjetividade de cada paciente, podendo ao invés de atacar o sintoma, acolhê-lo e desdobra-lo a partir de uma investigação diagnóstica que permitirá aparecer o sujeito, seja na melancolia, no delírio da paranoia ou no corpo despedaçado do esquizofrênico.

No entanto, o que nos apontam os dados do CFP (2015) é como está defasado e pouco consolidado o papel da Psicologia nas instituições manicomiais, mesmo sendo suas atividades

definidas e asseguradas em leis como a Lei 10.216 que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica e a Lei 7.210<sup>15</sup> da Execução Penal.

De acordo com a Lei 7.210 de 11 de junho de 1984, Lei da Execução Penal, cabe ao psicólogo compor a Comissões Técnicas de Classificação, que têm como missão acompanhar a execução das penas privativas de liberdade. Por esta normativa compete ao psicólogo acompanhar o cumprimento das penas e avaliar a pertinência de progressões e regressões do regime. (CFP, 2015, p. 162).

Sendo o vínculo familiar outro ponto fundamental para a (re)inserção do portador de sofrimento mental na sociedade, verificou-se também, a escassez nos trabalhos realizados com este público, sendo a participação familiar quase inexistente durante o internamento do paciente e muitas vezes até mesmo no ato da desinternação, o que dificulta o processo e torna muitos casos de internação perpétua. (CFP, 2015)

Passados quatorze anos da publicação da lei 10.216, de 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, a chamada lei da Reforma Psiquiátrica, ainda está em fase incipiente de transposição dos hospitais de custódia de instituições penais para instituições de saúde. Neste sentido, a não adoção da referida norma, pela maioria dos hospitais visitados, não deixa de ilustrar dramaticamente quanto nossa sociedade deverá ainda caminhar no sentido da garantia de direitos das pessoas internadas nestes institutos. (CFP, 2015, 161-163).

Para Desviat (2002b) ao citar alguns impasses em relação à Reforma Psiquiátrica, destaca-se a ineficácia em combater a cronicidade dos transtornos mentais, bem como, a dificuldade em se propagar e investigar na clínica enquanto instrumento fundamental no tratamento em saúde mental. O autor faz suas críticas acerca das instituições manicomial, onde defende um modelo de atenção assistencial e de serviços de saúde organizados e com um mesmo objetivo, o bem-estar do paciente com transtorno mental. Nesta perspectiva cita um projeto espanhol publicado em 1988 que propõe uma “Saúde Mental Comunitária”, onde os membros ao possuírem interesses em comum, bem como, reflexões e preocupações com os problemas que envolvem a saúde da comunidade, expressam seus anseios e participam ativamente, propõe-se a junção de várias áreas no campo da saúde e torna-se possível traçar novos rumos para a assistência a essa demanda. (DESVIAT, 2002a).

Há lugares onde os novos modelos de gestão se aproveitam em benefício dos programas comunitários. Abrem-se novos foros no mundo para reivindicar uma Psiquiatria cidadã, uma saúde mental coletiva. A sociedade, escreveu María Zambrano, o é em sentido estrito só onde o indivíduo atua e tem vigência. Sempre que o indivíduo seja esmagado ou malogrado se recairá em um tipo de

---

<sup>15</sup> Ver BRASIL - Presidência da República. Lei 7.210 de 11 de julho de 1984. Lei da Execução Penal. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm) >. Acesso em 20 de out. de 2015.

comunidade inferior já superada entre nós; será um verdadeiro regresso histórico (DESVIAT, 2002a, p. 30).<sup>16</sup>

O trabalhar em comunidade requer mais que um entrelaçamento entre os diversos profissionais da área, mas não menos importante, é preciso que haja em engajamento da atuação da equipe e da atuação do paciente neste contexto. As discordâncias entre a utilização de uma psicopatologia psicanalítica e uma nosografia médica - no caso dos DSMs e CID-10 -<sup>17</sup> apontam uma cisão entre o tratar o surto e cuidar da reabilitação social do sujeito. Não se trata de desconsiderar a crise, mas pautar a atenção na construção do laço social do psicótico, resignificando aquilo que para o sujeito foi rejeitado e considerar todos os fenômenos que o paciente venha a apresentar como tentativas de criar vínculos e fazer laços sociais. (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2015).

Pensamos o trabalho com o psicótico na direção daquilo que não se efetuou para ele e que ele mesmo se esforça para realizar. Por isso, não enfatizamos a eliminação dos sintomas, o que não significa que recusamos o acesso à medicação para apaziguar o gozo destrutivo, mortífero. O tratamento será pautado no estímulo à “historicização” dos fenômenos ao considerarmos que são repletos de sentido, conforme preconiza uma clínica que considere o sujeito. (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2015, p. 93).

Dimenstein (2006) traz contribuições importantes sobre esses desafios em promover a (re)inserção social do portador de sofrimento mental. São questões que dizem respeito a uma dinâmica institucional falha, incluindo condições salariais e de trabalho, falta de capacitação, um investimento insuficiente do Sistema Único de Saúde – SUS e, além disso, a insuficiência de unidades e a inacreditável falta de articulação dos serviços de saúde para atender à crescente demanda de egressos dos serviços institucionais. Para a autora à uma resistência ainda considerável em se abrir portas de saída e promover a circulação na rede, fato este, que contribui para um regresso à cronicidade e faz dos sistemas substitutivos manicômios disfarçados. O encontro com a sociedade e com a vida cotidiana além dos muros dos manicômios deve ser novas práticas desenvolvidas pelos serviços de saúde, a fim de promover a criação de laços sociais e conseqüentemente a responsabilização do seu sujeito perante seu papel social.

---

<sup>16</sup> Hay lugares donde los nuevos modelos de gestión se aprovechan em beneficio de los programas comunitarios. Se abren nuevos foros en el mundo para reivindicar una psiquiatria ciudadana, una salud mental colectiva. La sociedad, escribió María Zambrano, lo es em sentido estricto sólo donde el individuo se recaerá em un tipo de comunidad inferior; ya superada entre nosotros; será um verdadero regresso histórico. (DESVIAT, 2002a, p. 30).

<sup>17</sup> Ver DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. Pequena história do DSM. *In*: \_\_ Psicanálise e saúde mental. Porto Alegre: Criação Humana, 2015. p. 161 – 177.

Outro desafio apontado por Dimenstein (2006) sobre a (re)inserção social do paciente com transtorno mental é no que diz respeito à vontade de alguns usuários em permanecer hospitalizado e sobre tutela do Estado. É sabido, que ao adentrar as portas de uma instituição manicomial inicia-se no sujeito um processo de perda de identidade, muito bem definido por Goffman (1961) que traz o descultramento, ou seja, a incapacidade do sujeito de enfrentar aspectos da sua vida diária fora da internação, após um longo período internado. Dentro da instituição e tendo que se adequar a uma linguagem e às mudanças contrárias à sua carreira moral, sendo submetido a uma série de humilhações e degradações que levam a uma mortificação do eu. Além disso, a barreira que se cria entre o internado e o mundo externo provoca mutilações no eu e uma perda do seu papel social e civil, por ser afastado de todo e qualquer contato com o meio social e familiar. Ao retornar, resta ao sujeito apenas a insegurança e a inacessibilidade à realidade que antes era apenas rotineira.

Para Dimenstein (2006) é preciso enfrentar essa situação levando em consideração a falta de uma rede assistencial de equipamentos sociais, comunitários e familiares, configurando em um acolhimento faltoso. Neste sentido, as residências terapêuticas – RTs e os acompanhantes terapêuticos – Ats são peças fundamentais para promover uma (re)inserção que faça o paciente circular por outros lugares que não sejam os cronificantes. Assim, estaríamos favorecendo a fusão de dois conceitos fundamentais discutidos neste trabalho, o de promover a (re)inserção social e principalmente o de considerar a figura do sujeito e permitir que este ocupe a sua posição social.

Velozo e Serpa Júnior (2006) trazem que de início a ideia dos ATs não passava de mais uma forma de controlar e certificar o dia-a-dia do paciente fora do contexto institucional. No entanto, ao passar da condição de “auxiliar psiquiátrico” para ser reconhecido como mais um membro da saúde mental em busca de garantir as premissas da Reforma Psiquiátrica, os ATs passaram a exercer outra função. Do lado de fora, nos extramuros dos manicômios, tornou-se possível ajudar o usuário na sua lida cotidiana. O apoio oferecido pelos ATs, não só buscam novas conexões, como envolve o alívio dos sintomas do paciente, o suporte social e à família, alternativas de trabalho, lazer, moradia, enfim, é um trabalho que envolve além de teorias e técnicas científica, também uma ética e busca a não exclusão do portador de sofrimento mental.

É preciso que possamos contar com diversos recursos que descontroem a figura do especialista detentor do saber, para que a prática clínica possa ser ampliada. Ao utilizar da Psicanálise para ampliar a clínica no contexto de desinstitucionalização, o objetivo é possibilitar a inscrição na história de cada um, buscando sentido para aquilo que se apresenta

como ameaçador e que foi arrancado do sujeito e permanece como pedaços de sua história. Nesta perspectiva é possível um alinhamento da sua história através de recordações, reconhecimentos e a junção de fatos que permite a produção desse sentido.

O trabalho dos ATs enquanto agentes da saúde mental tem tido seu reconhecimento e vem ganhando espaço no processo de (re)inserção social do paciente psiquiátrico, no entanto, assim como os demais serviços da rede, ainda há muito que melhorar para se chegar a resultados mais eficazes. Para fechar e ilustrar as discussões deste trabalho, revelando mais uma vez os desafios e as fendas que perpassam os serviços da rede de saúde mental, será apresentado a seguir um caso acompanhado no manicômio judiciário/Hospital Psiquiátrico Jorge Vaz, da cidade de Barbacena – MG.

## **6.1 Uma apresentação de caso**

## **6.2 Histórico**

Em conjunto com o PAI-PJ da cidade de Barbacena, foram realizados atendimentos com a paciente Ana (vale sinalizar que o nome da paciente é fictício e que nenhum dado pessoal da mesma será descrito neste trabalho por questões éticas e para preservar sua identidade), na forma de AT (acompanhante terapêutico). Os atendimentos foram realizados ao longo do presente ano no Hospital Psiquiátrico Jorge Vaz, sendo estes semanais e com duração aproximada de 40 minutos/atendimento. No primeiro dia de AT, foi disponibilizado acesso ao prontuário de saúde e processo jurídico da paciente, bem como informações relevantes sobre o caso, pela instituição PAI-PJ.

Nascida em 19..., natural do interior do estado de Minas Gerais, consta em processo judicial a internação em 27 de janeiro de 2000, devido a mesma golpear com faca e levar a óbito a sua genitora. Sendo presa em flagrante e registrado em boletim de ocorrência.

Segundo laudo médico a paciente possui passagens por instituições psiquiátricas, sendo diagnosticada com CID 10: F20 (Esquizofrenia).

Em prontuário jurídico, constam os laudos periciais realizados anualmente, sendo que, em 2013 a mesma recebeu laudo de cessação de periculosidade, onde deveria ter acontecido o processo de desinstitucionalização.

Por motivos não muito claros, a paciente retomou o cumprimento de medida de segurança, sendo submetida a novo laudo onde consta a não cessação da periculosidade. Sendo assim a paciente permanece em regime fechado devendo realizar novo laudo em dezembro do presente ano.

Segundo prontuário de saúde, a paciente encontra-se em dia com uso de medicamentos e demais tratamentos que mantêm estável o quadro diagnosticado. Intercalando momentos de humor agressivo e agitação, mas permanecendo, na maioria do tempo, tranquila e calma, apenas bastante solicitante por informações sobre o tempo de sua internação.

Em primeiro atendimento, paciente apresenta-se bem localizada no tempo e espaço, memória e lembranças preservadas. Fala do retorno à cidade natal, que não aconteceu, e que até hoje não entende e ninguém explica o por que.

### **6.3 Condução do caso**

Foram realizados atendimentos semanais com Ana, sendo estes na própria instituição de internação, devido a paciente não ter autorização judicial, no momento, para sair do manicômio. Alguns atendimentos foram realizados no jardim da instituição, sendo que, a maioria deles se deu dentro de salas fechadas e com grades. Todos os atendimentos foram acompanhados por um agente penitenciário seguindo normas da instituição, sendo que, a falta de agentes suficientes para acompanhar os atendimentos foi a justificativa para a maioria dos atendimentos não serem realizados no jardim, mas entre quatro paredes. O acesso aos prontuários e a informações do caso da paciente Ana se deram apenas no primeiro dia de AT. Neste mesmo dia foi realizada apresentação da psicóloga da instituição que acompanha o caso, no entanto os contatos com a mesma foram mínimos e apenas quando solicitado pelo AT.

No decorrer dos atendimentos foram acompanhados períodos de instabilidade da paciente, principalmente ao se deparar com a saída de algum interno da instituição. Outras vezes sua agressividade parecia ser norteadada por um discurso queixoso e desejante, onde a paciente buscava respostas para a sua permanência no manicômio após no ano de 2013 ter recebido laudo de cessação de periculosidade. Nesta mesma época, segundo equipe do PAI-PJ, a paciente Ana foi liberada judicialmente para um “passeio” a sua cidade natal, e na mesma ocasião a equipe realizava reuniões e contatos na cidade para fins de conseguir uma

moradia para Ana, sem sucesso até o momento. No entanto, a paciente retorna ao manicômio, algum tempo depois, recebe novo laudo que veda a cessação de sua periculosidade e a paciente permanece em regime fechado até a presente data.

Quanto aos familiares de Ana, segundo informações do PAIPJ, não existe possibilidade alguma de retomada de laços, visto que, a família negligencia a paciente e não aceita o seu retorno à cidade natal devido ao fato de que o crime ocorreu no contexto familiar. Outra informação é que a família também não possui, no momento, suporte financeiro para receber Ana, tais questões foram discutidas com o CRAS da cidade. Alguns contatos foram realizados com instituições de acolhimento, asilos, bem como foi feita a proposta de abrir uma residência terapêutica – RT na cidade de Ana, mas nem a prefeitura, nem demais instituições, mostraram qualquer interesse em acolher a paciente.

Nos atendimentos, em geral, Ana apresenta um discurso ainda localizado no tempo e espaço, se considerado o tempo de institucionalização a que a mesma está sendo submetida, de aproximadamente 15 anos. Seu humor é oscilante, mas percebe-se que na maioria das vezes em que se encontra irritada e agressiva deve-se à saída de algum interno a qual a paciente vem, a saber, ou por reivindicar posicionamentos tanto da equipe do manicômio quanto do PAIPJ sobre o seu retorno e a sua longa permanência na instituição.

Nos momentos em que Ana se apresenta tranquila e calma, chega a relatar sobre sua história de vida e inclusive o crime que cometeu contra sua mãe. Sobre este fato, nota-se nos laudos periciais um discurso repetitivo e coerente da paciente em todos eles, inclusive demonstrando nas suas falas algo particular da psicose como “eu tive que matar” (sic), onde se verifica que a paciente se sentiu ameaçada pela figura da mãe e passou ao ato.

No entanto, nos últimos atendimentos verificou-se uma mudança/evolução no discurso de Ana e nas suas percepções quanto ao fato ocorrido. As falas de Ana remetem a um “arrependimento” pelo ato cometido onde diz, “eu não deveria ter matado” (sic) ou “todos aqui têm mãe, recebem visitas e ligações, e eu não... choro” (sic).

A necessidade de retomar os laços familiares e retornar à cidade natal ainda permanece no discurso da paciente, no entanto em menor escala. Ao ser apresentada a possibilidade de uma acolhida em outra cidade pela instituição onde se busca uma vaga, de início a paciente recusa dizendo se tratar de um asilo, mas ao serem esclarecidas algumas dúvidas ela mostra-se interessada e a partir daí consegue se desprender um pouco da família quando diz “já estou aqui a mais de 15 anos e eles nunca vieram me ver mesmo...” (sic). Outro ponto fundamental é o total desconhecimento da paciente sobre o BPC (Benefício de Prestação Continuada) sendo este um benefício da Lei Orgânica de Assistência Social integrado ao Sistema Único de

Saúde. O fato da paciente não ter ciência do direito ao benefício a mantêm ainda mais ligada à família e com total sentimento de desamparo e insegurança, por não ter condições de se sustentar caso venha a receber laudo favorável.

Um novo laudo pericial de Ana está previsto para ser realizado em dezembro deste ano.

#### **6.4 Análise**

De acordo com as demandas da paciente, devido ao seu período de internação e levando em consideração a previsão de realização de novo laudo pericial, os trabalhos realizados junto ao PAI-PJ visam preparar a paciente para a perícia a ser realizada, bem como construir junto a ela as possibilidades de (re)inserção social. Para isso a coordenação do serviço foi acionada para que se possa pensar tais possibilidades como uma vaga na instituição anteriormente mencionada, que não seria na cidade natal da paciente haja visto a recusa de aceitação, mas sem respostas até o momento. Da mesma forma tentativas de contato com a rede de saúde mental tem sido realizadas buscando-se uma vaga em RT na cidade de Barbacena, ou vizinhas, mesmo sabendo que já existem internos, cerca de 24, com cessação de periculosidade e que assim como Ana não têm para onde ir. Mesmo que pareça a princípio “dar murro em ponta de faca”, a ideia é provocar e fazer circular o caso para que novas possibilidades possam emergir, mas os contatos foram sem sucesso até o momento. Vale lembrar que as tentativas de novos contatos com a cidade natal da paciente não foram totalmente descartadas, visto que, segundo relatos da paciente nos primeiros meses de internação recebeu ligações de uma sobrinha.

A seguir pretende-se realizar uma reunião com o perito da paciente baseando em duas questões fundamentais: primeiramente no discurso da paciente em relação ao crime cometido, onde ela sai da posição de quem “teve que fazer” para a posição de quem “não deveria ter feito”, apresentando certo arrependimento pelo acontecido, mas ciente do seu ato. Um segundo ponto é o fato de buscar-se um lar para que a paciente seja acolhida ao sair, visto que provavelmente, o seu retorno ao manicômio após ter recebido a cessação em 2013 a princípio parece se dar pelo fato da paciente não ter para onde ir. Além disso, é preciso considerar que a “loucura” é o que mantêm Ana na instituição, assim é preciso desfazer essa construção social e deixar aparecer o sujeito para cessar casos crônicos como o aqui descrito.

## 6.5 Discussão

Levando em consideração toda a base teórica exposta neste trabalho, torna-se possível abrir algumas discussões acerca do caso Ana, principalmente no que diz respeito aos desafios encontrados no caso da paciente.

Primeiramente, e sem muito esforço, pode-se perceber que a política que rege a instituição onde a paciente encontra-se internada, apesar de receber o nome de Hospital, configura-se numa política de aprisionamento e correção da moral, sem qualquer vínculo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e que se mantêm de pé com um único propósito, manter a junção da figura do louco e do criminoso e a partir daí manter os indivíduos acometidos por este “mal duplo” afastado da sociedade.

Em segundo momento constata-se que a comunicação tanto interna quanto com a rede ainda é falha. Ao contrário do que propõe a reforma e a clínica da Psicanálise, não existe uma comunicação em equipe, nem uma transferência de trabalho, como descrita em capítulos anteriores. Esta é uma falha, dentre tantas, preocupante. A falta de diálogo entre profissionais que compõem, ou deveriam compor, uma equipe de trabalho, bem como, a falta deste pela rede de saúde mental traz consequências gravíssimas para a condução dos casos internados. Dentre eles a não discussão de casos com a equipe do manicômio; a não participação de uma equipe multidisciplinar, como assegura a lei, na elaboração dos laudos periciais; a dificuldade em se conseguir que a paciente possa ser atendida em ambiente diferente dos propostos pela instituição; a dificuldade em finalizar contatos com os serviços da rede em busca de uma tentativa de solução para o caso; a cronicidade de um caso que perpassa os 15 anos sendo justificada pelo fato de a interna não ter para onde ir ao receber a cessação de periculosidade; o descaso de alguns peritos em buscar novas informações e possibilidades para a condução do laudo pericial, sendo este realizado todos os anos sem qualquer vestígio de alteração; o desconsiderar do sujeito e de toda sua história tanto pela cidade natal, quanto pelas tentativas de encaminhá-la para outra cidade completamente indiferente ao seu contexto; enfim, são inúmeras as consequências de uma comunicação defasada e que em momento algum se prioriza a figura do paciente enquanto figura principal no desenrolar desta história.

Outro ponto que merece destaque é a posição do AT dentro da instituição manicomial para casos que sequer existe uma expectativa da equipe em receber um laudo favorável. A comunicação com o AT e o reconhecimento do seu trabalho enquanto um agente da Reforma Psiquiátrica e que deve buscar meios de criar vínculos e laços sociais entre o paciente e o

social, são completamente indispensáveis. A lógica de prisão e as normas estabelecidas por lei nas instituições manicomiais tornam o trabalho do AT dentro da instituição limitado e sujeito a resultados neutros. O serviço de AT, mesmo que haja exceções, deve focar nos trabalhos com o sujeito fora das instituições, nos extramuros, como citado em capítulo anterior. Não que, dentro da instituição, deve-se negar um atendimento individualizado ao paciente e possibilidades de terapêutica, desde que, a equipe se disponibilize a comunicar-se e fazer circular os saberes, só assim a discussão dos casos é possível e conseqüentemente novos desfechos.

Uma crítica indispensável é o fato de a paciente ter recebido a cessação em 2013 e retornado à internação sem que haja uma explicação plausível, pois a que se tem até o momento, é o fato de a paciente não ter para onde ir. Assim como o assustador e inacreditável número de internos que já estão com a cessação e permanecem no manicômio, cerca de 24 internos, até o momento. Tal acontecimento nos leva a questionar qual o papel da saúde mental e das políticas públicas de saúde neste contexto? Como evitar um retrocesso no processo de desinstitucionalização se o número de vagas para acolher os egressos é inferior à grande demanda existente no momento? Se não existem vagas, qual o próximo passo devemos dar para a condução de casos com cessação de periculosidade? E para os que ainda não têm, devemos ficar a mercê de novos laudos desfavoráveis, simplesmente porque o único lugar disponível para acolhê-los são as grades dos manicômios?

## 7 Conclusão

Desde o seu descobrimento a séculos atrás, a loucura vem buscando conquistar o seu real espaço na sociedade, espaço este que talvez não tenha sido perdido mas apropriado, no decorrer da história, por uma sociedade capitalista e excludente, que delimita a permanência em seu meio, apenas daqueles que de alguma forma contribuem para sua ascensão. Neste contexto o espaço para o doente/louco infrator é quase que nulo, pois além de não contribuírem geram gastos e mal-estar em um coletivo “são” e produtivo. As tentativas de definir, explicar, encontrar uma verdade ou mesmo curar os loucos, perpassam por todo o contexto histórico da loucura, mas nenhuma delas têm conseguido vencer a única lógica que cabe até o momento para conter a loucura, a sua institucionalização. Manter o louco infrator internado e completamente fora do contexto social, onde o que predomina é a busca incessante pelo domínio e pelo poder tanto político quanto econômico, ainda é a melhor forma de conter os prejuízos que tais indivíduos podem causar aos demais. Uma sociedade apaziguada e produtiva é sinônimo de uma sociedade sã e livre da loucura e do crime.

Neste trabalho buscou-se problematizar essa visão estereotipada da loucura e as tentativas em mantê-la afastada. Para isso, é preciso sim pensar em abolir as instituições manicomiais, no entanto, mais que isso, é preciso abolir a visão social da loucura. Neste contexto, a Psicanálise faz-se presente como peça fundamental na luta pelo fim dos manicômios, por novas formas de tratamento e condução de casos. Enquanto ciência e profissão, o trabalho da Psicologia busca resgatar os direitos do sujeito, não apenas enquanto cidadão, mas também reconhecer a loucura enquanto vivência e que apesar das suas singularidades, retomar os laços sociais é possível. Nesta perspectiva, a clínica da Psicanálise vem ganhando o seu espaço, não que represente uma solução unívoca para os desafios, ainda não superados pela Reforma Psiquiátrica, mas certamente tem o seu reconhecimento teórico e prático para intervir nestes contextos buscando resgatar o sujeito mortificado e recusado nas suas experiências.

## 8 Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo Dutra de Carvalho. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008

BARROS, Fernanda Otoni. **Por uma política de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Belo Horizonte. Tribunal de justiça do Estado de Minas Gerais. 2010.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade e ambivalência**. Tradução de Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico (1985). 3 ed. Rio de Janeiro: Edições Grall, 2001.

BRASIL – Constituição (1988). **Penal**: códigos 3 em 1 Saraiva. Processo Penal e Constituição Federal/Saraiva: obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Luiz Roberto Curia, Livia Céspedes, Juliana Nicoletti. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

BRASIL – **Presidência da República**. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm) >. Acesso em: 04 out. 2015.

BRASIL - Presidência da República. Lei 7.210 de 11 de julho de 1984. **Lei da Execução Penal**. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm) >. Acesso em 20 de out. de 2015.

BIRMAN, Joel. **A Psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Grall, 1978.

CASTEL, Robert. **A ordem Psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. Inspeções aos manicômios. **Relatório Brasil 2015/Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: CFP, 2015.

COUTO, Richard; ALBERTI, Sonia. Contribuição ao debate entre psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira. **Mental**: revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC/Universidade Presidente Antônio Carlos. Barbacena, v. 5, n. 11, p. 15 – 31, nov. 2008.

DESVIAT, Manuel; *et al.* Conferência de abertura. ABOU-YD, Mirian Nadim. **Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim**. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, Dez. 2002a. p. 24 – 31.

DESVIAT, Manuel; *et al.* Reforma psiquiátrica: as estratégias em curso. ABOU-YD, Mirian Nadim. **Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim**. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, Dez. 2002b. p. 158 – 161.

DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**: revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC/Universidade Presidente Antônio Carlos. Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69 – 83, jun. 2006.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. **Psicanálise e saúde mental**. Porto Alegre: Criação Humana, 2015.

DUTRA, Maria Cristina Bechelany. **As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato**. São Paulo: Annablume: Belo Horizonte: Fumec, 2002.

DUTRA, M. C. B. *apud* GUIRAUD, P.; CAILEUX, B. (1928). As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, III, 4, nov. 2000. p. 48 – 58.

FIGUEIREDO, A. C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**: revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC/Universidade Presidente Antônio Carlos. Barbacena, v. 3, n. 5, p. 43 – 55, nov. 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo, Perspectiva, 2003.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas** (1926 – 1984). Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder** (1979). 20 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão (1987). 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

FREUD, Sigmund. Recordar, repetir e elaborar: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. *In*: \_\_ **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**: o caso de Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos (1856 – 1939). Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12. p. 160 – 171.

FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**: o ego e o id e outros trabalhos (1856 – 1939). Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GUERRA, Andréa M. C. **A psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

KYRILLOS NETO, Fuad. Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. **Mental**: revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC/Universidade Presidente Antônio Carlos. Barbacena, v. 1, n. 1, p. 71 – 82, dez. 2003.

LACAN, Jacques. **Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade**: seguido de primeiros escritos sobre a paranoia (1901 – 1981). Tradução Aluísio Menezes, Marco Antônio Coutinho Jorge, Potiguara Mendes da Silveira Jr.. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

LACAN, Jacques. **Escritos** (1901 – 1981). Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise** (1967). Tradução de Pedro Tamen. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. **Decreto 42.910**, de 26 de setembro de 2002. Contém o Regulamento da Lei nº11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterada pela Lei nº 2.684, de 1º de dezembro de 1997, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências. Belo Horizonte – MG, set. 2002. Disponível em: < [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/decreto\\_42910.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/decreto_42910.pdf) >. Acesso em 04 out. 2015.

PAILI – **Implementação da Reforma Psiquiátrica na execução das medidas de segurança**. Disponível em: < <http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/outros/cartilha-PAILI.pdf> >. Acesso em 04 de nov. de 2015.

VELOZO, Renata Simões; Serpa Júnior, Octávio Domont de. O acompanhante terapêutico “em ação” no campo público da assistência em saúde mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** IX, n. 2, p. 318 – 338. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017559009> >. Acesso em: 05 nov. 2015.