



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
FACULDADE REGIONAL DE CIÊNCIAS EXATAS E SOCIAIS
CURSO DE PSICOLOGIA**

ROBERTA CAROLINA RODRIGUES

**DESMISTIFICANDO O LOUCO INFRATOR: UMA DESTINAÇÃO QUE TRADUZ
A INTEGRAÇÃO DA LOUCURA – UM ESTUDO DE CASO**

**BARBACENA
2013**

ROBERTA CAROLINA RODRIGUES

**DESMISTIFICANDO O LOUCO INFRATOR: UMA DESTINAÇÃO QUE TRADUZ
A INTEGRAÇÃO DA LOUCURA – UM ESTUDO DE CASO**

**Monografia apresentada ao Curso de
Graduação em Psicologia da Universidade
Presidente Antônio Carlos – UNIPAC,
como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Psicologia.**

**Orientador: Professor Doutor Helder
Rodrigues.**

**BARBACENA
2013**

Roberta Carolina Rodrigues

**DESMISTIFICANDO O LOUCO INFRATOR: UMA DESTINAÇÃO QUE TRADUZ
A INTEGRAÇÃO DA LOUCURA – UM ESTUDO DE CASO**

**Monografia apresentada ao Curso de
Graduação em Psicologia da Universidade
Presidente Antônio Carlos – UNIPAC,
como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Psicologia.**

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Esp. Kenya Rodrigues Nézio Azevedo
Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC**

**Prof. Mestre Rodrigo Tôrres
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC**

**Prof. Doutor Helder Rodrigues
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC**

Sumário

1 Introdução	10
2 Saúde Mental: história da loucura e a luta antimanicomial	11
2.1 O surgimento dos manicômios	17
2.2 Reforma Psiquiátrica: a trajetória de Franco Basaglia	18
2.3 Movimentos Reformistas no Brasil	19
2.4 O Movimento de Luta Antimanicomial.....	20
3 Interface Psicologia, Direito e Justiça	21
3.1 Breve histórico da Psicologia Jurídica no Brasil	22
3.2 Exame psiquiátrico e a penalização da loucura	23
3.3 Garantindo os direitos humanos aos loucos infratores	26
4 Apresentação do caso clínico	28
4.1 Discussão do caso clínico: o crime e a psicose	31
4.2 Acompanhamento terapêutico na psicose.....	34
4.3 O caso Olivier	35
5 Considerações Finais	37
6 Referências Bibliográficas	38

Dedico esta monografia às minhas, falecidas,
avós, Marieta e Assumpta, meus amores,
minhas guerreiras.

AGRADECIMENTO

Tomo a liberdade de parafrasear Drummond no Poema de Sete Faces: “*Quando eu nasci, um anjo também me disse que eu seria “gauche” na vida*”. Na tradução do francês, gauche (a pronúncia é *gouchê*) significa esquerdo. Na nossa cultura, esquerdo ou canhoto, é alguém não regular. E posso afirmar, que em quase tudo nessa vida -com raras exceções- não fui uma pessoa regular. Esse modo não muito linear acabou por refletir na minha vida acadêmica. Por motivos outros, foram muitas as interrupções na minha graduação. A vida em certos momentos me fez parar e seguir por outros caminhos. No entanto, a paixão por essa profissão foi algo que nunca morreu. Minha terna gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

Grata à minha irmã, Vilmara, pelo incentivo e colaboração. Aos meus tios, Rozelma e Quirino e ao primo Caio, que sempre estiveram presentes, por todo carinho, pelas orações e preocupação. À minha mãe, Vilma, meu maior exemplo, que me ensinou que a vida não está dada e temos que lutar bravamente para conseguir aquilo que desejamos. Sua vida é a prova maior de que trabalho e determinação movem mundos. Agradeço também o seu apoio incondicional, amor, paciência e compreensão. À minha avó, Marieta, sem a qual eu não teria conseguido chegar até aqui, por todo amor, apoio, pela mão que sempre se estendia quando eu precisava. Esta caminhada não seria possível sem vocês.

Agradeço à professora Aline Guimarães Bemfica pela confiança e incentivo que me ajudaram a iniciar esta empreitada de pesquisa e, em especial, ao professor Helder Rodrigues por me auxiliar de forma tão competente em toda esta caminhada até chegar à sua conclusão.

Como não poderia deixar de ser, ao paciente do HCTP de Barbacena, inspirador deste trabalho e símbolo de todos os pacientes que venho cuidando ao longo dos dois anos e meio de estágio, razão de tanto estudo e dedicação. É para eles este trabalho e, também, para mim como o meu presente particular, significando a constatação de que apenas posso ser mestre de mim mesma.

Utopia: aquilo de um mundo no qual não existisse outra coisa senão diferenças, de forma que diferenciar-se não fosse mais excluir-se.

Barthes

RESUMO

Análise do tratamento assistencial penitenciário dispensado ao paciente judiciário, articulando sua coerência com os princípios de dignidade humana e o exercício dos direitos fundamentais preconizados pela Constituição Federal de 1988. O estudo articula, de forma interdisciplinar, o campo de conhecimento jurídico, a saúde mental e a teoria psicanalítica de forma a demonstrar a patente situação em que se encontra, atualmente, o sistema penitenciário brasileiro, no tocante à ressocialização e inserção do paciente judiciário à vida em sociedade. Nesse sentido, foi realizada pesquisa de campo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) Jorge Vaz, de Barbacena, bem como pesquisa bibliográfica apontando a urgente necessidade de novas possibilidades de inclusão para os loucos que cometeram crimes, a fim de viabilizar o exercício dos direitos sociais consubstanciados pelo texto constitucional, por parte do apenado, de modo a permitir-lhe uma vida mais digna e humanizada.

Palavras-chave: Direitos Fundamentais. Sistema Penitenciário. Saúde Mental. Reinserção Social. Pensamento Psicanalítico.

ABSTRACT

The Brazilian federal constitution (1988) advocates the principles of human dignity and the exercise of fundamental human rights. However, treatment care prison should be judged because they do not always have their attitudes based on these principles and rights. Therefore, seeking a relationship between the field of legal knowledge, mental health and psychoanalytical theory, this paper seeks to demonstrate the situation in which the home-prison therapeutic system of Brazil, with regard to the rehabilitation and reintegration of the patient judiciary in the life of society. Thus, from a survey conducted in the Hospital Psiquiátrico e Judiciário Dr. Jorge Vaz, in Barbacena - MG presents our discussions, supported on a bibliographic review, point to the need for social inclusion of people, when in a mentally disturbed, made a criminal act. Our intention is to contribute to the viability of the exercise of social formalized in the Constitution in order to allow the patient a better life.

Keywords: Fundamental Rights. Penitentiary system. Mental health. Social reintegration Psychoanalytical theory.

1 Introdução

O presente trabalho pretende realizar uma análise de um caso clínico, em desenvolvimento, sob a perspectiva psicanalítica, de um paciente interno em cumprimento de medida de segurança no Manicômio Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena, Minas Gerais.

A partir dos relatos dos atendimentos, pôde-se verificar que o paciente encontra-se às voltas com a questão de sua identidade, do seu lugar de pertencimento. Dessa forma, desmistificar o “louco infrator” seria, aqui, descartar o perigoso e o que se propõe é a redução do sujeito à condição de dejetos. Em sua cidade e região, o paciente do caso apresentado é rotulado como impossível, ameaçador e perigoso, porém no acompanhamento, na convivência, podemos nos aproximar de sua humanidade razoável, o que nos remete a Lacan “*não existe nada mais humano que o crime*”. O crime não é um ato exclusivo da loucura, então porque é tão natural atribuir somente à loucura o estigma da periculosidade?

Mediante o interesse surgido em torno do mito da periculosidade atribuído aos loucos infratores, foi proposta a pesquisa para demonstrar a realidade jurídica, clínica, social e institucional destes sujeitos, lançando pertinentes reflexões sobre esta complexa questão. Ao mesmo tempo, busca-se alternativas e referências para o enfrentamento da questão de modo a apresentar propostas inovadoras para o redesenho da política de atenção ao louco infrator.

O trabalho discorre, primeiramente, sobre a atenção em saúde mental dada aos loucos infratores, com vistas a assinalar a importância do resgate ao sujeito e de sua relação com o espaço social. Em seguida, apresenta um estudo bibliográfico acerca do assunto, contemplando os referenciais teóricos do campo da saúde mental que realizam a interface loucura, justiça e sociedade. Ao final, apresenta o caso clínico, os fragmentos das sessões, a história do paciente, o tratamento e nossa tentativa de construção analítica do caso.

2 Saúde Mental: história da loucura e a luta antimanicomial

Discutir sobre a Saúde Mental na perspectiva da luta antimanicomial requer abordar a construção histórica das Instituições Psiquiátricas no Brasil, bem como a sua concepção acerca da loucura. Os ditos “loucos vagavam pelas ruas sem qualquer tipo de assistência até meados do século XIX. Assim, eram encarcerados em prisões ou largados em celas especiais das Santas Casas de Misericórdia” (FERNANDES, 2009 *apud* ANTUNES, 1999, p. 31-32).

A chegada da Corte Portuguesa ao Rio de Janeiro em 1808 e a criação do primeiro jornal de medicina do país, segundo Paim (1991), foram fatos responsáveis pelo surgimento dos primeiros trabalhos realizados no campo da patologia mental no Brasil, possibilitando o nascimento da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro.

De acordo com Antunes (1999), organizar, disciplinar e normalizar a cidade em busca da salubridade e higienização da mesma, era a intenção da sociedade daquela época. Desta forma, foram criadas casas de saúde ou hospícios para abrigar aqueles que eram mantidos presos em quartos de suas famílias, aqueles que vagavam pelas ruas e os que habitavam nos porões das Santas Casas de Misericórdia.

Durante a Idade Média, antes das ditas insanidades serem incluídas no campo científico da medicina, existia apenas alusões sobre a loucura como comportamentos estranhos, personalidades incomuns ou desagradáveis e mesmo “possessões demoníacas” (STONE, 1999). Coleman (1973) aponta que é compreensível que a chamada loucura tenha sido explicada de tal forma, já que os espíritos eram também utilizados para explicar o raio e o trovão, por exemplo.

Em outros contextos sociais, preconizava-se a ideia de que o comprometimento mental do louco era decorrente de períodos cíclicos ou fases da natureza, como as fases da lua, fazendo surgir a expressão de lunático (BAUMGART, 2006, p. 27). As formas de lidar com a loucura variavam de acordo com o contexto histórico, assim como os conceitos de normalidade e anormalidade.

Entre o período medieval e renascentista, um grupo de sujeitos no ocidente sofria de forte exclusão: os leprosos. Esses eram vistos como os que carregavam as mazelas do mundo e, assim, precisavam ser excluídos ou, por serem considerados detentores de um caráter religioso de pecado e condenação, eram admitidos como objetos de caridade e indulgência.

No fim da Idade Média, há uma diminuição do número de casos de lepra, que passa a desocupar o espaço de segregação social. Não obstante, a loucura, em pouco tempo, assume este lugar e o louco passa a ser visto como aquele agente social que fomenta a perda da razão, sinônimo de desordem. Devido à enfermidade que acometia o louco, suas funções mentais superiores desapareciam e a convivência social era inviabilizada (BAUMGART, 2006).

No transcorrer dos séculos XV e XVI, surgem os asilos e assumem, segundo Basaglia (2001), a função de defender e afastar da sociedade todas as “espécies” que fossem incômodas impondo, por seu intermédio, sistemas de restrições e limites de forma mais incisiva. Assim, a loucura emerge como fonte de veracidade, gerando exclusão social e política. Foucault (2000, p.47), afirma que:

A não razão do século XVI constituía uma espécie de ameaça aberta cujos perigos podiam sempre, pelo menos de direito, comprometer as relações de subjetividade e da verdade. No século XVII esse perigo está conjurado e a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão, doravante, a loucura está exilada.

Buscando atender aos apelos da época, foi inaugurado em 5 de dezembro de 1852 o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, ainda subordinado à administração da Santa Casa de Misericórdia e assemelhando-se mais a um convento que a um hospital, pelo domínio das irmãs de caridade que era absoluto e fora do alcance da administração pública. Mediante a Proclamação da República, passa a ser chamado Hospital Nacional dos Alienados, sendo, então, sua administração transferida para o Estado.

A partir do século XVIII, a psiquiatria adentra os asilos e o poder no interior dessas instituições, conferido à Igreja e ao Estado, passa a ser exercido pela Medicina, foi a captura psiquiátrica. Foucault (2002) defende que, a princípio, a psiquiatria não surge como uma especialização do saber ou área da ciência médica, mas como um ramo especializado da higiene pública, que tinha por objetivo a higiene do corpo social por inteiro. Para constituir-se como instituição de saber, nesse caso, saber médico fundamentado e justificável, precisou, segundo mostra Foucault (2002), estabelecer dois parâmetros: classificação da loucura como patológica e perigosa objetivando ganhar importância social.

Segundo Mitsuko (1999, p. 44),

O pensamento psiquiátrico brasileiro da época tinha como principal característica o ecletismo, que conjugava o alienismo clássico, especialmente Pinel e Tuke, com o organicismo, em particular numa de suas vertentes, a teoria da degenerescência, fortemente calcada na concepção hereditária da loucura.

De modo a configurar uma hierarquia social, higienizando e disciplinando corpos, a Teoria da Degenerescência coloca no ápice dela a raça ariana e, na base, a raça negra, considerada, ainda, a raça mais propensa à degeneração, por sua suposta inferioridade biológica.

Baseada no pressuposto que haveria progressiva degeneração mental conforme se sucedessem as gerações: nervosos gerariam neuróticos, que produziram psicóticos, que

gerariam idiotas ou imbecis, até a extinção da linhagem defeituosa. Tal teoria foi sistematizada por Morel (1809-1873), no *Tratado das Degenerescências*, de 1857, onde a degenerescência se definia como desvio de um tipo primitivo perfeito, desvio este transmissível hereditariamente. Mais tarde, a partir de 1870, Magnan (1835-1916) retomou Morel, mas redefiniu a ideia de degenerescência à luz do evolucionismo, considerando-a um estado patológico, em que os desequilíbrios físico e mental do indivíduo degenerado interromperiam o progresso natural da espécie; certos tipos específicos de loucura estariam associados à degenerescência – todo degenerado seria um desequilibrado mental, mas nem todo louco seria degenerado. Tal degenerescência poderia ser herdada ou adquirida, manifestando-se em sinais, chamados estigmas, que poderiam ser físicos, intelectuais e comportamentais (ACKERKNECHT, 1964; BERCHERIE, 1989; SERPA JR., 1998).

A visão que o homem branco europeu tinha dos outros povos, ditos primitivos, foi, durante boa parte do século XIX e início do século XX, determinada pelo racismo científico. Este era uma crença compartilhada culturalmente, como status de paradigma científico e teve importante articulação com a teoria da degenerescência.

Nina Rodrigues (1939, p.203), um dos fundadores da psiquiatria e da medicina legal, acreditava que três raças eram fundamentais (negros, índios e brancos) transmitindo “aos produtos de seus cruzamentos caracteres patológicos diferenciais de valor” e que a correta diferenciação das raças seria muito importante para a prática médica, tanto nas doenças físicas como nas mentais. Para ele, a inferioridade racial dos negros e indígenas com relação ao branco, era indiscutível. Assim sendo, a miscigenação entre as raças em diferentes patamares evolutivos resultaria, fatalmente, em indivíduos desequilibrados, híbridos do ponto de vista físico, intelectual e nas suas manifestações comportamentais. A seu ver, um leve verniz de civilização poderia recobrir as populações mestiças, como os sertanejos, mas certas condições sociais fariam eclodir o lado bárbaro e selvagem destes, mal refreado por regras que não eram as suas, incompatíveis com seu suposto nível mental. Vale observar que Nina Rodrigues, embora colocasse a inferioridade intelectual dos negros como fato científico, não desprezava suas manifestações culturais, tanto que deixou detalhados estudos antropológicos, em que registrou suas pesquisas entre ex-escravos africanos remanescentes em Salvador, no sentido de determinar as origens, as línguas e as religiões originais dos diversos grupos vindos da África, reconhecendo a grande influência desta contribuição na cultura brasileira (ODA, 2000).

Mediante a emergente necessidade de controle das massas na virada do século, a questão da ordem é tomada de grande importância. Podemos, entender, portanto, o porquê da criação de asilos, espaços de exclusão dos desordeiros. O Hospital Juquery, construído fora da zona urbana na cidade de São Paulo, apresentava o pensamento hegemônico da época no Brasil, dando legitimidade à exclusão de indivíduos indesejáveis, mas que não se enquadravam no sistema penal. Encontrávamos ali a utilização de técnicas como a malarioterapia, traumatoterapia e terapias medicamentosas.

No intuito de prestar assistência ao doente mental, foi fundada, em 1923, por Gustava Riedel, a Liga Brasileira de Higiene Mental. Porém, essa assistência foi sendo alterada e as metas da Liga passaram a enfatizar a profilaxia e a educação, transferindo a preocupação da cura para prevenção pautada nas ideologias eugênicas.

Sob essa perspectiva, a psiquiatria pretendia exercer controle sobre as problemáticas pelo ordenamento do espaço urbano. Tinha autoridade para punir e banir os desajustados. Buscou combater o alcoolismo, o jogo, a prostituição e o crime. A doença mental nessa época foi levada a ser uma espécie de sinônimo de criminalidade, fazendo-se assim o pareamento entre louco e periculosidade, sempre com base na Teoria da Degenerescência (apoiada em nomes como Spencer, Darwin, Galton, Comte, Wundt, Lombroso e outros). Grande parte dos ditos loucos perigosos eram “coincidentemente” negros, o que se explica pela contextualização sócio-histórica de nosso país em que os negros foram sistematicamente explorados e marginalizados.

O saber e o poder médico criam uma legitimidade de intervenção da classe dominante sobre os despossuídos por meio da nova especialidade - a psiquiatria e da nova instituição - o Hospital Psiquiátrico. O objeto desta intervenção, o sofrimento mental é reduzido à categoria de “doença mental”, subtraindo-se toda a complexidade de fenômenos diversos, singulares e compreensíveis no contexto da existência humana (FEFFERMANN, 2000). A loucura começa então a ser concebida como doença e percebida como perigo social.

De acordo com Basaglia (2001, p. 102):

O ato terapêutico se revela uma reedição revista e corrigida da precedente ação discriminatória de uma ciência que, para se defender, criou “a norma”, cuja infração pressupõe uma sanção por ela própria prevista.

Este mesmo autor defende que profissionais como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e outros representam os novos administradores da violência do poder, atenuando conflitos, dobrando resistências e adaptando os indivíduos à aceitação da condição de “objetos de violência”, de forma a fazer com que o rejeitado aceite a inferioridade social que lhe é imposta.

O hospício consolidou-se como Instituição Total, que tem por objetivo cuidar e segregar os loucos do restante da sociedade. Por Instituição Total, Goffman (2005, p. 11), define os locais de residência onde “indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Todas as atividades diárias são realizadas no mesmo local e em horários pré-determinados segundo um sistema de regras e sob uma única autoridade.

Nessas instituições, o sujeito tem sua individualidade cessada e o eu é sistematicamente mortificado. Nelas, o indivíduo é despido de sua aparência usual, um verdadeiro processo de ‘despersonalização’. Um indivíduo não é mais um indivíduo, ele passa a ser uma engrenagem no sistema da instituição e deverá obedecer às regras da mesma e, caso não o faça, será “reeducado” pelos próprios companheiros ou pela equipe de supervisão. A máquina da instituição total não pode nunca parar. Suas práticas de caráter vigilante, disciplinadoras e moralizadoras nascem de uma estratégia fragmentada, cuja lógica adquirirá corpo a partir de sua institucionalização. Ao fixar os indivíduos determina suas fronteiras. Elas, nesse sentido, configuram-se como locais de fuga ou ainda um lugar que atesta a falibilidade da inclusão pelo controle (GOFFMAN, 1999; FOUCAULT, 1991).

Ongaro (1985) afirma que fazer parte de uma instituição total significa estar à mercê do controle, do julgamento e dos planos de outros, sem que o interessado possa modificar o andamento e o sentido da instituição; os internados são obrigados a considerar as medidas de proteção contra eles como único significado de sua existência e devem colaborar para a sua total desumanização.

O espaço do internado é criado para tornar o doente mental inofensivo e curá-lo ao mesmo tempo, mas na prática aparece como um local construído para o completo aniquilamento de sua individualidade e como palco de sua total objetivação. Aqui, a noção de tutela (no sentido das medidas de segurança necessárias para prevenir e conter a periculosidade) está em contradição com a noção de cura que deveria tender para uma

expansão espontânea e pessoal do doente. Dentro de uma instituição psiquiátrica existe uma razão psicopatológica para cada acontecimento e uma explicação científica para cada ato (BASAGLIA, 1985).

Segundo Basaglia (1985, p. 121):

Se no início o doente sofre com a perda de sua identidade, a instituição e os parâmetros psiquiátricos lhe confeccionaram uma nova segundo o tipo de relação objetivante que estabeleceram com ele e os estereótipos culturais com que o rodearam.

De acordo com Goffman (1999), o “comportamento doentio” atribuído ao doente mental é, em grande parte, resultante do distanciamento social entre àqueles que lhes atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não um produto de sua doença. Na medida em que a interpretação psiquiátrica altera o destino social do doente mental, ou seja, quando este é submetido à hospitalização, entende-se, de modo significativo, o sentido sociológico desta categoria. Uma vez iniciados nesse caminho, as pessoas enfrentam circunstâncias semelhantes e a elas respondem de modo semelhante.

Goffman (1999), diz que carreira indica qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida. O doente mental inicia sua carreira com a internação em um hospital psiquiátrico, independente da localização do início psicológico de sua doença mental. Esta carreira possibilita retirar as vestimentas do antigo eu, ou ter suas vestes arrancadas, conduzindo o sujeito a não sentir necessidade de uma nova roupa e uma nova audiência diante da qual se vista.

Amarante (1996, p.80 e 81), conclui:

O doente recluso, submetido à violência, incorpora em seu comportamento tudo aquilo que a instituição deseja que se torne: violento, anti-social, melancólico, enfim, alienado. No hospício, todos são homogeneizados, objetivados. Nele constrói-se o “duplo da doença mental”, compreendido por tudo aquilo que cerca, em termos institucionais, o internado: é a face institucional da doença mental, aquela que nega a subjetividade do louco e das identidades como objeto de saber. “O duplo” da doença encobre, junto com o próprio sofrimento, o sujeito, a pessoa.

2.1 O surgimento dos manicômios

De acordo com Carrara (1998), o Manicômio Criminal surgiu em vários países ao mesmo tempo: na passagem do século XIX para o século XX, mediante a observação, nos tribunais, de que nem os asilos nem as prisões mostravam-se adequados à segregação de alguns criminosos classificados como degenerados. No Brasil, o decreto 1.132, de 1903, organizou a assistência médico-legal aos alienados e propôs a construção de manicômios criminais, também conhecidos como manicômios judiciários. No século XX, encontramos os

semi-hospícios ou semi-prisões, para receber os doentes mentais criminosos (CARRARA, 1998). A Lei Federal de 1903 marcou a consolidação da hegemonia médico-psiquiátrica no cuidado à loucura, legitimou a competência médica na intervenção sobre a alienação mental e explicitou a responsabilidade do Estado na organização dos serviços de assistência aos alienados (JACOBINA, 2001).

Os manicômios criminais, apesar da lei de 1903, só surgiram quase 20 anos depois. O Manicômio Judiciário do Distrito Federal foi criado em 1921; a seguir, o Manicômio de São Paulo, em 1923 e o de Barbacena em 1929. Informalmente, em 1874, havia na Bahia o pavilhão Manoel Vitorino, do Hospital Juliano Moreira, anterior hospício São João de Deus, reservado para alienados criminosos e psicopatas perigosos (JACOBINA, 2001). O Manicômio Judiciário da Bahia só veio a funcionar em 1967, em um prédio construído desde 1937 para presídio de segurança máxima. Em 1991, passa a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento – HCT/BA. O trajeto percorrido dos Manicômios Judiciários até os Hospitais de Custódia e Tratamento é todo marcado por um caminho que vai da punição à tentativa de tratamento.

O que transforma o Manicômio Judiciário em um espaço social paradoxal é justamente o fato de combinar dois conjuntos de representações e de práticas sociais que se fundam em concepções distintas e opostas sobre a pessoa humana, sem que nenhuma prevaleça plenamente (CARRARA, 1998). Pessoas internadas em um manicômio carregam no mínimo três estigmas: criminosas, loucas e perigosas.

O Manicômio como dispositivo de poder e dominação, a partir de estratégias de segregação, atravessou séculos até os nossos dias em um processo de legitimação da exclusão e de supremacia da razão. A patologização da loucura desemboca na normalização do modo de conduta da sociedade já que, segundo Jervis (2001), o internamento do louco em um hospício para tratamento é a reafirmação da sanidade de todos os que estão fora dele.

Como afirma Peres (1997, p. 111):

Os Manicômios Judiciários surgem no dispositivo psiquiátrico compondo uma nova estratégia, que se fundamenta de forma explícita, no perigo que o louco representa. Com um lugar específico para a loucura criminosa, fora da rede de assistência psiquiátrica, a medicina retira de seu campo aqueles que foram o argumento inicial para a sua afirmação.

O Manicômio Judiciário se caracterizava, portanto, como o lugar social específico para o encontro entre crime e loucura. Deste modo, esta instituição apresenta, desde a sua origem, uma estrutura ambígua e contraditória. Enquanto instituição predominantemente

custodial, revela, com grades e intervenções psiquiátricas, a dupla exclusão que sofrem as pessoas com transtorno mental autoras de delito.

Nesse novo espaço é assimilada a política segregacionista característica das demais instituições psiquiátricas. Historicamente, o *doente mental* foi acorrentado, agredido, amarrado e isolado por ser "violento, imoral e inconsequente", porém, poucas vezes foi considerado como uma pessoa humana igual às demais pessoas, estando privado de um tratamento com dignidade, respeito e direitos iguais aos dos outros cidadãos. A assistência psiquiátrica prestada pelo Estado no manicômio judiciário favorece uma assistência custodial que dificulta ou impossibilita a integração dessa pessoa à sociedade e o respeito aos seus direitos individuais previstos na Constituição Brasileira.

2.2 Reforma Psiquiátrica: a trajetória de Franco Basaglia

Amarante (1995) define Reforma Psiquiátrica como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento na elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Em 1971, Basaglia preconiza o fechamento dos manicômios, pondo fim à violência dos tratamentos e no aparelho da instituição psiquiátrica tradicional. Para aqueles que necessitam da assistência psiquiátrica, Basaglia demonstra que é possível a constituição de uma nova forma de organização da atenção que ofereça e produza cuidados, ao mesmo tempo que produz novas formas de sociabilidade e de subjetividade.

As ideias de Basaglia, em 13 de maio de 1978, contribuíram para a instituição da Lei 180 que, incorporada à lei italiana da Reforma Sanitária, proibiu a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, bem como reorganizou os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restituindo a cidadania e os direitos sociais aos doentes e garantindo o direito ao tratamento psiquiátrico qualificado.

No Brasil, sob influência das transformações feitas por Basaglia, ocorreram diversas discussões que tratavam da desinstitucionalização do portador de sofrimento mental, da humanização do tratamento a estes com o objetivo de promover a reinserção social. Várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à política privatizante da assistência psiquiátrica foram registradas por parte da previdência social, quanto às condições, públicas e privadas, de atendimento psiquiátrico à população.

No Rio de Janeiro, em 1978, eclodiu o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que fez denúncias sobre as condições de quatro hospitais psiquiátricos da DINSAM e colocou em xeque a política psiquiátrica exercida no país.

2.3 Movimentos Reformistas no Brasil

“A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social” (AMARANTE, 1994, p. 74). Assim, trazendo denúncia de maus tratos, mercantilização da loucura, ou seja, trazendo uma crítica ao modelo de assistência psiquiátrica e ao modelo hospitalocêntrico, surgem, em 1978-1991, os primeiros movimentos para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, constituído por familiares, sindicalistas e outros. No Rio de Janeiro, em 1987, ocorre a Conferência de Saúde Mental. Neste mesmo ano, foi criado o primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo, dando início ao processo de intervenção.

A criação do Sistema Único de Saúde, pela constituição de 1988, foi outro marco importante da Reforma Psiquiátrica, trabalhando de forma articulada com os gestores federal, estadual e municipal sob o poder do controle social exercido por meio dos conselhos comunitários de saúde.

Objetivando a regulamentação dos direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais e também a extinção dos manicômios de forma progressiva no país, foi dado prosseguimento, no ano de 1989, ao projeto de lei do Deputado Paulo Delgado, trazendo a luta antimanicomial para a área legislativa e normativa.

2.4 O Movimento de Luta Antimanicomial

Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que recomendava a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica. No final do mesmo ano, realiza-se o II Congresso Nacional do MSTM em Bauru, no qual se concretiza o Movimento de Luta Antimanicomial e é construído o lema: “por uma sociedade sem manicômios”. Nesse congresso, amplia-se o sentido político-conceitual acerca do antimanicomial.

A nova etapa (...) consolidada no Congresso de Bauru, repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional.. (AMARANTE, 1995, p. 82).

No campo da assistência, a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde, instituiu as diretrizes para o atendimento nos serviços de saúde mental, normatizando vários serviços substitutivos como: atendimento ambulatorial com serviços de saúde mental (unidade básica, centro de saúde e ambulatório), Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), Hospital-Dia (HD), serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral, leito psiquiátrico em hospital-geral, além de definir padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos, até que sejam totalmente superados.

A Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, criou os Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental para pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Além desses serviços, existem os Centros de Convivência, as Cooperativas de Trabalho, dentre outros, criados por municípios. Assim como os outros tipos de serviços substitutivos, eles “têm garantido a população dos municípios onde se localizam um atendimento mais humano, sem exclusão e com resolubilidade” (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 1997, p.23).

3 Interface Psicologia, Direito e Justiça

A Psicologia e o Direito estão entrelaçados por seu objeto comum: o comportamento humano. Apesar de serem ciências diferentes, não podem ser dissociadas uma da outra, pois enquanto a psicologia busca a compreensão do comportamento humano, o Direito busca regular esse comportamento. O relacionamento entre essas duas ciências é essencial para o cumprimento da Justiça. As duas perseguem a conduta humana e caminham para o mesmo fim, que é o de diminuir o sofrimento humano. Um dos ramos da Psicologia que mais cresceu nos últimos anos foi o da Psicologia Jurídica, sendo um método interpretativo dos fatos para a aplicação da lei e um substrato para decisões judiciais diante da realidade psicológica do indivíduo.

Por meio de novas pesquisas e descobertas, produções acadêmicas e científicas, a Psicologia Jurídica vem expandindo suas áreas de conhecimento e atuação. Faz interface com o Direito e necessita demarcar seu espaço de atuação; para tanto, vale-se de outros conhecimentos já construídos da Psicologia para aliar seu trabalho ao do Judiciário, buscando uma *atuação psicojurídica* a serviço da cidadania, respeitando o ser humano. Ao lado do Direito, atua no planejamento e execução de políticas de cidadania, observância dos direitos humanos e combate à violência, orientação familiar, entre outras (SILVA, VASCONCELOS e MAGALHÃES, p.115-122. *apud* FERNANDES, 2001).

Embora a Psicologia e o Direito sejam áreas voltadas para a compreensão do comportamento humano, elas se diferem quanto ao seu objeto formal. A Psicologia compreende o mundo do SER, e tem como ponto de análise os processos psíquicos conscientes e inconscientes, individuais e sociais que regem a conduta humana; o Direito, no entanto, compreende o mundo do DEVER SER, e supõe a regulamentação e legislação do trabalho interdisciplinar entre médicos, advogados, psiquiatras e psicólogos jurídicos” (ROVINSKI, 2004).

No entanto, os planos do SER e do DEVER SER estão, intrinsecamente, interligados. Os dois elementos se justapõem fornecendo ao Direito subsídios para uma aproximação maior com a Justiça. Inclusive, nesse sentido, Saldaña (2008) complementa:

Quando a Psicologia estrutura programas de prevenção e assessoria em políticas governamentais de orientação dos comportamentos das famílias nos conflitos litigiosos, ou na repressão aos comportamentos antissociais, está atuando no âmbito do *dever ser*, porque então está assumindo um compromisso com a sociedade, de evitar o agravamento e a reincidência dessas situações que abalam e desestruturam os princípios e valores sociais, mediante intervenções, consultorias, fomento aos questionamentos e apresentação de propostas de alteração das normas jurídicas.

Humanizar o Judiciário na busca da construção do ideal de justiça como uma das mais impossíveis (não significa que seja, totalmente, irrealizável) demandas dos indivíduos é a contribuição principal que a Psicologia trouxe para o Direito. Segundo Miranda Jr. (1998), o ideal de Justiça significa que a Justiça deve permanecer como objetivo ético, a ser alcançado sempre pela nossa subjetividade incompleta.

3.1 Breve histórico da Psicologia Jurídica no Brasil

A história da Psicologia Jurídica no Brasil tem seu início em 1960 mediante o reconhecimento de sua profissão. Os primeiros trabalhos realizados por psicólogos junto à Justiça se deram nas varas de família, criminais e da infância e juventude. A prática, inicialmente, era voltada para a elaboração de Psicodiagnóstico, sob o modelo pericial.

Segundo Sônia Altoé, do Instituto de Psicologia da UERJ, em seu artigo denominado “Atualidade da Psicologia Jurídica”, a primeira aproximação da Psicologia com o Direito ocorreu no final do século XIX e fez surgir o que se denominou “Psicologia do Testemunho”. Esta tinha como objetivo verificar, por meio do estudo experimental dos processos psicológicos, a fidedignidade do relato do sujeito envolvido em um processo jurídico. Cesca (2004) nos fala que a ideia de que todo o Direito, ou grande parte dele, está impregnado de componentes psicológicos, a partir disto é possível vislumbrar a importância da atuação do psicólogo no âmbito jurídico (CESCA, 2004 *apud* BRITO, 1999).

Outras intervenções emergiram neste campo, como elaboração pelos psicólogos de documentos técnicos para subsidiar decisões judiciais e de outros operadores do Direito: mediações, reuniões interdisciplinares, grupos de pais e de adolescentes em conflito com a lei, de apenados em cumprimento de pena e envolvidos com dependência química, grupos de crianças e adolescentes abrigados, orientação a familiares de apenados, dentre outras atividades.

A partir dos anos 90, mediante a nova Constituição em vigor e, também, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente, ampliou-se muito a prática do psicólogo junto ao

sistema judiciário, lhe sendo atribuído o dever de não mais, somente, elaborar laudos e pareceres, mas também, auxiliar, orientar, acompanhar, conciliar e assessorar partes em meio a conflitos.

A atuação do psicólogo judicial no Brasil atravessa diversas áreas jurídicas vigentes, estando presente desde o diagnóstico e prognóstico das mazelas pessoais dos sujeitos do processo até ao limite que o estado mental destes sujeitos pode levá-los a um estado de delinquência ou de incapacidade. Assim, o psicólogo é, também, mediador dos conflitos legais e aferidor do nível de responsabilidade do indivíduo.

No Direito penal, ele estuda a motivação do crime e a integração do comportamento com os sentimentos conflituosos do acusado, que acabam por serem transformados em homicídio, parricídio, matricídio, dentre outros tipos criminosos. Também participa da oitiva de testemunhas e mede a veracidade do depoimento do réu; fornece substratos ao julgador nas questões de inimputabilidade e no procedimento de Declaração de Incidente de Insanidade Mental e identifica nos delitos sexuais a personalidade doentia, inclusive a do pedófilo.

Portanto, no intuito de evitar erros judiciais e garantir decisões mais justas para as demandas legais recorreu-se ao entrelaçamento da Psicologia com o Direito. Desta forma, é possível concluir que a Psicologia Jurídica e seus idealizadores são indispensáveis à Justiça e indissociáveis na busca pela compreensão da conduta e do sofrimento humano.

3.2 Exame psiquiátrico e a penalização da loucura

Com Foucault, compreendemos a diversidade de instituições sociais que se reúnem em torno da Loucura. Instituições estas implicadas em regular os excessos, em suprimir e rotular a Loucura como perigo social. A psiquiatria atravessa séculos na busca desenfreada para encontrar o segredo dos crimes que podem habitar toda loucura ou o núcleo da loucura que devem habitar todos os que podem ser perigosos para a sociedade (FOUCAULT, 2001).

Segundo Foucault (2001), mediante o exame psiquiátrico, o juiz pune não o crime, mas as irregularidades de conduta apontadas no exame como o lugar de formação do crime. A criminalidade é, então, apreciada do ponto de vista psicológico-moral, onde a doença já não é uma doença, é um defeito moral. O psiquiatra, diante do exame, vai definir se existem anomalias mentais relacionadas com a infração; deve responder se o indivíduo é perigoso, se é sensível a uma sanção penal, se é curável ou readaptável. O exame psiquiátrico deve realizar uma demarcação e responsabilidade, entre causalidade patológica e livre-arbítrio do sujeito jurídico, entre terapêutica e punição, entre hospital e prisão.

O exame médico-legal cumpre a função de costura entre o judiciário e o médico, se dirige a gradação do normal ao anormal. Ele pertence a um poder que se constitui como

instância de controle do anormal; rejeita, exclui e marginaliza (FOUCAULT, 2001, p. 51 e 54). A medida de segurança visa ao controle do indivíduo, a neutralizar sua periculosidade, a modificar suas disposições criminosas. O laudo psiquiátrico dá aos mecanismos da punição legal um poder justificável, não mais sobre as infrações, mas sobre os indivíduos, não sobre o que fizeram, mas sobre o que eles são, serão ou possam ser (FOUCAULT, 2009).

Historicamente, as medidas de segurança foram aplicadas a partir de uma cultura de exclusão, de temor daquilo que a loucura anuncia e representa para a sociedade, que acaba por se proteger, “autossegurar-se” por meio do exílio perpétuo no manicômio judiciário (DELGADO, 1992).

No entanto, a medida jurídica só atingirá seu fim público de zelar pelos direitos desses cidadãos ao convocá-los a responder por seus atos diante do corpo social. Ser inimputável, não ter direito de autoria das próprias palavras e ações, ser condenado ao sepulcro do silêncio no exílio social eterno não parece cumprir as exigências impostas pelos direitos humanos. Ao contrário, ser convocado a responder pelo crime, assumir a responsabilidade pelos próprios atos, apresenta para o sujeito a dimensão da lei, um instrumento que pode operar no sentido de uma construção de convivência com o social no espaço público (BARROS, 2003).

A implicação e a responsabilização pelo ato cometido têm sido preconizadas por alguns autores como uma possibilidade para o sujeito. Ao contrário do preconizado pela atual prática jurídica, a sentença de inimputabilidade decretada aos pacientes age como uma violação. Ser inimputável significa não ter direito à palavra e à ação. Inviabiliza a possibilidade que o sujeito teria de refazer seu ato, de produzir um sentido por meio da palavra e, conseqüentemente, localizar o excesso de sua angústia. Ao ser convocado pela Justiça a responder por seus atos, responsabilizando-se por eles, o sujeito terá a oportunidade de construir um projeto de convivência no âmbito social como qualquer cidadão o faz. O ato jurídico, o chamado pela responsabilização, atua como operador clínico, extremamente necessário à condução do tratamento do paciente. Portanto, a mediação entre a clínica, o social e o ato jurídico é necessária à organização subjetiva dos pacientes (REZENDE, 1993; BARROS, 2003).

A realidade social dos manicômios judiciários necessita ser compreendida, assim como as atuais regras de formação para lidar com o conjunto de relações existentes entre o crime e a loucura. A prática dos profissionais da Psicologia e do Direito na última década vem contribuindo para a afirmação de que a proposta da Reforma Psiquiátrica, de desconstrução do agir institucional e da segregação, não tem alcançado pacientes que estão sob custódia do Estado em manicômios judiciários (BARROS, 2003; AMARANTE, 1995). A ideia da

atenção psicossocial, que leva em consideração o sujeito pertencente a um grupo familiar e social, assim como objetiva a reinserção social com a conseqüente recuperação da cidadania, precisa ser alvo de discussão (AMARANTE, 1994; COSTA-ROSA, 2000). Tais discursos, envolvidos nos modos particulares e contraditórios da relação existente entre crime e loucura, necessitam ser considerados ativamente na atual construção das práticas sociais que envolvem a inimputabilidade, periculosidade e inserção social do “louco infrator”.

A penalização da loucura, de acordo com Foucault, diz respeito a “qualquer causa que, como determinação, só pode diminuir a responsabilidade, marca o autor da infração com uma criminalidade ainda mais temível e que exige medidas penitenciárias ainda mais estritas” (FOUCAULT, 2009). A partir daí importam não mais as circunstâncias do crime ou a intenção do criminoso, mas a mecânica e o jogo de interesses que tornou criminoso o agora acusado de ter cometido um crime (FOUCAULT, 2001).

Foucault nos permite vislumbrar as operações subliminares do poder, suas duras engrenagens e exhibe sua aplicação ao nível das subjetividades. Na figura do louco, podemos assistir a uma incansável demonstração desse dispositivo; nas envergaduras de seu corpo toda a parafernália institucional faz alusão às sutis estratégias de uma complexa mecânica de controle.

Na sociedade moderna, não se trata somente de rejeitar ou expulsar, mas de vigiar, observar constantemente e minuciosamente. A “sociedade disciplinar” é esse sonho de um poder exaustivo, que age pela captação das diferenças entre os sujeitos, pela percepção das singularidades, das intimidades; tecnologia que se presentifica no conjunto das instituições, da família à prisão, da escola ao manicômio, do aparelho de Estado ao cotidiano de trabalho. O internamento é, ao mesmo tempo, recompensa e castigo, conforme o valor moral daqueles sobre quem é imposto (FOUCAULT, 2008).

Não resta dúvida de que o crime é um problema social a ser resolvido e quando o mesmo envolve alguma doença mental a questão se torna ainda mais complexa, e não deve ser ignorada. No entanto, questionamos a manutenção de um tratamento forjado há um século, sem a inclusão dos avanços científicos e éticos construídos neste sentido.

3.3 Garantindo os direitos humanos aos loucos infratores

As legislações e encaminhamentos recentes da sociedade brasileira em determinados setores têm se orientado por uma mudança de paradigmas: da repressão para a garantia de

direitos e atenção integral, como temos visto em relação ao atendimento à infância e adolescência com o Estatuto da Criança e do Adolescente, lei n. 8069 (1990), e no que tange à saúde mental, com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, lei 10.216/2001, ou seja, “[...] um deslocamento da matriz da defesa social para a matriz dos direitos humanos” (GONÇALVES, 2008).

Nessa esteira, alguns municípios têm desenvolvido formas diferenciadas de encaminhamento ao louco infrator prescindindo da internação prolongada em Manicômios Judiciários com êxito, sem registros de reincidências entre os atendidos. Em Belo Horizonte, desde 1999 se iniciou uma nova abordagem do louco infrator. Barros-Brisset (2010), a partir de uma pesquisa, propôs que, inicialmente, 15 casos de indivíduos submetidos à medida de segurança fossem acompanhados por uma equipe multidisciplinar, com um projeto individualizado e em parceria com instituições de saúde mental, Ministério Público e autoridade judicial.

O projeto foi pensado de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, buscando a desinstitucionalização dos já internados e o atendimento ambulatorial aos novos casos (BARROS-BRISSET, 2010). Com dez anos de programa, o PAI-PJ, Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, já havia acompanhado cerca de 1058 processos. Destes, houve “[...] reincidência em torno de 2%, relativa a crimes de menor gravidade e contra o patrimônio, e, em dez anos de trabalho, não temos registro de reincidência de crime hediondo, que ensejasse o retorno do fantasma da periculosidade” (BARROS-BRISSET, 2010). A maioria dos pacientes reside com a família ou em residências terapêuticas, está em tratamento na rede substitutiva de atenção à saúde mental e se apresenta regularmente à justiça. Apenas 25 cumprem medida de segurança de internação, porém a média de duração desta tem sido de cinco anos (BARROS-BRISSET, 2010).

Desta forma, o projeto aponta algumas possibilidades concretas de reorientação da atenção à saúde das pessoas com transtorno mental autoras de delito. O PAI-PJ promove o tratamento em saúde mental na rede pública de saúde, por meio do acompanhamento da aplicação das medidas de segurança ao agente infrator, oferecendo aos juízes subsídios para decisão nos incidentes de insanidade mental. Estruturado de forma multidisciplinar, este programa, pioneiro no país, sugere a aplicação a cada caso de uma medida singular, tensionada pelos princípios normativos universais (BARROS, 2003). O PAI-PJ inaugura, assim, uma ruptura com o processo histórico e dogmático, instaurando, segundo Barros (2006, p. 3), "o conceito da inserção no cerne de sua ação, atuando em qualquer processo criminal onde um portador de sofrimento mental esteja na condição de réu".

A experiência desse Programa, diferenciando-se das práticas tradicionalmente exercidas em relação aos *loucos infratores*, revela que a responsabilidade pelo crime cometido restaura a dignidade perdida quando foi decretada a inimputabilidade. O seu diferencial é percebido na realização da mediação entre a clínica, o ato jurídico e o social. De acordo com a coordenadora do PAI-PJ (BARROS, 2003, p. 120), "Os casos de inimputabilidade estabelecida pelo ordenamento jurídico mostram quão necessário se torna para a clínica da psicose que o Direito convoque o sujeito a responder pelo seu crime, a produzir sentido lá onde o ato se fez".

Sobre esta questão, Quinet (2001, p. 172) observa que, sob a ótica da psicanálise "o sujeito é sempre responsável por sua posição subjetiva, seja neurótico, psicótico ou perverso", sendo responsável pelos seus sintomas. E afirma ainda que, "todo ato tem uma motivação consciente, inconsciente ou delirante, pois como ato realizado por um ser humano, é efetuado e apreendido numa rede de sentido". É a partir desse olhar que o PAI-PJ possibilita a convocação da pessoa com transtorno mental autora de delito a responder pelo seu ato: respondendo publicamente por sua ação por meio dos estabelecimentos das penas substitutivas e, ao mesmo tempo, tendo o acompanhamento de saúde necessário.

Em Goiás, foi instituído o PAILI-GO (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator), programa semelhante ao PAI-PJ de Minas Gerais, inspirado na dinâmica e nos objetivos deste, porém enquanto em Minas Gerais o programa é ligado ao sistema judiciário, em Goiás foi uma iniciativa da rede de atendimento do SUS, e é vinculado diretamente à saúde (BATISTA e SILVA, 2010). Em ambos os casos, a participação do Conselho Regional de Psicologia foi citada como tendo papel de destaque na luta pela revisão na forma de atendimento ao louco infrator e pela implementação destes dispositivos.

Assim, se é possível delinear com eficácia novas formas de encaminhamento que não se pautem no isolamento, se o país legalmente tem colocado para si o desafio de lidar com problemas sociais, como a loucura, a partir de outro paradigma que não o da exclusão, e ainda, se há experiências exitosas neste âmbito, está posta a possibilidade de estabelecer outra direção no trato ao louco infrator. A reorientação do modelo para o tratamento no território reduz a necessidade de internação hospitalar, possibilitando a reinserção social dessas pessoas. Esta lógica, centrada na singularidade do ser humano e na sua cidadania, supera o modelo assistencial hegemônico, inspirado na presunção de periculosidade, que faz com que tais pessoas sejam segregadas no HCTP até que cesse o perigo que anunciam.

4 Apresentação do caso clínico

Nossas incursões no Hospital Psiquiátrico e Judiciário Dr. Jorge Vaz, chamado de Manicômio de Barbacena – MG, se deu em função de estágio curricular. Durante o período de estudos de casos clínicos, entramos em contato com casos específicos sob a tutela do Estado. São pessoas que, em um determinado momento de suas vidas e, em função de um transtorno psíquico, cometeram um ato criminoso. Esses, via de regra, cumprem o que a lei determina, de acordo com sua condição judicial: imputável, semi-imputável ou inimputável. Uma vez dentro do Manicômio, o então chamado paciente, passa a cumprir uma medida de segurança – o que é feito em hospital de custódia e tratamento.

Para melhor compreendermos a instituição manicomial, faremos um percurso ao lado de um dos pacientes por nós acompanhado: Olivier¹, brasileiro, solteiro, pintor, 42 anos de idade, natural e residente em Serra Azul de Minas. Sabe ler e escrever.

O disposto a seguir foi retirado do Processo do acusado da Secretaria do Juízo da Única Vara, da Comarca de Serro - MG.

O Juiz, depois de cientificar ao réu da acusação dos autos e do disposto no artigo 186 (sobre o ato ilícito), passou a interrogá-lo dentro da praxe jurídica e, às suas perguntas, respondeu-lhe o acusado do modo seguinte, conforme grafou o escrivão:

que a imputação que lhe é feita é verdadeira; que, naquela região existem outros fatos semelhantes a este destes autos, sendo que as vítimas eram crianças; que o interrogado tinha medo de sair de sua casa, porque temia a morte; que a cinco anos atrás, o interrogado recebera um tiro do irmão da vítima; que o irmão da vítima despediu o interrogado de seu emprego e efetuou um disparo, sem contudo atingi-lo; que uma semana antes dos fatos, o interrogado cobrou uma dívida de XXX, oportunidade em que este lhe deferiu um tiro, porém não acertou; que, no dia dos fatos, por volta das nove e trinta para as dez horas da manhã, a vítima esteve em sua residência lhe oferecendo emprego; que o interrogado disse para a vítima que se fosse para trabalhar e não receber, não adiantaria, porque continuaria a passar necessidade; que a vítima lhe disse que o interrogado era um safado e desinquietava a família dos outros; que a vítima lhe disse que o interrogado, ali dentro, podia falar assim, mas se saísse para fora de sua cerca, a vítima e mais uns três juntariam de foice e de porrete no interrogado e ele não mais voltaria; que nunca teve nenhum desentendimento anterior com a vítima; que caminhou com a vítima até perto do riacho, quando então a vítima lhe pegou pelo pescoço, jogando-o no chão; que tinha uns meninos e outras pessoas de foice, próximo à residência da vítima, que, inclusive, gritaram, chamando o interrogado pelo seu apelido de “Medo Puro”, sendo que este apelido foi colocado porque o interrogado não dava confiança e qualquer coisa corria para sua casa; que é comum as pessoas passarem próximo à casa do interrogado e gritarem seu apelido; que, quando gritavam seu apelido, o

¹ Por motivos éticos, a identidade do paciente foi preservada.

interrogado não ficava irritado, mas quando alguém chamava com uma foice na mão, o interrogado ficava cismado; que a vítima foi arrastada pelo interrogado até sua casa, gastando o interrogado uns cinco minutos; que, quando a vítima estava sendo arrastada, ainda estava suspirando; que, enquanto o interrogado arrastava a vítima, o sobrinho da vítima, gritou o interrogado pelo seu apelido; que acha que esta pessoa viu o interrogado arrastando a vítima; que colocou a vítima no chão, trancando a porta, travando com madeira que foi pregada; que gastou uns dez minutos para travar as portas e, neste tempo, a vítima já havia falecido; que o interrogado retirou sua roupa; que cortou a cabeça da vítima usando um machado; que abriu a vítima, tirando a buchada e as tripas, que cortou a junta das pernas, joelho, braço, antebraço, mãos; que fez isto porque ficou com medo de morrer; que deu uns três dias e tinha umas trinta pessoas na porteira, gritando e armados de foice e espingarda; que acha que gastou uns quarenta minutos para retalhar a vítima; que guardou a carne em dois balaios e o bucho e as vísceras dentro de um saco plástico; que ficou três dias dentro de casa e só abriu a porta quando a polícia chegou; que não sentiu nenhum mau cheiro durante estes três dias; que na terça-feira à noite comeu um pedaço de carne da vítima; que comeu este pedaço, que não sabe identificar, frito; que via crianças gritarem e sumiam, só podiam ser comidas; que, como estava com medo de abrir a porta e sair, resolveu comer um pedaço da vítima, para matar sua necessidade; que deixou a vítima do lado de fora, porque seria descoberta; que tinha vinte anos que o interrogado residia no Córrego do Feijão; que há uns oito anos atrás, ficou internado no Hospital Psiquiátrico Raul Soares; que tomava vários tipos de comprimido e sua mãe fazia remédios de raízes; que ficou sabendo, digo, que não ficou sabendo o que estava fazendo e destrinchou a vítima; que deixou de trabalhar para os outros porque não recebia; que trabalhava por conta própria, plantando feijão, milho e arroz; que não tinha nenhuma criação; que dos objetos apreendidos às fls. 27, somente uma marmita e uma bota pertenciam à vítima; que confirma suas declarações prestadas perante a autoridade policial de fls. 18, 19, esclarecendo que cozinhou a carne da vítima com feijão e, em seguida, fritou o pedaço de carne na gordura; que fez isto para salvar sua vida; que não iria comer mais nenhum pedaço da vítima, enquanto aguardava a presença da polícia (...); que deseja voltar para sua roça, para continuar trabalhando; que seu pai e seus irmãos são advogados; que, por não ter condições de constituir advogado, foi-lhe nomeado o Dr.XXX, que deverá ser intimado para apresentar defesa prévia no prazo de três dias; fica desde já designada A.I.J. para o dia sete de dezembro, às quinze horas. Expeça-se mandado para intimação das testemunhas. Requisite-se o réu e militares. Nada mais, eu, XXX, Escrevente Judicial II, o escrevi e subscrevi.

Declarações deste tipo estão presentes nos prontuários dos pacientes do hospital. O relato do agressor aparece no meio das muitas palavras que se unem para comprovar o caráter delituoso de seu ato. Deste depoimento, foi construída uma versão dita oficial, a partir da qual a instituição organiza sua terapêutica para o paciente. Eis como ficou a versão, datada de 2011:

No dia 23 de outubro do ano de 1995, na parte da manhã, na localidade de Córrego do Feijão, nas proximidades de sua residência, o denunciado agrediu a vítima XXX com um porrete, causando-lhe um ferimento fatal, arrastando-a pelos pés por uma trilha até o interior de seu casebre, onde a esquartejou e praticou atos de canibalismo.

Narra o Inquérito Policial que, anteriormente, a vítima havia ido até a residência do denunciado combinar com o mesmo um plantio de roça de milho.

Em meio à conversa, se desentenderam e o denunciado desferiu, de súbito, um golpe de porrete contra a vítima, arrastando-a, em seguida, para sua casa. Uma vez lá dentro, o denunciado, “após um descanso, começou a se preparar para destrinchar a vítima”.

Consta dos autos que o acusado retirou toda a roupa da vítima e, em seguida, utilizando-se de um machado e de uma faca, cortou a sua cabeça, abriu a caixa

torácica, retirando as vísceras, o coração, o pulmão, os intestinos, a bolsa escrotal e o pênis. Limpou a cavidade abdominal, tal qual um filme de Frankenstein. O denunciado começou a partir as demais partes do corpo da vítima, primeiro as coxas, separando os joelhos e descarnou-as, colocando a carne em um saco plástico. Fez o mesmo com os braços, colocando-os, desta feita, as carnes em um cesto.

Novamente de posse de um machado, o denunciado cortou-o da cintura para baixo e, em seguida, separou as costelas com parte do “lombo” e retirou as carnes, acondicionando-as em um cesto. Após haver desossado todo o corpo da vítima e colocado a carne nos cestos de taquara, cortou um pedaço de carne em partes menores e colocou para cozinhar com feijão, praticando atos de antropofagia.

Para este macabro banquete ninguém foi convidado, sendo certo que o denunciado se trancou em casa por dois dias, pois tinha fubá, canjiquinha e muita carne, além, é claro, do feijão. Narram, ainda, as peças deste inquérito, que a família da vítima deu por sua falta e comunicou o fato à polícia militar que, por informação de testemunhas, chegou até o casebre, deparando com o sinistro quadro.

Diante de tal quadro, o periciado foi diagnosticado como portado de Psicose Esquizofrênica Residual

Do prontuário consta também um ofício redigido pelo Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, que foi encaminhado ao Juiz responsável pelo caso acima:

Exmo. Juiz,

O PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, vinculado ao Projeto Novos Rumos, cujas funções são estabelecidas pela Resolução nº 633, de 03 de maio de 2010, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, vem, respeitosamente, perante V.Exa., expor o que se segue:

O paciente, Olivier, foi incurso nas sanções do art. 121, §2º, incisos II, e IV c/c art. 89 do CPB [Código Penal Brasileiro] e cumpre medida de segurança de internação em hospital psiquiátrico por 3 (três) anos, no Hospital Psiquiátrico e Judiciário “Jorge Vaz” em Barbacena.

Olivier encontra-se internado desde 11/01/1996 e ao final do ano de 2011 realizou perícia psiquiátrica e o laudo de 18/11/2011, indica que houve cessação de periculosidade do paciente.

Tendo em vista a cessação de periculosidade, a equipe do PAI-PJ foi oficiada no sentido de articular a rede de saúde e familiar do paciente. Em 20/04/2012, a equipe realizou visita domiciliar à família do paciente, na zona de Serra Azul e discutiu com a rede de saúde e assistência social do município.

A equipe do PAI-PJ realizou alguns atendimentos ao paciente no manicômio judiciário em Barbacena, tendo constatado que embora, no momento, Olivier manifeste o desejo de retornar para a fazenda onde residia, não apresenta compreensão de sua situação e pouco contribui na construção de um projeto para sua saída.

Considerando o quadro clínico do paciente, a situação familiar e as condições de acompanhamento do município de origem, a equipe do PAI-PJ entende que o processo de desinternação deste paciente deve acontecer de forma gradativa. Nesse sentido, providenciou-se junto ao núcleo regional do PAI-PJ de Barbacena, a realização do acompanhamento terapêutico, que consiste em saídas programadas e acompanhadas, dentro do próprio hospital ou pela cidade, para que sejam trabalhados aspectos da vida cotidiana, com vistas a construção de um projeto para a reinserção social do mesmo.

A equipe do PAI-PJ responsável pela região do Serro, continuará articulando as redes sociais e institucionais, bem como acompanhando Olivier e manterá este D. Juízo informado sobre a evolução do caso.

4.1 Discussão do caso clínico: o crime e a psicose

O termo psicose é usado para designar um subconjunto de transtornos mentais que apresentam tipos de comprometimento relevante e distúrbios acentuados do comportamento do indivíduo. As psicoses acarretam falseamento da noção de realidade, com subjetivismo excessivo e incapacidade de retificação das noções a partir das evidências. Há alheamento da realidade, porém, quase sempre parcial e seletivo (MENDES FILHO, 2004).

Anteriormente ao uso da designação científica, a pessoa que apresentasse qualquer comprometimento em sua relação com a realidade era classificado na nomenclatura generalizante de *alienado*. Segundo Amarante (2007), o alienado era alguém *de fora*, estrangeiro, alienígena, capaz de trazer algum perigo para o corpo social a partir de sua simples presença. Via de regra, ele não se enquadrava nos padrões estabelecidos para os normais, haja vista que podia, subitamente, perder o juízo e tornar-se perigoso em função de sua violência – já caracterizada pela inadequação à convivência da sociedade. Posteriormente, com o avanço das mais diversas denominações científicas, o alienado deixou de designar um inadequado ao passo que a ele foi incorporado novas nomenclaturas. Doravante, a ciência seria capaz de compreender suas causas e efeitos e, por conseguinte, indicar o melhor meio de abordá-lo no interior de uma lógica positivista própria. Todavia, para além dos costumes das ciências positivas, calcadas no empirismo organicista, a leitura de um caso clínico à luz da Psicanálise exige uma outra concepção de sujeito e, só assim, é capaz de trilhar um outro caminho, menos reducionista e mais propício à compreensão de uma possibilidade de reorganização psíquica para aqueles casos antes considerados inadapáveis e, portanto, inadequados para o ideal de bem-estar proposto pelas políticas públicas e seu ideário.

Pondé (2004), por exemplo, fazendo uma leitura de Lacan, considera que na psicose falta o elemento que faz uma amarração entre o Real, o Simbólico e o Imaginário. Nesta concepção, o delírio apareceria como uma tentativa de reconstrução desesperada do sujeito, uma tentativa de atamento de nós. No comportamento delirante, o Outro pode se manifestar como uma ameaça intrusiva, abusiva e avassaladora. Por isto, ele deve ser barrado. Existe, como em qualquer outra estrutura, um apelo à lei (esta instância organizadora) mas, se esta falha, dá-se a passagem ao ato como uma tentativa de fazer justiça. Tal *passagem* é uma forma desesperada de o sujeito se mostrar, ainda que com violência, diante do Outro que lhe ameaça. No caso Olivier, vemos o Outro se manifestando como uma ameaça, dita de algumas maneiras: ora designando como inoportuno para a vida e a família dos outros; ora chamando-

o de safado, ou então, desferindo-lhe um tiro. Associado a isto, Olivier sentia-se ameaçado por pessoas com *porretes e foices*, que se colocavam diante da porteira. Em algum momento, o *Medo Puro* se elevou contra as ameaças, em uma tentativa de superá-las. Todavia, ele se manifestara dentro de uma estrutura psicótica, com sua forma peculiar de se defrontar com a falta da lei.

Carrara (1998) aborda o crime como uma das formas de doença mental, objeto da psiquiatria, ou o coloca como ataque à sociedade, se transfigurando em “erro” ou irracionalidade. Delito, segundo Beccaria (2006), é uma ação que se opõe ao bem público. Já para Foucault (2009), o criminoso que rompeu com o pacto social é considerado inimigo da sociedade. Em sua leitura, o menor crime ataca toda sociedade, e toda sociedade, inclusive o criminoso, está presente na menor punição. Sendo assim, de acordo com Foucault (2009), o castigo penal é uma função generalizada, o infrator torna-se inimigo comum, traidor, “monstro”; o direito de punir torna-se então, a defesa da sociedade. Neste momento e nesta compreensão, emerge o manicômio como lugar de asilamento e afastamento social daquele que, por questões de doença, não pode ser julgado um criminoso comum e, por conseguinte, não pode ser confinado em presídios.

O crime nos pacientes psicóticos (na maioria deles) foi cometido em estado de surto ou de falta de consciência. Estes pacientes têm sentimentos ambivalentes sobre seu crime, responsabilizam pelo mesmo a doença, a falta de tratamento ou o uso de drogas. O crime, para eles, não os torna pessoas perigosas, já que ocorreu no momento para eles pontual, decorrente de um desequilíbrio. Como afirma Barros-Brisset (2010, p. 119), “o crime de homicídio cometido na psicose, de modo geral, é conceitualmente uma passagem ao ato que tenta solucionar um sofrimento insuportável psiquicamente: trata-se de uma resposta para a angústia, quando o sujeito se desconecta do mundo”. Ainda de acordo com a autora:

A possibilidade de responder pelo crime cometido é uma condição humanizante, um exercício de cidadania que aponta para a responsabilidade e para a capacidade do sujeito de se reconhecer como parte de um registro normativo que serve para todos. Responder pelo seu crime é um modo de inclusão, pois insere o sujeito dentro do ‘guarda-chuva’ da lei, que abriga a todos sob o seu manto (BARROS-BRISSET, 2010, p. 124).

Acolher a fala do sujeito, sua resposta diante do ato é questionar o discurso jurídico, o psiquiátrico e a própria internação nos Hospitais de Custódia e Tratamento e mais: a existência dessas instituições. A emergência e o lugar de destaque aberto a esta fala, totalmente desprovido da possibilidade de enunciar verdades, fazem sombra nos outros discursos dominantes, difere seu estabelecimento. Tentar retirar os discursos de sua supremacia, inserindo o testemunho daquele que é louco e infrator, auxilia na ampliação da

série de discursos, torna os conceitos de loucura, infração e periculosidade indefiníveis e, conseqüentemente, possibilita sentidos complexos costurados nos rastros deixados pela série. Um desafio político contra a soberania dessas categorias e a estabilização transcendente das identidades. A abolição das medidas de segurança e o respeito às singularidades ainda assujeitadas a tal instrumento jurídico-psiquiátrico depende da capacidade de tornar instáveis esses discursos dominantes.

De acordo com BARROS (2003, p. 06):

É porque concebemos que o homem pode agir fora da lei, da norma, guiado por suas paixões, sua loucura, é que o consideramos responsável pelo que faz com isto. Inescapavelmente, mais cedo que tarde, o sujeito responde pelo seu modo de gozo, pelo seu jeito de se colocar diante do outro, pela forma que conduz a experiência do desvio. Isso não configura a condição da periculosidade e sim as condições da civilização.

É possível pensar a responsabilidade na psicose quando consentimos que somente se é responsável na medida de seu saber fazer (BARROS-BRISSET, 2011). Cada um quando responde, o faz desse lugar, porque não há Outro do Outro para pronunciar o último julgamento (LACAN, 1975-76). Contudo, com Lacan sabemos que todo ato tem o lugar de um dizer. “Isto quer dizer que não é suficiente que haja um fazer para que haja um ato, não é suficiente que haja movimento, ação, é necessário que haja também um dizer que enquadre e fixe este ato” (MILLER, 2006, p.27).

4.2 Acompanhamento terapêutico na psicose

Dentro de um mundo complexo, o sujeito psicótico precisa ser escutado, assim como qualquer outro ser humano, mesmo que suas falas sejam despedaçadas à nossa escuta. O universo do psicótico, embora não seja simbolizado, constitui a realidade daquele sujeito; assim, a escuta do Acompanhante Terapêutico assume um estatuto psicanalítico, na medida em que propicia ao sujeito construir uma suplência favorável à sua aproximação com o laço social, o que permite concluir que o AT é uma estratégia importante no tratamento das psicoses.

Pensar o Acompanhante Terapêutico só é possível a partir da prática, do lugar daquele que exerce a função de estar junto com o paciente psicótico, oferecendo estratégias, mas no sentido de considerar o fato de que este tem sua maneira singular de reproduzir o mundo. A própria clínica do AT se define caso a caso. Assim, o desamparo do significante que norteie sua cadeia simbólica dá lugar para o laço mais moderado com o Outro mediante a presença exercida.

Vale ressaltar que o AT surgiu de uma demanda específica da Reforma Psiquiátrica, passando posteriormente a se inserir em um conjunto de estratégias políticas e sociais que visa à reinserção do *louco*, o que representa o acesso à cidadania dos sujeitos portadores de sofrimento mental. Isto está claro no discurso de Amorim e Dimenstein (2009), ao afirmarem que esta prática é uma “estratégia que tem se revelado interessante no processo de desinstitucionalização, por basear a terapêutica na potência do encontro da loucura com a cidade, possibilitando uma clínica em movimento” (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009, p.10).

O processo de desinstitucionalização é um desafio para o trabalho em rede, e o acompanhante terapêutico, neste contexto, torna-se um fator favorável, pois será mais um a compor a equipe de saúde mental em uma perspectiva de reinserção social. O AT constitui-se como um processo, sendo importante para auxiliar na condução do caso, pois ele intervém diretamente no caso. Possibilita também oferecer uma escuta diferenciada do paciente, podendo trazer informações precisas e valiosas para a equipe (DUTRA; MOTTA e SANTOS, 2005).

4.3 O caso Olivier

Em nossa experiência como A.T. de Olivier, de início, deparamo-nos com o problema de delimitação do papel do acompanhante terapêutico e da importância em se construir uma especificidade dessa função no tratamento da psicose, tendo por fundamento a teoria psicanalítica. Não afirmamos que a prática do A.T. se restrinja a especialistas desta abordagem, mas enfatizamos a importância que uma orientação teórica pode vir a ter tanto na implementação quanto no andamento de um caso clínico.

Em nosso primeiro encontro com Olivier, tivemos dificuldade e receio em deparamo-nos com o imprevisível e o desconhecido. Após a sessão, pusemo-nos a refletir, pois o sujeito que se apresentou diante de nós, inesperadamente, desestruturou-nos ao desmistificar os discursos que o rebaixavam, rotulavam e o tornavam “incapaz”. Olivier nos possibilitou aprender a suportar o inesperado e ter a capacidade de criar oportunidades diante disso. Além disso, trata-se de um sujeito que sofreu privações e abandono durante sua vida; sobre isto, Marin (1999) discorre que a realidade do abandono recoloca cada um em contato com o desamparo inicial de todo ser humano e, portanto, difícil de lidar.

Durante os acompanhamentos pudemos nos aproximar de sua humanidade razoável e possibilitar a Olivier escutar-se, saber o que deseja e fazer escolhas por si mesmo. Olivier foi

capaz de juntar as peças do passado e formar o todo no atual e, assim, foi possível construir uma outra realidade. De acordo com isto, Albornoz (2003) expõe:

O acompanhamento terapêutico é um recurso essencial no processo de elaboração de situações traumáticas e, também, possibilita a substituição das más representações do self e do objeto por boas internalizações. Assim, confirma-se a significativa relevância do atendimento psicológico aos indivíduos institucionalizados.

Mannonni *apud* Chechinato (1988) reflete acerca do diferencial da clínica com psicóticos trazendo uma frase simples, mas profundamente realista: “a prática analítica das psicoses tem um valor de formação, no sentido de que o psicótico o interpela no mais vivo de seu ser.” (p.12) Isto é, o analista deve renunciar a sua referência para compreender o mundo que existe para o psicótico, que é diferente do seu. Além disso, por várias vezes o psicótico vai colocar ao A.T. questões até então reprimidas e, também, inquestionadas. Como o autor fala “o psicótico esboroa qualquer certeza teórica do analista e o obriga a questionar seus próprios ‘pontos cegos’, aquilo que dentro dele permaneceu inalisável.” (p. 113)

Fomos compreendendo no decorrer dos encontros com Olivier que o mundo para ele passa a ser dividido entre o ANTES e DEPOIS do crime. Entre aqueles que possuíam uma identidade real e aqueles que foram despidos dela, ou seja, entre o tempo passado e atual de sua vida: “*não lá (Serra Azul, cidade natal) eles me **conhecem pelo nome (fala seu nome, completo), certinho. Aqui é que começaram a me chamar assim. Eles fazem uma identidade pra gente aqui, mas identidade tem que ter nome do pai, da mãe, tudo isto, né, e a nossa aqui não tem, é numa folha, sabe?***” A vida rompeu: um dia ele pôde estar entre os homens, hoje não pode mais. Por várias vezes demonstrou medo de fazer qualquer coisa e um dizer imperativo em sentido de não querer desapontar o outro, de ter que fazer tudo certo: “*eu guardo que eu tenho que ser calmo, tenho que ter paciência, se alguém estiver falando, eu tenho que ficar calado, não responder, fazer as coisas que me pedem com calma, estas coisas bobas*”. Vamos construindo com ele novas possibilidades e, com isto, vamos recompondo a brusca queda entre os dois mundos, os dois tempos de sua vida, povoando com palavras essa lacuna, dando significados àquilo que sente, aos temores que até então pareciam impossíveis de suportar, justamente por serem impossíveis de nomear.

No seminário “As psicoses”, Lacan propõe como fundamental a recusa à compreensão da fala do sujeito. O analista não tem que compreender as produções delirantes do sujeito psicótico ou tentar remetê-lo à impossibilidade do simbólico, o analista deve acompanhá-lo, testemunhando seus relatos, sustentando os significantes do sujeito capazes de contornar esse

real. Essa escuta se dirige para o que simplesmente foi dito, para as palavras usadas, a forma como se apresentaram e a forma como o sujeito é representado entre os significantes que emergem na enunciação.

O acompanhamento terapêutico, embasado na ética da psicanálise, por meio do desejo do analista, da transferência, da escuta e do processo inventivo das suas intervenções, pode intermediar o sujeito psicótico e o Outro, possibilitando que o psicótico construa alguma metáfora para si. A construção de uma metáfora delirante é a possibilidade de obter alguma significação subjetiva sobre si, podendo achar uma saída da posição objetual em que se encontra o psicótico no momento de crise. O delírio – sintoma do psicótico, que protege o sujeito do gozo do Outro – possibilita ao psicótico elaborar uma metáfora que possa fazer suplência ao significante Nome-do-pai. Assim, o sujeito psicótico constrói uma história para si e, nessa construção, estamos no lugar de testemunho. Podemos pensar esta função do acompanhamento terapêutico na internação psiquiátrica como possibilidade de costurar junto ao sujeito psicótico certas amarras.

Desta forma, o trabalho do acompanhamento terapêutico na internação psiquiátrica insiste em reconhecer o sujeito (do inconsciente). Seguindo o pressuposto lacaniano de não recuar diante da psicose, ressalta-se a indicação de Karine Mira (2005) de não recuar diante dos dispositivos institucionais que compõem o campo da saúde mental. Em um mundo cada vez mais cercado de respostas e soluções medicamentosas para os mais diversos males, esforça-se em edificar um saber que seja legitimado pelo próprio sujeito psicótico.

5 Considerações Finais

A Reforma Sanitária partiu do resgate da dívida social, com o pressuposto de alcançar no futuro, um sistema de proteção social mais justo e igualitário. A Reforma Psiquiátrica tem o objetivo de abolir o modelo tradicional dos asilos e hospícios procurando evitar maus tratos e exclusão social daqueles marginalizados pelo estigma da loucura. É importante ressaltar que um atendimento humanizado e social busca melhorar a qualidade de vida estabilizando o quadro da loucura, inserção, respeitando a singularidade do sujeito no espaço social e comunitário onde este se encontra.

Este trabalho nos permitiu avaliar a importância da rede de assistência em Saúde Mental e nos levou ao convencimento de que é necessário ampliar a discussão e o estudo acerca do atendimento ao portador de sofrimento mental. Mostrar a contribuição do

acompanhante terapêutico no processo de assistência a estes se constituiu no objetivo do presente estudo. Por tudo o que foi descrito, fica claro o grande valor desta modalidade terapêutica, que propiciou resultados positivos quanto à evolução do quadro.

Importante destacar o fato de que o acompanhante terapêutico deve insistir pelo tempo necessário até que o portador de transtorno mental readquira sua autonomia, processo este que foi interrompido pela instituição. Olivier e mais 19 internos foram transferidos para um sistema prisional em Belo Horizonte, lá o serviço de A.T. bem como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário não poderão mais acompanhá-los. Destaca-se ainda, que, no caso de Olivier, frente sua complexidade, este acompanhamento é imprescindível e não sabemos as consequências que esta interrupção causou no sujeito.

Assim sendo, o presente estudo cumpre sua função de atentar para a importância da prática do A.T. no processo de assistência aos portadores de sofrimento mental, notoriamente neste momento histórico de reavaliação metodológica desse processo, decorrente dos questionamentos feitos pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. A prática do A.T. e seus resultados são mais um elemento a corroborar para uma mudança no foco do tratamento renunciando o fim de um tempo, o fim do manicômio como prisão, o fim do uso cômodo dos medicamentos e do confinamento e, quem sabe, o fim de práticas que não levam em conta o processo do sujeito e suas capacidades de reinserir-se. Parece que vivemos em uma sociedade cujos sistemas totalizantes insistem em regredir suas práticas e resistem diante de qualquer proposta que não se baseia nos ditames de um autoritarismo.

6 Referências Bibliográficas

ACKERKNECHT, E.H. **Breve Historia de la Psiquiatria**. 2ª ed. Buenos Aires: Universitária, 1964.

ALBORNOZ, A. **Psicoterapia psicanalítica com crianças e adolescentes institucionalizados**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, 2003.

ALMEIDA, C. C. P., Guerrero, H. V. & Barros, H. L. **Análise crítica do instituto das medidas de segurança**. Revista da Pesquisa & Pós-graduação, 2000. pp. 46-50.

_____. **Inimputabilidade, periculosidade e medidas de segurança**: o enfoque jurídico da atual intervenção penal frente aos problemas de saúde mental. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

ALTOÉ, S. **Infâncias Perdidas**. Rio de Janeiro, Xenon , 1990.

_____. **Atualidade da Psicologia Jurídica**. Revista de Pesquisadores da Psicologia no Brasil (UFRJ, UFMG, UFJF, UFF, UERJ, UNIRIO). Juiz de Fora, Ano 1, Nº 2, julho-dezembro 2001.

ALVAREZ, M. C. **A criminologia no Brasil ou como tratar desigualmente os desiguais**. Revista de Ciências Sociais, 45 (4). 2002, p. 677-704.

ALVIM, R. C. M. **Uma pequena história das medidas de segurança**. São Paulo: IBCCRIM, 1997.

AMARANTE, P. D. de C.. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1994.

_____. (coordenador). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

_____. **O homem e a serpente: outras história para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

ANDEUCCI, R. A. **Manicômio judiciário e medidas de segurança alternativas**. Revista do Conselho Penitenciário do Distrito Federal, 1981, p. 53-61.

ANDRADE, H. C. **Das medidas de segurança**. Tese de Doutorado, Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

AROUCA, S. **A Reforma Sanitária Brasileira**. Radis, FIOCRUZ, Tema 11, ano VI, novembro, 1988.

BADARÓ, R. **Inimputabilidade, periculosidade e medidas de segurança**. São Paulo: Juriscredi, 1972.

BARRETO, B. A., VALENÇA, A. M., JOZEF, F. & MECLER, K. **Periculosidade e responsabilidade penal na esquizofrenia**. J. Bras. Psiquiat., 2004. P. 302-308.

BARRETO, F. P. **Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BARROS, Fernanda Otoni de. **Liberdade e responsabilidade:** por uma sociedade sem prisões. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/12/Aprisionamento_-_Fernanda_Otoni.pdf Acesso: 24 de set. de 2013, 20h45min.

_____. Democracia, liberdade e responsabilidade: o que a loucura ensina sobre as ficções jurídicas. In: BIRMAN, Joel. *et al.* **Loucura, ética e política:** escritos militantes. Conselho Federal de Psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. pp 112-136.

_____. **Um dispositivo conector** – Relato da experiência do PAI- PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 2010. pp. 116-128.

_____. **Desinserção fundamental e laço social.** Revista aSEPHallus, Rio de Janeiro, vol. VI, n. 11, nov. 2010 / abr. 2011.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Trad. Heloísa Jahn. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BECCARIA, C. **Dos delitos e das penas.** Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

BERCHERIE, P. **Os Fundamentos da Clínica:** história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1989.

BEZERRA, Benilton. **Da verdade à solidariedade:** a psicose e os psicóticos, Psiquiatria sem hospícios - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. Loucura, Singularidade e Subjetividade. In: _____. *et al.* **Loucura, Ética e Política:** Escritos Militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia.** São Paulo: Paz e Terra, 2000.

BRASIL. **Código Penal do Brasil.** 39ª ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do Programa “De Volta Para Casa”.** Brasília, dezembro de 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Editora M.S. Vol. 5. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007.

BRUNO, A. **Perigosidade criminal e medidas de segurança**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1977.

CALHAU, L. B. **Cesare Lombroso: criminologia e a Escola Positiva de Direito Penal**. Porto Alegre: Ed. Rev. Síntese de Direito Penal e Processual Penal, 2004.

CARRARA, S. L. (1989). **Casos e acasos: o crime de um certo Custódio e o surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil**. Cadernos IMS, 1989. P. 71-107.

_____. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

CARDOSO, F.H. - Dos governos militares a Prudente - Campos Sales. In: HOLANDAS.B. (org.) - **História geral da civilização brasileira: O Brasil republicano**. São Paulo, Difel, 1975. Tomo III, 1º volume, p.42-47.

CESCA, T. B. **O papel do psicólogo jurídico na violência intrafamiliar: possíveis articulações**. Psicologia & Sociedade, Porto Alegre, Vol.16, N.3, Dez.2004.

CHECCHINATO, D. Análise e psicose. IN: FILHO, A. *et al.* **A clínica da psicose**. Campinas, SP: Papirus, 1988.

COHEN, C. *et al.* **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: Edusp, 2006.

COMPARATO, K. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Trancar não é tratar**. Liberdade: o melhor remédio. 18 de maio. Dia Nacional da Luta Antimanicomial, São Paulo, CRP/6ª região, 1997.

CORRÊA, M. **As ilusões da liberdade**: a escola de Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. Tese de doutoramento. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1982.

COSTA, I.S. **Se o diabo nasceu foi na Bahia** (ou Em busca das origens da etnopsiquiatria). *Alteridades*, 1994. pp. 69-81.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. pp. 141-194.

DALGALARRONDO, P. Os inícios da etnopsiquiatria. In: _____. **Civilização e Loucura**: Uma Introdução à História da Etnopsiquiatria. São Paulo, Lemos, 1996, p. 15-41.

DARMON, P. **Médicos e assassinos na Belle Époque**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

DELGADO, P. G. **As razões da tutela**: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DUTRA, M. C. **As relações entre psicose e periculosidade**: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*, 2000. pp. 59-79.

FLAUZINA, A. L. P., BARRETO, F. C. O. & GROSNER, M. Q. **A liberdade nas escolas penais**. *Rev. Fund. Super. Minist. Publi. Distrit. Fed*, 2004. pp. 58-64.

FONTANA-ROSA, J. C. & COHEN, C. Psicopatologia forense na esfera penal. In: Cohen, C. *et al.* **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: Edusp, 2006. pp. 109-118.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura**. São Paulo, Perspectiva, 1972.

_____. **A história da loucura na Idade Clássica**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1978.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. A loucura só existe em uma sociedade. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Problematização do sujeito**: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999b. Coleção Ditos e Escritos I.

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

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GONÇALVES, Renata Weber. **A medida de segurança**: elementos para interpretação da contenção por tempo indeterminado dos loucos infratores no Brasil. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2008.

GOULD, S.J. Medindo cabeças. In: _____. **A falsa medida do homem**. São Paulo, Martins Fontes, 1991. pp. 65-103.

GUIMARÃES, A.C.S. **Ética das relações**. In: SILVA, D.M.P. (coord.). Revista *Psique Ciência & Vida* – edição especial *Psicologia Jurídica*. São Paulo: Escala, 2007, ano I, n.5, p.82.

JACOBINA, P. V. **Direito penal da loucura**: medida de segurança e Reforma Psiquiátrica. *Rev. Direito Sanitário*, 2004. pp. 67-85.

JERVIS, Giovanni. Crise da Psiquiatria e contradições institucionais. In: BASAGLIA, Franco (coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Trad. Heloísa Jahn. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

KAMERS, M.; BARATTO, G. **O discurso parental e a sua relação com a inscrição da criança no universo simbólico dos pais**. *Psicologia, Ciência e Profissão*. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia, 2004.

KOERNER, A. **Punição, disciplina e pensamento penal no Brasil do século XIX**. Lua Nova, 2006.

LACAN, Jacques. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. **O Seminário**, Livro 3: As Psicoses. (1955-1956). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

MACHADO, R. **Ciência e saber**: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MATTOS, V. **Trem de doido**: o direito penal e a psiquiatria de mãos dadas. Belo Horizonte: UNA, 1999.

MENDES FILHO, R. B. e MORANA, H. C. P. Transtornos psicóticos. In: TABORA, José G. V.; CHALUB, Miguel; ABDALLA FILHO, Elias (orgs.). **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEZAN, R. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

MIRA, Karine. O psicanalista e as novas instituições de tratamento da psicose. In: ALTOÉ, Sonia e LIMA, Marcia Mello (orgs.). **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005.

MIRANDA JR., H.C. **A Psicologia e as práticas judiciárias na construção do ideal de justiça**. Psicologia, Ciência e Profissão. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia, nº 1, p. 28-37, 1998.

MORGADO, A. *et al.* **Desinstitucionalização**: suas bases e a experiência internacional. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 1994. pp. 19-28.

NINA RODRIGUES, Raimundo. A loucura epidêmica de Canudos. In: _____. **As coletividades anormais**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1939b. pp. 50-77. (Republicado em *Rev. Latinoam. Psicop. Fund.* III. pp. 145-157, 2000.)

PAIM, I. Meio século de medida de segurança. *Rev. ABP*, 1981. pp. 159-163.

_____. A crueldade da medida de segurança. J. Bras.Psiquiat., 1997. pp. 515-521.

_____. Estudos psiquiátricos. Campo Grande: Solivros, 1998.

PAIM, J. S. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “saúde para todos”**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva n ° 174).

PASSETTI, E. **Sociedade de controle e abolição da punição**. Perspectiva, 1999. pp. 56-66.

PERES, M. F. T. **A estratégia da periculosidade: psiquiatria e justiça em um hospital de custódia e tratamento**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1997.

PONDÉ, M.; Do privado ao público: considerações sobre as psicoses. In: GARCIA, Rosa; PONDÉ, Milena; LIMA, Manuela G. (orgs). **Atualização em Psicoses**. São Paulo: Editora Phoenix, 2004.

RAMOS, M.; SHINE, S.K. A família em litígio. In: RAMOS, M. (org.). **Casal e Família como Paciente**. São Paulo: Escuta, 2ª ed., 1999.

RAMOS, M. R. R & COHEN, C. **Considerações acerca da semi-imputabilidade e inimputabilidade penais resultantes de transtornos mentais e de comportamento**. Rev. Brasileira de Ciências Criminais, 2002. pp. 215-230.

REGO, I. P. **Sociologia da prisão**. Soc. Estado, 2004.

REZENDE, B. V. R. G. **Uma contribuição ao estudo da periculosidade**. Rev. Conselho de Criminologia e Política Criminal, 1993. pp. 85-109.

ROTELLI, F. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. Bezerra, B. et al. **Psiquiatria sem hospícios** : contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. pp. 41-55.

ROVINSKI, S.L.R. **Fundamentos da Perícia Psicológica Forense**. São Paulo: Vetor, 2004.

SANTANA, A. F. F. A., CHIANCA, T. C. M. & CARDOSO, C. S. (2009). **Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia**. Jor. Bras. Psi, 2009. pp. 187-194.

SAVINO FILHO, C. **Evolução do direito penal**: comentários. Rio de Janeiro: Ed. Rev. de Direito do TJRJ, 2000.

SERPA JR., O.D. Genes: do colar de pérolas ao ADN. In: _____. **Mal-estar na natureza**: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998.

SHECAIRA, S. S. **Teoria da Pena**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

SILVA, C.V.M.; VASCONCELOS, D.M.C.J.; MAGALHÃES, F.S. A experiência do psicólogo jurídico e o desafio de uma identidade profissional nas Varas da Família. In: FERNANDES, H.M.R. (coord.). **Psicologia, Serviço Social e Direito** – uma interface produtiva. Recife: UFPE, 2001. p.115-122.

SILVA, D.M.P. Psicologia Jurídica – uma ciência em expansão. In: _____. **Revista Psique Ciência & Vida** – edição especial Psicologia Jurídica (edição especial). São Paulo: Ed. Escala, ano I, nº 5, p. 6-7, 2007 a.

_____. **Psicologia Jurídica no Processo Civil Brasileiro**. RJ: Forense, 2ª.ed., 2012.

SILVA, E.L. **Perícias psicológicas nas Varas da Família** – Um recorte da Psicologia Jurídica. Porto Alegre: Equilíbrio/APASE, 2009.

STONE, M. H. **A cura da mente**: a história da psiquiatria da Antiguidade até o presente. Porto Alegre: Artmed, 1999.

WACQUANT, L. **O lugar da prisão na nova administração da pobreza**. Novos estud. – Cebrap, 2008. pp. 9-19.

WOODWORTH, R.S.; MARQUIS, D.G. **Psicologia**. 11ª ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1977.

