

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO PSICOLOGIA SOCIAL

LOIVA DOS SANTOS LEITE

**NARRATIVAS DE VIDA: VIVER FORA  
DEPOIS DE MUITO TEMPO *DENTRO*  
EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS APÓS A  
SAÍDA DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo

Orientadora

Porto Alegre  
2011

LOIVA DOS SANTOS LEITE

**NARRATIVAS DE VIDA: VIVER *FORA* DEPOIS DE MUITO  
*TEMPO DENTRO*  
EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS APÓS A SAÍDA DO  
MANICÔMIO JUDICIÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Beatriz Kochenborger  
Scarpato  
Orientadora

PORTO ALEGRE  
2011

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

L533n Leite, Loiva dos Santos

Narrativas de vida: viver fora depois de muito tempo dentro - experiências de usuários após a saída do manicômio judiciário. / Loiva dos Santos Leite. – Porto Alegre, 2011.

114 f. : il.

Diss. (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> D.<sup>ra</sup> Helena Beatriz Kochenborger Scarparo.

1. Psicologia. 2. Pessoas institucionalizadas – Reabilitação Psicossocial. 3. Inclusão Social. 4. Doença Mental. 5. Crime. 6. Manicômio Judiciário. 7. Institucionalização. I. Scarparo, Helena Beatriz Kochenborger. II. Título.

CDD: 157.94

Alessandra Pinto Fagundes  
Bibliotecária  
CRB10/1244

LOIVA DOS SANTOS LEITE

**NARRATIVAS DE VIDA: VIVER *FORA* DEPOIS DE MUITO  
TEMPO *DENTRO*  
EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS APÓS A SAÍDA DO  
MANICÔMIO JUDICIÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo  
Presidente

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Thais Guterres Dias  
Faculdade de Serviço Social  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Fernandes Pitta  
Universidade Federal da Bahia (visitante), USP (aposentada)

A todos os usuários portadores de sofrimento psíquico, pela luta cotidiana para nos mostrar que outras formas de cuidado são possíveis.

## AGRADECIMENTOS

Fui contemplada, na minha vida, com encontros que marcaram e modificaram a minha trajetória pessoal e profissional. Não caberia neste espaço enumerar todos eles, mas o registro afetivo seguirá comigo por toda minha existência, assim como meu eterno agradecimento. Gostaria de destacar, entre esses encontros, algumas pessoas especiais:

À Helena Scarparo, pela simplicidade, pelo afeto, disponibilidade, acolhimento e por toda a dedicação nestes anos de trabalho e estudos. Helena é símbolo de uma mulher forte, humana e admirável. Obrigada por me permitir aprender contigo.

Aos meus amigos e colegas do Grupo pelas discussões e parceria no aprendizado: Dulce Bedin, Félix Guazina, Luciele Comunello, Mara Lins, Fernanda Barichello, Aline Accorssi, Roberta Motta, Rafaela Brossardi e Pâmela Machado.

Às demais colegas de turma do mestrado pelas trocas e pela agradável convivência nos seminários, nos grupos e nos almoços: Yáscara, Andressa, Denise, Ana, Eliane e Fernanda.

Aos professores da Pós-Graduação pelos momentos de uma aprendizagem compromissada com uma psicologia social crítica e produtora de outros modos de fazer.

Aos meus colegas da Pensão Nova Vida por todos esses anos convivendo juntos e aprendendo com os desafios da vida vivida no ato, com as surpresas e as superações que é o trabalho em saúde mental em um serviço substitutivo.

Ao amigo Marco Antônio pelas horas que partilhamos juntos no trabalho e na construção de práticas e conhecimento na saúde mental. Aceitamos os desafios e nos apoiamos na amizade que nos uniu nesses anos de convivência para seguir trilhando o caminho *itinerante* que nos propomos.

Aos meus amigos e companheiros da *luta antimanicomial*, por todos os encontros possíveis e aprendizagens constantes no campo de luta *por uma sociedade sem manicômios*.

Aos meus pais José e Lúcia por estarem sempre ao meu lado, me apoiando e dando o suporte afetivo e logístico para que eu possa me ausentar de casa durante muitas horas sem me preocupar.

Aos meus filhos Bruna, Frederico e Camila por todo amor que me dedicam e por tolerarem minhas deficiências como mãe. Mas, com certeza, minha vida não teria a mesma alegria sem a existência e o companheirismo deles.

À Katielen por iluminar a nossa vida com a sua chegada.

Ao meu marido, amigo e parceiro de caminhada Pedro Junior, por me ajudar a trilhar o caminho das minhas escolhas. Um grande homem, um ser humano admirável.

O que se trata de evitar é que o contato com a loucura, sob qualquer ângulo que seja, tome as formas da violência, do medo, do nojo, do autoritarismo; tampouco aquelas da confusão, da colagem, da piedade. Este contato é possível fazê-lo como interlocução. A loucura é uma experiência humana cujas questões se colocam para loucos ou não loucos, situando problemas para a razão; não leva a razão a desistir de operar, mas, pelo contrário, convida-a a ir mais longe, no desenho das formas e figuras de seu exercício. Assim, reconhecemos as experiências da loucura não como aberração ou déficit, mas como experiências legítimas e pensáveis do corpo, da existência, do pensamento. Experiências perturbadoras, sim, porque podem rasgar o sentido; mas podem também, em certos casos, imprimir ao sentido outros cortes, possibilitando inimagináveis refazendas.

Ana Marta Lobosque

## RESUMO

Esta dissertação problematiza os processos de reabilitação e inclusão social de pessoas institucionalizadas, com extinção de medida de segurança cumprida no Instituto Psiquiátrico Forense de Porto Alegre/RS. A pesquisa foi realizada com os pacientes, após a saída do Instituto, e que têm experienciado processos de organização de suas vidas fora dos muros da instituição. A indicação dos participantes foi feita pelos integrantes do Grupo de Trabalho Interinstitucional (GT), instituído em setembro de 2007 pela Promotoria de Direitos Humanos e Judiciário, que avaliou os casos emblemáticos, ou aqueles nos quais se fez necessário ampliar os processos reflexivos e dialógicos para dar seguimento ao acompanhamento efetivado. Foram utilizados os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Humanização para nortear a discussão acerca dos resultados obtidos. A partir de entrevistas, de documentos produzidos pelo referido GT e do diário de campo elaborado no decorrer do processo de investigação estabeleceu-se o *corpus* para as análises referentes ao tema. Dentre os resultados destacam-se temas como a institucionalização, a violência institucional, o duplo estigma – doença mental associada ao delito – violação de direitos e entraves da vida dentro e fora do manicômio judiciário. Tais temas evidenciam as marcas que o tempo de cumprimento da medida de segurança provocou nas vidas dos participantes da pesquisa. Entretanto, também aparecem nas narrativas, perspectivas de projetos de vida, nas quais ocorre a manifestação de desejos de outro modo de inserção social, sem a restrição da liberdade e, portanto, longe dos muros manicomialis.

Palavras-chave: Reabilitação. Inclusão Social. Doença Mental. Delito. Manicômio Judiciário.

## ABSTRACT

This work contextualizes the processes of rehabilitation and social inclusion of people institutionalized in the Forensic Psychiatric Institution in the city of Porto Alegre/RS whose security measures have been already fulfilled. The survey was carried out with patients who had left the Institution and have been experiencing the processes of organizing their lives outside its walls. The indication of the participants was made by the members of an Inter-institutional Working Group (GT) set in September 2007 by the Prosecution of Human Rights and Judiciary, which assessed emblematic cases or those which were necessary to enlarge the reflexive and dialogic processes for an effective monitoring. The assumptions of the Brazilian Psychiatric Reform and the National Policy of Humanization were used to guide the discussion of the results obtained. From interviews, documents produced by the GT, and the field diary elaborated in the course of the investigation it was established the *corpus* for the analyses related to the theme. Among the results, it may be highlighted issues such as institutionalization, institutional violence, double stigma – mental illness associated with the crime, violation of rights and obstacles of life inside and outside judiciary asylums. Such themes show the scars that the fulfillment of the security measure has provoked on the lives of the subjects. However, it also appears in their narratives some perspectives of new life projects. They manifest the wish of social inclusion without the restriction of freedom and, therefore, far from the asylum walls.

**Keywords:** Rehabilitation. Social Inclusion. Mental Illness. Crime. Judiciary Asylum.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 ESTRUTURA DO TRABALHO .....	14
1.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	15
1.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	17
1.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	17
1.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	18
1.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS .....	19
<b>2 AS PRISÕES E AS PENAS DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE</b> .....	<b>20</b>
2.1 AS PRISÕES NO BRASIL.....	27
<b>3 O SURGIMENTO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO: HOSPITAL-PRISÃO</b> .....	<b>31</b>
3.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CÓDIGOS PENAIS BRASILEIROS .....	35
3.2 INIMPUTABILIDADE: ABSOLVIÇÃO X CONDENAÇÃO .....	38
3.3 MEDIDA DE SEGURANÇA: PRISÃO PERPÉTUA? .....	39
3.4 PERICULOSIDADE: AMEAÇA VIRTUAL.....	42
<b>4 GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL E A INSERÇÃO NO MANICÔMIO FORENSE DO RIO GRANDE DO SUL</b> .....	<b>45</b>
4.1 O MANICÔMIO JUDICIÁRIO DO RIO GRANDE DO SUL .....	46
<b>5 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: MUDANÇAS NO MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL</b> .....	<b>54</b>
5.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) .....	59
5.2 <i>HOMO SAPIENS DEMENS</i> .....	62
<b>6 NARRATIVAS DE VIDA: VIVER FORA DEPOIS DE MUITO TEMPO DENTRO.....</b>	<b>66</b>
6.1 <i>PERDI MINHA JUVENTUDE, O QUE FAÇO AGORA? A INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO MARCA NA EXISTÊNCIA</i> .....	66
6.2 ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL AGRAVADO PELO DELITO COMETIDO.....	76
6.3 DENÚNCIAS DE MAUS TRATOS E DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS .....	82
6.4 SAIR DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO: AS POSSIBILIDADES E OS ENTRAVES <i>DENTRO E FORA</i> .....	88
6.5 <i>O QUE EU FAÇO AGORA? PROJETOS DE VIDA</i> .....	94
<b>7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>105</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>112</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho que segue trata das circunstâncias de produção de vida e cuidado de pessoas cuja existência está marcada por uma dupla condição: a de portadores de sofrimento psíquico concomitante à inserção no sistema prisional, com prescrição de medida de segurança. Como psicóloga atuante no campo das políticas públicas de saúde, tenho observado, por um lado, o enorme potencial de atuação e criação que se evidenciou a partir das diretrizes do SUS e da Lei da Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, surgem também muitos obstáculos pautados na cristalização de lógicas lineares, hegemonias profissionais e fragmentações que se constituem em desafios cotidianos.

Inserir-se no campo das políticas públicas e assumir intervenções de reabilitação e inclusão social de portadores de sofrimento psíquico tem sido um destes desafios. Este se torna especialmente difícil quando se considera que ao sofrimento psíquico e à prescrição da medida de segurança – como resultado de um processo por ação delituosa – somam-se o preconceito e a exclusão.

Nessas circunstâncias é preciso considerar o somatório dos estigmas associados à condição de ser diagnosticado como doente mental, réu de um processo criminal e com passagem em uma instituição penal para cumprir medida de segurança. Aqui se tratará, mais especificamente, de histórias produzidas no Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (IPF), o que não significa que as condições aqui expostas sejam exclusividade dessa instituição. Os pacientes<sup>1</sup> que se encontram sob tratamento no IPF cometeram algum delito e, em virtude disso, são avaliados periodicamente quanto à sua responsabilidade penal e na verificação da periculosidade pelos profissionais da instituição. Nesse sentido, necessitam de tratamento pela situação da doença mental e, de custódia devido ao delito.

Analisando os casos de pacientes institucionalizados, o juiz da Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas (VEPMA), em parceria com a

---

<sup>1</sup> Usar-se-á o termo *paciente* por ser a expressão utilizada pelos profissionais do Instituto Psiquiátrico Forense ao se referirem aos internos da instituição. Ressalta-se, entretanto, que o termo *usuário* também será utilizado no presente trabalho sempre que a referência for aos pacientes em processo de reabilitação de inclusão social. O termo *usuário* foi proposto pela legislação do SUS (Leis 8.080/90 e 8.142/90), com a intenção de provocar um deslocamento do lugar social das pessoas que utilizam o sistema de saúde, ou seja, visa destacar o protagonismo dos sujeitos envolvidos nos processos de tratamento (AMARANTE, 2007, p. 82). No campo da saúde mental, na rede pública de atenção, o termo *usuário* é largamente utilizado para se referir aos portadores de sofrimento psíquico.

promotora de Justiça e Direitos Humanos, determinou a criação de um Grupo de Trabalho (GT). O objetivo do grupo é estudar os casos com extinção de medida de segurança e planejar a inserção dos pacientes na Rede de Saúde e Assistência dos municípios do estado ao qual pertencem.

O GT iniciou suas atividades em setembro de 2007 e é composto por profissionais da Secretaria Estadual da Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, da qual sou representante, Fundação de Assistência Social, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e funcionários do próprio IPF. Os casos dos pacientes são apresentados pela equipe responsável pelo atendimento no IPF e discutidos na reunião do GT, que se reúne uma vez por semana, no mínimo. A partir da avaliação realizada, os encaminhamentos são feitos para a rede de Saúde e Assistência existente. Buscam-se, então, possibilidades de inserção que respeitem a singularidade de cada situação.

A partir da experiência vivida nesse contexto, pretende-se neste estudo problematizar os processos de reabilitação e inclusão social desses pacientes a partir do trabalho realizado pelo GT. Esse é um tema difícil e que suscita muitas questões, tanto de afirmação quanto de negação, justamente pela complexidade a que está submetido. Ora, não é claro nem simples promover rupturas no que está instituído há muitos anos e que envolve interesses, ideologias, questões éticas, concepção de vida e de como posicionar-se no mundo (AMARANTE, 2007).

Encontrar brechas que promovam mudanças não é tarefa fácil e nem sempre tem a receptividade esperada. Trata-se, como dito antes, de processo e isso remete a pensar “em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente” (AMARANTE, 2007, p. 63). Neste caminhar outros elementos e situações vão surgindo, entrelaçando-se e que necessitam ser enfrentados, como coloca Amarante (2007). Muitas vezes são forças antagônicas, contraditórias, que convivem simultaneamente, produzindo tensões e paradoxos no percurso do processo.

Por tratar-se de um processo de superação e, conseqüentemente, inventivo, o grupo não sabia onde chegaria, mas ficou evidente, desde o início do trabalho do GT, que o percurso não seria fácil, pois se estava de *fora* propondo mudanças *dentro*. Não havia uma prescrição de como fazer, apenas a convicção de que se precisava “disparar” o trabalho de outra inserção social dos usuários que lá se encontravam institucionalizados. Muitas discussões se produziram. Muitas

resistências se levantaram. Muitas forças se antagonizaram. Mas muito trabalho se realizou.

O GT colocou em evidência o manicômio judiciário para quem vive fora de seus muros e de *dentro* problematizou suas práticas, o que, convenha-se, não é nada agradável e fácil de fazer. Do lado de *fora* pôs em cheque as redes de saúde mental e assistência e a atenção que ofereciam aos usuários provenientes do judiciário. Mas não só as redes, a sociedade sentiu-se provocada com as mudanças que estavam ocorrendo. As repostas foram diversas: desde a negação e a rejeição até a flexibilização e aceitação dos usuários no convívio comum. Muitas situações se resolveram positivamente e outras nem tanto. E o trabalho do GT continua.

Esta pesquisa é fruto de um intenso processo de indagação e indignação diante da minha vivência enquanto trabalhadora da saúde mental e militante pelos direitos dos usuários portadores de sofrimento psíquico. Trabalhando do lado de *fora* em um serviço substitutivo e, ao mesmo tempo, deparando-me com a aspereza do lado de *dentro* do manicômio judiciário, tornou-se praticamente impossível não haver conflitos. Como operar com os antagonismos e a complexidade diante dos cenários passou a ser uma questão importante para mim. Era sabido que não havia apenas uma resposta e nem mesmo uma resposta certa. Era preciso experimentar.

Pensar em sujeitos, no mundo e na vida é contemplar complexas dinâmicas de uma enorme diversidade de fenômenos (MORIN, 2002). Diante disso, problematizar os processos de reabilitação e inclusão social dos pacientes do manicômio judiciário com pressupostos rigidamente estabelecidos, excludentes e com receitas prévias levaria a um reducionismo simplificador e, possivelmente, institucionalizante. Tal reducionismo é fragmentário e, muitas vezes, impede que se adote uma perspectiva que brinde a complexidade e, como decorrência, o exercício do cuidado integral. Na medida em que o grupo optou por privilegiar a complexidade, é importante considerar que ela “surge como dificuldade, como incerteza e não como clareza e como resposta” (MORIN, 2002, p. 177). Assim, pressupõe um conhecimento multidimensional, que impõe a articulação dos diversos aspectos que compõem um determinado objeto do conhecimento, não havendo exclusão de uma ou outra dimensão e sim a interação entre estas. O conhecimento é incompleto, por isso, é possível seguir caminhos diversos e a complexidade é uma motivação para se pensar esses caminhos. Não se trata, então, de buscar respostas, mas de abrir possibilidades.

E no abrir as possibilidades, buscou-se na Reforma Psiquiátrica e na Política Nacional de Humanização subsídios para costurar a compreensão para o tema proposto no estudo. Ressalte-se que, em grande parte do percurso teórico deste trabalho, foram analisados autores que pensam criticamente o contexto da saúde mental brasileira e implicados com as diretrizes políticas da luta antimanicomial e com a defesa dos direitos humanos. Portanto, o esforço ficou centrado na proposta de um estudo crítico e posicionado com perspectiva da Psicologia Social em que:

(...) é preciso em primeiro lugar deixar de tomar o social como uma evidência e passar a constituir-lo como um problema, isto é, deixar de tomá-lo como um fato natural intrínseco ao próprio modo de existência da vida humana e passar a constituir-lo como uma multiplicidade necessariamente construída a partir de uma relação de forças num campo historicamente dado. (SILVA, 2005, p. 14)

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é problematizar os processos de reabilitação e inclusão social dos usuários do IPF com medida de segurança extinta, tendo em vista a Lei da Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Humanização.

## 1.1 ESTRUTURA DO TRABALHO

No capítulo 2 é apresentado o cenário do surgimento das prisões, partindo de um contexto amplo até chegar às prisões do Brasil. Nesse percurso, encontrou-se a mudança nos modos de punir os indivíduos pelos delitos cometidos. Dos suplícios e castigos corporais, chegou-se às penas de privação de liberdade. No capítulo 3 se entra no território do manicômio judiciário e se procura abordar sucintamente os temas que permeiam a manutenção da sua existência. Foi necessário ampliar o foco para o tema da inimputabilidade, da legislação dos códigos penais brasileiros, medida de segurança e periculosidade. Temas densos e importantes para se compreender o contexto jurídico em que os usuários se situaram no período da institucionalização. A instituição do Grupo de Trabalho e sua inserção no instituto psiquiátrico forense foi o tema do capítulo 4. Também veio à luz o histórico do instituto e a proposta de trabalho desde a sua criação, no ano de 1925.

Como contraponto ao modelo manicomial, segue-se no capítulo 5 em direção ao tema da saúde mental e das mudanças que ocorreram nas últimas décadas, com o movimento da luta antimanicomial e promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, em 2001. Mais adiante, no ano de 2003, é disparada a Política Nacional de Humanização com o desafio de implementar práticas mais qualificadas no sistema público de saúde. Ainda no mesmo capítulo, foi abordado o tema da humanização. Sentiu-se necessidade de entender o quão complexas são as manifestações humanas e os efeitos que produzem, dependendo de como são realizadas ou externalizadas. Para tal foram utilizadas como subsídio a perspectiva do pensamento complexo proposto por Edgar Morin (2007; 1999) e as contundentes considerações sobre o tema de Fernanda Otoni de Barros (2010). Cabe destacar que desse modo iniciou-se um processo reflexivo que, necessariamente, segue em aberto para considerações posteriores.

No sexto e último capítulo são apresentados os resultados relativos ao estudo que buscou abrir espaços dialógicos a partir das narrativas de usuários envolvidos no campo de investigação e das propostas contidas nas políticas públicas dirigidas a este público.

Finalmente, tecem-se considerações que buscam integrar reflexões, dilemas, pensamentos e desacomodações trazidas pelas diferentes fontes buscadas para tratar dessa complexa questão.

## 1.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes foram pessoas que, após um longo período de internação no IPF, experienciaram processos de organização de suas vidas fora dos muros desse manicômio. A escolha desses sujeitos se deu através da indicação dos integrantes do GT que avaliaram os casos emblemáticos, ou aqueles nos quais se fez necessário ampliar os processos reflexivos e dialógicos para dar seguimento ao acompanhamento efetivo.

Foram entrevistadas doze pessoas, sendo sete usuários, dois familiares e três profissionais/cuidadores. Os profissionais, cuidadores e familiares entrevistados estão diretamente implicados com os processos de reabilitação e inclusão social dos

usuários participantes da pesquisa, o que contribuiu significativamente para a compreensão do tema estudado.

A faixa etária dos usuários ficou entre 46 e 57 anos, com níveis de escolaridade diferenciados. Entre os usuários foram entrevistadas duas mulheres e cinco homens. O tempo médio de internação foi de 21anos, sendo o menor tempo de internação 11 anos e o maior 31 anos.

Atualmente, um usuário reside com a família, dois estão em instituições asilares privadas, dois moram em residenciais terapêuticos da rede pública de saúde mental, uma mora sozinha em uma casa alugada e um voltou para o IPF, referindo dificuldade no processo de organização da sua vida e nas relações fora do espaço institucional.

Segue quadro ilustrativo da amostra dos participantes:

<b>Nome<sup>2</sup></b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de IPF em anos</b>	<b>Onde mora atualmente</b>
Silvia	F	50	30	Residencial terapêutico público
Carlos	M	53	15	Residencial terapêutico público
José	M	46	25	Pensão particular
Antônio	M	54	11	Pensão particular
Joana	F	51	31	Sozinha em casa alugada
Pedro	M	57	25	Com a família
João	M	48	12	IPF

<sup>2</sup> Os nomes aqui expostos são fictícios no sentido de preservar o sigilo da identidade dos participantes da pesquisa.

### 1.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevistas narrativas (JOVCHELOVITCH & BAUER, 2002) realizadas com os usuários indicados pelo GT que se encontram residindo fora do espaço do IPF, com familiares, profissionais e cuidadores envolvidos diretamente com as tentativas de inserção social. Para a análise dos dados, as entrevistas foram gravadas e transcritas. Também foram utilizados os registros do diário de campo e os documentos produzidos no decorrer do trabalho do GT. Os entrevistados consentiram formalmente com a participação na pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste documento está garantido o resguardo da identidade dos participantes.

### 1.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Os instrumentos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa foram as entrevistas narrativas articuladas aos diários de campo e às leituras dos documentos produzidos pelo Grupo de Trabalho (atas, relatórios e textos publicados).

O Diário de Campo foi o instrumento utilizado para registrar os dados coletados a partir da observação do contexto pesquisado, ou seja, as reuniões do GT e as visitas aos pacientes nos locais em que estão inseridos socialmente. Diário de Campo, segundo Frizzo (2005), é uma técnica de registro de dados que leva em conta a subjetividade do observador, refletindo um processo de construção do conhecimento. Os dados descritivos são os que “procuram situar o contexto onde ocorre a observação” e os reflexivos são aqueles que expressam “as ideias, os pensamentos, as dúvidas e reflexões que surgem na mente do investigador enquanto observa” (FRIZZO, 2005, p. 254).

No diário de campo, o pesquisador busca registrar “para si” suas observações, dúvidas, *insights* e suas primeiras leituras do que está investigando (SILVA, 2000, p. 64). O diário é um instrumento no qual o pesquisador registra de forma própria os dados que observa no campo de estudo. Desse modo, está impregnado de sentidos e sensações experimentadas pelo autor dos registros, como coloca Silva: “Ao redigir

o diário de campo (...) além de esboçar o outro (...)", o pesquisador "esboça-se também como personagem de seu empreendimento", expressando através de sua escrita sua sensibilidade e como foi afetado pelos fatos (SILVA, 2000, p. 64).

Na perspectiva de construir um percurso de estudo que contemplasse as possibilidades de compreensão do tema proposto, a leitura do material produzido pelo GT foi importante, pois retratou questões relevantes, pertinentes ao processo de trabalho. Os textos expressam os diversos momentos pelos quais o grupo passou, bem como seus avanços, entraves, dilemas, soluções e encaminhamentos das situações que se apresentavam.

A entrevista narrativa foi utilizada por sua possibilidade de contar fatos ou acontecimentos significativos da vida e do contexto social do usuário. Através da narrativa que se estabelece com o protagonista da história, é possível "reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva dos informantes, tão diretamente quanto possível" (JOVCHELOVITCH & BAUER, 2002, p. 93). Nesse método de obtenção de dados, o entrevistado expressa sua experiência, suas possíveis explicações para o que aconteceu, como também traz uma sequência narrativa dos fatos, favorecendo o enlace entre a vida individual e a social (JOVCHELOVITCH & BAUER, 2002).

Assim, na entrevista narrativa, o pesquisador precisa estar atento à realidade descrita pelo entrevistado, pois é pela narrativa que ele conta o modo como vivencia a sua realidade. Nessa perspectiva, haverá uma interpretação particular de mundo pelo narrador e que expressa "a verdade de um ponto de vista, de uma situação específica no tempo e no espaço". As narrativas não fogem do contexto socio-histórico, e somente contextualizando-as é que poderemos "compreender e dar sentido às histórias que coletamos" (JOVCHELOVITCH & BAUER, 2002, p. 110-111).

## 1.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O Projeto de Pesquisa foi submetido à Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e ao Comitê de Ética da Universidade e, após o recebimento da

aprovação, foi iniciada a coleta dos dados. O referido documento encontra-se em anexo.

## 1.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados coletados foi utilizada a modalidade de análise do discurso, proposta por Orlandi (2007), que prioriza a “linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social”. As narrativas dos participantes da pesquisa, assim como os discursos presentes nos demais documentos examinados oferecem pistas acerca da organização do pensar, dos significados, dos desejos vinculados ao tema investigado. Com a análise efetivada, pretendeu-se agregar novos elementos à discussão e, com isso, conquistar espaços dialógicos e produtivos, pois o discurso está na “base da produção da existência humana” (ORLANDI, 2007, p. 15).

O autor refere que ao ser analisado um discurso não se pode tomá-lo como um “sistema abstrato”, mas como fazendo parte da vida dos sujeitos que falam de um lugar do social (ORLANDI, 2007, p. 16). Os sentidos dos discursos não existem por si só, são determinados pela ideologia que está posta no “processo socio-histórico em que as palavras são produzidas” (p. 42). Nessa perspectiva, a análise dos discursos será realizada buscando-se compreender o “sentido em sua materialidade linguística e histórica” (ORLANDI, 2007, p. 59).

## 2 AS PRISÕES E AS PENAS DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

No fim do século XVIII e princípio do século XIX, começaram a ter visibilidade as mudanças no que diz respeito às penas impostas às pessoas que cometiam crimes.<sup>3</sup> Por muito tempo os suplícios, as amputações, o esquartejamento, as marcas no corpo, a exposição e a humilhação públicas eram aplicadas aos indivíduos que perpetravam algum tipo de delito. Era no corpo físico do condenado que se concretizava o castigo pelo delito cometido, deixando um registro perceptível aos olhos das pessoas que assistiam à cena pública da punição. Era a marca da instituição justiça sendo efetivada de fato e de direito, numa relação “castigo-corpo” (FOUCAULT, 1987, p. 16). O corpo era tomado como objeto de aplicação da punição, corroborando a expectativa social de que o criminoso necessitava sofrer, muitas vezes até à morte, pelo ato considerado danoso que praticara. Assim, a punição física ocupava uma função social contextualizada historicamente que remete à articulação dos “efeitos de certo tipo de poder e certas formas de saber” (CASTRO, 2009, p. 71-72).

Já a segunda metade do século XVIII foi marcada por protestos em diversas partes do mundo<sup>4</sup>, especialmente na Europa, contra esses suplícios e em favor da aplicação de penas mais moderadas e proporcionais aos delitos. Teóricos do Direito, filósofos, juristas, magistrados, parlamentares e legisladores conjecturavam sobre

---

<sup>3</sup> De acordo com Yabiku (2006, p. 1-2), o direito de punir alguém ocorria na “violação de uma norma imposta às pessoas” e de acordo com os interesses de quem estava no comando do Estado. Durante muito tempo, por exemplo, os “conceitos de crime e pecado eram praticamente unos, por influência do Direito Canônico (...). Quase tudo o que bem entendesse o inquisidor” era considerado uma heresia e passível de punição física. “Qualquer ofensa, por menor que fosse, era um crime direto ao soberano, detentor do poder de punir, que era delegado aos carrascos.” Entretanto, a partir das ideias iluministas, houve a “cisão entre crime e pecado” e começam a haver mudanças nas legislações jurídicas no mundo todo. Fonte: YABIKU, Roger Moko. Da função das penas: do suplício do corpo ao suplício da imagem. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 1058, 25 maio 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8386>>. Acessado em 24/10/2010.

<sup>4</sup> Importante registrar, nesse período histórico, o acontecimento da Revolução Francesa em 1789, que produziu repercussões importantes no mundo. De acordo com Hobsbawm (2008, p. 85), a Revolução Francesa foi “uma revolução social de massa”, com ideias que buscavam “revolucionar o mundo” e que “de fato o revolucionaram”, adotando como lema: *liberdade, igualdade e fraternidade*. A queda da Bastilha (uma prisão estatal que simbolizava a autoridade real), nesse mesmo ano, confirmou a queda do absolutismo e foi “saudada em todo o mundo como o princípio de libertação” (HOBSBAWM, 2008, p. 94). Num contexto de luta por mudanças, a derrubada de símbolos é significativa para que as transformações se processem. Para uma leitura mais geral da passagem do século XVIII para o XIX, consultar: HOBSBAWM, Eric. *A Era das Revoluções*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

alternativas para punir os criminosos. Para tanto, buscavam formas de punição que retirassem o caráter vingativo e abusivo do poder soberano, que ficava evidente nos atos bárbaros e espetaculares praticados publicamente. A execução pública, prática utilizada até então, começava a ser vista como um ato violento que poderia provocar mais violência. Os suplícios passaram a ser intoleráveis e revoltantes do ponto de vista do povo, pois revelavam uma forma de vingança e tirania e não mais de punição (FOUCAULT, 1987; COYLE, 2009).

Nesse contexto, outra questão a ser considerada para que houvesse uma mudança no ato de punir foi a percepção dos papéis dos atores envolvidos no “cerimonial da pena” (FOUCAULT, 1987, p. 14) por parte daqueles que assistiam. O carrasco passou a ser identificado como um criminoso, os juízes associados aos assassinos e o indivíduo condenado como objeto de piedade e admiração por parte dos espectadores. Isso motivou a separação de papéis entre quem determina a punição e quem a executa, bem como favoreceu que se repensasse o modo como estavam se processando essas ações. Aos juízes caberia o lugar de legislar administrativamente e aos demais caberia executar, promovendo um distanciamento entre o legislador e quem aplica as sanções. Esse modo de operar levou os juízes a proclamarem que as penas buscavam essencialmente corrigir, reeducar e curar, libertando esses profissionais do lugar de castigadores (FOUCAULT, 1987).

Cesare Beccaria, em 1764, publicou o livro *Dos delitos e das penas*, em que analisou criticamente a forma como as penas eram aplicadas e propôs a igualdade dos homens perante as leis. As leis deveriam reger os modos de punição e para cada delito deveria haver uma pena correspondente. Para Beccaria,

(...) para não ser um ato de violência contra o cidadão, a pena deve ser, de modo essencial, pública, pronta, necessária, a menor das penas aplicáveis nas circunstâncias dadas, proporcionada ao delito e determinada pela lei. (BECCARIA, 2000, p. 107)

Desse modo, as formas de punição que tinham no corpo físico a expressão máxima de visibilidade pública começaram a dar lugar a outros modos de punir. O corpo deixou de ser o “alvo principal da repressão penal” e a condenação, para além de ser um “castigo-espetáculo”, passou a ser a razão pela qual o indivíduo devia desviar-se do crime (FOUCAULT, 1987, p. 14-15). Ou seja, o fato de ser punido por

algum crime devia despertar a consciência no indivíduo pelos seus atos, sendo a condenação a marca de um sinal negativo e vergonhoso.

De acordo com Foucault,

A punição vai se tornando, pois, a parte mais velada do processo penal, provocando várias consequências: deixa o campo da percepção quase diária e entra no da consciência abstrata (...) a certeza de ser punido é que deve desviar o homem do crime e não mais o abominável teatro (...) (FOUCAULT, 1987, p. 15)

Nessa conjuntura histórica e social, as práticas punitivas modificam-se de modo a “não tocar mais no corpo”, mas a fazer com que ele se submetesse aos regimes de privação de liberdade, a um sistema de coação, de obrigações e de interdição (FOUCAULT, 1987, p. 16). Assim, instituiu-se a prisão, essa forma de encarceramento dos indivíduos que irá se estabelecer no seio da sociedade e modulará as penas para todas as pessoas além de quantificá-las “segundo a variável do tempo” cronológico (p. 208). A lógica não é mais de visibilidade, mas de exclusão do criminoso do campo de visão social e pública, remetendo-o para dentro de uma instituição de controle, privando-o de liberdade.

A liberdade, tida como bem comum a todas as pessoas, passou a ser o alvo da justiça no processo de penalização dos crimes. Sendo um bem e igual para todos, sua perda ou diminuição teria o mesmo custo, o mesmo valor para todas as pessoas caso fosse retirada, ou restringida. Desse modo, a pena de privação de liberdade instaurou-se como a forma de punição pelos delitos cometidos pelos indivíduos, tomados como iguais perante a sociedade, e a prisão como a instituição onde será efetivada a pena.

As prisões, como local de cumprimento das penas de privação de liberdade<sup>5</sup>, surgiram no cenário mundial na passagem do século XVIII para o século XIX, mesmo antes de haver uma sistematização das leis jurídicas. Como um mecanismo das sociedades civilizadas e modernas, as prisões são consequência de uma mudança no modo de significar o crime, ou seja, a concepção de crime deixa de ser uma falta e passa a ser tomada como uma infração contra a sociedade ou contra o

---

<sup>5</sup> As prisões, até se tornarem o lugar de cumprimento das penas de privação de liberdade, existiam como um lugar onde os condenados aguardavam a execução da pena a que seriam submetidos. Fonte: ASSIS, Rafael Damasceno de. *As prisões e o direito penitenciário no Brasil*. 2007. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3482/As-prisoas-e-o-direito-penitenciario-no-Brasil>. Acesso em: 24/4/2010.

pacto social, que preza pelo bem-estar comum. Desse modo, as pessoas que atentassem contra a ordem social deveriam ser retiradas do convívio dos demais e colocadas sob o regime disciplinar e corretivo imposto pelas leis comuns aos cidadãos (FOUCAULT, 1987; BARROS, s/d).

Pode-se considerar que as prisões são o resultado de “um processo de disciplinarização da sociedade” (CASTRO, 2009, p. 341) que carrega em si uma “concepção de sujeito e de sociedade correlata a uma concepção de poder e dominação a partir de estratégias de segregação” (BARROS, s/d, p. 2). Assim, essa instituição converteu-se na forma geral de aplicação de penas da sociedade moderna, sendo posteriormente abarcada pelo aparato judicial.

Ao estudar esta questão, Cristina Rauter (2003, p. 20) caracterizou-a como “um processo de humanização das leis e dos métodos punitivos que caracterizaria as sociedades civilizadas”, fruto de uma organização social e de contratos firmados livremente entre os cidadãos. Portanto, ninguém poderia ser punido sem que antes houvesse uma lei correspondente ao delito. Assim, uma punição deveria corresponder ao que estava previsto na lei. Tratava-se, então, da igualdade de todos perante as leis jurídicas, pois “as formas violentas de punição como o açoite, os suplícios, as fogueiras ou os métodos de intimidação exercidos diretamente sobre o corpo” deveriam deixar de existir (RAUTER, 2003, p. 20). No lugar dessas estratégias de punição, surgiu a disciplina como uma tecnologia de sujeição e controle dos indivíduos submetidos ao processo criminal. Cabe destacar que essa mudança no modo de punir articula-se às ideias de um Estado liberal e burguês que se justifica na noção de indivíduo perigoso para a sociedade. Esse indivíduo precisa ser contido em nome da defesa social, necessitando ser observado, vigiado e controlado no seu tempo e espaço (BARROS, s/d; OLIVEIRA, 2009).

Alvarez (2004), fazendo uma leitura foucaultiana sobre a questão do poder, assevera que a prisão foi um dos mecanismos de controle instituído pelo Estado para manutenção da ordem social, utilizando a disciplina e a autoridade sobre os corpos como meio de obtenção da sua finalidade. A administração do tempo e da vida das pessoas submetidas ao aprisionamento era a estratégia que buscava a sujeição e a utilidade das mesmas dentro de uma engrenagem de poder. Desse modo, complementa o autor, as prisões utilizavam práticas disciplinares que organizavam as pessoas em “espaços fechados e heterogêneos” visando ao desempenho de uma “função útil” (ALVAREZ, 2004, p. 171).

O Estado moderno e impessoal, em seu papel de regulador da vida em sociedade, utiliza essa estratégia de punição e de consequente reclusão dos indivíduos não produtivos para a economia social, impondo seu poder estatal através das normas e leis jurídicas (OLIVEIRA, 2009). São as formas de poder e de controle da sociedade moderna que modulam a vida das pessoas, determinando papéis, modos de ser e agir dentro de uma perspectiva de normalidade e de ideal de indivíduo construído social e culturalmente.

Se por um lado se tem um Estado que se moderniza e estabelece um ideal de indivíduo e de sociedade, por outro há os desvios da norma, ou seja, os indivíduos que não se ajustam às regras sociais, portanto, “perigosos para a ordem social”, como coloca Barros (s/d, p. 1). Para essas pessoas, que de acordo com essa lógica necessitam ser retiradas da sociedade, as prisões são os locais onde poderão ser contidas nos desvios que denotam, corrigidas e disciplinadas para um eventual retorno ao convívio social. O tratamento moral, educativo e correcional através de estratégias técnico-disciplinares busca a modificação dessas pessoas. Assim, os princípios que regem o funcionamento das prisões são: o isolamento, o trabalho e a modulação da pena (FOUCAULT, 1987).

O isolamento no espaço da prisão se constituiu uma das estratégias para docilização dos indivíduos aprisionados, pois se acredita que a experiência da solidão provoca processos de reflexão sobre os comportamentos adotados e, conseqüentemente, de arrependimento. “A solidão é a condição primeira da submissão total.” Arrependido do delito praticado, o indivíduo buscaria a mudança de comportamento, tornando-se mais dócil, resignado e útil para o meio em que vive (FOUCAULT, 1987, p. 212).

Nesse sentido, se é provocado a pensar que indivíduos e subjetividades se produzem em espaços confinados, onde a vida é administrada por normas institucionais às quais devem se submeter. Sabemos que a prisão produz outras realidades, outros modos de inserção e de significar o tempo, a vida e a produção humana. O confinamento prisional, instituído pela privação da liberdade, produz, além de uma subjetividade restritiva, uma “dupla restrição: da liberdade de ir e de vir e da velocidade, que são as dimensões que mais incidem sobre os processos de subjetivação na contemporaneidade” (OLIVEIRA, 2001, p. 131). Assim, o tempo de reclusão social causa registros que provavelmente irão afetar os indivíduos nos modos de se relacionar e de estar no mundo, quando em liberdade. São registros de

um tempo marcado pelo relógio da lógica institucional: hora de levantar, hora de se alimentar, hora de fumar, hora do pátio, hora do banho, hora de dormir.

Outro princípio, o trabalho, associado ao isolamento, tornou-se um dos agentes de “transformação carcerária”, escreveu Foucault (1987, p. 214). Tratava-se de uma reparação do indivíduo para com a sociedade que ele havia lesado com seu delito. Mesmo sendo um ponto um tanto controverso<sup>6</sup>, o trabalho se constituiu como uma forma de controle dos indivíduos submetidos à prisão, pois regulava o seu tempo, os movimentos dos corpos, mantendo-os ajustados à engrenagem de produção:

Não é como atividade de produção que ele é intrinsecamente útil, mas pelos efeitos que toma na mecânica humana. É um princípio de ordem e de regularidade (...) sujeita os corpos a movimentos regulares, exclui a agitação e a distração, impõe uma hierarquia e uma vigilância que serão ainda mais bem aceitas, e penetrarão ainda mais profundamente no comportamento dos condenados, por fazerem parte de sua lógica: com o trabalho. (FOUCAULT, 1987, p. 216)

A modulação da pena refere-se ao tempo em que o indivíduo ficará recluso na instituição penal. O tempo é quantificado legalmente, de acordo com o delito praticado. Esse período de reclusão deve servir para a “transformação útil” do indivíduo para que, ao findar a pena, possa retornar para a sociedade (FOUCAULT, 1987, p. 218). Além da regulação do tempo, há a vigilância permanente das atividades realizadas pelos indivíduos. Todas as atividades são administradas de maneira a não haver tempo ocioso ou improdutivo.

A vida reduzida ao espaço/tempo institucional da prisão limita as possibilidades de expressão de singularidades. As pessoas são organizadas de maneira a seguir as rotinas institucionais e a não produzir diferenças, potencializando um tempo marcado basicamente pelas necessidades biológicas. Barros (s/d, p. 7) coloca que “a medida da privação da liberdade é o tempo, e o tempo é a medida da vida”,

---

<sup>6</sup> Nesse período, registra Foucault (1987), há uma discussão importante acerca do trabalho realizado por homens e mulheres livres e o trabalho que era realizado no espaço das prisões. Como era um período de crise econômica na Europa (1840-1845), a estratégia utilizada por muitos patrões foi contratar os serviços de prisioneiros com custo menor, garantindo a lucratividade e a dispensa de vários trabalhadores livres. Estabelece-se a lei da concorrência de mercado, especialmente em relação aos salários, pois a tendência era rebaixar os salários dos homens livres, equiparando-os aos dos presos, a fim de que mantivessem seus empregos. Vários protestos marcam esse período em defesa da garantia do trabalho realizado por homens livres e da manutenção de salários dignos. Sobre esse tema consultar também PERROT, Michelle. *Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

portanto, uma pessoa submetida à pena de privação de liberdade tem seu tempo de vida subtraído:

(...) o estado de privação da liberdade priva o homem da possível demonstração pública dos modos toleráveis de seu engajamento no laço social, privando-o de experimentar a inserção do seu projeto de vida na gramática da cidade, no espaço das trocas, onde estão dispostos os recursos necessários e as normas do possível. (BARROS, s/d, p. 5).

Concomitante à solidez institucional que adquiriu no decorrer dos séculos, a prisão constituiu-se efetivamente como o lugar da privação. Desde o seu nascimento, ao retirar as pessoas de seu contexto colocando-as no isolamento institucional com todos os seus mecanismos de controle, consolidou-se como um lugar marcado por violação de direitos, de maus tratos, de abuso de poder, de exclusão social, um lugar que anula a expressão da vida. Considera-se aqui que a prisão e a própria pena de privação de liberdade precisam ser colocadas em questão, visto os efeitos mortificadores observados na vida das pessoas após o período de reclusão em uma instituição com esse caráter. Ou seja, seria essa a alternativa de punição para as pessoas em conflito com as leis e a moral social?

Sabe-se dos inconvenientes da prisão, do quanto essa instituição é “perigosa quando não inútil”, entretanto, ainda não se conseguiu visualizar o que colocar em seu lugar (FOUCAULT, 1987, p. 208). Corroborando essa linha de pensamento, Barros (s/d, p. 2) observa que para Jeremy Bentham as prisões são “um verdadeiro teatro do castigo, oferecendo um drama contínuo no qual os personagens dito nocivos são expostos *in specie* a uma prática reeducativa”. A pretensa humanização dos castigos, proposta com o surgimento das prisões, mostrou-se falha na medida em que se instituíram modos tão severos de punir e de tolher a subjetividade quanto aqueles de que se tem registro na época dos suplícios.

É um modelo fadado ao fracasso desde sua concepção, pois contraria possibilidades de construção de espaços de cidadania e, conseqüentemente, de manutenção dos direitos humanos. Isso se deve, em parte, à noção construída social e culturalmente de que as pessoas que cometem um delito são perigosas para a sociedade, logo, precisam ser retiradas do contexto onde vivem e mantidas sob a tutela e a vigilância do poder do Estado amparado em suas leis jurídicas. Mesmo que essa retirada do social as inclua num sistema carcerário violador de direitos, no qual a noção de sujeito fica submersa e à mercê do contexto punitivo.

Tal condição tem marcado as práticas sociais de diferentes modos e em diferentes espaços e tempos, tendo em vista as especificidades históricas e culturais que demarcam os modos de viver em sociedade. Apesar disso, mantém-se o exercício da exclusão justificado pelo comportamento desviante, em nome de uma sociedade harmônica.

## 2.1 AS PRISÕES NO BRASIL

Cada crime, uma sentença. Cada sentença, um motivo, uma história de lágrimas, sangue, vidas e glórias. Abandono, miséria, ódio, sofrimento, desprezo, desilusão, ação do tempo. Misture bem essa química, pronto: fiz um novo detento.

Racionais MC's. Diário de um detento.

Historicamente, as prisões como cárcere surgem no Brasil como um lugar onde permaneciam as pessoas que aguardavam o julgamento por algum delito cometido, ainda sob a regência de um código penal fundado na violência, na brutalidade e na violação de direitos. Com a vigência do Código Criminal do Império, em 1830, fortemente influenciado pelas ideias liberais da Europa e dos Estados Unidos, começaram a ter lugar “novas correntes de pensamento e novas escolas penais”, visando a uma justiça com mais equidade (ASSIS, 2007, p. 1). Em 1890, o Código Penal da República trouxe mudanças nas leis penais. A prisão como reclusão, a prisão com trabalho forçado e a prisão disciplinar tomam lugar nas estruturas prisionais ao final do século XIX, sendo instituições específicas para cada modalidade de detenção.

Entretanto, é em 1940 que o Código Penal traz inovações importantes, como a moderação do poder punitivo por parte do Estado e a incorporação da noção de periculosidade (ASSIS, 2007; RAUTER, 2003). Há uma tendência, a partir desse período, de se

(...) aplicar a pena tendo em conta uma personalidade, muito mais que um delito cometido (...) crescem em importância, no Brasil, os procedimentos destinados a diagnosticar, analisar ou estudar a personalidade e a história da vida dos condenados, com vistas a prescrever adequadas técnicas de

tratamento penal, assim como prever futuros comportamentos delinquentiais. (RAUTER, 2003, p. 83)

Assim, começa-se a observar, nesse contexto, que a noção de sujeito perigoso socialmente está atrelada à constituição de sua personalidade, ganhando forma e espaço tanto nas discussões do campo jurídico como no campo da medicina. Portanto, é no cerne de todas as discussões sobre a personalidade e o comportamento do indivíduo que cometeu um crime, sobre a sua igualdade perante as leis, sobre a natureza do ato de julgar e as penas a serem aplicadas, que o tema da criminologia no Brasil recebe forte influência das ideias disseminadas por Cesare Lombroso, a partir do final do século XIX (CORREIA, 2007).

Italiano, graduado em Medicina, Lombroso (1835-1909), inspirado nos estudos de Ferri (sociólogo criminalista) e com Raffaele Garofalo (jurista), buscou consolidar uma abordagem acerca do crime e do criminoso levando em consideração a biologia do indivíduo. Lombroso considerava que os comportamentos são “biologicamente determinados”, sendo possível constatar através de dados antropométricos a disposição para o crime. Influenciado por concepções materialistas, positivistas e evolucionistas, Lombroso defendeu a teoria do criminoso nato, ou seja, aqueles que cometem delitos passíveis de punição são indivíduos que estariam “hereditariamente destinados ao crime” (ALVAREZ, 2006, p. 133).

Pautados nesse ideário, Lombroso, Ferri e Garofalo “forneceram as condições teóricas” para a criação da Escola Positiva do Direito Penal, ao final do século XIX, que tinha como pressuposto que as transgressões às normas sociais eram um sintoma de uma doença (CORREIA, 2007, p. 48). Nessa lógica, uma pessoa que cometesse um delito era portadora de uma anomalia “biopsíquica”, portanto, um criminoso era tido como um doente e, seguramente, perigoso para a sociedade (CORREIA, 2007, p. 48).

Sob essa influência, a criminologia no Brasil constituiu-se como um campo de saber, de relações, de tensões e confrontos em que “Direito, Medicina Legal, Antropologia, Psiquiatria e outras disciplinas irão desenhar um espaço instável, mas nem por isso menos eficaz de ideias e ações” (ALVAREZ, 2006, p. 139). Ou seja, além da convivência com a tipificação de um indivíduo criminoso, resultado de sua

herança biológica<sup>7</sup>, a criminologia servirá como um instrumento a serviço da moralização e do controle da sociedade, inserida num “projeto político mais amplo, fundado sobre a ordem e a estabilidade”, como ressalta Alvarez (2006, p. 141).

Atualmente no Brasil, assim como em vários países da América Latina, o contexto prisional é bastante complexo e se configura num espaço onde as desigualdades sociais e econômicas se reproduzem no campo jurídico-penal, favorecendo a estigmatização de determinados setores da população. Além do precário investimento nas estruturas físicas das instituições, somado a superpopulação, há flagrantes e contínuas violações de direitos humanos (CARRANZA, 2009).

Um estudo publicado recentemente pelo ILANUD<sup>8</sup> (2009) traz um retrato da conjuntura prisional da América Latina, ressaltando as condições bastante difíceis em que se encontram as estruturas penitenciárias desses países, corroborando com as notícias a que frequentemente assistimos na mídia.

A população carcerária brasileira é constituída basicamente por homens jovens, negros ou pardos, pobres, com baixa escolaridade e privados de sua liberdade pelos mais diversos motivos, que podem ir de um homicídio ao furto simples (MONTEIRO, COIMBRA & MENDONÇA FILHO, 2006). Cabe destacar que se observa um aumento significativo de mulheres nos presídios do Brasil, chegando a representar 5% do total da população carcerária no nosso país. No ano de 2008, o ingresso de homens no sistema penitenciário aumentou em 4%, enquanto que o número de mulheres ingressantes no sistema foi da “ordem de 12%”, conforme escreveu Carvalho (2009, p. 8). Esse quadro se agrava na medida em que não há

---

<sup>7</sup> Apesar dos estudos e problematizações acerca das teorias criminológicas no decorrer do século XX e princípio do século XXI, ainda persistem pesquisas que afirmam a disposição biológica para a criminalidade. Citamos como exemplo a pesquisa “Cientistas investigam as causas da violência entre adolescentes – Pesquisadores gaúchos firmaram convênio com ex-Febem para realizar estudo neurocientífico e social de jovens homicidas”, 1/4/2008. Site: <http://www.promenino.org.br/Ferramentas/Conteudo/tabid/77/Conteudold/>. Acessado em 30/9/2010. O Instituto de Bioética da PUCRS, em parceria com a Divisão de Genética Forense do Laboratório de Genética Humana e Molecular da Faculdade de Biociências e com o Programa de Pós-graduação em Ciências Criminais da Faculdade de Direito, promoveu, nos dias 20 e 21 de outubro de 2010, seu I Encontro Internacional: “A genética forense: perspectivas e controvérsias”. Site: <http://www.pucrs.br/eventos/bioetica/> Acessado em 28/10/2010.

<sup>8</sup> ILANUD: Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente. Para um aprofundamento do tema consultar: CARRANZA, Elías (coord.). *Cárcere e justiça penal na América Latina e Caribe: como implementar o modelo de direitos e obrigações das Nações Unidas*. Secretaria Nacional de Justiça do Ministério da Justiça do Brasil. Site: [www.ilanud.or.cr](http://www.ilanud.or.cr)

políticas públicas nas penitenciárias que incorporem “a dimensão de gênero em suas práticas” (CARVALHO, 2009, p. 8).

Fazendo uma análise crítica do sistema prisional brasileiro, Monteiro, Coimbra & Mendonça Filho (2006) referem que se trata de um sistema fracassado em que não há políticas de ressocialização e de reabilitação para as pessoas em cumprimento de pena. As prisões são lugares de sofrimento e de “atualização das senzalas” (p. 8), ou seja, a violência incrustada nas relações institucionais vem se atualizando no cotidiano e reafirmando a prisão como um lugar destinado à população marginalizada socialmente. Segundo os autores, é o poder do Estado sendo exercido diretamente na vida das pessoas consideradas “improdutivas e impróprias” para o social (p. 10).

Löïc Wacquant (2001) ressalta que o sistema prisional brasileiro expressa as disparidades sociais, reforça as diferenças de classe, a estratificação social e a discriminação pela cor. Além da intervenção pela força, utilizada pela polícia como modo de manter a ordem e o controle, as prisões funcionam como “uma verdadeira ditadura sobre os pobres” (WACQUANTI, 2001, p. 10).

Dentro desse contexto, em que foram criadas instituições para exclusão de pessoas que cometem delitos e que estão em desacordo com as normas estabelecidas socialmente, surgem os manicômios judiciários. São lugares destinados a receber pessoas que cometeram delitos e com a peculiaridade de ter um diagnóstico de doença mental, associando num mesmo espaço doença e crime.

### 3 O SURGIMENTO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO: HOSPITAL-PRISÃO

Sem a loucura que é o homem  
Mais que a besta sadia,  
Cadáver adiado que procria?  
Fernando Pessoa

Ao estudar sobre o percurso histórico do processo de exclusão dos portadores de sofrimento psíquico, encontra-se o manicômio (século XVIII) como lugar instituído para enclausurar os “loucos” e suas diferenças, privando-os da convivência social justamente em nome da ordem social vigente. Eram tidos como corpos improdutivos para a economia devido à diferença que expressavam no comportamento e nas relações. Havia também o caráter higienista na proposta do confinamento desses sujeitos, priorizando uma estética visual, eliminando o que não era belo ou agradável aos olhos e ao convívio com os demais sujeitos sociais (FOUCAULT, 1972).

Michel Foucault (1972) analisou a relação que se estabeleceu social e culturalmente com a loucura após o período medieval. Em sua obra já considerada por muitos como clássica – *A História da Loucura* – ele descreveu como a internação passou a ser alternativa utilizada para tratamento da loucura. Anteriormente “estava ligada à presença de transcendências imaginárias” (p. 73), portanto, situada nos domínios da convivência social. No entanto, no final do século XVIII, a loucura é associada à degradação moral, ou seja, o portador de sofrimento psíquico é tomado como um indivíduo incapaz de trabalhar, perturbador da ordem social devido à sua ociosidade – um vagabundo. A Igreja, em consonância com o Estado, privilegiando a moral e a religião, compõe o processo de inclusão dos loucos junto aos pobres bons ou maus, aos miseráveis e vagabundos, instituindo um lugar de improdução, de marginalização para aqueles que apresentavam alienação mental.

Nesses lugares de internação das pessoas consideradas improdutivas e indesejáveis para a sociedade, as intervenções eram feitas nos corpos com o objetivo formal de *curar a loucura*, com métodos de contenção tanto medicamentosa quanto física. Não há possibilidade de trocas, de expressão de sentimentos, de manifestação de vontades – há repressão. Nestas instituições todas as atividades da

vida humana são controladas, havendo uma pressão constante para que o indivíduo se adapte às regras instituídas. Ao ingressar numa instituição total como o manicômio, o indivíduo é destituído de seu eu, através de humilhações, rebaixamentos, degradações, o que leva a uma mortificação de si, conforme ressalta Goffman (1974). As pessoas são despidas de sua aparência usual, de seus objetos pessoais, para tornarem-se mais um número de prontuário, identificados pela psicopatologia, reduzindo-se as diferenças. Reforça-se o “desfiguramento” (p. 29). Há um processo nítido de desvalia da condição humana, da condição de sujeito portador de direitos e escolhas, constituindo um processo de objetificação do indivíduo internado (CORREIA, 2007).

Entretanto, um agravante pode ser observado quando são referidas as pessoas portadoras de doença mental e que cometeram algum delito, isso porque se está diante de uma circunstância bastante complexa: criminalidade associada à loucura. Para esses indivíduos, percebidos como “habitantes de uma região intermediária entre a sanidade e a loucura ou entre a irresponsabilidade e a responsabilidade moral”, foram instituídos os manicômios judiciais (CARRARA, 2010, p. 27).

No Brasil, o Código Penal de 1890 rezava que as pessoas consideradas infratoras e penalmente irresponsáveis deveriam ser entregues às suas famílias ou então eram internadas em hospícios públicos, caso fosse necessário à segurança dos demais cidadãos da sociedade. Porém, o Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903 estabeleceu que cada Estado da União deveria construir seus manicômios judiciais a fim de acolher e dar assistência médico-legal para as pessoas acometidas de doença mental e que viessem a praticar algum tipo de delito. Assim, em 1923, no estado do Rio de Janeiro, inaugurou-se o primeiro Manicômio Judiciário do Brasil, que posteriormente veio a chamar-se de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (CARRARA, 1998, 2010; CORREIA, 2007).

O nascimento do primeiro manicômio judiciário no Brasil se deu em num contexto de discussões e impasses entre o judiciário e a medicina, acerca do modo de proceder diante de uma circunstância delituosa envolvendo uma pessoa com doença mental. Se por um lado tínhamos o Direito, que buscava, através de suas leis, aplicar as penas cabíveis aos indivíduos delituosos, por outro, encontrávamos a medicina, que se propunha a repensar a questão da responsabilidade penal da pessoa que cometeu um crime, face à doença mental. Rauter (2003, p. 45) escreve que “a grande batalha que se trava entre justiça e psiquiatria, em fins do século XIX,

início do século XX”, refere-se à definição de competências, ou seja, à psiquiatria caberia a avaliação do estado de normalidade ou anormalidade das pessoas criminosas. O papel do judiciário dizia respeito à forma de responsabilização pelo crime cometido, impondo ao indivíduo a pena que lhe fosse cabível. Como num cabo de forças, judiciário e psiquiatria passaram a ocupar o cenário dessa discussão, valendo-se para isso de seus lugares de saber e poder.

Nesse complexo cruzamento entre medicina e justiça se entrelaçam doença e crime, produzindo um tipo especial de sujeito que carrega consigo o sagrado e profano, a culpa e a irresponsabilidade (CARRARA, 1998; 2010). Misto de razão e de paixão, de lucidez e insensatez, esse indivíduo é tomado como um anormal, que foge às regras de convivência social, o que justifica sua exclusão dos espaços de convívio. É sob essa ambiguidade que nasce a instituição que abarcará a loucura na sua forma mais trágica – associada ao delito.

Os manicômios judiciários são o resultado de “um armistício entre as duas partes em disputa”, a medicina e o judiciário, que requerem para si a decisão sobre o destino do louco-criminoso (RAUTER, 2003, p. 49). Surge um campo híbrido: nem manicômio, nem prisão. Nesse local, o psiquiatra não poderá aplicar totalmente as normas disciplinares comuns aos hospitais psiquiátricos e decidir com autonomia sobre o destino das pessoas ali internadas. Ao mesmo tempo, as internações e altas ficam submetidas ao poder judiciário e não mais exclusivamente à decisão médica (RAUTER, 2003).

Para Carrara (2010, p. 19) o manicômio judiciário traz em si uma “superposição complexa de dois modelos de intervenção social” no que diz respeito ao louco infrator: o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-terapêutico. Isso se deve ao conflito histórico de competências, em que o modelo jurídico-punitivo engloba o “modelo psiquiátrico-terapêutico, impondo limites mais ou menos precisos ao poder de intervenção dos médicos e demais técnicos” (p. 19). Desse modo, os indivíduos que são encaminhados ao manicômio judiciário encontram-se diante de uma instituição que ao mesmo tempo é destinada a ser uma prisão e um local de tratamento: “hospício-prisão” (p. 18).

Esse duplo caráter de local de tratamento e prisão coloca o manicômio judiciário em um campo intrincado no que diz respeito à agenda de formulação e execução das políticas públicas, pois se trata de um hospital que está sob a gerência do sistema penitenciário e de sua lógica institucional. Assim, tem-se ao

mesmo tempo, em uma mesma instituição, agentes penitenciários – responsáveis pela segurança – e técnicos de enfermagem – responsáveis pelo atendimento das pessoas internadas. Existem médicos, advogados e uma equipe de diversos profissionais que se divide entre atender as pessoas em cumprimento de medida de segurança e realizar laudos de periculosidade (DELGADO, 1992).

São lógicas distintas – punição e tratamento – operando num mesmo sistema, que por vezes não se comunicam ou nem mesmo se entrecruzam, ou, ainda, produzem outro modo de proceder indiscriminado, num imbricamento de lugares, saberes e poderes. Isso provoca relações instáveis e dúbias, por exemplo, frente a uma demanda de crise de agitação de uma pessoa, pois há nesse contexto o paciente e o prisioneiro, há a prisão e o hospital, há o profissional da saúde e o profissional da segurança. O procedimento a ser adotado vai depender da lógica que se sobrepuser e que geralmente é a do sistema penitenciário, portanto, de detenção e punição.

No manicômio judiciário o sujeito é considerado como um internado e não como um cidadão, portanto “logo diagnosticado, classificado e submetido ao controle e à disciplina determinados pelos médicos e funcionários que ali atuam” (CORREIA, 2007, p. 15). Há uma vigilância constante, com regras impostas que devem ser obedecidas sob pena de punição. Assim, o “manicômio ocupa a vida da pessoa com transtorno mental em todos os seus níveis”, eximindo-o de qualquer processo de autonomia (p, 15). Submetidos e controlados ao rigor da norma institucional, os pacientes do manicômio judiciário dificilmente encontrarão espaços de resgate de autonomia e reabilitação. Essas instituições podem ser definidas como “instituições de violência”, pois atuam de forma opressiva, tomando os sujeitos como objetos sem escolhas e sem vontade, reforçando o caráter ambíguo que se coloca: prisão e hospital psiquiátrico (CORREIA, 2007, p. 16),

Delgado aponta que o manicômio judiciário é um lugar

(...) cadeia/hospital – cujo ambiente interior é mais opressivo que as penitenciárias comuns (...) com características puramente carcerárias (...) é o lugar de realização do consórcio Psiquiatria-Direito Penal, e o espaço social que a lei designa ao louco infrator. (DELGADO, 1992, p. 58)

Desse modo, o portador de sofrimento psíquico, ao submeter-se ao cumprimento da medida de segurança, já “devidamente etiquetado pela perícia

psiquiátrica” (MATTOS, 2010, p. 53), sofre um processo de exclusão muito superior ao daquela pessoa que cumpre uma pena, em um presídio comum. Além disso, não há um limite de tempo que possa contar para sua saída, isso dependerá da avaliação de sua periculosidade. Não conta também com “determinadas garantias legais mínimas como, por exemplo, a progressão de regime, a remissão pelo trabalho, o livramento condicional, o indulto etc.” (p. 53).

Desse modo, pode-se afirmar que ainda há um sistema institucional de punição e não de tratamento ao portador de sofrimento psíquico em cumprimento de medida de segurança. As distintas lógicas – tratamento e punição – efetivamente não se aplicam no mesmo lugar, ou as tentativas a que temos assistido em nosso país, deixam muito a desejar.

Uma circunstância a ser considerada é a de que o código penal em vigência atualmente no Brasil é o mesmo aplicado em 1940, época da ditadura de Getúlio Vargas. Nesse intervalo de tempo histórico se passaram 60 anos e o contexto social atual é diferente daquele em que o código foi elaborado e entrou em vigor. Os modos de vida e a organização social modificaram-se e são muito distintos dos registrados na década de 1940. Cabe interrogar, então, acerca da permanência deste dispositivo legal apesar da evidente e urgente necessidade de construção de um código penal que dialogue com as demandas atuais da sociedade brasileira.

### 3.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CÓDIGOS PENAIS BRASILEIROS

O Código Criminal do Império do Brasil de 1830, sancionado pelo Imperador Dom Pedro I, estava fundamentado em três pressupostos: a igualdade das pessoas perante a lei, a determinação da penas em função da gravidade do delito e o condicionamento do crime à sua definição legal. O estatuto da loucura ainda não estava presente nesse código, sendo que as pessoas tomadas como doentes mentais que cometiam algum delito eram encaminhadas aos locais destinados a eles, como a prisão comum, hospitais da Santa Casa ou então entregues às suas famílias. Não havia asilos ou instituições específicas para o louco infrator (PERES & NERY FILHO, 2002).

Em 1890, o primeiro Código Penal da República, aprovado após a assinatura da Lei da Abolição da Escravatura no Brasil, trouxe mudanças no estatuto jurídico do louco criminoso e no “seu destino institucional”, segundo Peres & Nery Filho (2002, p. 338). Nesse período, marcado por discussões entre juristas e médicos acerca da loucura, crime e responsabilização, apresenta-se a noção de imputabilidade que é atribuída à pessoa que pratica um ato delituoso. Porém, os loucos eram considerados inimputáveis devido à sua condição mental, e seu ato não era qualificado como um crime; desse modo, não podiam ser responsabilizados legalmente. Nesse sentido, deveriam ser encaminhados ao hospício de alienados, onde estariam fora das sanções penais e submetidos a avaliação e tratamento.

Diante desse contexto, as perícias médicas passaram a fazer parte dos processos e tinham como objetivo maior assessorar os juízes na avaliação da capacidade mental do réu. Essa circunstância favoreceu a inserção dos peritos psiquiátricos no campo do judiciário, reforçando a noção de loucura associada à periculosidade. A internação de um alienado, como colocam Peres e Nery Filho (2002), era fundamentada na noção de periculosidade, ou seja, na probabilidade que a pessoa tem para delinquir. Assim, salientam os autores, “os loucos, inimputáveis morais, eram os mais perigosos. Por isso, a imputabilidade penal deveria levar em consideração o grau de periculosidade do agente” (p. 342). Somando-se a isso, as pessoas inimputáveis morais eram privadas da liberdade de autodeterminação e submetidas às “sanções mais severas”, como a segregação social (p. 342).

No Código Penal de 1940, na vigência do Estado Novo, de caráter nazifascista (CORREIA, 2007), a responsabilidade penal estava fundamentada na responsabilidade moral e no livre-arbítrio, sendo que a doença mental eximia o indivíduo da culpa pelo crime praticado (PERES & NERY FILHO, 2002). Pautado nas concepções da Escola Positiva (que tem em Cesare Lombroso seu maior expoente), o Código Penal considerava o crime praticado por um doente mental como algo “determinado por causas biológicas que comprometiam a vontade e o entendimento” (p. 343). Desse modo, o “critério biopsicológico” é tomado como parâmetro de avaliação de uma pessoa e seu ato criminoso, sendo necessária a constatação de que “a doença mental retire do indivíduo a capacidade de entender o caráter ilícito do fato” (CORREIA, 2007, p. 45).

Peres & Nery Filho (2002) escrevem que:

(...) a doença mental no código de 1940 é considerada como uma causa de exclusão da culpabilidade: o crime existe, mas não é efetivo em relação ao sujeito. Se está ausente a culpabilidade – elemento que liga o agente ao crime –, isso determina a inimputabilidade, de modo que não pode ser juridicamente imputada a prática de um fato punível ao sujeito. (PERES & NERY FILHO, 2002, p. 344)

É nesse código que aparece a Medida de Segurança como modalidade de ação penal a ser aplicada às pessoas com doença mental diante de um ato criminoso. A medida de segurança é determinada com base na avaliação de periculosidade, possibilitando à ação da justiça no âmbito concernente a doença mental associada ao delito. Assim, ao instituir a medida de segurança, a avaliação de periculosidade, a inimputabilidade e as instituições manicomiais, consolida-se socialmente todo um aparato técnico e jurídico destinado a avaliar, julgar e penalizar as pessoas com transtorno mental em desacordo com a lei.

Ainda no Código Penal de 1940 é encontrado o chamado *duplo binário*, sistema instituído em que se aplicava a pena e posteriormente a medida de segurança (RAUTER, 2003). A pena era indicada de acordo com o grau de culpabilidade do indivíduo e a gravidade do seu ato, já a medida de segurança era baseada na avaliação da periculosidade da pessoa. A medida de segurança era complementar à pena (CORREIA, 2007). Logo, uma pessoa considerada criminosa e portadora de doença mental poderia receber a aplicação do *duplo binário*, sendo que a medida de segurança cessaria somente quando cessasse a periculosidade. Rauter (2003) afirma que esse sistema mostrou-se uma “aberração” do judiciário brasileiro, atendendo, àquela época, a “motivações da política criminal, de conciliação do inconciliável” (p. 12).

A Lei de Execuções Penais de 1984 (Lei nº 7.209/84) alterou o Código Penal de 1940, e uma dessas modificações é a extinção jurídica do *duplo binário*. Porém, no que diz respeito ao louco infrator permanece a mesma diretriz, ou seja, a inimputabilidade e a irresponsabilidade são mantidas. A aplicação de medida de segurança e a avaliação de periculosidade são mantidas com algumas alterações. Peres e Nery Filho (2002) acrescentam ainda que está em processo de tramitação uma nova reforma no Código Penal.

Espera-se que tal reforma seja o motivo de um amplo debate sobre o tema, no sentido de possibilitar o aprofundamento de problematizações necessárias à formulação de estratégias e conquista de espaços humanos nos quais sejam

considerados projetos de vida que contemplem relações solidárias e práticas emancipatórias.

### 3.2 INIMPUTABILIDADE: ABSOLVIÇÃO X CONDENAÇÃO

A questão da inimputabilidade, do modo como é tratada no presente, impõe ampla ambiguidade de sentidos. Se por um lado as circunstâncias específicas de doença mental do sujeito o protegem da condição de prisioneiro comum; por outro, o expõem a um longo e confuso processo de cerceamento e aprisionamento pelo fato de que a doença é considerada uma ameaça eminente às pessoas consideradas saudáveis.

Segundo o artigo 26 do Código Penal de 1940:

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

De acordo com esse pressuposto, uma pessoa considerada doente mental é incapaz de entender o ato ilícito que cometeu, é inimputável, portanto, não receberá uma pena e sim uma medida de segurança. É a loucura absolvendo do crime, ou, dito de outro modo, é justamente por ser louco que um indivíduo é desresponsabilizado por um delito. A doença é considerada “a causa do crime”, como escreve Peres (1999, p. 129).

A doença mental, nesse contexto, é concebida como patologia incapacitante, tomando as pessoas como alienadas e incapazes de discernir entre o lícito e o ilícito. Para essas pessoas o recurso da medida de segurança é prescrito como forma de prevenção e tratamento. Entretanto, pode-se constatar a ambiguidade do sistema jurídico, que, ao mesmo tempo em que julga inocente ou inimputável uma pessoa, condena-a à internação por tempo indeterminado em um manicômio judiciário. Essa reclusão por tempo indefinido e nas condições precárias em que se encontra a maioria dos hospitais de custódia de tratamento parece muito mais como

uma pena de caráter aflitivo, punitivo e retributivo, reforçando a contradição entre o que a lei prevê e o que de fato acontece (PERES, 1999; OLIVEIRA, 2009).

Cristina Rauter (2003) destaca que o avanço do processo de medicalização e a organização da psiquiatria como um campo de saber, no nosso país no final do século XIX e princípio do século XX, favoreceu para que o Estado constituísse instrumentos de controle social e parâmetros de comportamentos ditos *normais*. Nesse sentido, a psiquiatria se consolida como um “saber sobre a loucura”, e a “existência da loucura tornava o crime inexistente no sentido jurídico” (p. 42). Essa conjuntura determina a avaliação médica do portador de doença mental ao cometer um crime e a consequente inimizabilidade e reclusão em hospital de custódia e tratamento.

A inimizabilidade, a periculosidade e a medida de segurança configuram-se como estratégias de manutenção da ordem e segurança social aplicadas às pessoas com doença mental que por ventura venham a praticar um ato delituoso. A sociedade, da qual esses indivíduos fazem parte, naturalizou, com o passar do tempo, o processo de exclusão e de retirada de direitos civis e humanos em nome de uma pretensa segurança e higienização social.

### 3.3 MEDIDA DE SEGURANÇA: PRISÃO PERPÉTUA?

A medida de segurança é instituída no Brasil com o Código Penal de 1940 e sofre alterações na Lei de 1984. Assim,

Art. 96. As medidas de segurança são:

I – Internação em hospital de custódia e tratamento ou, à falta, em outro estabelecimento adequado.

II – Sujeição a tratamento ambulatorial.

Art. 97. Se o agente for inimizável, o juiz determinará a sua internação. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial

§ 1. A internação, ou tratamento ambulatorial, será por **tempo indeterminado**<sup>9</sup>, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo fixado deverá ser de um a três anos.

§ 2. A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se determinar o juiz da execução.

§ 3. A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional, devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, pratica fato indicativo de sua periculosidade.

§ 4. Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

A medida de segurança aplica-se nos casos de inimputabilidade e tem formalmente o caráter de prevenção e não de punição, de acordo com a proposta do Código Penal. Assim, pode ser observado que esse instrumento do judiciário traz consigo o registro do *tempo indeterminado*, ou seja, não há previsão para a liberação do indivíduo submetido à privação de liberdade. Somente diante das respostas dos exames de verificação de periculosidade é que se poderá conjecturar sobre uma possível (ou não) saída do manicômio judiciário. Ou seja, a medida de segurança está diretamente vinculada à periculosidade da pessoa e a ausência desta configura-se como uma porta a ser aberta, findo o tempo mínimo de um a três anos. Caso não haja cessação, a porta é fechada e a medida é renovada por tempo indefinido. Portanto, uma pessoa ao ingressar no manicômio judiciário, para cumprimento de medida de segurança, não sabe quando sairá. Talvez em um ano, três, dez, vinte, trinta ou mesmo não sairá. Isso denuncia uma prática inconstitucional – a prisão perpétua –, como alerta Mattos:

Ainda hoje se convive com a inconstitucional possibilidade de prisão perpétua para os portadores de sofrimento mental que, isentos de pena, via perícia, suportam uma medida de segurança *ad vitam*. (MATTOS, 2010, p. 52)

Em nome de uma prevenção a novos delitos, a medida de segurança é sustentada com seu caráter indeterminado, promovendo a inclusão das pessoas com doença mental que cometeram delito em um sistema de controle da vida e dos seus atos pelo poder judiciário. Segundo Perez & Nery Filho (2002), a medida de

---

<sup>9</sup> Grifos meus.

segurança torna-se mais aflitiva que a pena justamente por não prever o tempo de seu término, ou seja, o tempo mínimo é respeitado, mas o máximo é dependente de vários fatores, dentre eles a cessação da periculosidade, como já colocamos anteriormente. Assim, tem-se o que Foucault chama de “dispositivo de controle-dominância da loucura” (1995, p. 244), em que os saberes psiquiátricos e jurídicos se alinham em nome da doença associada à periculosidade, estabelecendo

(...) uma rede extremamente complexa, através da união de dois campos de atuação: a psiquiatria e a justiça. Com uma lógica particular que se volta para o futuro e molda-se em torno de uma doença-perigo, ela absolve mas interna com o argumento da periculosidade. (PERES & NERY FILHO, 2002, p. 348)

A adoção da medida de segurança pelo judiciário está atrelada à personalidade da pessoa criminosa, ou seja, julga-se não mais pelo delito, mas pela anormalidade identificada no indivíduo. A probabilidade para delinquir deve ser avaliada pelos peritos forenses e informada ao juiz, ressaltando que a manutenção da medida de segurança precisa ser mantida sempre que houver risco para o indivíduo e para a sociedade. Assim, justificado pela defesa do social, aplica-se esse dispositivo alimentando a lógica do louco-perigoso que precisa ser retirado do seu meio de convivência, evitando perigos futuros. Ao receber uma medida de segurança, a pessoa está com seu destino “definitivamente selado”, devendo “ser cumprida em um manicômio judiciário, por um período indeterminado” (RAUTER, 2003, p. 72).

Mattos (2010) escreve que a prática tem ensinado que a medida de segurança nada mais é do que uma pena “piorada”, pois não apresenta a “possibilidade de cura” da doença mental, além de impossibilitar uma vida digna às pessoas submetidas a essa medida. Mesmo com o discurso da defesa social, a medida de segurança apenas segregou em espaços manicomiais as pessoas julgadas perigosas, desviantes, devendo ser “guardadas – sempre para sempre” (p. 54-55).

Longe de ser realmente uma medida de tratamento, a medida de segurança configura-se como um dispositivo de punição, de controle e de tutela do portador de doença mental em conflito com a lei. Aplicada de maneira compulsória – a privação de liberdade e o confinamento indeterminado em um manicômio judiciário –, reforça o duplo estigma do louco-infrator e retira-lhe os direitos de cidadania. Nesse quadro é difícil vislumbrar um tratamento capaz de restituir a possibilidade de retomar a vida fora dos muros, de forma autônoma, com potência de decisão e de escolhas. Muito

antes, assiste-se a cenas de pessoas institucionalizadas e estigmatizadas pelos longos anos de abandono e maus tratos sofridos no espaço dos hospitais de custódia e tratamento.

### 3.4 PERICULOSIDADE: AMEAÇA VIRTUAL

O conceito de periculosidade surgiu no final do século XIX na Escola Positiva de Direito Penal e foi incorporado ao Código Penal de 1940 (RAUTER, 2007), constituindo-se no alicerce da medida de segurança. Periculosidade refere-se à probabilidade que uma pessoa tem para cometer um ato danoso (CORREIA, 2007) ou ainda ao “índice pessoal de expectativa de realização de novos crimes” (MECLER, 2010, p. 71). A periculosidade justifica a medida de privação de liberdade e o internamento em um hospital de custódia e tratamento, mediante delito, das pessoas com doença mental, que são avaliadas como perigosas e que possam oferecer risco à sociedade (CORREIA, 2007).

A periculosidade une dois campos de saber e de atuação, o jurídico e o psiquiátrico, em torno da “doença-perigo” (PERES & NERY FILHO, 2002, p. 350), consolidando uma medida de intervenção diante de uma probabilidade ou do risco de uma ação perigosa por parte de uma pessoa considerada como tendo uma personalidade criminosa. Desse modo, encontra-se o conceito de periculosidade associado à personalidade e à possibilidade futura de uma pessoa vir a cometer um ato lesivo, como colocam os autores:

A periculosidade, por sua vez, relaciona-se com a conduta futura do delinquente e, por isso mesmo, é uma probabilidade que o sujeito torne a delinquir (...) ambas, capacidade de delinquir e periculosidade, são avaliadas em relação à personalidade do sujeito delinquente, aos antecedentes, motivos determinantes do crime e sua gravidade objetiva e subjetiva (...). (PERES & NERY FILHO, 2002, p. 349-350)

Nessa linha de pensamento, encontra-se a concepção de perigo diretamente ligada à personalidade da pessoa que cometeu algum tipo de delito. Assim, a adoção de medida de segurança como forma de prevenção de novos delitos tornou-se uma alternativa utilizada pelo judiciário diante dos crimes cometidos por doentes

mentais ou inimputáveis. Segundo escreve Delgado (1992), o crime seria apenas um dos aspectos a ser considerado no julgamento da periculosidade, pois importa considerar: “a personalidade do homem” sob as perspectivas antropológica, psíquica e moral; “a vida anterior ao delito; o comportamento posterior à ação criminosa; a qualidade dos motivos e, por fim, o crime cometido, ato que manifesta a periculosidade” (DELGADO, 1992, p. 97). Ou seja, podemos concluir que a prioridade na avaliação do perigo que a pessoa possa vir-a-oferecer diz respeito à sua personalidade, ao seu comportamento desviante das regras de convivência socialmente aceitas.

O vir-a-oferecer a que nos referimos diz respeito a uma “ameaça virtual”, como salienta Mattos (2010, p. 54) ou “índice de criminalidade virtual”, de acordo com Mecler (2010, p. 71). É como se a periculosidade estivesse pairando sobre todos os corpos e cabeças e a qualquer momento tomasse forma através da ação de uma pessoa. Assim, essa ameaça ilusória e futurística precisa ser captada e prevista pelos profissionais peritos e, a partir da avaliação de probabilidade, ser indicada a internação como medida de prevenção e segurança.

Peres (1999), ao fazer uma análise do conceito de periculosidade associado à loucura, registra que “na estratégia da periculosidade, a loucura-criminosa estabelece um marco entre um passado e um futuro que não mais se encontram” (p. 132). Nesse árido terreno, o tempo de reclusão é efetivado no presente, mas é justificado em nome de um futuro delito. Ou seja, a pessoa torna-se uma “ameaça que a sua doença representa” (p. 138).

Na relação instituída entre crime e loucura, entre medicina e judiciário, a noção de periculosidade passa a ocupar um lugar estratégico para a definição da pena a ser submetida à pessoa que cometeu algum delito. Mediante a verificação de periculosidade, ou seja, na propensão que o indivíduo tem para delinquir, administra-se a medida de segurança e a sua manutenção por tempo indeterminado ou até que cesse a probabilidade. Vê-se aqui o enlace dos saberes médico-legais que determinaram o nascimento de uma política de exclusão social e de encarceramento de pessoas consideradas doentes e perigosas socialmente. Não distante de nossos olhos, são encontrados os manicômios judiciários brasileiros lotados de pessoas institucionalizadas em nome da defesa social, com os laudos de medida de segurança renovados periodicamente, justificados na antiga ideia de periculosidade que ainda persevera.

Tais laudos justificam uma prática e um exercício profissional determinados. Esses laudos são pautados por lógicas lineares e se centram no diagnóstico da pessoa para a qual se impõe a avaliação. Ao mesmo tempo, esse exercício nosográfico ocupa o espaço da escuta e da consideração dos processos e projetos de vida envolvidos no “veredito” contido no laudo assinado e legitimado pelo profissional.

#### **4 GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL E A INSERÇÃO NO MANICÔMIO FORENSE DO RIO GRANDE DO SUL**

Antes de ser abordado o tema do manicômio judiciário do Rio Grande do Sul, é importante contextualizar o trabalho realizado junto a essa instituição, desde o ano de 2007, quando da criação de um Grupo de Trabalho Interinstitucional (GT). A partir das extinções de medida de segurança, decretadas pelo juiz da Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas (VEPMA), houve necessidade de um trabalho que viabilizasse a saída dos usuários do hospital de custódia e tratamento. A estratégia que foi se moldando, após as reuniões no Ministério Público, foi a constituição de um Grupo de Trabalho para que se pudesse dar conta da demanda que se apresentava tanto para o judiciário como para a saúde e a assistência social.

O GT foi criado em setembro de 2007 a partir de um Inquérito Civil Público, instaurado pela Promotoria de Direitos Humanos, e conta com a participação da Secretaria Estadual da Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, Fundação de Assistência Social, Vara de Execução de Penas e Medidas Alternativas (VEPMA), Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) e Defensoria Pública, sob a coordenação do Ministério Público. O Grupo reúne-se semanalmente para discussão e avaliação da situação dos usuários institucionalizados, com extinção da medida de segurança, buscando alternativas de saída do Instituto (MISSAGGIA, 2009).

Recebi o convite para compor o GT em virtude da minha experiência no trabalho com portadores de sofrimento psíquico e, em especial, nos processos de reabilitação e inclusão social dos mesmos. Outro aspecto que favoreceu minha participação no GT foi por desenvolver minhas atividades em um serviço substitutivo ao modelo manicomial. Os demais componentes do GT também têm experiências e especificidades no que diz respeito ao trabalho e à concepção de saúde mental, o que enriqueceu o encontro e a produção de outras possibilidades de inserção social.

Nesses anos de atuação junto ao IPF, o grupo tem procurado realizar, em parceria com as equipes que atendem os usuários, a reabilitação e a inserção social destes, tentando resgatar a cidadania e o direito de uma vida em liberdade. “São casos complexos, que envolvem várias instituições e um trabalho em rede” (LEITE, 2010, p. 84). Nas reuniões, os casos são estudados individualmente, bem como as

possibilidades que se tem e aquelas que se pode criar, visto que na sua maioria são usuários cronificados pelos anos de institucionalização e sem vínculos familiares ou de cuidado. Foram compostas reuniões com diversas instituições e profissionais de várias áreas, o que favorece uma discussão interdisciplinar acerca de cada caso e contexto.

Com isso, o grupo defrontou-se com a difícil realidade dos usuários que se encontram nos manicômios judiciais, em especial no IPF, e do quanto é complexo o processo de saída dos mesmos da instituição, justamente pela sobreposição de crime e loucura e pelo preconceito que sofrem. Nesse sentido, o trabalho do grupo tem sido tencionador e provocador de discussões para a busca por outros modos de atenção ao usuário submetido à medida de segurança, tanto no espaço do manicômio como nos espaços fora deste. Ao mesmo tempo em que a visibilidade sobre o manicômio judicial e suas práticas se ampliou, a sociedade começou a se deparar com a institucionalização e a discriminação da doença mental. Nesse processo histórico, não se pode isentar a sociedade que instituiu valores e preconceitos para que se viabilizasse a exclusão dessas pessoas via instituições totais.

#### 4.1 O MANICÔMIO JUDICIÁRIO DO RIO GRANDE DO SUL

A partir desse contexto, pretende-se neste trabalho retratar alguns aspectos do manicômio judicial do Rio Grande do Sul – Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (IPF), onde são atendidas pessoas que cometeram algum tipo de delito e que são reconhecidas como sendo portadoras de transtorno mental.

O Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (IPF) é um estabelecimento médico-penal, inserido na Rede Penitenciária do Estado do Rio Grande do Sul e que faz parte da Superintendência dos Serviços Penitenciários da Secretaria de Justiça (SUSEPE). Tem como objetivo formal a realização de exames periciais para a Verificação de Responsabilidade Penal e Verificação de Cessação de Periculosidade de pessoas que cometeram delitos. Objetiva, também, proporcionar tratamento aos pacientes com doença mental encaminhados à instituição para cumprir Medida de Segurança Detentiva (LEITE, 2010). Dentre as

propostas da instituição figura, ainda, promover o desenvolvimento da Psiquiatria Forense e ciências afins.<sup>10</sup> Foi criado através do decreto estadual nº 3.454, de 4 de abril de 1925, definido como um órgão de segurança que funcionava em um pavilhão do Hospício São Pedro e tinha como diretor um médico. Em dezembro de 1937, o IPF passou a fazer parte da seção de presídios e anexos e iniciou-se a construção do primeiro prédio do Manicômio Judiciário, sendo inaugurado em 1939 na área que permanece até hoje como suas instalações.

Na maior parte dos anos de sua existência, o Instituto sempre foi administrado por profissionais médicos, com exceção do período compreendido entre 1937 e 1951. Segundo Fonseca, Sordi & Thomaz (1981), no período em que foi administrado por profissionais não médicos vinculadas a setores policiais o trabalho tinha como caráter o enfoque punitivo, sendo “uma atividade meramente carcerária” (p. 3). Entretanto, a partir de 1951, a direção do Instituto passou a ser exercida por um médico e, desde então, referem os autores, o trabalho tem como base o atendimento hospitalar, tomando o indivíduo internado como um doente que necessita de “tratamento médico especializado” (p. 3), tendo na teoria psicanalítica o embasamento para a dinâmica dos tratamentos.

Em 1964, através do Decreto 16.424 o IPF recebeu um novo Regimento Interno no qual se oficializava a direção médica para o Instituto. Onze anos depois, em 1975, a SUSEPE cindiu a direção em duas, uma técnica e outra administrativa, o que repercutiu negativamente para o trabalho do Instituto, de acordo com Fonseca, Sordi & Thomaz (1981). No ano de 1977, com um novo regimento interno em vigor, a característica hospitalar formalizou-se, a direção voltou a ser unicamente exercida por um médico psiquiatra e foram criadas duas subdireções, uma técnica e outra administrativa, subordinadas ao diretor médico.

De acordo com o histórico do IPF, um dos aspectos relevantes no que diz respeito à estrutura da instituição foi a extinção das celas de isolamento e o reaproveitamento do espaço para lazer e praxiterapia, modificando as características “medievais do manicômio” (FONSECA, SORDI & THOMAZ, 1981, p. 5). Construíram-se as “unidades abertas”, que são pavilhões sem grades e sem vigilância, um pavilhão para admissão e triagem com enfermaria clínica. Postos de enfermagem em cada unidade terapêutica e novos pavilhões administrativos foram

---

<sup>10</sup> Consultar: FONSECA, Paulo; SORDI, Rudyard E.; THOMAZ, Theobaldo O. *O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso – Aspectos de sua evolução nos últimos vinte anos.* Maio/1981.

inaugurados em 1973. Salas para reuniões, biblioteca, arquivo, anfiteatro, setor de manutenção e uma cozinha de 540 metros quadrados fazem parte da estrutura descrita pelos autores.

Com relação ao aspecto populacional, em 1960 o IPF contava com 325 pacientes distribuídos em suas seis unidades terapêuticas, havendo uma superlotação de 50%, como referem os autores citados acima. Em 1980, esse número chegou a 461, atingindo um percentual de 65% de superlotação. No ano de 1999, a instituição contava com 618 pessoas internadas.

O número de funcionários em 1960 era de 57, sendo assim categorizados: 7 médicos psiquiatras, 15 atendentes, 16 agentes de segurança, 2 médicos clínicos, 1 neurologista, 1 laboratorista e 15 funcionários administrativos. Em 1980, o quadro de funcionários ampliou-se, chegando a 180 profissionais: 20 médicos psiquiatras, 5 clínicos, 1 neurologista, 9 psicólogos, 6 assistentes sociais, 4 advogados, 4 dentistas, 2 enfermeiras, 32 atendentes, 47 agentes e monitores, além do apoio administrativo.

O trabalho era realizado por equipes multidisciplinares de acordo com as perspectivas da época, visando aos aspectos biopsicossociais dos pacientes internados na instituição. Fonseca, Sordi & Thomaz (1981) colocam que a abordagem terapêutica sofreu mudanças significativas no transcorrer dos anos e, com a reestruturação institucional, deixou de ser um espaço predominantemente prisional para ser hospitalar. Entretanto, não se perdeu de vista a questão da periculosidade presente em muitos dos pacientes atendidos. Entendem os autores que

(...) a sociedade só poderá se beneficiar na medida em que o delinquente doente mental, tratado, possa, a médio ou longo prazo, vir a ser reintegrado, enquanto que o mero encarceramento e sedação medicamentosa obstruem tal possibilidade por inteiro. (FONSECA, SORDI & THOMAZ, 1981, p. 9)

Colocam, ainda, que técnicas terapêuticas repressivas como eletroconvulsoterapia, isolamento, sedação medicamentosa e contenção mecânica eram “inadequadas e cronificantes”, sendo que os profissionais do instituto passaram a utilizar outros recursos terapêuticos buscando estreitar os limites entre técnicos e pacientes (FONSECA, SORDI & THOMAZ, 1981, p. 9).

Outro aspecto importante no que se refere ao tratamento dos pacientes do IPF refere-se à Alta Progressiva (AP). Esse regime permite que o paciente que cumpre Medida de Segurança no IPF possa ter saídas da instituição mediante autorização do médico responsável. As saídas podem ser por períodos breves ou diários, ou até mesmo por períodos mais longos como a permanência do paciente junto aos familiares por um espaço de dias ou meses. A AP se dará de acordo com o estágio do tratamento e objetivos terapêuticos. Os profissionais do IPF consideram essa medida uma passagem importante para a desinternação condicional, sendo possível avaliar as manifestações psicopatológicas dos pacientes em contexto extrainstitucional (PACHECO, 2006).

Nos dias atuais, o IPF compõe-se de sete unidades de tratamento (seis masculinas e uma feminina) e uma unidade de triagem e admissão. Atende 622 pacientes, sendo 323 internados, 189 em alta progressiva e 110 cumprindo Medida de Segurança na modalidade ambulatorial.<sup>11</sup> No seu quadro de pessoal há psiquiatras, neurologistas, plantonistas clínicos, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, equipe de enfermagem, equipe de segurança, serviço jurídico, serviço de farmácia e equipe de apoio (MELLO, 2010; RELATÓRIOS E ATAS DO GT, 2007, 2008, 2009, 2010).

Ao ser iniciado o trabalho do GT no ano de 2007, o IPF contava com mais de 125 pessoas institucionalizadas, com prescrição de medida de segurança, conforme registros em atas e relatórios do GT.<sup>12</sup> Eram, na sua maioria, pessoas de baixa renda, oriundas do interior do Estado e com pouca escolaridade. Muitas perderam os vínculos familiares e ficaram sem lugar para onde voltar, o que transfere ao poder público do Estado a responsabilidade de buscar lugares de moradia e tratamento, além da renda para subsistência. Ou, então, permanecer sob a tutela do sistema penitenciário, vivendo à semelhança de outras instituições do gênero, institucionalizadas e com poucas perspectivas de inserção social. Como referido acima, as 125 pessoas que se encontravam nas dependências do Instituto há muitos anos com a medida de segurança já cumprida, estavam quase que inevitavelmente cronificadas pela rotina institucional.

---

<sup>11</sup> Dados de agosto de 2010. Apresentação realizada pelo GT para o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

<sup>12</sup> Importante registrar que o GT produz uma ata a cada reunião realizada semanalmente e um relatório mensal para o Ministério Público com a síntese dos casos discutidos e os encaminhamentos realizados. Também já conta com gráficos e estatísticas do trabalho realizado até o ano de 2010, além de publicações em revistas e livros.

No percurso histórico do Instituto foi verificado que o discurso que aparece fala de um lugar que se propõe a tratar, reabilitar e tornar a inserir na comunidade as pessoas que são encaminhadas para cumprirem medida de segurança. No entanto, trata-se de um discurso contraditório, pois o número de pessoas institucionalizadas é representativo de outro modo de tratamento, ou seja, centrado no delito, na periculosidade e na doença mental.

Muitas práticas desenvolvidas em instituições como esta denotam a necessidade de manter enclausurado aquele que desvirtuou a ordem cometendo um delito. Não se pretende aqui questionar a validade das avaliações<sup>13</sup> de periculosidade que envolve cada situação e os vários graus de complexidade dos delitos cometidos, mas sim evidenciar o caráter contraditório e punitivo de ações que promovem a estigmatização e o adoecimento dos pacientes institucionalizados no IPF. Em especial, os encaminhados ao Grupo de Trabalho, que na sua maioria cometeram pequenos delitos (ATAS E RELATÓRIOS DO GT, 2007, 2008, 2009, 2010) e foram esquecidos pelo sistema, ampliando a massa carcerária das nossas instituições punitivas.

Assim, o manicômio judiciário passa

(...) a figurar como mais uma instituição total, afastando loucura e criminalidade, legitimando a inserção da psiquiatria na esfera da ciência penal e consolidando a presunção da periculosidade de tais pessoas. (CORREIA, 2007, p. 29-30)

Nesse modo de operar, o IPF por um longo período vem institucionalizando pessoas, privando-as de reconstruírem suas vidas fora do contexto manicomial. Tal prática se justifica através do discurso de um suposto benefício social que acarreta. Entretanto, a inconsistência dessa posição se evidencia à medida que tomamos conhecimento, por exemplo, de situações nas quais, por uma simples tentativa de furto, pessoas ficam presas por vinte anos ou mais. O agravante nesses casos não é o delito em si, mas o fato de serem pessoas que portam um transtorno mental. Isso

---

<sup>13</sup> O Conselho Federal de Psicologia publicou em 29/6/2010 a Resolução 009/2010 que regulamenta a atuação do psicólogo no sistema prisional. Esta resolução veda ao psicólogo a realização de exames criminológicos nos estabelecimentos prisionais e “participar de ações e/ou decisões que envolvam práticas de caráter punitivo e disciplinar”. A referida resolução encontra-se atualmente suspensa e em processo de discussão com a categoria profissional, devido à polêmica e às controvérsias que provocou.

faz com que um processo que teria uma condenação mínima acabe por se tornar uma prisão perpétua.

Muitos pacientes atendidos pelo IPF estão na instituição há vários anos, submetidos a um cotidiano que reproduz a violência e as dificuldades do sistema prisional brasileiro. Pessoas que estão institucionalizadas há dez, quinze, vinte ou mais anos, que perderam o vínculo com a vida externa aos muros do manicômio judiciário, amarradas a um sistema que reproduz a lógica para as quais foram construídos os lugares de segregação social. Fica evidente, então, a necessidade de favorecer a construção de espaços emancipatórios através de estratégias de atenção que privilegiem a dignidade humana.

Dentre as histórias das vidas que circulam no IPF, foram encontradas narrativas de pessoas que foram institucionalizadas na juventude, com vinte ou trinta anos e, hoje, contam com mais de quarenta, cinquenta, o que reduz as possibilidades de inserção, por exemplo, no mercado de trabalho. As famílias, quando existem, nem sempre querem receber seu familiar de volta ao convívio. Tal situação se agrava na medida em que, em virtude dos longos anos vividos no espaço da instituição, esses pacientes apresentam muitas sequelas como perda de autonomia, perda da capacidade crítica em relação ao que é socialmente aceito ou não na convivência com o outro. A capacidade de expressão dos sentimentos, em alguns casos, segue outros padrões, geralmente instituídos pelo tempo da vida segregada no espaço institucional. Há também pobreza cognitiva, cronificação da doença mental e sofrimentos associados a essa condição, entre outros aspectos. A doença mental, nesse contexto, é utilizada como justificativa pelos profissionais para manter a pessoa sob custódia e tratamento, reforçando a lógica de exclusão social.

Rauter (2003, p. 85-86) salienta que “no campo penal o diagnóstico cumpre antes de tudo uma função de estigmatização e instrumentalização de procedimentos carcerários”, reforçando a doença como fator determinante para permanência em reclusão. As penas são aplicadas levando em conta a personalidade do indivíduo, “muito mais que um delito cometido” (p. 83). Assim, o paciente está subordinado à avaliação de uma equipe de técnicos que decidirá se ele está ou não apto a viver em liberdade. Desse modo, os laudos periciais transformam-se em instrumentos com poder de contenção. Ou seja, um laudo de verificação de cessação de periculosidade desfavorável significa um prolongamento do tempo de internação no IPF.

Outro aspecto que a autora refere é que a justiça espera que as avaliações realizadas por equipes multidisciplinares forneçam um “retrato fiel” do interior do indivíduo, evidenciando seus aspectos mais subjetivos como desejos, tendências, motivações e, ainda, as possibilidades de reincidência do delito (RAUTER, 2003, p. 84). Portanto, a medicina, o serviço social, a psicologia, a enfermagem e demais áreas que atuam no sistema carcerário têm como função manter a engrenagem do sistema repressivo em pleno funcionamento, utilizando-se de suas técnicas cientificamente aprovadas, com isso reforçando o estigma e a institucionalização da doença mental.

Nesse lugar, ao mesmo tempo hospital psiquiátrico e prisão, encontram-se as marcas de um processo de exclusão social que violenta os direitos humanos das pessoas que lá se encontram. Ou seja, o manicômio judiciário configura-se como uma instituição total (GOFFMAN, 1974) que segrega e exclui da convivência social o louco infrator, tomando-o como objeto de sua ação, mas que não garante seus direitos como cidadão.

O GT tem buscado estabelecer espaços dialógicos e, portanto, problematizadores acerca das práticas efetivadas na complexidade desse campo (MORIN, 2002). É evidente que este processo implica tensionamentos e resistências, pois impõe o contato com outros modos de pensar e fazer um trabalho que há muitos anos apoia-se numa lógica tradicional. Ou seja, um trabalho que simplifica processos, normatiza linear e hegemonicamente. Desse modo, considera o todo e valoriza a burocratização das ações.

Marazina (1989) remete a pensar sobre os processos de adoecimento das equipes que trabalham com doença mental, em que o trabalhador está imerso em um sistema de valores que determina o que vale mais ou menos no desenvolvimento de sua prática profissional. Um dos efeitos desse sistema de valores é o duplo discurso: um explícito e outro implícito e que estão em constante oposição. O discurso visível, segundo a autora, se refere àqueles para os quais o trabalhador foi contratado e que norteiam as ações em saúde: “reintegração do doente mental à sociedade, diminuição do sofrimento psíquico, cura, salvaguarda da dignidade humana” (MARAZINA, 1989, p. 69-70). Já o discurso que não é falado abertamente e que não se acha nos documentos oficiais trata-se do uso da violência exercida sobre os pacientes, a burocracia que impede a realização de projetos que visam à melhoria do trabalho, o desamparo, desânimo, baixos salários, as precárias

condições de trabalho e a falta de espaços de reflexão sobre suas práticas. Esses discursos expressam o “campo em que a saúde mental está demarcada: o campo que não vale” (MARAZINA, 1989, p. 70).

Reforçando essa lógica de análise, foi encontrado no IPF justamente o discurso oficial que o define como uma instituição destinada a tratar doentes mentais que cometeram delitos, visando à reintegração social. Porém, as práticas evidentes mostram que tais objetivos se distanciam das rotinas institucionais. E é nesse território que o GT se propõe a trabalhar, buscando romper com a lógica instituída, forçando brechas por onde possa inserir outras ações e devires. O GT busca ser um dispositivo dialógico que provoque rupturas no modelo vigente, forçando a pensar na complexidade, nas dicotomias, nas resistências e, especialmente, valorizando a condição singular de cada pessoa atendida na instituição.

Operando nesse território, que busca mudanças nas práticas em saúde mental, contou-se com a Lei da Reforma Psiquiátrica, aprovada em 2001 no Brasil, para fundamentar os processos de reabilitação e inclusão social das pessoas institucionalizadas no manicômio judiciário. A referida Lei “dispõe sobre a proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, conforme a legislação em saúde mental brasileira (2004).

## 5 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: MUDANÇAS NO MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem seu início no final dos anos 1970 dentro de um contexto internacional de mudanças sociais e culturais. Um pouco antes, na década de 1960, começavam a aparecer em alguns lugares do mundo movimentos de resistência e luta por mudanças sociais. O feminismo provocou uma revolução no comportamento das mulheres; começaram a aparecer movimentos civis em favor dos negros e dos homossexuais; o movimento *hippie*, protestando contra a Guerra Fria e a do Vietnã; ocorreu a Revolução Cubana, levando Fidel Castro ao poder; o papa João XXIII promoveu a abertura do Concílio Vaticano II e com isso mudanças na Igreja Católica (SCAPARO, 2005). A música, um dos modos de expressão da juventude nessa década, tinha letras irreverentes protestando contra os valores culturais vigentes no mundo. Os Beatles no mundo e a Jovem Guarda e o Tropicalismo no Brasil são exemplos ilustrativos desse período (MOTA & BRAINCK, 1997). O início do movimento pelos direitos humanos remonta à década de 1960 também. Em maio de 1968, o mundo é marcado pela ebulição do movimento estudantil na França que protestava, entre outras coisas, contra a guerra do Vietnã e reivindicava direitos para as minorias. Esse movimento evoluiu em nível mundial, buscando transformações na sociedade de diversos países europeus e americanos (BADARÓ, 2008).

Entretanto, “poucas décadas foram tão criativas e ao mesmo tempo tão reprimidas como a de 1960”, conforme historicam Mota & Brainck (1997, p. 574). No ano de 1964, instala-se a ditadura militar no Brasil e o controle do Estado passa a ser exercido de forma arbitrária e violenta. A tortura era o método utilizado nos interrogatórios feitos às pessoas presas e julgadas perigosas para o governo militar. A repressão às manifestações era realizada com agressões físicas e o exército estava nas ruas exercendo o poder estatal perante dos cidadãos do país. A censura à imprensa foi instituída e alguns diretores de jornais foram presos (MOTA & BRAINCK, 1997).

Nesse período, apesar de todo o processo repressivo que o Brasil viveu, começaram a haver denúncias de violação de direitos humanos em relação as pessoas que estavam internadas nos hospitais e nas clínicas psiquiátricas. A luta

antimanicomial, um movimento social que surge nos anos 1980, tem como proposta mudanças na concepção do que seja a loucura, bem como no modelo de atenção à saúde mental. De acordo com Oliveira (2009), a luta antimanicomial brasileira sofreu a influência da psiquiatria democrática italiana, bem como dos preceitos de desinstitucionalização propostos por Franco Bassaglia.

A Itália, com sua Lei 180, promulgada em 1978, marca o começo de um outro período na história da loucura com o avanço da psiquiatria democrática e serve de modelo inspirador para o processo que se inicia no Brasil e também em vários locais do mundo (AMARANTE, 1995; 2007; OLIVEIRA, 2009).

A psiquiatria democrática, cuja proposta buscava a superação da violência asilar e do modelo manicomial de assistência em saúde mental, tem em Franco Bassaglia seu mais expressivo expoente. Ao se deparar com o hospital psiquiátrico, Bassaglia buscou inicialmente humanizar a instituição. Entretanto, com o decorrer dos anos, identificou a impossibilidade efetiva de ocorrerem mudanças administrativas e humanitárias naquele espaço institucional. Passou a trabalhar com a “desconstrução do manicômio”, e este será o princípio norteador de toda a sua proposta de trabalho no âmbito da reforma psiquiátrica italiana e que influenciará as mudanças no nosso país (AMARANTE, 2007, p. 56).

No Brasil<sup>14</sup>, o movimento pela reforma psiquiátrica está intimamente ligado aos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos e é contemporâneo da Reforma Sanitária Brasileira, que tem na década de 1970 o marco inicial do processo (REFORMA, 2005). Nesse sentido, é um “processo político e social complexo, composto de atores e forças de diferentes origens” (p. 6), que se faz atuar

---

<sup>14</sup> É importante ressaltar o papel do Rio Grande do Sul no movimento da luta antimanicomial, tornando-se o primeiro Estado a promulgar a lei da Reforma Psiquiátrica, em âmbito estadual, no ano de 1992. Desse modo, o Rio Grande do Sul tem na sua trajetória histórica, os “princípios reformistas e reformulação da assistência psiquiátrica” (QUADROS *et al*, 2010, p. 16). O Fórum Gaúcho de Saúde Mental, criado na década de 90, foi resultado dessa mobilização social no Estado e congrega profissionais, usuários, familiares, estudantes, gestores e simpatizantes na busca por transformações na atenção em saúde mental. Vários serviços substitutivos foram criados no Rio Grande do Sul, antes mesmo de haver uma legislação para regulamentação dos mesmos. Entre eles podemos citar a Pensão Pública Protegida Nova Vida, em Porto Alegre e o CAPS Nossa Casa, em São Lourenço do Sul. Também em cidades como Alegrete, Pelotas, Bagé, Santo Augusto e Santa Maria encontra-se serviços de saúde mental que marcaram o pioneirismo do RS na instituição de uma rede substitutiva ao manicômio. Para um aprofundamento do tema consultar: SCARPARO, Helena B. K. *Psicologia Comunitária no Rio Grande do Sul: registros da construção de um saber-agir*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005; COIMBRA, Valéria e KANTORSKI, Luciane (organizadoras). *Atenção psicossocial no sistema único de saúde*. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária – UFPel, 2010.

no âmbito dos municípios, dos estados e do país, envolvendo serviços públicos e privados, universidades, conselhos profissionais, associações de usuários e familiares, mídia e opinião pública, entre outros. Assim, a Reforma Psiquiátrica pode ser entendida “como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais”, pois é “no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo (...) avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (REFORMA, 2005, p. 6).

Para dar conta de um modelo distinto das práticas utilizadas até então para o tratamento da doença mental, uma das estratégias foi a criação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Amarante especifica:

A expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbressem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas e não apenas paralelos, simultâneos ou alternativas às mesmas. (AMARANTE, 2007, p. 56-57)

Os serviços substitutivos devem estar inseridos nos diversos territórios da cidade, tendo como proposta, além de realizar um cuidado em liberdade, “restabelecer o lugar social da loucura, que até então estava ligado à incapacidade da pessoa, a periculosidade que poderia apresentar e a insensatez” (AMARANTE, 2007, p. 57). A partir das alterações que começaram a operar, passou-se a viver o processo da mudança de paradigma do cuidado em saúde mental, que implicava (e implica), mais do que alterar as práticas de cuidado, mas também a mudança da cultura e a concepção do que é loucura e sua relação com o social.

Quando é colocado em questão o modelo de cuidado vigente nas políticas de saúde mental, está-se desnaturalizando práticas de longos anos cristalizadas nas estruturas institucionais. Então, ao propor a substituição dessas práticas ou procedimentos, provocou-se a abertura para outras formas de cuidado que não estão prescritas ou pré-escritas. Elas podem se constituir nas ações cotidianas e inaugurar fazeres mais potentes e comprometidos com a perspectiva da integralidade das ações.

No ano de 2001 foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, nº 10.216, que determinou que o atendimento deve ser realizado em serviços de base comunitária, abertos e articulados em rede para contemplar a complexidade da atenção que o usuário demanda. Nessa conjunção entre serviços que vão sendo

criados, o movimento da luta antimanicomial e a promulgação da Lei, os modelos hospitalocêntrico e asilar começaram a sofrer intervenções no sentido de promover a inclusão social de pessoas por longos anos institucionalizadas.

A Reforma Psiquiátrica traz uma proposta de subverter a ordem instituída, ou seja, é possível criar, inventar formas outras de cuidado para aquele que sofre, sem que para isso seja preciso um lugar de segregação. Em substituição ao isolamento no manicômio, o cuidado aberto nos serviços substitutivos traz à tona a potência do trabalho realizado por equipes multidisciplinares pautado pela diversidade, com multiolhares e multissaberes. São diferentes olhares e saberes em relação que provocam outras configurações e arranjos na direção da valorização da vida, o que implica contraposição ao destaque prioritário à lógica da doença.

O trabalho no campo da saúde mental embasado nos pressupostos da Reforma e da luta antimanicomial supõe um sujeito de fato e de ação, portador de direitos e de possibilidades diversas, visto que se estabelece uma rede viva de atenção à saúde e à vida. A partir das diversas demandas, compõem-se planos terapêuticos singulares, numa busca de legitimar a existência do outro, dando ao usuário de saúde mental um lugar de vida e de escolhas. Para isso, tratou-se logo de início “de pôr as pessoas de pé” (LANCETTI, 2006, p. 22), provocando nelas o desejo de viver como cidadãos inseridos no social, com dignidade e respeito. As práticas nos serviços substitutivos precisam ter “a marca da ousadia, da invenção e de uma potência de transformação francamente terapêuticas”, como nos coloca Lancetti (2006, p. 23). Nessa perspectiva, a práxis torna-se complexa em virtude da singularidade de cada situação e por serem buscadas alternativas de cuidado a partir das demandas específicas.

Os desafios que se apresentam são inúmeros, especialmente porque se trabalha em espaços abertos sem fronteiras materiais como os muros e paredes da instituição manicomial. No lugar dos muros foram colocados nossos corpos, nossas intervenções através da fala, da escuta e do afeto, num processo evidente de ruptura com a lógica da estigmatização do sofrimento psíquico.

No entanto, convive-se contemporaneamente tanto com a antiga proposta da estigmatização da loucura, através do seu confinamento em hospitais psiquiátricos, quanto com a abertura de serviços substitutivos que promovem novas configurações de atendimento ao sofredor de doença mental. Trata-se de um paradoxo defrontado nas políticas públicas de saúde atualmente, operando em um território sociocultural

simultaneamente. Diante dessa complexidade, as ações no campo da saúde precisam estar voltadas para a ruptura com o modelo que estigmatiza e exclui socialmente as pessoas com doença mental e tenciona a inclusão nas instituições totais.

Nessas últimas décadas, o Ministério da Saúde criou linhas específicas de financiamento para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, visando estimular os gestores da saúde dos municípios a implantarem ações em saúde mental. Também há mecanismos “para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país” (OLIVEIRA, 2009). Como serviços substitutivos tem-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e as Oficinas de Trabalho e Geração de Renda. Além dos serviços abertos e trabalhando em rede, as ações de saúde mental desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde são fundamentais no nível de promoção e prevenção de doenças mentais. A rede de saúde primária poderá acompanhar as situações de menor complexidade em saúde mental com assessoria da rede especializada.

O “Programa de Volta para Casa”<sup>15</sup> – PVC – (Brasília, 2003), um dos instrumentos importantes para a reabilitação e a inserção social, refere-se a um auxílio-reabilitação instituído pelo Ministério da Saúde, no ano de 2003, destinado às pessoas egressas de internações prolongadas. Mensalmente, recebem um valor de R\$ 320,00 (trezentos e vinte reais) e esse dinheiro tem como objetivo auxiliar no “processo de adaptação social” do usuário na comunidade onde irá morar, após o período de institucionalização (OLIVEIRA, 2009, p. 68). Cada município habilitado ao Programa precisa indicar um profissional de referência para o devido acompanhamento e apoio aos usuários cadastrados, garantindo o vínculo destes na rede de saúde local. Cumpre destacar que:

Este Programa trata-se de um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial, segundo a literatura mundial no campo da Reforma Psiquiátrica. Seus efeitos no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos são imediatos, na medida em que se realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 17)

---

<sup>15</sup> Informações no site do Programa: <http://pvc.datasus.gov.br/> Acessado em 23/10/2010.

Como se pode constatar, a saúde mental no Brasil possui diversos dispositivos que favorecem na mudança do modelo do cuidado, porém, ainda restam estruturas em vários pontos do país com suas práticas institucionalizantes e que corroboram com a estigmatização da doença mental. É um campo híbrido e desafiador enfrentado no cotidiano do trabalho do grupo, pois além das práticas é preciso mudar a concepção que se tem de saúde e doença, especialmente a doença mental.

No que se refere às mudanças nas práticas em saúde, além dos pressupostos da Lei da Reforma Psiquiátrica, pode-se ter o embasamento dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH propõe a alteração no modo de atender e gerir os serviços de saúde do país, vindo ao encontro de uma demanda de reestruturação dos serviços e na mudança da lógica centrada na doença e não na saúde.

### 5.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, tem o desafio de implementar práticas de atenção e gestão em saúde mais qualificadas. Nesse sentido, convoca os profissionais do SUS e das mais diversas áreas de atuação, usuários, gestores, colaboradores e apoiadores, a efetivarem ações resolutivas e comprometidas com uma atenção inovadora e de qualidade no campo da saúde (BRASIL, 2008).

A humanização vem como resposta ao difícil cenário que a saúde pública brasileira vivencia no contexto cotidiano de seus serviços. Com investimentos inferiores às demandas da população e às diversidades que compõem cada região do país, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta lacunas importantes no atendimento que presta aos cidadãos que acessam os seus serviços. Essas lacunas vão desde a falta de recursos humanos e materiais, gerando ineficiência da atenção e gestão do sistema, até chegar à forma como as pessoas se relacionam nos vários ambientes de atendimento. Ou seja, usuários, trabalhadores e gestores, em muitos contextos, não desenvolvem relações de cuidado efetivas, gerando, assim, desgaste e descrédito em relação ao SUS. Assim, a possibilidade de que o SUS possa

realizar seu papel enquanto um sistema de saúde integral, de acesso universal e potencializador de um cuidado protagonizado pelos atores que o compõem, torna-se muito difícil.

A partir desse cenário, a humanização tem buscado transversalizar as práticas em saúde, valorizando a dimensão do humano integrando os aspectos físicos e subjetivos, produzindo outros encontros entre o usuário e o trabalhador, reforçando a corresponsabilidade de ambos pelo processo que se desencadeia. Um princípio ético fundamental para nortear nossas ações em saúde é tomar o outro, o sujeito, como singular e portador de direitos, e, assim, o planejamento da terapêutica deverá ser exclusivo para aquela pessoa, contemplando a integralidade das ações. Portanto, a humanização tem uma diretriz política de qualificação do cuidado e nos reporta a uma mudança de atitude enquanto usuários, trabalhadores e gestores do sistema de saúde (PASCHE, 2010).

Gastão Campos (2005) enfático em defender o SUS e a humanização, coloca que “O humano diz respeito ao Sujeito e à centralidade da vida humana”, e, neste sentido, não se pode reduzir as pessoas “a objetos a serem manipulados pela clínica ou pela saúde pública” (p. 399). As maneiras de fazer saúde precisam ser orientadas pela defesa da vida, com relações democratizadas entre as pessoas e as instituições. Num contexto difícil como é o da saúde no Brasil, faz-se necessário buscar alternativas capazes de mudarem o processo de cuidado, superando as dificuldades impostas pelas relações e pela cultura vigente, favorecendo processos democráticos e resolutivos.

Os autores Benevides & Passos (2005) alertam para o quanto é difícil transformar os modos de operar saúde nos serviços. As políticas públicas de saúde trabalham de maneira fragmentada e com a lógica do especialismo. Para provocar mudanças, é necessário enfrentar o instituído em um “trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde” (p. 391). A partir de ações construídas coletivamente é possível transformar a si próprio e as realidades existentes em saúde.

A humanização é uma política pública que se presta a construir ações levando em consideração o sujeito com toda a sua complexidade, todos os seus atravessamentos, rompendo com paradigmas e práticas excludentes e centradas em

diagnósticos, prognósticos e em algumas profissões. A nossa tarefa, como coloca Campos (2005), é produzir saúde e defender a vida.

A “produção de saúde e produção de sujeitos” (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 393) é uma tarefa que se impõe a nós trabalhadores, gestores, usuários e todos os que estão implicados na transformação do modelo de atenção em saúde. É necessário se dedicar a “aquecer” as redes e “fortalecer os coletivos” (p. 393) de modo a afirmar a política nacional de humanização como uma política transversal, potente, instituinte de outras formas de atender às demandas de saúde, rompendo com a fragmentação a que todos estão submetidos pelas especialidades, pela cultura e pela economia contemporânea.

Pasche (2010), em recente seminário<sup>16</sup> realizado em Porto Alegre sobre a política de humanização, ressaltou a importância de se incluir nas práticas os diferentes sujeitos, os coletivos e a própria perturbação (ou conflito) produzida pela entrada desses sujeitos e coletivos na dimensão do trabalho em saúde. Desse modo, os conflitos passam a fazer parte do processo de trabalho (inclusos, como sugere Pasche) e precisam ser administrados enquanto demanda que se apresenta. Nessa lógica de operar, vai-se encontrando os sujeitos e suas diferenças, provenientes de um contexto social, cultural e econômico que influencia diretamente nos seus modos de viver e se relacionar. Os encontros são singulares e as relações que vão se dar também serão singulares. Não se pode, portanto, planejar e executar ações em saúde sem levar em conta esse contexto e suas implicações na vida das pessoas atendidas.

Para o planejamento e a execução das ações em saúde pode-se dispor dos seguintes princípios da PNH: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos. As diretrizes que orientam a política são a clínica ampliada, a ambiência, a cogestão, o acolhimento, a valorização do trabalho e do trabalhador, a defesa dos direitos do usuário, o fomento das grupalidades, dos coletivos e redes e a construção da memória dos SUS que dá certo. Como método tem a “tríplice inclusão”, ou seja, dos sujeitos, dos coletivos e dos conflitos (BRASIL, 2008, p. 24-25; PASCHE, 2010).

---

<sup>16</sup> II ENCONTRO DE HUMANIZAÇÃO DA SMS. Realizado em 28/9/2010, no Auditório da Secretaria Municipal de Administração, promovido pelo Comitê de Humanização da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

Ao serem problematizadas a reabilitação e a inserção social dos pacientes do IPF com medida de segurança extinta e institucionalizados, pode-se ancorar ações em concepção teórica, diretrizes, princípios e método de uma política nacional que põem em evidência os sujeitos, com suas singularidades e demandas num dado tempo histórico, social e cultural. Entende-se que, se for buscada a articulação entre a lei da Reforma Psiquiátrica hoje em vigor no nosso país com a PNH, poder-se-á avançar rumo às mudanças necessárias para democratização das relações entre usuários e profissionais, alterando o panorama da saúde mental brasileiro, e consolidar progressos na defesa da emancipação e da cidadania das pessoas.

Entretanto, é considerado fundamental, para que se possa pensar as devidas mudanças nas ações em saúde mental, a problematização da concepção de humano. Entende-se que não é possível partir de um lugar em que o humano é um ser idealizado, racional e bom. Para isso se fará uma brevíssima discussão colocando em evidência essa concepção de humano citada. O subsídio, basicamente, vem de Edgar Morin, pois nos seus escritos foi encontrado o conceito de *homo sapiens demens* e que, nesse momento, faz eco ao que se pretende dizer aqui sobre o humano.

## 5.2 HOMO SAPIENS DEMENS

Que quimera é, então, o homem?  
Que novidade, que monstro, que caos,  
Que objeto de contradição, que prodígio!  
Juiz de todas as coisas, verme  
Imbecil; depositário do verdadeiro, cloaca da incerteza e do erro;  
Glória e dejetos do universo.  
Quem resolverá essa confusão?  
Pascal

O processo de desidealização do humano não é algo fácil de ser feito. Isso se deve em parte ao fato da sociedade se constituir em que o ideal de homem e mulher é estabelecido a partir de modelos idealizados. A cultura impõe modelos e parâmetros para que as pessoas possam se guiar no caminho da inserção social, cultural e econômica. Recebeu-se como herança do Iluminismo um modelo de indivíduo que deve primar pela razão, sendo esta a orientadora de todas as ações e

escolhas no mundo (BARROS, 2010). Um indivíduo racional, livre e vivendo de acordo com os padrões estabelecidos socialmente é o modelo impresso no registro da identidade humana ao longo da modernidade que se perpetuou até os dias atuais. Desse modo, torna-se muito difícil aceitar a inclusão do que é diferente ou que foge dos padrões estabelecidos socialmente.

Em seu livro *O Método 5* Edgar Morin (2007, p. 28) leva a pensar sobre o processo da “hominização” e sobre a constituição da espécie humana sob “as desordens e os acasos” do mundo físico e biológico. Trata-se de uma aventura, como refere o autor. Num mundo onde o indivíduo humano (sabidamente mais frágil do que muitas espécies de animais) encontrava-se submetido aos desafios ecológicos, aos acidentes geográficos, aos conflitos entre espécies em que os mais fortes venciam, sobreviver e aprimorar o desenvolvimento da espécie humana foi uma vitória.

Nesse fluxo de forças, entre ordem e desordem, a espécie humana foi emancipando-se e instituindo seu modo de viver e habitar o mundo. Para Morin (2007) um ser “só se torna plenamente humano quando o conceito de homem comporta uma dupla entrada: uma entrada biofísica e uma entrada psicossociocultural, uma remetendo à outra” (p. 34). Encontramos aqui o *homo sapiens*, um ser evoluído, dotado de linguagem, de cultura, de sociabilidade e de razão.

Entretanto, Morin (1999, p. 7) esclarece que ser *homo sapiens* “implica ser igualmente *demens*”. O *demens* diz respeito à desmesura que habita todos os humanos, ou seja, àquela parte da desrazão, da irracionalidade que se faz aflorar em determinados momentos da vida de qualquer ser humano. A metade *homo demens* faz a pessoa:

(...) manifestar uma afetividade extrema, convulsiva, com paixões, cóleras, gritos, mudanças brutais de humor; em carregar consigo uma fonte permanente de delírio; em crer na virtude de sacrifícios sanguinolentos, e dar corpo, existência e poder a mitos e deuses de sua imaginação. (MORIN, 1999, p. 7)

O *homo sapiens demens* é parte razão, parte paixão, sem uma “fronteira nítida” entre os dois polos. Essa dicotomia requer um diálogo entre as partes antagônicas e não a repressão de uma. Entretanto, esse diálogo provoca tensão devido às contrariedades que coabitam no mesmo *homo* (MORIN, 1999, p. 53). As múltiplas

contrariedades que constituem o humano (racional e irracional, bom e mau, alegria e tristeza, altruísmo e egoísmo, por exemplo) afetam os encontros e as relações que estabelece com os outros humanos. Esse *homo* sofre a influência do seu meio sociocultural e é subjetivado a partir das experiências concretas e subjetivas que vivencia.

O autor refere que o *homo sapiens* é um ser incompleto e insuficiente se não considerar a sua parte *demens*. As paixões e loucuras do ser humano buscam misturar-se às suas razão e sabedoria. Esse tempero dá sentido para a existência e impulsiona o humano para a vida. A vida que é esse misto de racional e irracional (MORIN, 1999; 2007). E a “afetividade serve de ligação entre o *homo sapiens* e o *homo demens*” (MORIN, 2007, p. 120).

Pode-se refletir, a partir do que foi colocado acima, que o equívoco da modernidade possa ter sido a tentativa de reprimir o *demens* colocando a razão como centro da existência humana e estabelecendo um padrão de normalidade para os comportamentos humanos na sociedade. O que escapa a esse padrão é tomado como anormal ou irracional. Toda vez em que não é possível explicar determinado comportamento ou ação humana recorre-se à racionalidade e à tentativa de explicações através, por exemplo, da doença e da biologia. Barros (2010) salienta que “a razão não é a força motriz que anima o agir humano. Não raras são as ocasiões em que o homem age e depois pensa nas consequências” (p. 144). Diante da dificuldade de lidar com o intempestivo, com a parte irracional do humano e com as consequências advindas, a estratégia foi criar um padrão de normalidade e de exclusão para o que está fora deste.

Entretanto, se for considerado que o *demens* é parte constitutiva do humano e que essa parte foi “domada” pela razão, pode-se começar a entender o que se passa com o humano quando da erupção do seu *demens* “adormecido”. Quer-se dizer com isso que os atos de violência, de criminalidade e de autodestruição, por exemplo, que todos estão acostumados a presenciar na vida contemporânea, podem ser expressão dessa parte humana que ficou sucumbida pela racionalidade. Loucura e razão não se excluem, como refere Morin (2007). A contemporaneidade, já com antecedentes na modernidade, criou estratégias de controle do irracional através da disciplina e da ordem imposta pelas instituições como a família, a escola, a Igreja, as empresas e até mesmo a mídia.

Os crimes e a violência podem ser lidos como a manifestação do *homo demens* que habita os humanos. Assim como as grandes obras de arte, a literatura e a criatividade humana (MORIN, 2007). Contudo, as manifestações estipuladas como negativas e prejudiciais para o social são passíveis de repressão, punição e controle pelo poder do Estado. Há, nesse contexto, uma contradição apontada por Barros (2010, p. 144) e que se refere ao indivíduo do sistema prisional. Esse humano “de carne e osso que habita nosso planeta”, salienta a autora, “não coincide com o homem do sistema prisional”. O primeiro é movido pelo misto de bem e mal; o segundo é o homem racional do iluminismo, que “prefere o bem ao mal” (p. 144). Tem-se, então, um sistema prisional que legisla em cima de uma racionalidade que efetivamente não considera o *demens* humano, ou seja, o fato de que “os homens não são naturalmente bons” (BARROS, 2010, p. 146).

E é esse humano que se encontra na vida e no trabalho nas instituições penais: contraditório, intenso, frágil, forte, sofrido, marcado pelas experiências que vive e que é habitado pelo *demens* que se reivindica espaços de expressão e reconhecimento.

Diante dessas considerações, retoma-se o propósito de apenas iniciar uma discussão acerca do humano e de sua condição de existência no mundo contemporâneo. Não é fechada a questão e nem mesmo tem-se a pretensão de obter respostas conclusivas. Apenas são ensaiadas algumas considerações a partir das indagações surgidas no percurso da vivência junto ao manicômio judiciário e se deixa em aberto para outros pensamentos, outras questões e outros modos de compreender o humano.

## 6 NARRATIVAS DE VIDA: VIVER FORA DEPOIS DE MUITO TEMPO *DENTRO*

O texto que segue relata parte da experiência de uma psicóloga que encontrou na pesquisa mais um modo de exercitar a escuta e problematizar sua prática. Estudar teoricamente o tema aqui proposto, trabalhar no campo da saúde mental, participar do GT e ouvir narrativas provocou um intenso processo de multiplicação de pontos para indagação e problematização das diferentes formas de inserção, intervenção e instituição do trabalho no que se refere às políticas de cuidado do portador de sofrimento psíquico.

As memórias dessa experiência de escuta são carregadas de olhares que contam histórias que não se pode comunicar através da escrita e põem em cheque cotidianamente o saber acadêmico construído com tanta pompa nas instituições vocacionadas para tal. Talvez por isso o sentimento de urgência em contar esse processo de investigação e dialogar sobre os resultados percebidos. Trata-se da necessidade de favorecer a formulação de estratégias de enfrentamento do aprisionamento do pensar e do criar. Este aprisionamento impossibilita a formulação de estratégias para que se possa viver (conviver) em territórios marcados pela igualdade.

### 6.1 *PERDI MINHA JUVENTUDE, O QUE FAÇO AGORA? A INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO MARCA NA EXISTÊNCIA*

Um dos temas mais marcantes que se pode constatar no percurso da pesquisa foi o da institucionalização. Os usuários estavam *moldados* à vida institucional regrada por procedimentos e rotinas que organizava a existência junto aos demais, homogeneizando os modos de ser e estar no hospital-prisão. Na sua ampla maioria, entraram jovens no Instituto e foram moldados ao contexto, cumprindo a expectativa jurídica e social que se impunha a eles. Joana expressa:

(...) eu vim com vinte anos pra cá, hoje eu tô com cinquenta e um anos. Eu tirei toda a minha mocidade aqui dentro (...). Joana

Esse fragmento remete a pensar na experiência de ter passado toda sua mocidade dentro do manicômio, algo que não poderá recuperar, pois parece que a juventude lhe foi arrancada. Nessa circunstância, em que Joana se encontrava engessada pelo modelo institucional e sem a possibilidade de viver a sua juventude, diz ter lançado mão da sua capacidade de adaptar-se e se fazer útil. Tais recursos podem ser compreendidos como estratégias de sobrevivência naquele contexto. Adaptar-se à prescrição cotidiana de modos de ser e transformar a experiência em tempo de espera para sair. Ao mesmo tempo, contribuir com tarefas de manutenção do espaço que não se quer ou deseja habitar.

As estratégias de adaptação descritas corroboram a cisão entre a vida dentro do manicômio e aquela que se constrói fora desse espaço. Essa cisão delimita e reforça a instituição da prisão, além de favorecer a efetivação de restrições, nem sempre formalizadas, associadas ao lugar do *sujeito em cumprimento de medida de segurança*. Nessa lógica, para Joana, ficou do lado de fora a mocidade que não pode ser concebida na vida dentro da instituição por ser uma noção associada à plenitude e a projetos que não se sustentam num manicômio.

Vinte e cinco anos parece que fiquei lá. José

Não muito diferente de Joana, a narrativa de José pode ser considerada como expressão coletiva das circunstâncias de viver muitos anos em instituição manicomial. Entretanto, refere imprecisão quando descreve o tempo vivido no hospital-prisão. O tempo convencional é o tempo cronológico do espaço de fora, é um tempo do que se convencionou chamar da “vida normal” com as regularidades e os regramentos expressos nas atividades cotidianas: trabalhar, pagar as contas, esperar a partida de futebol ou o feriado... Assim, o tempo do fora conta-se de modo distinto do tempo de dentro do manicômio.

Como já referido acima, o período de reclusão em uma instituição total (GOFFMAN, 1974) produz outros modos de significar o tempo existencial. A lógica utilizada para a marcação do tempo tem por base as regras administrativas de convivência de um grande número de pessoas, geralmente subordinadas às necessidades biológicas e de controle disciplinar. Trata-se de um modo de viver que vai consumindo o existir livre, submetendo a vida à restrição espaçotemporal,

impossibilitando a produção de outros projetos, pois a vida praticamente se *acaba* na instituição. José e Antônio expressam:

É pouco cigarro que eles dão aqui. Eles dão de manhã uma carteira. José

Eu tomo banho, almoço, tomo café, almoço, janto e vou dormir. Antônio

A institucionalização pode ser entendida como um “sistema fundado na vigilância, no controle e na disciplina”, conforme escreveu Amarante (2007, p. 61). Nesse sistema, a vida é administrada de acordo com as regras impostas e os dispositivos de repressão e punições são utilizados de modo a manter a obediência (AMARANTE, 2007) e a alimentar a dicotomia entre o dentro e o fora. A disciplina é “incessante” e deve se ocupar de todos os aspectos da vida dos indivíduos, moldando-os de maneira a não haver singularidades e reafirmando o poder institucional (FOUCAULT, 1987, p. 211).

(...) eu não faço parte daquela massa carcerária, se fizesse seria uma realidade (...) lá é muito difícil, tem uma massa amorfa. Pedro

Nesse fragmento da fala de Pedro encontramos o que poderia ser um indicativo de resistência à perda de identidade diante da inclusão em um processo de massificação, produzido pela institucionalização. Quando ocorre a perda da identidade há também a perda da história e da especificidade individual, favorecendo a objetificação do indivíduo. Desse modo, o reconhecimento de uma pessoa não será mais pelo singular, mas pelo que é comum a quem divide aquele espaço social, nesse caso, a doença mental e o delito. O eu, o singular, é percebido como fora da instituição e o não singular é o que habita a instituição, como expressa Pedro nesse fragmento de sua narrativa:

Mas lá, como em todo lugar, aqueles que tinham um mínimo de saúde que nem eu, a gente ficava sob inspeção, a gente ficava à parte, isolado da massa. Pedro

Embora tenham se evidenciado as dificuldades e precariedades físicas e de recursos humanos que o IPF registra (o que poderia corroborar para uma desorganização e fragmentação das ações por parte dos trabalhadores), pode-se

detectar especificidades do sistema de controle e de disciplina que se processa na rotina institucional. Os usuários entrevistados referiam estar submetidos à organização da unidade com horários e atividades rotineiras que organizavam a vida e marcavam a passagem do tempo no hospital-prisão. José e Joana lembram:

Eu caminhava lá pelo pátio (...) eu caminhava, eu comia (...) fumava (...) lá eu não saía também. José

Eu lavava, costurava, botava botão, todo em forma, direitinho (...) carregava lixo pra lá do prédio, carregava lenha, aquele monte de lenha (...) eu fervia a roupa dos presos num panelão e carregava lenha. Fervia a roupa cheia de muquirana, naquela época tinha muquirana (...). Ganhei muito dinheiro. Joana

Joana trabalhou muito e se fez necessária em um cenário em que faltavam funcionários no IPF. Pode-se fazer a leitura de que essa foi a estratégia de sobrevivência que encontrou para poder suportar o longo período em que viveu no IPF, pois, como muitos, entrou sem data para a saída. O corpo era jovem e forte, portanto, capaz de responder às demandas de trabalho físico que a instituição apresentava e, ao mesmo tempo, estava sujeitado ao controle e à vigilância do local. Talvez a juventude de seu corpo associada à possibilidade de trabalho e à remuneração que refere a fizessem se considerar diferente dos demais habitantes do hospital-prisão, quando os denomina como sendo os *presos*.

Não tinha funcionários. Lavava os banheiros com sabão, os vasos dos funcionários. Joana

Tem-se, assim, um corpo inibido de qualquer manifestação fora do parâmetro permitido. Tem-se também uma mente “ocupada” em dar conta das tarefas. Desse modo, pode-se afirmar que no trabalho penal investe-se da função de transformar “o prisioneiro violento, agitado, irrefletido em uma peça que desempenha seu papel com perfeita regularidade”. Requalifica-se o indivíduo delituoso em um “operário dócil” (FOUCAULT, 1987, p. 216-217). Entretanto, mesmo os usuários que já saíram do Instituto e que se encontram atualmente em instituições privadas<sup>17</sup> estão

<sup>17</sup> As instituições privadas recebem usuários da saúde mental mediante um pagamento mensal que pode variar de um a três ou mais salários mínimos (piso nacional). Oferecem o espaço de dormitório coletivo, sala de estar, refeitório, banheiro e pátio para circulação. Geralmente, o quadro de funcionários é restrito aos serviços gerais e cozinha, um profissional da enfermagem por turno, um médico que realiza visitas mensais e o próprio dono ou dona que administra. As saídas não existem ou são controladas. A vida dos usuários segue sendo administrada por terceiros ou submetida às normas estipuladas pelos proprietários das clínicas.

submetidos a uma rotina com a lógica manicomial. Ou seja, nesses lugares para onde são encaminhados por não terem autonomia suficiente para se manterem morando sozinhos ou por não contarem com vínculos de cuidado e de parentesco, há uma reprodução da organização institucional semelhante com a que viviam até então. O fragmento do diário de campo abaixo denota tais circunstâncias:

Entrevistamos Antônio na instituição onde mora atualmente. É um lugar muito simples, onde as instalações são precárias e deixam a desejar. Estava um dia muito quente e havia poucos ventiladores no ambiente. Também há pouca sombra no pátio, fazendo com que a maioria das pessoas ficasse na sala – um espaço amplo, com sofás velhos e uma televisão ligada. Aliás, a televisão é um recurso comum a todos os lugares que tenho visitado, ou seja, não há outra atividade a ser feita a não ser ver TV. Assim, as pessoas passam a maior parte dos seus dias vendo televisão de forma passiva e submissa. Diário de Campo

O processo de institucionalização marca intensamente a vida de uma pessoa, como na situação de Antônio, em que não se percebe a expressão de desejo e não se constata a existência de espaço para tal. A manutenção da vida como se fosse meramente biológica é o que se pode apreender nos fazeres efetivados nesses espaços: alimentar, medicar, oferecer uma cama para dormir e um lugar para ficar à mercê do tempo que passa. Enquanto o tempo passa, passam a vida e as possibilidades de inserir-se no mundo do desejo, na comunidade, nos espaços de convivência onde a liberdade não está restrita a alguns metros quadrados e às regras preestabelecidas.

Antônio mostrou-se acomodado com a situação. Não fez queixas, disse que é um lugar bom e melhor que o IPF, onde viveu por muitos anos. Não sai e não demonstra desejo de sair. Desconhece alguma atividade que tenha prazer em realizar no local. A única satisfação que manifestou foi quando falou que trabalhou como papeleiro. (Diário de Campo)

Eu não faço nada (...). Acordo cedo de manhã (...). Papeleiro. Trabalhei sete anos como papeleiro lá em Taquara. Antônio

A satisfação que Antônio expressou está associada ao trabalho que realizou no passado quando ainda não estava na instituição. Essa manifestação remete a pensar na possibilidade do usuário ser reconhecido como trabalhador em outro espaço de inclusão social, realizando uma atividade que lhe traga satisfação pessoal. Entretanto, é importante afastar das considerações o clichê bastante comum de que *preso bom é o preso que trabalha*. Deseja-se abordar aqui esse tema a partir do trabalho vinculado a um projeto de vida e da concretização de um desejo

que toma forma através de uma atividade satisfatória e prazerosa. O trabalho é um ato político e desejante e, nesse sentido, só se pode concebê-lo como uma escolha e como conquista.

Tomando por base esses pressupostos, remete-se ao que Ferreira *et al.* (2004) escrevem sobre o trabalho. As autoras, que desenvolvem atividades junto aos usuários de saúde mental, salientam que o exercício de uma atividade profissional promove autonomia, trocas sociais e possibilita a integração do usuário na comunidade. O trabalho pode ser um articulador do “exercício da cidadania e da inclusão social” (p. 28). O usuário, ao inserir-se em uma atividade profissional, tem a possibilidade de se tornar um ator social e protagonista da sua “emancipação social” (FERREIRA *et al.*, 2004, p. 32-33).

Não faço nada, durmo, me acordo, fumo um cigarro ou outro. Durmo um pouco e um pouco fico acordado. José

Outro entrevistado, José, encontra-se também em uma instituição particular e expressou que as atividades são restritas. Embora as condições físicas do local sejam melhores de onde está Antônio, persiste o problema da institucionalização, reforçando a lógica do confinamento e da manutenção da vida biológica. Nos registros da pesquisa há pontos que remetem a problematizar a carência de alternativas de reabilitação e inserção dos usuários em espaços de maior autonomia:

O usuário, tranquilo e aparentemente bem disposto, respondeu as minhas perguntas dentro das suas possibilidades, ou seja, não conseguia expressar de forma mais ampla o raciocínio, limitando-se a respostas curtas. Eis o diálogo:

E como é que era o teu dia a dia, além de ficar caminhando pelo pátio? – *Era bom, eu caminhava, eu comia, era bom lá.* – Tu fazia alguma outra atividade? – *Fazia.* – Qual? – *Só passeava pelo pátio.* – Só passeava? – *É.* – Tu fumava? – *Fumava.*

É visível a cronicidade, se é que posso falar assim. O que quero dizer com isso? Que todo o tempo em que estive institucionalizado, e mesmo agora que já saí do hospital de custódia e tratamento, não houve e não há nenhum investimento para que o usuário desenvolva habilidades. De outra forma, investe-se em atender as necessidades biológicas como comer, beber, dormir e, no caso dos usuários com doença mental, medicar. Portanto, qualquer habilidade mais criativa, subjetiva ou afetiva fica submersa por procedimentos na rotina biomédica. Assim, o resultado são pessoas com limitações no âmbito cognitivo, emocional, relacional, de convivência, por exemplo, chegando ao ponto de não conseguirem expressar opiniões, sentimentos e desejos. Pessoas submetidas a uma rotina que implica em apenas “passar as horas” da maneira mais plácida possível. Diário de Campo

Foi questionado por que esse modelo ainda permanece e se reforça na medida em que pessoas são encaminhadas para tais locais. Encontrou-se uma resposta na lógica de mercado ou da mercantilização da loucura atualizada, diretamente relacionada com os processos de formação profissional dos trabalhadores na área. Essas clínicas particulares investem no básico para a manutenção da vida, como se fosse possível fragmentá-la e olhar especificamente para os seus aspectos biológicos. Fora disso não há investimento, pois o retorno financeiro deve ser compensador. Assim, quanto mais pessoas esses lugares tiverem sob o seu “cuidado”, mais lucro haverá. Nenhum dinheiro é investido no trabalho de reabilitação<sup>18</sup> e inserção social, o que consolida uma política de inclusão dessas pessoas em um lugar de doente incapaz, mantida com o dinheiro dos próprios usuários. Sem condições de reivindicar outros lugares para si, pois já não têm mais a autonomia e o apoio familiar ou social que tiveram no passado, os usuários acabam por submeter-se à continuidade do processo de institucionalização.

– Depois que tu saí de lá (IPF) veio direto para cá? – *Direto para cá.* – Me conta como foi essa vinda para cá? – *Foi boa. Gostei daqui. Melhor que lá. (...)* – Tu tens as tuas coisas aqui? – *Não tenho nada aqui. Tá tudo lá no IPF, um rádio deixei lá, uma televisão estragada deixei lá também.* – Deixou tudo lá? – *Deixei.*

Os usuários como Antônio parecem não expressar crítica da situação. Mostram acomodação diante da vida e do modo como estão vivendo, referindo que o pouco que tinham ficou no IPF. Essa questão remete a pensar que sujeitos são esses que aceitam de modo passivo um cuidado muitas vezes precário e sem oferta de lazer, sem autonomia, sem liberdade de ir e vir? Vivem em lugares que reproduzem um modelo institucional em que a liberdade e o desejo são anulados em nome de regras, de organização e de falta de recursos. A sociedade produz esses sujeitos? Evidentemente. São pessoas que ao ingressarem no sistema seja prisional (no caso do IPF), seja no hospital psiquiátrico, são tolhidas na produção de vida desejante. É

<sup>18</sup> Sabe-se que o termo reabilitação é polêmico, entretanto, trabalhou-se aqui com o conceito proposto pela PNH: “Habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O ‘re’ constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/doença é se é possível ‘voltar atrás’, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências; o entorno de fenômenos, relações e condições históricas e sempre muda; então a noção de reabilitar é problemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal preexistente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos o ‘re’ se aplica” (BRASIL, 2008, p. 66).

retirada a possibilidade de escolha com autonomia e com liberdade. Muitas destas pessoas já vêm de um ambiente precário, o que só reforça a manutenção desses lugares do jeito que são encontrados hoje, confirmando a ideia de que esses não são espaços passíveis de transformações significativas. As transformações remetem ao novo e ao inusitado, que remetem ao instante em que a atualização dá lugar à criação.

Também se pode olhar sob outra perspectiva e perceber que o modo como Antônio se expressou e se coloca nos diálogos e na relação com os outros pode ser indicativo de estratégias de resistência e proteção. Ou seja, respostas lacônicas e restritas ao que perguntou a interlocutora (no caso, uma profissional do campo da saúde mental) podem ser modos aprendidos de preservação do pouco que restou da sua intimidade. Quer-se dizer que, ao serem instituídos os rituais de como são os relacionamentos e a comunicação com as outras pessoas, está-se dizendo como deve ser feito, estabelecendo um parâmetro. Ora, ele pode estar dizendo que pode ser de outro jeito que não o convencional e estar expressando, nesse modo de responder à entrevista, que prefere não se submeter ao que está estabelecido.

Outra via que leva na busca por respostas para a questão remete ao que Peter Pál Pelbart (2003, p. 60) distingue como *zoé* e *bios*. Tomando como parâmetro o pensamento de Giorgio Agamben, Pelbart coloca que *zoé* refere-se ao “simples *fato* de viver”, algo da natureza de todos os seres vivos. *Bios*, salienta, é “a *forma* ou a maneira de viver peculiar a um indivíduo ou grupo particular” (p. 60). O que se tem na contemporaneidade é uma cisão produzida entre o “fato da vida e as formas de vida”, o que Pelbart chama de “vida nua” e que é objeto de submissão do poder dominador:

Prevalece ainda e sempre a vida nua tomada agora na sua modalidade biológica, forma dominante da vida por toda parte. As discussões sobre a bioética, hoje em dia, estariam atravessadas por uma concepção biológica da vida. A medicalização das esferas da existência, as representações pseudocientíficas do corpo, da doença, da saúde, seriam expressão desse domínio da vida nua e, sobretudo, da redução das *formas de vida ao fato da vida*. (PETER PÁL PELBART, 2003, p. 60)

A redução da vida ao fato de existir e a sua preservação é passível de ser observada quando se ouve o relato dos usuários que seguem vivendo em instituições, sob a tutela de terceiros. A vida como forma é complexa, demanda outros modos de relacionar-se e inserir-se nos lugares onde se habita. Autonomia,

protagonismo, manifestação de desejo e liberdade são critérios fundamentais para o livre exercício de viver. Na lógica da manutenção da vida biológica e da institucionalização se escutou de um cuidador, administrador de uma clínica privada:

E o comportamento dele desde que entrou até agora foi ótimo, ótimo, ótimo. Entendeu? É um paciente tranquilo, ele veio de um regime e que está mantendo aqui tranquilo, não houve nada, não tem alteração nenhuma. Nelson

A narrativa de Nelson expressa justamente a invariabilidade de ações de cuidado e de alternativas que possam vir a produzir diferenças na rotina institucional e na vida dos usuários. O *regime* mantém-se para que possam permanecer sob a tutela de um tratamento alienante e controlado. Se forem estabelecidos como pressupostos a Reforma Psiquiátrica e a PNH para serem pensadas e planejadas as ações de cuidado, ver-se-á que a lógica que opera nas clínicas como a que Nelson administra está na contramão das políticas de saúde mental. Numa proposta desinstitucionalizante, antimanicomial, os usuários são os protagonistas das ações que irão nortear os rumos de suas vidas. Os planos precisam ser construídos de comum acordo: entre quem cuida e quem é cuidado, respeitando a singularidade de cada processo e de cada pessoa. Trata-se de um desafio: prover um cuidado que privilegie a ética, a política e a estética em defesa da vida (BENEVIDES & PASSOS, 2005; CAMPOS, 2005).

A medicalização é outra estratégia utilizada para manutenção dos corpos e mentes controlados. Nesse fragmento de narrativa Joana alude sobre os efeitos que sofreu devido à medicação, evidenciando o que Pelbart (2003) coloca como domínio sobre o corpo e sobre a vida:

Eu quando vim não era louca, fiquei louca aqui. E os remédios, injeção na bunda. Não tenho vergonha de mostrar pra senhora de tanta injeção no meu corpo (nesse momento levantou-se, baixou parte da roupa e mostrou as nádegas com marcas escurecidas das injeções). Muitas injeções. Chegava na frente do portão e dizia assim: me dá akineton, um comprimido (...) Ele tira todo o efeito do remédio. Joana

Manter os corpos dóceis, controlados e submetidos às regras institucionais, sem manifestações de desejos é o trabalho desenvolvido em muitos lugares, reforçando a matriz da manicomialização da loucura. Entretanto, quando são encontradas as situações de usuários que sofrem o processo de

transinstitucionalização (MISSAGGIA, 2010), pergunta-se: onde está o Estado, que na prática e teoricamente deveria cuidar dessas pessoas que estiveram sob sua tutela por longos e áridos anos de suas vidas? Como cumprir o que está garantido na Constituição? Como efetivar o que prometem as políticas públicas?

Como se sabe, não existe respostas simples. Com o movimento da Luta Antimanicomial e, posteriormente com a Lei da Reforma Psiquiátrica, o Brasil vem desenvolvendo ações que visam suprimir as grandes instituições psiquiátricas. Dentre essas ações, encontram-se os serviços substitutivos que articulados em rede e inseridos na comunidade pretendem dar conta da atenção e do cuidado dos portadores de doença mental, evitando as internações em hospitais psiquiátricos e a consequente valorização da doença mental em detrimento do indivíduo. Porém, ainda não há em muitos estados e municípios do país investimentos satisfatórios por parte dos gestores públicos, o que torna a rede de serviços substitutivos frágil e insuficiente em várias regiões. Isso abre uma lacuna importante na rede pública de atenção em saúde mental e é nesse espaço que as clínicas e pensões particulares entram em cena, oferecendo seus serviços.

– E como é a alimentação? – *É boa.* – O que tu come aqui? – *Arroz, feijão, salada...* – E carne? – *Carne não tem. Nem em contrabando.* – Nem no final de semana? – *Não sai carne.* Antônio

Eu queria que botasse um outro remédio pra mim que o remédio é muito forte (...) Porque eu sinto sonolência (...) Durmo de dia e de noite também, de manhã me dá sono. José

Seria fundamental avaliar as propostas das clínicas particulares que recebem um número expressivo de usuários da saúde mental em caráter de moradia permanente. Elas deveriam oferecer as condições necessárias para um atendimento de qualidade e adequado às demandas singulares de cada pessoa. Entretanto, nesses lugares é encontrada a reprodução da lógica institucionalizante, com controle do corpo, do tempo, das atividades apenas realizando a manutenção da vida biológica. Esses espaços se proliferam<sup>19</sup> sob os olhos dos gestores públicos, que, inertes, se revelam presos aos grilhões já conhecidos da burocratização da máquina pública, alegando os mais diversos motivos para não realizar o trabalho que é

---

<sup>19</sup> Acompanhei, nestes últimos anos, por meio das minhas atividades na rede pública de saúde mental, o aumento significativo de clínicas e residenciais privados que colocam à disposição os seus serviços para os usuários da saúde mental.

urgente para consolidação da Lei da Reforma Psiquiátrica em nosso país (RELATÓRIO DO GT nº 16, 2010).

É possível perceber que, além da desconstrução dos muros concretos dos manicômios, precisa-se trabalhar também com a desconstrução dos muros internos dos atores envolvidos com a saúde mental. Esses muros concretos e simbólicos separam o dentro e o fora, reforçando a dicotomia espacial. O processo de mudança é de ordem física (extinção do manicômio concreto) e subjetiva (extinção do manicômio mental) e está intrinsecamente relacionado com a mudança de paradigma sobre os modos de conceber a loucura, como tratá-la e atender o portador de sofrimento psíquico. Isso pode levar efetivamente a outras possibilidades que visem à criação, ampliação, avaliação e gestão dos serviços de saúde mental no Brasil. Nessa linha de pensamento, a psicóloga Maria e a cuidadora Julia, ambas funcionárias de residenciais terapêuticos públicos, reforçam a necessidade de alternativas de trabalho que possam dar conta das diversas demandas que os usuários em processo de saída do IPF apresentam:

Eu acho que as tentativas, não tenho como antecipar o que seria melhor, que tipo de trabalho, mas acho que as discussões poderiam gerar experiências, a gente relatar as experiências e ir transmitindo outras que vêm de outros lugares, fazer essas trocas e ver como é que está funcionando em cada lugar. Maria

(...) Porque lá no hospital faziam tudo para eles e aqui a gente quer fazer um trabalho em que eu saia daqui e eles saibam que estão sozinhos e que podem se virar sozinhos. Julia

A vida reduzida ao biológico se instaura como última reserva estratégica de resistência. Caberá aos profissionais da saúde, quer representem o estado na rede de saúde mental substitutiva ou na iniciativa “privada”, enriquecerem a parte da existência em que a perversão institucional se atenua e o muro passa a ser apenas o simulacro da vida interdita no manicômio-prisão.

## 6.2 ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL AGRAVADO PELO DELITO COMETIDO

Outro tema recorrente nas narrativas dos usuários entrevistados refere-se à intensificação do estigma da doença mental associada ao delito. Os entrevistados

ingressaram no IPF relativamente jovens e com o diagnóstico de uma doença mental que iria contribuir na definição do longo caminho a ser vivido dentro da instituição. Isso porque a lógica que opera é a da aplicação da medida de segurança devida à inimputabilidade e à consequente renovação da medida respaldada pelo exame de *verificação de periculosidade*.

Encontra-se no texto de Cristina Rauter (2003) uma análise que mostra as consequências desses exames para a vida futura dos usuários nos manicômios judiciários. Se o usuário receber um laudo favorável emitido pelos peritos forenses, o juiz poderá decidir pela sua liberação. Caso contrário, a medida de segurança irá prolongar-se por tempo indeterminado. Para isso, a avaliação se dá pela personalidade da pessoa, pela sua história pregressa e pela possibilidade de vir a cometer outros delitos, na busca de “confirmar no indivíduo o rótulo de criminoso” (RAUTER, 2003, p. 92). Pode-se retomar as considerações teóricas que remetem ao tema da avaliação pela qual os usuários são submetidos e na qual os peritos buscam evidências possíveis para a previsão de futuros delitos. Os autores Delgado (1992), Peres (1999), Peres & Nery Filho (2002), Mattos (2010) e Kátia Mecler (2010) salientam o quanto essa prática agrega a personalidade ao delito e solidifica a segregação e a estigmatização das pessoas avaliadas como perigosas socialmente.

Pedro expressa na entrevista seu incômodo por ter sido avaliado pelo fato de ter o diagnóstico de doença mental e de ter cumprido uma medida de segurança por vinte e cinco anos. Após a instituição da medida, o delito passa a ser secundário e as avaliações de periculosidade reforçam o período de internação:

É, mas, se você cometeu um crime, você pode não ser julgado por ter doença, mas porque cometeu um crime, né? As coisas são complexas (...) eu fui dado como inimputável e em seguida arrebanhado para o Instituto Psiquiátrico Forense (...) estar doente no manicômio é muito relativo (...). Pedro

A lente pela qual o indivíduo é observado é o da doença mental, a peculiaridade é o diagnóstico que possui. Os seus projetos de vida, os vínculos afetivos e familiares, bem como o processo que está vivendo não são prioritários quando está em situação de internamento. Sobre esse tema Rauter (2003, p. 86) coloca que o diagnóstico cumpre a função de “estigmatização e instrumentalização de procedimentos carcerários”, e, desse modo, a avaliação da personalidade da pessoa que cometeu delito é realizada visando referendar a reclusão institucional.

Se a pessoa for diagnosticada com alguma doença mental, logo receberá uma medida de segurança e todos os procedimentos futuros levarão em consideração a doença.

No fragmento acima em que Pedro fala sobre ter sido *arrebanhado* para o IPF, após ter sido avaliado como inimputável, mostra o quanto a massificação toma conta dos procedimentos realizados pelas instituições. Não há diferenciação ou não são consideradas as singularidades entre as pessoas que são incluídas no sistema de punição e controle. Nesse contexto, a psicopatologia é mais um elemento a se somar para justificar a homogeneização de procedimentos, assim como para perpetuar o enclausuramento da loucura nesses lugares.

João, 43 anos, narrou que sua vida há doze anos no IPF não tem sido fácil, pois sofre com a falta de privacidade e se ressentido da inexistência de vínculos familiares. A doença mental é o motivo que o mantém na instituição por todo esse tempo. No momento do delito disse que estava “pirado” e que foi “uma loucura de momento”. Foi claro ao dizer que “um criminoso planeja seu crime”, o que não foi o seu caso.

Aqui se pontua a diferença que João expressa ao dizer que o delito que cometeu foi em um momento de desorganização ou de crise, ao passo que um criminoso premedita seu crime e o pratica racionalmente. Ou seja, cometeu o delito por ser doente mental, reforçando o discurso da loucura associada à doença, abstendo-se da maldade e da perversidade premeditadas. O julgamento e a sua permanência na instituição se dão, portanto, pela doença e periculosidade e não mais pelo crime.

Não devo nada para a justiça. João

A situação de João é ilustrativa da complexidade e singularidade dos processos que se produzem nos espaços aqui estudados. Pode-se problematizar esse ponto a partir da noção de *demens* “adormecido” que nos habita (MORIN, 2007). Momentos intensos e irracionais se expressam em práticas sociais e não há como ter a dimensão ou medir as consequências a não ser, parcialmente e posteriormente, pelo julgamento de outros. Esse misto de irracional e racional, de loucura e sanidade, no qual se entrelaçam os aspectos considerados bons e maus

de todos nós, está presente em diversos momentos da nossa vida. Isso configura o humano e suas práticas.

Se se trabalhar com a desinstitucionalização proposta por Rotelli (1990), ver-se-á que se trata de um cuidado em favor da vida e de suas potencialidades, buscando transformar os modos de viver e sentir:

A desinstitucionalização é um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas enquanto sujeitos que sofrem. É provável que não se resolva por ora, não se cure agora, mas, no entanto, seguramente se cuida. Depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento. (ROTELLI, 1990, p. 33)

Segue-se problematizando o tema através da situação de João. Nesse caso foram feitas três tentativas de desligamento com o encaminhamento para instituições no interior do estado. Porém sempre retornava com queixas dos locais e dizia que não se localizavam na sua cidade de origem, portanto, não considerava como lugares de pertencimento. Outra tentativa de saída do IPF foi feita já sob a responsabilidade do novo curador. João foi levado à sua cidade de origem, para morar em um asilo. Lá brigou com uma usuária. Foi preso e reencaminhado ao IPF pelo juiz da cidade. No retorno, a equipe avaliou a inadequação do processo ao qual foi submetido o usuário: não houve visita prévia para conhecer e avaliar o novo contexto de vida oferecido. Também não foi considerado como um período de adaptação (RELATÓRIO DO GT nº 16/2010) repleto de ansiedade, medos e fantasias. Desde o retorno ao IPF João tem *obedecido* à rotina institucional, sem saídas, aguardando a liberdade, como registrou na sua entrevista.

Esse relato mostra o quanto é difícil a reorganização da vida social fora dos muros do manicômio judiciário, após um longo período de internação. O diagnóstico de doença mental corrobora a perpetuação da medida de segurança, mesmo que haja experiências de sair da instituição. Quando há uma situação que não cumpra as expectativas adaptacionistas é efetivada a volta para o manicômio judiciário, pois se trata de uma pessoa que “oferece riscos”. Ou seja, a marca da doença mental associada ao fato de ser atribuído à pessoa um delito é determinante das ações e decisões do Estado sobre a sua vida. Ao mesmo tempo, o fato de ser considerado doente não significa, na prática, ter direito ao cuidado integral e sim assumir e

administrar a sua convivência social, “buscando” a *cura* proporcionada pelo processo de internação. Assim, um ato que poderia ser praticado por uma pessoa qualquer, por exemplo, num quadro de estresse, quando feito por um usuário que já possui o histórico de doença e delito, toma uma dimensão muito maior e capaz de devolvê-lo ao enclausuramento institucional.

Bezerra Junior (2007, p. 23) reconhece que para haver uma “desmontagem da cultura asilar” é necessária a invenção de “novas abordagens terapêuticas”, assim como o fortalecimento de concepções políticas, jurídicas e organizacionais capazes de resistir ao modelo tradicional da psiquiatria e de suas formas de tratar e conceber a loucura. Essa é uma tarefa primordial para a Reforma Psiquiátrica, salienta o autor. Ainda nessa linha de raciocínio, Bezerra Junior (2007) mostra o quanto é importante para a clínica antimanicomial (clínica que sustenta a Reforma Psiquiátrica) entender o indivíduo como um todo, sem a clássica divisão entre corpo e mente, entre o social e o individual, adotando uma visão integral da vida:

Adotá-la significa dizer que ao falarmos de sujeito, vida mental e sintoma, falamos não apenas de um universo psicológico interior – mas de um campo intencional, um campo de ação no qual o indivíduo se projeta no mundo, um campo experiencial complexo para o qual concorrem fantasias idiossincráticas, predisposições biológicas e prescrições culturais. (BEZERRA JUNIOR, 2007, p. 24)

Seguindo por esse percurso, a compreensão de doença e saúde também precisa ser revisitada e problematizada, pois a fronteira entre o normal e o patológico é nebulosa e imprecisa (BEZERRA JUNIOR, 2007). Pode-se ver que a noção de doença é “uma reação generalizada com intenção de cura” (CANGUILHEM, 1982, p. 21), Desse modo, as doenças podem ser entendidas através de uma dinâmica que envolve a vida biológica, a subjetividade, o afeto, o social, a cultura e o econômico, entre outros aspectos que modulam o existir humano.

Cada narrativa aqui mencionada descreve nuances desse processo coletivo. Joana conta que durante os anos em que viveu no manicômio judiciário trabalhou muito em atividades como lavagem de roupas, limpeza da unidade e retirada do lixo. Buscou, através dessa estratégia de sobrevivência, superar as suas dores por ocupar espaços de exclusão, pelo estigma e pelo aprisionamento incondicional, sendo útil para a instituição, e suportar as dificuldades de viver em um lugar

marcado pelos maus tratos. Nesses casos, parece que a atribuição de uma patologia fica diluída no espaço institucional e o que se sobressaiu foi sua força física e a servidão que manifestou desde sua chegada. Tornou-se, à medida que os anos passavam, um corpo dócil (FOUCAULT, 1987) e dedicado a servir tanto aos outros usuários como aos profissionais que trabalhavam no manicômio judiciário.

A situação de Antônio e José, ambos institucionalizados em clínicas particulares após a saída do IPF, evidencia o quanto uma doença pode ser determinante para que não se invista em um processo de construção de autonomia e, por decorrência, de cidadania. Foram considerados como “cronificados” não só pelos anos vividos na instituição total, mas também devido à psicopatologia que apresentam (ATAS E RELATÓRIOS DO GT, 2008, 2009).

Submetidos ao poder institucional e institucionalizante, não apresentam (ou se apresentam tem muita dificuldade em expressar e as equipes e profissionais em compreender) seus desejos e expectativa em relação a uma vida fora dos muros manicomial. A equipe do IPF alegava pobreza cognitiva e baixa capacidade de expressão dos sentimentos e ideias devido à doença mental. Entretanto, constatou-se que não houve nenhum trabalho efetivo no sentido de valorizar as potências individuais ou mesmo na manifestação de algum desejo (ATAS E RELATÓRIOS DO GT, 2008, 2009). O que era possível de ser ou de viver restringia-se aos espaços demarcados pela institucionalização. Ou seja, para o louco e criminoso, a lógica persistente é de dependência e sujeição. Cita-se a música de Arnaldo Antunes:

Socorro, não estou sentindo nada, nem medo, nem calor, nem fogo, não vai dar mais pra chorar, nem pra rir. Socorro, alguma alma mesmo que penada me entregue suas penas, já não sinto amor nem dor, já não sinto nada. Socorro, alguém me dê um coração que esse já não bate nem apanha. Por favor, uma emoção pequena, qualquer coisa, qualquer coisa que se sinta, tem tantos sentimentos, deve ter algum que sirva.

Para a clínica antimanicomial essas situações se tornam um desafio. São situações difíceis e complexas e exigem rupturas cotidianas com os modos tradicionais de operar em saúde mental. Torna-se necessário buscar outros fazeres possíveis, possibilitando alternativas específicas para cada situação, valorizando a saúde e não a doença mental. Voltando a Bezerra Junior (2007), destaca-se que:

(...) podemos reconhecer algum grau de normatividade em qualquer forma de adoecimento mental. Por mais comprometida que seja a vida mental de um sujeito, sempre encontraremos alguma criatividade a ser estimulada, alguma capacidade de invenção de novas normas de vida, um horizonte de normatividade a ser explorado. Não há ninguém que, estando vivo, seja incapaz de exercer seu potencial normativo. (BEZERRA JUNIOR, 2007, p. 27)

Efetivar no âmbito público políticas que abordem e deliberem sobre a problemática da doença mental associada ao delito é um dos *nós* a ser desatado pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Não só pela complexa configuração que apresenta, mas justamente pelo enlace que envolve saúde mental e justiça, campos distintos de saber/poder e que necessariamente precisam dialogar para encontrar alternativas para a mudança do difícil cenário no qual se vive atualmente.

### 6.3 DENÚNCIAS DE MAUS TRATOS E DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS

Se eu continuasse daquele jeito provavelmente não tinha muito tempo de vida. Pedro

Começa-se a problematização desse tema pelo fragmento da narrativa de Pedro que, parece, ilustra o quanto os usuários são submetidos aos maus tratos e à violação de direitos em instituições como o manicômio judiciário. Como se pode classificar ou nomear um lugar como esse? Trata-se de um hospital ou de uma prisão? Esse lugar trata ou pune? Se for considerada a revisão teórica realizada para apoiar este estudo, poder-se-á concluir tratar-se de um híbrido, o que significa ser nem um nem outro. Um espaço de convivência, com regras próprias e que não dizem de um lugar de cuidado e respeito pela singularidade e cidadania das pessoas que ali se encontram. Segundo Carrara (2010), os manicômios judiciários:

São instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão – e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco. (CARRARA, 2010, p. 17)

Nesse espaço de ambiguidade há a superposição dos modelos “jurídico-punitivo” e “psiquiátrico-terapêutico”, promovendo o que se chama de “conflito de competências” (CARRARA, 2010, p. 19). Desse modo, tem-se de um lado o sujeito

com seus direitos e deveres e, do outro, o sujeito enquanto “objeto” de seus impulsos e desejos (p. 19). Nesse ínterim, permeia o duplo estigma loucura/doença mental e as diferentes formas de se conceber e realizar o tratamento, a atenção e o cuidado ao portador de sofrimento psíquico que cometeu delito. Punição e tratamento, disciplina e controle são modos de operar no manicômio judiciário e que colaboram para a manutenção do espaço de segregação e violação de direitos, conforme o fragmento da fala de Pedro:

A polícia lá é carcereira. E quase me mataram. Pedro

Nesses locais, a violência marca a vida cotidiana das pessoas em cumprimento de medida de segurança, conforme a narrativa de Joana:

(...) E daqui ela foi pro isolado sem travesseiro, sem nada. No isolado em cima daquela cama de pedra, sentada, sem colchão, sem coberta, sem nada (...) os cachorrinhos têm sua cobertinha pra se tapar pra não sentir frio. Agora um ser humano, tá louco. Joana

Joana expressa sua indignação diante da cena que presenciou com uma colega sendo submetida à contenção física de forma violenta e abusiva. Há registros, ao longo da história da loucura, da violência sendo utilizada como um dos recursos para contenção e controle dos portadores de sofrimento psíquico (FOUCAULT, 1972; 1987). Essa estratégia impõe o controle e o poder disciplinar de forma arbitrária e coercitiva, inibindo a expressão livre de quaisquer manifestações de necessidades individuais ou mesmo coletivas.

Para a Política de Humanização (BRASIL, 2008) é preciso colocar em análise a cristalização dos modelos e atitudes que se perpetuam nos espaços de tratamento e cuidado em saúde. A lógica que permeia as relações é de submissão a um poder instituído e, conseqüentemente, de negação de qualquer diferença e singularidade pessoal, reforçando a homogeneização dos tratamentos. A vida é reduzida ao sintoma da doença e à suposta incapacidade de expressão de demandas físicas ou psicológicas. Para haver mudanças nesse cenário, Marsillac (2009) propõe que se possa, através da humanização, tomar o indivíduo como um ser integral e singular, resgatando “desse humano o que se perdeu na objetividade das relações e na privatização dos ideais” (p. 26). Nesse caminho, talvez a longo prazo, não serão encontradas mais narrativas como a que segue:

E morreu outra pedindo socorro e não deram bola. Joana

Novamente Joana traz à luz uma cena que ficou registrada em sua memória de mais de trinta anos vividos no hospício-prisão. Os funcionários não deram ouvidos às suplicas da usuária que pedia ajuda após ter ingerido a medicação rotineira e ter sofrido de mal súbito. Nessa circunstância, a voz da colega de Joana, pelo fato de ser louca, não teve sonoridade suficiente para ser valorizada pelos ouvidos institucionais e provocar uma reação de auxílio para sua necessidade.

O conto “Só vim telefonar” de Gabriel García Márquez (2001) narra a história de María de la Luz Cervantes que pede carona em uma estrada, após ter seu carro danificado, em meio a uma tempestade. Um ônibus para e abre a porta para que entre. María aceita a carona, mas não se dá por conta de que o ônibus transportava mulheres para o hospício. Ao chegar ao local, já noite, pede para telefonar, pois precisava entrar em contato com o marido. Entretanto, não é escutada e ela é adicionada ao grupo de mulheres loucas que ingressam no hospício. Repetiu por diversas vezes que não era louca e que só precisava usar o telefone. Não teve sucesso. Restou-lhe submeter-se às regras e aceitar o que o “destino” havia lhe reservado, permanecendo no hospício até o fim de seus dias. Esse conto ilustra, de forma brilhante, o quanto a voz de uma pessoa considerada fora de sua razão não é escutada ou considerada no que diz. É como se estivesse naturalizado que a loucura não tem voz e não é cabível lhe dar ouvidos. Ou, ainda, que somente a razão com sua lucidez é capaz de expressar algo que possa ser ouvido e aceito. Inegável que nesse sentido há a violação e a negação de direitos às pessoas com doença mental.

Na perspectiva da PNH, humanizar significa ampliar a perspectiva em direção à valorização da vida e dos direitos humanos. Trata-se de uma “ética na defesa da vida, entendendo o usuário como protagonista no processo de promoção de saúde”, o que implica acolhimento ao usuário e suas demandas, na formação de vínculos com ele e com os demais atores envolvidos no processo de cuidado (MARSILLAC, 2009, p. 29). A promoção de encontros entre os saberes – usuários e cuidadores – é fundamental para que seja possível “compor modos mais potentes de trabalhar em saúde” (MARSILLAC, 2009, p. 29). Entretanto, sabe-se que essa proposição de trabalho não se concretiza nos espaços das instituições totais, como disse Silvia:

Eu tinha tonturas e perdia a vontade de comer. Tomava muitos remédios. Agora fui no médico e eles me atenderam. Silvia

A usuária conta que em muitas ocasiões queixou-se de tonturas e que se sentia mal após a ingestão de medicamentos. Pedia para diminuir a quantidade de remédios, mas não era escutada. Somente após ter saído do hospital-prisão é que Silvia recebeu a escuta que necessitava e a questão da medicação foi revista. O lugar que passou a ocupar – uma cidadã, inserida na vida em comunidade – permitiu que pudesse manifestar sua queixa e ser atendida. Isso evidencia o quanto é difícil respeitar e considerar a queixa do doente mental em espaços de confinamento e segregação, potencializando o discurso do senso comum de que louco não diz *coisa com coisa*, por isso, não precisa ser ouvido.

Outro ponto que marca a violação dos direitos dos usuários refere-se à falta de liberdade, expressa por Carlos e confirmada por Pedro, nos fragmentos:

Lá não tinha nem liberdade, não podia sair na rua. Carlos

Um dos princípios da Reforma Psiquiátrica é o cuidado em liberdade. Os serviços substitutivos e as ações que são propostas nesses espaços têm como concepção o sujeito enquanto portador de direitos e, portanto, a liberdade. Campos e Frasseto (2010, p. 3) enfatizam o papel das instituições do Estado como garantidoras a um tratamento eficiente, permitindo ao usuário “a escolha de estratégias não limitadoras de sua liberdade”. Cabe às instituições “devolver a liberdade ao que se mostrarem irregularmente recolhidos” (p. 3), referendam os autores. Entretanto, esse é um tema caro à luta antimanicomial e à Reforma Psiquiátrica, pois requer, no caso dos usuários do IPF, a articulação entre os campos da justiça e da saúde em defesa dos direitos dos usuários portadores de sofrimento mental com delito. Além desse aspecto, é preciso haver a mudança de paradigma no que concerne ao cuidado que essas pessoas demandam.

Um pouco diferente do manicômio, lá é uma penitenciária (...) eu perguntava o que a SUSEPE está fazendo aqui? Pedro

Carlos e Pedro expõem nas suas narrativas a restrição de liberdade a que eram submetidos por estar no manicômio judiciário. Mesmo que ambos mantivessem um comportamento estável, não se envolvendo em atritos com os demais colegas e tendo o benefício da alta progressiva (AP), havia, segundo discorreram em suas entrevistas, um controle das atividades que realizavam. Segundo Culleton *et al.* (2009, p. 12-13), os direitos humanos dizem respeito ao modo dos seres humanos “viver em sociedade desde uma perspectiva ética e crítica”, com seus direitos preservados e com a possibilidade de ter “uma vida humana digna” (p. 16). Entretanto, sabe-se que no hospital-prisão a manutenção dos direitos humanos e o respeito à individualidade é, na maioria das vezes, violado. As pessoas que se encontram nessas instituições estão num lugar à margem em decorrência dessa ambiguidade que marca o funcionamento das mesmas, com tratamento e punição num mesmo espaço (CORREIA, 2007). O Estado, ao tomar para si o tratamento dos loucos criminosos e a execução da medida de segurança em hospitais de custódia, tem por obrigação constitucional oferecer condições dignas de vida bem como a preservação dos direitos individuais. Condições essas que não são encontradas nas instituições do Brasil, como já referido anteriormente, ao contrário, o cenário é sombrio e denso. As “instituições totais psiquiátricas – hospitais, asilos e manicômios são, em grande medida, um cenário de abuso e barbárie” (OLIVEIRA, 2009, p. 12). Joana confirma:

Ele me pegou de jeito e tirou toda a minha roupa, toda a roupa do corpo, me deitou numa cama de arame, aquelas camas de armar e fechar. Me atou essas duas mãos e os pés, fiquei pelada, dois dias pelada em cima da cama amarrada. Tinha um fosso com muita barata. Eu tava pelada e pedia socorro e as baratas passando por cima de mim e eu amarrada nos braços não podia me defender, chutar as baratas. Elas me mordiam. Joana

Nesse contexto, em que a voz não é escutada, em que o comportamento é controlado, a liberdade é vigiada e a mistura entre tratamento e punição se impõe, muitas vezes são desenvolvidas estratégias de sobrevivência e de resistência. Joana, por exemplo, desenvolveu uma estratégia de sobrevivência para resistir aos maus tratos físicos que assistia ou sofria – a agressividade. Sua defesa foi empregar a linguagem comum utilizada na instituição manicomial, rompendo com a palavra e utilizando o corpo para demarcar o seu espaço e a sua proteção:

(...) comigo nunca se passavam porque sabiam que eu era uma louquinha braba. Eu tinha vinte anos quando vim pra cá. Não mexiam comigo. Joana

A violência utilizada como meio de disciplinar, conter e subordinar as pessoas é uma prática que perpassa os séculos. Se for analisado de modo crítico, ver-se-á que os suplícios e as atrocidades praticados até a instituição da pena de privação de liberdade ainda persistem, porém de modo atualizado e por vezes velado. Mesmo com os avanços das ciências que dizem respeito ao homem e suas interações no mundo físico e psíquico, ainda se assiste a espetáculos de barbárie e de abuso de poder.

A psicóloga Maria salienta que não acredita em mudanças na forma como o manicômio judiciário desenvolve seu trabalho junto aos usuários. Para ela, somente fora desse espaço institucional é possível ocorrer transformações efetivas de cuidado ao portador de sofrimento psíquico e, vai mais além, sugere a extinção do hospital-prisão. Mas para isso é imprescindível a mudança na sociedade para poder acolher a diferença:

(...) fora de cogitação qualquer trabalho de reabilitação porque o manicômio não tem que mais existir, de maneira nenhuma. É muito utópico ainda pensar em toda uma reorganização social que pudesse atender e cuidar dessas pessoas de uma outra forma (...). A possibilidade de acionar a rede, constituir a rede com eles ainda é mais difícil por causa do estigma, da loucura e delito, que é mais complicado ainda do que os loucos que não cometeram delitos. Mas eles têm que vir vindo o mais possível para fora para fazer o trabalho (...). Mas dentro eu não vejo possibilidades. Agora a alternativa também não é fixa, não sei qual que seria (...). Maria

Os trabalhadores em saúde mental desempenham um papel importante na consolidação da Reforma Psiquiátrica e no avanço das práticas humanizadas em saúde. São atores essenciais, pois podem promover mudanças significativas no cenário do cuidado em saúde mental, através da desconstrução de paradigmas e ações que não estão em sintonia com a concepção de integralidade, ética e respeito aos direitos dos usuários. Para a PNH (BRASIL, 2008), a humanização do cuidado se operacionaliza com “o fortalecimento do trabalho em rede com equipes multiprofissionais” e com a “valorização do trabalho e do trabalhador” (p. 20-26). É importante ainda, salientar a necessidade da educação permanente em saúde como uma estratégia de capacitação dos trabalhadores envolvidos com a produção de mudanças no campo da saúde (BRASIL, 2008). Há nos trabalhadores em saúde mental uma série de vias e aberturas que podem ser ativadas. Processos que

podem ser disparados, como bem expressa Maria. Uma extinção do modelo atual é também a porta que se abre para outras maneiras de cuidar.

#### 6.4 SAIR DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO: AS POSSIBILIDADES E OS ENTRAVES *DENTRO E FORA*

Durante o percurso de pesquisa a dicotomia *dentro* e *fora* permeou as narrativas dos entrevistados. O *dentro* referiu-se ao período em que os usuários estavam institucionalizados e o *fora* dizia respeito à vida experienciada após a saída do hospital-prisão. Pretende-se colocar em pauta, neste momento, as narrativas dos usuários sobre o fora, ou seja, as experimentações e sentimentos que estão vivendo e percebendo longe dos muros concretos do manicômio judiciário.

Entretanto, entende-se que essa divisão entre dentro e fora é muito mais simbólica do que concreta, pois os próprios muros internos podem cercear qualquer um em qualquer lugar que se esteja, em liberdade ou não. Pelbart (1993, p. 106) destaca que não basta desconstruir os manicômios, acolher os usuários e “relativizar a noção de loucura” se “mantivermos intactos” o manicômio mental no qual “confinamos a desrazão”. Nesse sentido, o fora pode estar dentro e “libertar o pensamento dessa racionalidade carcerária é uma tarefa tão urgente quanto libertar nossas sociedades dos manicômios” (PELBART, 1993, p. 107). Como exemplo, a narrativa de Antônio expressa a distinção entre o dentro e o fora:

Gostei daqui. Melhor que lá. Lá tem muito ladrão e roubam as coisas da gente. Antônio

Antônio sintetiza nesse fragmento um consenso expresso pelos demais usuários nas entrevistas, que a vida fora do instituto é melhor, estipulando como parâmetro o fato de não ter ladrões no local onde está atualmente. Embora não tenha uma rotina muito diferente da que vivia no IPF, ao ser perguntado responde prontamente que o local onde vive é um asilo, mas mesmo assim está mais satisfeito.

Melhor aqui do que lá no IPF. Aqui é bom, me dão comida, me dão tudo (...). Uma moça e o guarda de lá (IPF) me trouxeram para cá. José

José reforça a importância da manutenção das suas necessidades biológicas, através da sua narrativa. Os anos passados dentro do manicômio colaboraram para que o usuário acomodasse seus desejos e expectativas ao biológico. Coloca que foi encaminhado para o novo local de moradia, o que leva a inferir que não foi consultado quanto ao desejo de ir. Entretanto, o questionamento remete a problematizar essa redução da vida e qual o papel da pesquisadora diante disso:

Sai com uma sensação de impotência e novamente questionando: o que estamos fazendo ao encaminhar essas pessoas para lugares como esse? Isso pode ser chamado de inserção social? Reabilitação? É realmente a alternativa que nos resta diante da falta de recursos públicos? Como podemos mudar isso? Diário de Campo

Problematizando as questões colocadas diante da vivência com os usuários institucionalizados, encontrou-se um entrave que aponta para o quanto é difícil o trabalho de reabilitação e inserção social pautado nos interesses dos usuários. Nem todas as equipes profissionais estão preparadas e comprometidas com esse processo. Muitas se acomodam no seu fazer cotidiano e acabam por reproduzir o modelo institucionalizante, sem crítica e sem interesse em mudanças. Assim, no hospital-prisão o que se aprende é viver dentro da prisão, nesse espaço não se reabilita ninguém e não se prepara para o retorno da vida em comunidade. Quando a medida de segurança é extinta pelo judiciário e a pessoa precisa ser encaminhada para a vida fora, muitas vezes a alternativa encontrada é apenas transferi-la de endereço. Ou seja, muda-se o endereço, mas as condições de vida pouco se alteram, como se pode constatar com as narrativas de Antônio e José. O estar fora no manicômio judiciário, no caso dos dois usuários, significa a permanência do modelo institucionalizante. Diferentemente de Carlos, como se verá.

Nos anos em que estive no Instituto Carlos tinha crises de asma e usava medicação diariamente. Após sair e ser encaminhado para o residencial terapêutico, as crises diminuíram até cessar plenamente. Hoje não usa medicação e se diz curado da doença:

A asma me curei. Isso consegui me curar, não me ataca mais (...). Não tive mais (crises) depois que saí do IPF. Isso foi muito difícil, o que eu sofria, quase morria no IPF por causa da asma (...). Fiz exames e deu tudo normal. Carlos

### A psicóloga Maria reforça a narrativa de Carlos:

Carlos, que sofria horrores com a asma dele lá, desde que ele veio para o residencial, nunca mais teve uma asma e começou a poder respirar, tanto realmente como simbolicamente. E poder fazer planos para a vida dele. Maria

Para Pitta (1996) é fundamental conceber a reabilitação como uma “vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam de cuidados igualmente complexos e delicados” (PITTA, 1996, p. 21). Desse modo, a pessoa é entendida como um todo, na perspectiva da integralidade e inserida num contexto social.

A integralidade da atenção é um dos pressupostos fundantes do SUS e está alinhada à proposta da Reforma Psiquiátrica. De acordo com o *SUS de A a Z* (2006, p. 147): “A integralidade pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades”. Nessa concepção, a pessoa é única e suas necessidades de cuidado serão específicas, o que requer planos terapêuticos e de tratamento de acordo com o que apresenta. É uma tarefa bastante complexa tendo em vista a organização atual do sistema de saúde. Entretanto, nos serviços substitutivos é possível articular a gestão do cuidado de modo a contemplar as necessidades de cada pessoa. Segundo Leite & Oliveira (2006, p. 54-55), no trabalho realizado em um residencial terapêutico “é a equipe que se movimenta em torno da demanda do usuário”, o que implica enfrentar a doença como uma das dimensões da vida e “considerar o dia a dia como espaço terapêutico e seus desafios como oportunidades”.

No residencial terapêutico Carlos pode exercitar sua autonomia e a gestão do seu cotidiano de forma livre e autônoma:

Levantava de manhã cedo, fazia café, arrumava a casa, arrumava a cama, arruma tudo um pouco. Fazia comida ao meio dia. Um tempo morei sozinho e depois morei em grupo com outros (...). A convivência era muito boa. Carlos

O trabalho realizado num residencial terapêutico está pautado na emancipação e nas possibilidades de inserção social. O usuário deixa de ser “paciente” e passa a ser o protagonista da história que vai dirigir. Nesse processo busca-se construir

alternativas viáveis a partir da sua experiência, limites e potencialidades. Não há uma receita, mas várias possibilidades articuladas ao princípio da singularidade e da integralidade do cuidado.

Silvia também se encontra morando em um residencial terapêutico. Nesse espaço ela cuida da casa, organiza o seu cotidiano e circula pela comunidade. No início teve dificuldades pelas marcas do processo de institucionalização que viveu. Entretanto, o trabalho realizado pela equipe do residencial tem buscado resgatar sua autonomia e capacidades para viver de maneira mais digna e satisfatória. Quando perguntada se estava gostando da experiência de morar fora do instituto forense, respondeu:

Sim, aqui não tem grades, é melhor. Silvia

A invenção de outros modos de fazer ou de cuidar só é possível se se acreditar na potência do humano e na sua capacidade de mudança. No caso de Silvia, que expressa na sua narrativa a contenção que viveu através das grades do manicômio, uma mudança vai se processar se houver um investimento profissional e afetivo intenso. Esse é o diferencial que deve nortear as ações dos serviços substitutivos em saúde mental. Lancetti (2006) escreve sobre a clínica peripatética que se destina às pessoas que não se adaptam aos protocolos tradicionais dos tratamentos. Esse processo coloca em evidência a força afetiva produzida pelos encontros e que são capazes de afetar e efetivar mudanças. A clínica peripatética se faz em ambientes abertos, não protegidos e em liberdade. O fator surpresa e novidade é o estímulo para a continuidade do processo, mas para isso é preciso “atração pela loucura” e “paixão pela diferença” (p. 103). Nesse trabalho, reforça Lancetti, o muro do hospício é substituído “pelo corpo do terapeuta” (2006, p. 104).

Nessa perspectiva de desconstrução dos modos tradicionais de se tratar e conviver com a doença mental, que se chega a outro tema que se fez presente nas narrativas dos usuários entrevistados. Refere-se à família, que pode ser considerada tanto como entrave ou como possibilidade para a organização da vida fora da instituição. Pedro é um dos poucos usuários que pode contar com o apoio da família para a saída do manicômio e organizar sua vida na comunidade, pois a maioria dos entrevistados não possui mais vínculos:

(...) mas a conjunção da família me levaram à liberdade. Pedro

Nesse fragmento, o usuário coloca que o apoio dos seus familiares foi importante para que pudesse sair em liberdade. Hoje está vivendo na comunidade e recebendo o suporte necessário para se manter nesse espaço:

(...) por exemplo, eu venho almoçar com eles, uma rotina normal, dou passeio pela cidade, é isso.  
Pedro

Entretanto, essa não é a realidade dos demais usuários. Os demais não contam mais com as famílias e precisaram se organizar de outras formas após a saída do Instituto. Uma ponderação que pode-se levar em conta é o dado de que algumas das pessoas que estão em cumprimento de medida de segurança se deve justamente pelo fato do delito ter sido cometido na família. Isso, em muitos casos, impede o retorno daquela pessoa à convivência no meio familiar ou mesmo comunidade. O rechaço é explicitado e a necessidade de buscar outro espaço de moradia é premente. Nesse sentido, a família pode ser ou não um facilitador no processo de desinstitucionalização. Vai depender de como os familiares irão lidar com a circunstância do delito-doença e as consequências advindas da privação de liberdade. Algumas famílias abandonam seus familiares, como expressa Joana nessa narrativa:

Um monte de gente não tem família. Morre aí sem ver a família. Muitos. É horrível. Joana

Lobosque (1997) remete a problematizar o lugar que as famílias ocupam na vida de cada um e em especial dos usuários da saúde mental. Esse espaço, construído social e culturalmente, diz a que lugar cada um pertence, não só pela transmissão da herança biológica, mas também pelos aspectos simbólicos. Mesmo com as alterações que a sociedade humana vivenciou com o passar dos tempos, a família continua sendo um referencial em termos de cuidado e de pertencimento. Contudo, no caso dos usuários da saúde mental, muitas famílias mostram-se ambivalentes em relação ao cuidado e à convivência com seus familiares em virtude

das dificuldades e diferenças que apresentam (COLVERO *et al.*, 2004). Joana, ao falar sobre sua família, expressa:

Tenho. Tenho familiares sim. A minha família (silenciou e fez um gesto com a mão de afastamento).  
Joana

Muitos familiares não compreendem a doença mental e suas manifestações, o que dificulta a convivência e coloca o usuário no lugar do diferente do normal. A doença é tomada como um aspecto negativo e causadora de “estranhamento e desconforto” nas relações (COLVERO *et al.*, 2004, p. 204). Caminhando em direção ao contexto dos usuários portadores de doença mental com agravante de ter cometido delito, esse cenário é mais difícil ainda. Muitas famílias negam-se a recebê-los novamente e, quando a saída do instituto é inevitável, optam por outras instituições, geralmente privadas, como nos casos de José e Antônio, perpetuando o abandono e a institucionalização.

– E a família, José? Tem alguém da tua família que tu vês ainda? – *Não.* – Ninguém mais? – *Não, não vi mais.* José

– É uma família grande? – *Cinco irmãs e três homens.* – E tu vês os teus irmãos? – *Não. Só uma vem aqui, aqui ela não veio ainda, só lá no IPF.* Antônio

Nelson, administrador de uma das clínicas privadas, expressa que muitos usuários são abandonados pelas famílias e eles assumem o cuidado:

Então isso, tem paciente que a família abandona então a gente fica com eles, vai ficando, vai ficando aqui (...) então a família somos nós. A gente resolve tudo em termos de higiene, em termos de roupas, totalmente (...) então a gente permanece com eles de domingo a domingo, sempre junto com eles, algum problema a gente resolve, problema que a família não faz, eu faço por eles. Nelson

São histórias de vidas atravessadas por dores, sofrimentos, doença mental, múltiplas internações, perdas e abandono familiar. Em muitos desses casos, assinala Lobosque (1997):

Os manicômios e as instituições semelhantes apresentaram-se historicamente como falsa solução para tal problema: os ditos “desajustados” encontraram nessas instituições teto e comida, porém ao preço de uma renúncia definitiva a qualquer reflexão, a qualquer registro de sua subjetividade. (LOBOSQUE, 1997, p. 70)

A expressão de indiferença e a apatia diante da vida, manifestada pelos usuários José e Antônio, pode ser indicativo do que a autora chama de *renúncia de reflexão* em detrimento de um lugar de acolhimento e pertencimento? Ainda não se conseguiu responder isso. Seguem muitos questionamentos:

Os usuários submetem-se ou aceitam passivamente as circunstâncias impostas. Os que de alguma maneira se queixam, se rebelam, são acalmados com medicação ou com contenção física (...).

Antônio e José mostraram muitas dificuldades e limitações nas suas falas. Estão vivendo em ambientes coletivos e sem muita privacidade. Os vínculos afetivos praticamente não existem. A doença mental se sobrepõe e eles acabam à mercê do “cuidado” de terceiros. Que lugar ocupam na sociedade ou mesmo nas famílias? Que famílias, nos perguntamos? Que pessoas ou humanos estão ao nosso lado, nos nossos serviços e relações, demandando atenção e cuidado? Realmente precisamos desidealizar e viver com esse desencantamento do humano. Diário de Campo

Na busca por rupturas com o modelo instituído, pode-se caminhar pelo incerto e inventar outros modos possíveis de viver. Sozinhos, com amigos, colegas, companheiros ou mesmo com cuidadores. Porém, um pressuposto se faz fundamental: o respeito à diferença e à potência da vida. Vida que não pode ser anulada em função das regras que submetem ao outro e anulam os matizes do existir humano.

Ser doido-alegre, que maior ventura!  
Morrer vivendo pra além da verdade.  
É tão feliz quem goza tal loucura  
Que nem na morte crê, que felicidade!  
Antônio Aleixo

## 6.5 O QUE EU FAÇO AGORA? PROJETOS DE VIDA

Fizeram parte das narrativas dos entrevistados os projetos de vida, após a saída do manicômio judiciário. Tema complexo em função dos longos anos vividos na instituição e das dificuldades que encontram em viver fora desse local. A vida vivida no manicômio vai ser somada à vida entre os *ditos normais*. A sociedade terá a função de acolher e ancorar os projetos de vida e suas limitações. As marcas do aprisionamento não sumirão como uma nuvem e será preciso configurar novos espaços de pertencimento aos usuários. Nos dias em que a vida vier a ser vivida fora haverá um dentro necessário, uma inclusão que não poderá ser negada.

Joana expressa seu desejo:

Eu pretendo ter a minha casinha, pagar o aluguel e já me mudar. Aceito tudo. Também aceito o pessoal lá da vila, eles bateram palmas pra minha chegada, eu quero ir embora pra casa. (...) eu posso morar no meio da sociedade capinando, trabalhando pras pessoas. Eu sou guerreira. Lá no pátio da dona Rosa, porque ela me aceita de novo, por causa da limpeza do pátio. Tá podre. Eu passei e me apavorei... Joana

A usuária, que no momento da entrevista encontrava-se no IPF em virtude de uma desorganização, reforça a ideia de que é capaz de viver na sociedade, pagando por sua moradia e realizando atividades para outras pessoas. Seria uma forma de mostrar-se útil e estar inserida no contexto comunitário. Entretanto, manifesta o seu interesse em levar junto a amiga de tantos anos:

Eu voltei porque eu não convenci a Terezinha a morar comigo. Por isso que eu vendi as minhas coisas, deu muito dinheiro, umas deram muito dinheiro outras eu dei de graça. Comida mesmo era muita comida e acabei dando pra vizinhança da vila.

Joana conheceu a amiga no manicômio judiciário e durante os anos em que viveu naquele espaço o laço de amizade entre as duas estreitou-se. Chegaram a morar juntas em uma das saídas do IPF. Mas precisaram voltar devido às dificuldades de se organizarem no cotidiano, evidenciando a necessidade de um trabalho anterior à saída da instituição que as preparasse para a vida na comunidade.

O trabalho de reabilitação se propõe a resgatar as potencialidades das pessoas submetidas a longos anos em instituições totais. O desafio, nesse trabalho, não é normatizar as formas de estar no mundo e sim inventar o próprio modo de cada usuário inserir-se no convívio com os outros. A reabilitação se processa no cotidiano da vida, no contexto da família, da comunidade, do bairro ou da cidade. Leite & Oliveira (2006) mostram a importância do trabalho de reabilitação e inserção social dos portadores de sofrimento psíquico, respeitando a singularidade de cada processo:

Precisamos acompanhar, no mundo cotidiano, pessoas que sofreram profundas rupturas em sua capacidade de operar nesse espaço social que a nós parece tão natural. Fazer isto, sem atacar sua estrutura psíquica, é uma alternativa que respeita a singularidade do sujeito e nos retira da condição de artífices de identidades “renormalizadas”. (LEITE & OLIVEIRA, 2006, p. 57)

João ainda não encontrou seu lugar fora do hospital-prisão. Saiu várias vezes e voltou, o que evidencia o quanto tem sido uma experiência difícil para ele sustentar um outro lugar que não o do louco infrator. Não se pode desconsiderar também a rejeição social que confirma a discriminação em relação aos portadores de doença mental, intensificada pelo fato do delito. Os lugares por onde passou não toleraram as diferenças e o modo como se colocava nas relações, geralmente com pouca tolerância à frustração e com dificuldades para aceitar limites. São aspectos da convivência que precisam ser trabalhados com João em espaços capazes de auxiliá-lo a superar suas dificuldades. Os CAPS e os residenciais terapêuticos são potencialmente capacitados para realizar o trabalho de reabilitação que João necessita. Mas será preciso que a equipe do IPF promova o seu desligamento contemplando as suas limitações e especificidades. A psicóloga Silvia, que tem acompanhado o usuário fora do Instituto, refere que ele se sente ambivalente em relação à sua saída:

Pois é, a gente não sabe o que circula dentro do João para ele estar tão vinculado ao IPF. Será que ele sabe que corre risco de cometer um outro delito, será que ali ele encontrou realmente um lugar que tenha definido ele de alguma maneira? Porque ele reclama do grupo, mas ao mesmo tempo quando ele vem ao grupo, ele participa e traz coisas, traz contribuições, traz situações em que ele se sente bem, enfim uma série de coisas, as saídas todas ele participava. Ele ainda está com aspecto do IPF, ele não consegue mudar. Ele por mais que compre um tênis, o tênis está sempre rasgado. Por mais que ele compre roupa, a roupa está sempre com um aspecto de institucionalizado (...). Pode ser que tenha mecanismos institucionais que estejam prendendo ele. E isso é uma confusão entre ser amado e ser querido, ser necessário. A gente já viu alguns mecanismos que a instituição faz para impedir que eles saiam. Silvia

Entretanto, mesmo evidenciando sentimentos ambivalentes, encontra-se na narrativa de João o sonho de ter uma casa. Esse desejo faz parte de seus planos para o futuro. Enfatiza que pretende ter uma casa e “uma vida normal”. Quer casar e ter filhos. Disse ainda que “um lar é a privacidade de cada um” e que se anima a morar sozinho. Sonho compartilhado também por Carlos:

Os meus planos agora (...) eu estou procurando um lugar para morar, uma peça para alugar. Alugar uma pecinha. Tenho que morar sozinho por enquanto. Carlos

A Reforma Psiquiátrica propõe que a atenção ao usuário seja realizada em serviços abertos, na comunidade e articulados em rede. A substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos tem como objetivo transformações de ordem

prática, cultural e subjetiva na sociedade, de modo a produzir rupturas no modelo instituído (REFORMA, 2005). Assim, encontra-se na narrativa dos usuários Carlos e Silvia indicativos de que estão podendo vivenciar as mudanças que são necessárias para a inclusão nos espaços da cidade.

Carlos encontra-se morando atualmente num residencial terapêutico da Secretaria da Saúde. Após a saída da instituição tem tido avanços importantes na sua vida. Curou sua asma, fez curso de informática, exercita sua autonomia no SRT e foi inserido no Programa de Volta para Casa do Ministério da Saúde. O dinheiro que recebe desse programa tem garantido a ele a organização de uma poupança para que possa investir em uma moradia definitiva. Encontrou também uma pessoa especial e passou a namorar. Faz parte de seus planos firmarem o namoro e, quem sabe, dividir o mesmo espaço físico futuramente com a namorada. Traz na sua narrativa:

Encontrei ela na Praça da Alfândega e começamos a namorar. A gente se encontra de vez em quando (...) é divorciada. É tranquila, bem calma. Carlos

Para Carlos a vida fora dos muros concretos do manicômio representa a possibilidade de experimentar algo novo, diferente do que viveu no período em que esteve institucionalizado. Agora se defronta com problemas que fazem parte da vida em liberdade e com responsabilidades inerentes à condição de cidadania que conquistou. Precisar pagar suas contas, planejar seu cotidiano, fazer compras, ir ao médico, ao banco, namorar e viver como qualquer pessoa livre e na comunidade. São desafios que ele aceitou.

Miriam Dias (2007), ao analisar a inserção dos usuários no Morada São Pedro (residencial terapêutico), após muitos anos morando no hospital psiquiátrico, escreve que:

(...) os mesmos obtiveram condições favoráveis para a ampliação da autonomia, com possibilidades de maior circulação pela cidade, capacidade de fazer escolhas, acesso ao consumo de bens e materiais, no maior domínio nos cuidados com a própria saúde e no desenrolar da vida diária. Cotidiano este que altera significativamente suas condições de vida, comparadas com as de segregação, típica de institucionalização psiquiátrica, como se verificou na comparação dos desempenhos dos usuários sobre habilidades da vida diária. (DIAS, 2007, p. 221)

Silvia, que também vive em um residencial terapêutico, tem experimentado a liberdade de escolhas e a convivência com outras pessoas na comunidade em que está inserida. O seu plano terapêutico tem como propósito futuro a elevação da sua autonomia e da capacidade de se relacionar com as outras pessoas. Para isso, conta na sua rotina diária, com o auxílio de uma cuidadora – Julia – que faz parte da equipe do residencial. A narrativa de Julia remete a pensar o quanto uma pessoa pode perder da sua autonomia quando permanece por muito tempo em um ambiente que homogeneíza as formas de ser e estar no mundo:

Ela é uma moradora bem difícil de aceitar de ir ao médico, às vezes ela quer, às vezes ela não quer, ela xinga, ela é aquele tipo assim, tá aprendendo a sentar numa mesa pra fazer as refeições, às vezes só de croqui (...). Para uma pessoa que não conhece ela, assusta (...). Ela está se integrando nas casas dos moradores, coisa que ela não fazia. Julia

Na perspectiva de tempo futuro há um longo trabalho de reabilitação a ser feito com Silvia. Contudo, ela está em um local que pode proporcionar essas mudanças e alterar a sua qualidade de vida. De acordo com o Ministério da Saúde (REFORMA, 2005, p. 14-15), as residências terapêuticas devem garantir o direito a moradia e circulação dos usuários “nos espaços da cidade e da comunidade”, bem como respeitar as “necessidades, gostos, hábitos e dinâmicas de seus moradores”.

Silvia recebe o benefício do Programa de Volta para Casa. Essa renda é um fator preponderante na vida dos usuários de saúde mental, especialmente aqueles que não apresentam mais condições de trabalhar. O objetivo do Programa é “contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos” (REFORMA, 2005, p. 16), tornando possível o exercício da cidadania e de uma existência com dignidade e autonomia. Os demais usuários entrevistados na pesquisa também recebem esse benefício mensalmente.

Entretanto, encontra-se nas narrativas de José e Antônio a ausência de acesso ao dinheiro que recebem ou ao que têm direito. Isso porque estão morando em instituições privadas e o benefício que recebem é direcionado ao pagamento do local. Ou seja, as famílias utilizam esse benefício para compor o valor necessário para a manutenção da moradia em espaços privados.

Para José e Antônio a resposta para a questão sobre o que fazer ao sair do manicômio judiciário está limitada a prorrogar o tempo de vida, acomodando-se à rotina institucional a que estão submetidos.

Já para Pedro o futuro é ao lado da família. Narra que pretendem comprar uma casa maior e com mais conforto. Realiza atividades que lhe oferecem prazer como ler, caminhar pelo bairro, escrever, dormir cedo e almoçar com o filho e a nora, disse no transcorrer da entrevista. Pequenos prazeres, mas que são fundamentais para Pedro após os vinte e cinco anos vividos no manicômio judiciário.

Aqui fora eu tenho desde muito tempo uma espécie de *kitinete*. A vizinhança é boa. Meu filho, seguidamente nós nos encontramos e ele me auxilia bastante até na gerência da renda que eu já tentei uma vez e não é muito bom (...). Nunca fui tão feliz como hoje. Pedro

A satisfação de Pedro em estar fora do Instituto é corroborada por sua nora que diz que a vida dele precisa seguir, pois já pagou pelo delito cometido no passado:

Foi mais do que justo ele ter recebido alta, ter recebido o alvará, ter recebido tudo. É a vida dele, tem que seguir. O que passou, passou. Ele tem uma vida. Ele tem que aproveitar a vida dele, a velhice dele.

Vasconcelos (2005) leva a pensar que é possível construir projetos de vida na medida em que se consegue reconciliar com o passado e desejar um futuro melhor:

Se tivermos no passado uma história pessoal complicada, marcada pela dor, pelo sofrimento, pela falta ou excesso, estas cicatrizes estarão lá – cravadas na memória (...) mas as possibilidades de conciliação com este passado dependem fundamentalmente de como estamos nós, agora, no presente, e de como olharmos para frente e construirmos o nosso futuro desejado (...). A experiência de muitas pessoas que vão conquistando o seu processo de recuperação, no campo da saúde mental, mostra exatamente a importância dessa coragem para desejar um futuro melhor, de fazer projetos, de achar caminhos e lutar (...) para concretizá-los. (VASCONCELOS, 2005, p. 148-149)

Nessas narrativas dos nossos entrevistados encontrou-se o registro de existências marcadas por muitas dificuldades, perdas e dores. Mas, sobretudo de pessoas que sobreviveram e que encontraram estratégias de suportar as adversidades a que eram submetidos. Ernesto Venturini escreve, no prefácio do livro

*O veludo, o vidro e o plástico*, de Luis Antonio Baptista (2009, p. 12), que muitas atitudes dos usuários internos de instituições totais, as quais não compreendemos e que são consideradas como “efeitos negativos da doença e da cronicidade”, podem ser, “ao contrário, técnicas inteligentes de sobrevivência inventadas pelo ser humano em terríveis condições de existência”.

Pode-se pensar que, mesmo no contexto dos usuários novamente institucionalizados, a manutenção da vida pode ser um assinalamento de resistência, de ficar vivo para contestar e evidenciar que o cenário que ainda persiste precisa ser problematizado e modificado. Quanto à sociedade em geral, urge que se olhe para essas vidas e se fortaleça a chama que as mantém vivas.

## 7. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaria de tecer algumas considerações acerca do processo de atuação-estudo-aprendizado realizado, mas ressaltar que não se trata de concluir algo, pois seria um contrassenso pensar em finalizar quando se fala o tempo todo em processos. Isso porque não há como distinguir a minha atuação do que estudei e aprendi neste percurso, são processos entrelaçados e que me compõem enquanto profissional, estudante e pessoa. No meu campo de atuação desconstruí e tornei a construir, num movimento permanente de instaurar rupturas no modelo vigente e abrir brechas por onde possam passar outras possibilidades de fazeres. Por isso, não concludo, mas retomo a cada instante.

Tomo emprestado de Picasso (1998, p. 9)<sup>20</sup> a frase: “Se você sabe exatamente o que vai fazer, para que fazer?”, para evidenciar o caráter inventivo que é preciso instaurar na atuação cotidiana em saúde mental, provocando a desestabilização das fronteiras instituídas e cronificadas das práticas hegemônicas observadas em muitas instituições. Nada está tão pronto que não possa ser modificado e qualificado para atender a singularidades ou circunstâncias.

À medida que o processo de atuação-aprendizagem foi acontecendo, deparei-me com o discurso recorrente na saúde coletiva de que não se deve fragmentar as pessoas em aspectos físicos e subjetivos. Entretanto, minha observação cotidiana mostrou que, por mais que isso seja discutido, ainda há instituições que separam saúde/doença, norma/anormal, paciente/pessoa, saber técnico/saber popular, dentro/fora. Essas dicotomias provocam distanciamentos entre profissionais e usuários, fortalecendo a lógica do saber-poder, em que o técnico sabe e determina qual a melhor receita e o melhor procedimento para a pessoa doente.

Essa dicotomia é acentuada no manicômio-prisão. Nesses lugares os usuários não têm espaço de escuta, de decisão, de exercício de autonomia e acabam submetendo-se ao saber-poder dos profissionais que ali atuam. A doença mental se sobrepõe a qualquer outro aspecto da vida humana, especialmente se associada ao delito, corroborando para consolidação de um lugar de menos-valia do portador de sofrimento psíquico.

---

<sup>20</sup> *Picasso em uma só linha*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1998.

A institucionalização é uma das marcas decorrentes desse processo, como narraram os usuários nas entrevistas realizadas. Durante o tempo em que viveram no manicômio judiciário, foram destituídos de subjetividade, de singularidade e suas vozes foram sufocadas. Estavam submetidos às regras institucionais e institucionalizantes que moldavam os modos de viver no espaço de confinamento. Sem espaço para produção de outros arranjos existenciais, muitos acabaram por submeter-se ao que estava posto e aguardaram o tempo passar. E o tempo passou. Como estratégia de sobrevivência no hospital-prisão, os usuários, “adequaram-se” ao protocolo institucional. As dores, o sofrimento, as perdas e a distância cada vez maior entre a vida dentro e a vida fora dos muros concretos e simbólicos da instituição marcam o existir dos usuários que lá se encontravam.

A fragmentação das pessoas e da vida é um recurso perverso utilizado pelas instituições totais como modo de “garantir” a sua sobrevivência. Ou seja, seguindo essa lógica de impessoalizar as relações e o cuidado promove-se o “distanciamento necessário” para a manutenção da ordem e dos protocolos estabelecidos pelos detentores do saber. Os “ensinamentos” e a formação de futuros profissionais seguem essa lógica e esse caminho, com abismos estabelecidos entre os que os sabem e os que necessitam de tratamento e cuidado.

A transformação desses lugares e das práticas se faz urgente. Não se pode contribuir, enquanto profissionais, com a fragmentação do humano, das práticas da vida e do trabalho. Todos assumem historicamente um lugar de saber e excluem aquilo que não está nos manuais acadêmicos e de formação. E um dos caminhos é intervir na formação. Transpor os muros das salas de aula, da universidade e exercitar o ensino na convivência prática é uma das estratégias que poderá mudar o cenário da atenção em saúde mental.

Nesse sentido, torna-se relevante problematizar as práticas da psicologia no campo da saúde no sentido de estabelecer críticas transformadoras das práticas sociais nesse campo. Desse modo, estabelece-se o desenvolvimento de “um trabalho singular de desinstituir o silêncio imposto por práticas alienadas e criar momentos de interlocução entre pessoas, disciplinas, grupos, instituições e comunidades” (SCARPARO, 2005, p. 286). Problematizar o cenário, mudar as práticas.

Como direção com várias vias e possibilidades, tem-se a Reforma Psiquiátrica e a humanização. Pode-se tomar uma dessas vias e pensar o cuidado ao portador

de sofrimento psíquico como um investimento na vida, exercitado em liberdade. Ainda, como um ato político que levará a abrir espaços inclusivos da diferença, provocando movimentos e rupturas nas estruturas dos serviços e instituições. Nesse fazer, a reabilitação pode ser tomada como uma atitude de rever o hábito, problematizando-o e ressignificando o modo de fazer.

Corroborando com essa perspectiva Pitta (1996, p. 21) coloca que a reabilitação dos usuários institucionalizados é uma “reaprendizagem do uso de tempo e espaço com ritmos domésticos e afetivos”, nada muito diferente do que vivemos nas nossas casas. Salienta ainda, que essa reaprendizagem precisa ser centrada nas singularidades de cada pessoa, promovendo a retomada do cotidiano e estabelecendo relações com as demais pessoas da comunidade.

Desse modo, chega-se a outra via que nos direciona a refletir criticamente os modos de relacionamentos. As relações, na perspectiva da humanização, são horizontalizadas, em que cada pessoa tem responsabilidade no enfrentamento das questões relativas às mudanças no campo da saúde (BRASIL, 2008). É no processo de cogestão e participação que as diferenças irão se produzir.

Entretanto, sabe-se que o manicômio judiciário é um terreno árido. As mudanças que precisam operar não são fáceis de serem realizadas. As resistências são múltiplas e a força da institucionalização se faz presente em todos os corredores, salas, unidades e espaços habitados por profissionais e usuários. A inserção nesse espaço precisa ser habilidosa e estratégica, de modo a provocar as brechas para que outras possibilidades possam se instalar e desestabilizar o que está instituído. Isso requer tempo e muita persistência, pois, além da estrutura física que precisa ser desmontada, os muros internos também precisam ser derrubados.

Cabe mencionar o campo também árido que é a sociedade e suas estruturas, da qual o manicômio faz parte. Tomada pelo senso comum, determina que a loucura é algo que está fora de si e que precisa ser contida e separada dos demais cidadãos do mundo. O trabalho de desmistificação também demanda investimentos altos por parte dos profissionais e das pessoas identificadas com a luta antimanicomial e que acreditam que a loucura é uma “experiência legítima e pensável do corpo, da existência, do pensamento”, como refere Lobosque (2001, p. 22).

Na caminhada de enfrentamento das resistências, pode-se ancorar na rede de serviços substitutiva ao manicômio e recobrar o fôlego para continuar o trabalho em direção a uma *sociedade sem manicômios*. A partir das ações desenvolvidas nesses

serviços é possível tentar “restabelecer o lugar social da loucura”, como salienta Amarante (2007, p. 57), alterando não somente as práticas, mas a concepção social e cultural acerca da doença mental.

Neste percurso foram ouvidas narrativas de vida. Ouvi os usuários falando do *dentro* e do *fora* do manicômio. Dos muros que deixaram no hospício-prisão e dos muros que encontraram na vida *fora* deste. São histórias únicas que contam da vida de muitos. Esse processo de ouvir os participantes mostrou o quanto é importante o exercício da escuta e o quanto possibilitou ampliar a minha sensibilidade. Poder escutar e problematizar um tema tão denso e complexo só reforçou o desejo de intensificar o trabalho de desconstrução dos manicômios, sejam eles externos ou internos.

A riqueza da vida expressa pelos participantes da pesquisa nas suas narrativas revela o quanto é importante não desistir de investir na vida e no cuidado em liberdade. São ações simples, singulares e potentes de afeto que podem fazer a diferença na vida dessas pessoas. Acredito que outras marcas são possíveis de se conquistar. Não a marca da violência, da institucionalização, da subordinação, do estigma e do abandono. Essas precisam ser removidas e resignificadas. Falo de marcas de respeito à diferença, de cidadania, de superação, de emancipação e de liberdade. Essas marcas tem outra conotação na vida dos usuários, portanto, não é possível para os profissionais ou cuidadores se furtarem desse compromisso.

A cada minuto penso no processo vivido, penso outras considerações. São as possibilidades de diálogo que daqui para frente vou levar para os diferentes espaços que a vida me proporcionará. Termino essa etapa, mais uma vez, com Picasso (1998, p. 20): “Se existisse uma única verdade, não seria possível fazer cem quadros com o mesmo tema”.

## REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, César Marcos. Apontamentos para uma História da Criminologia no Brasil. In: *História da Justiça Penal no Brasil: pesquisas e análises*. Organizador Andrei Koener. São Paulo: IBCCRIM, 2006.
- ALVAREZ, César Marcos. Controle Social: notas em torno de uma noção polêmica. In: *São Paulo em perspectiva*, 18 (1): 168-176, 2004.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ASSIS, Rafael Damasceno de. *As prisões e o direito penitenciário no Brasil*. 2007. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3482/As-prisoos-e-o-direito-penitenciario-no-Brasil>. Acesso em: 24/4/2010.
- ATAS e RELATÓRIOS DO GRUPO DE TRABALHO, 2007, 2008, 2009, 2010.
- BARROS, Fernanda Otoni de. *Liberdade e responsabilidade: por uma sociedade sem prisões*. Disponível em: [http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/noticias/noticiaDocumentos/Aprisionamento\\_-\\_Fernanda\\_Otoni.pdf](http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/noticias/noticiaDocumentos/Aprisionamento_-_Fernanda_Otoni.pdf), s/d.
- BARROS, Fernanda Otoni de. Um mundo sem prisões é possível? In: *Atuação do psicólogo no sistema prisional*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2010, p. 143-153.
- BECCARIA, C. *Dos delitos e das penas*. São Paulo: Editora Martin Claret, 2000.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização em saúde: um novo modismo? *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. v. 9, nº 17, p. 389-406, mar/ago 2005.
- BEZERRA JUNIOR, Benilton. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio da dor. In: *Caderno de Saúde Mental*. Organização Ana Marta Lobosque. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007, v. 1, p. 23-31.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual do Programa De Volta para Casa /*

Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? In: *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago 2005.

CAMPOS, Florianita C. Braga; FRASSETO, Flávio Américo. *Reforma Psiquiátrica e Defensoria Pública*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/emdefesaflorianitaefrasseto.pdf>  
Acessado em: 18/12/2010

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CARRANZA, Elías (coordenador). *Cárcere e justiça penal na América Latina e Caribe: como implementar o modelo de direitos e obrigações das Nações Unidas*. Secretaria Nacional de Justiça do Ministério da Justiça do Brasil. 2009. Site: [www.ilanud.or.cr](http://www.ilanud.or.cr)

CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CARRARA, Sérgio. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. In: *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. Centro de Estudos do Crescimento e do Desenvolvimento do Ser Humano da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2010; 20(1): 16-29.

CARVALHO, Herbert. Sistema prisional: há saída para a crise? Reforma penitenciária exige mudança de cultura e mentalidade. In: *Panoramas Brasileiros*, n. 393. SESC São Paulo, maio-jun 2009.

CASTRO, Edgardo. *Vocabulário de Foucault – um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

COIMBRA, Valéria e KANTORSKI, Luciane (organizadoras). *Atenção psicossocial no sistema único de saúde*. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária – UFPel, 2010.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. In: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2004; 38(2): 197-205.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. *Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://altdiritto.unifi.it/ricerche/latina/index.htm> (2007)  
Acessado em: 20/4/2010.

COYLE, Andrew. A penitenciária do futuro: como reduzir os danos que a prisão acarreta sobre os reclusos e sobre a sociedade. In: *Cárcere e justiça penal na América Latina e Caribe: como implementar o modelo de direitos e obrigações das*

Nações Unidas. Secretaria Nacional de Justiça do Ministério da Justiça do Brasil. 2009, p. 108-115.

CULLETON, Alfredo; BRAGATO, Fernanda Frizzo; FAJARDO, Sinara Porto. *Curso de Direitos Humanos*. São Leopoldo: UNISINOS, 2009.

DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940. Código Penal. Senado Federal. Subsecretaria de Informações.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 171-202.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *As razões da tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DIAS, Míriam Thais Guterres. *A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro*. Tese de doutorado. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-graduação. PUCRS. Porto Alegre, março de 2007.

FONSECA, Paulo; SORDI, Rudyard E.; THOMAZ, Theobaldo O. *O Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso – Aspectos de sua evolução nos últimos vinte anos*. Maio/ 1981 (texto não publicado).

FERREIRA, Carmen Vera; BARFKNECHT, Kátia; BERTUOL, Márcia. GerAção/POA. In: *Saúde em Porto Alegre*. Ano 1, n. 1, jun/dez 2004. Porto Alegre: Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, 2004. 104 p.

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir – História da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRIZZO, K. R. *Diário de Campo*. Artigo não publicado, 2005.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

HOBBSAWM, Eric. *A Era das Revoluções*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

ILANUD: Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente. *Cárcere e justiça penal na América Latina e Caribe: como implementar o modelo de direitos e obrigações das Nações Unidas*. Secretaria Nacional de Justiça do Ministério da Justiça do Brasil. CARRANZA, Elías (coord.). 2009. Site: [www.ilanud.or.cr](http://www.ilanud.or.cr)

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002.

LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: 1990-2004/ Ministério da Saúde. 5ª edição ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

LEI Nº 7.209, DE 11 DE JULHO DE 1984.

LEITE, Loiva. Alternativas geradoras de responsabilidade e as subjetividades. In: *Atuação do psicólogo no sistema prisional*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2010, p. 83-90.

LEITE, Loiva; OLIVEIRA, Marco Antonio Pires de. O trabalho da equipe itinerante nos processos de inclusão social de portadores de sofrimento psíquico. In: *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 36, p. 53-60, agosto 2006.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MARAZINA, Izabel. Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. In: *Saúde Loucura*, nº 01. Hucitec, 1989.

MÁRQUEZ, Gabriel García. *Doze contos peregrinos*. 11. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

MARSILLAC, Ana Lúcia Mandelli de. Política Nacional de Humanização em Análise: aberturas utópicas. In: *Boletim da Saúde*. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública. v. 23, n. 2, 2009. Porto Alegre: SES/ESP, p. 23-32.

MATTOS, Virgílio de. Canhestros caminhos retos: notas sobre a segregação prisional do portador de sofrimento mental infrator. In: *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. Centro de Estudos do Crescimento e do Desenvolvimento do Ser Humano da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2010; 20(I): 51-60.

MECLER, Kátia. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. In: *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. Centro de Estudos do Crescimento e do Desenvolvimento do Ser Humano da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2010; 20(I): 70-82.

MELLO, Adriana Pinto de. Entre a cruz e a espada. In: *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. Centro de Estudos do Crescimento e do Desenvolvimento do Ser Humano da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2010; 20(I): 106-111.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MISSAGGIA, Clademir José Ceolin. Itinerário para desconstrução do Instituto Psiquiátrico Forense do Rio Grande do Sul. In: *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. Centro de Estudos do Crescimento e do Desenvolvimento do Ser Humano da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2010; 20(1): 129-137.

MISSAGGIA, Clademir José Ceolin. A minha experiência no Instituto Psiquiátrico Forense – itinerário para a desconstrução do Instituto Psiquiátrico Forense no Rio Grande do Sul. In: MULTIJURIS. Ano IV, nº 8, dezembro de 2009.

MONTEIRO, Ana; COIMBRA, Cecília; MENDONÇA FILHO, Manoel. Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? In: *Psicologia & Sociedade*; 18 (2): 7-12; maio-ago. 2006.

MORIN, Edgar. *Ciência com consciência*. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

MORIN, Edgar. *Amor, poesia e sabedoria*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

MORIN, Edgar. *O método 5: a humanidade da humanidade*. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MOTA & BRAICK. *História das cavernas ao terceiro milênio*. São Paulo: Moderna, 1997.

OLIVEIRA, Carmen Silveira de. *Sobrevivendo no inferno: a violência juvenil na contemporaneidade*. Porto Alegre: Sulina, 2001.

OLIVEIRA, Ana Cristina de Alencar Bezerra. *O buraco negro do ser: manicômio do vazio: a (des)estrutura dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil*. Centro Universitário UNIEURO. Programa de Mestrado em Ciência Política. Dissertação de Mestrado. Brasília, 2009.

ORLANDI, Eni P. *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. 7. ed. Campinas, SP: Pontes, 2007.

O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PACHECO, Sergio. Benefício da alta progressiva. In: *Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional*. Org.: Carlos Alberto Crespo de Souza & Rogério Gottert Cardoso. Porto Alegre: Sulina, 2006.

PASCHE, Dário Frederico. Princípios do SUS e a humanização das práticas de saúde. Versão preliminar do texto apresentado no Seminário *A Humanização do SUS em debate*. Vitória, 25 e 26 de junho de 2008.

PASCHE, Dário Frederico. *II ENCONTRO DE HUMANIZAÇÃO DA SMS*. Realizado no Auditório da Secretaria Municipal de Administração, promovido pelo Comitê de Humanização da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, 28/9/2010.

PAULILO, M. A. S. A pesquisa qualitativa e a história de vida. Disponível em: [http://www.ssrevista.uel.br/c\\_v2n1\\_pesquisa.htm](http://www.ssrevista.uel.br/c_v2n1_pesquisa.htm). Consulta em 6 de outubro de 2009.

PELBART, Peter Pál. Um convite à loucura: nem o império da ordem, nem a inércia do caos. In: *Caderno de Saúde Mental*. Organização Ana Marta Lobosque. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007, v. 1, p. 13-20.

PELBART, Peter Pál. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras Ltda, 2003.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. In: *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro. v. 9(2): 335-55, maio-ago. 2002.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. Erasmo: o estranho da loucura criminal. In: *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, II, 2, 121-143, 1999.

PERROT, Michelle. *Os excluídos: operários, mulheres e prisioneiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

PITTA, Ana Maria Fernandes (org.) Reabilitação psicossocial: uma prática à espera da teoria. In: *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 150-154 (*Saúde Loucura*, 10)

RAUTER, Cristina. *Criminologia e subjetividade no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

RAUTER, Cristina. Clínica e estratégias de resistência: perspectivas para o trabalho do psicólogo em prisões. In: *Psicologia e Sociedade*; 19 (2): 42-47, 2007.

REFORMA Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma de Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde. Brasília, novembro de 2005. Site: <http://portal.saude.gov.br>

ROTELLI, Franco; NICACIO, Fernanda. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCARPARO, Helena B. K. *Psicologia Comunitária no Rio Grande do Sul: registros da construção de um saber-agir*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

SILVA, Rosane Neves da. *A invenção da psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

SILVA, Vagner Gonçalves da. *O antropólogo e sua magia: trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões afro-brasileiras*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

SUS É LEGAL. Rio Grande do Sul. Legislação Federal e Estadual. Outubro de 2000.

VASCONCELOS, Eduardo. O valor de se encontrar caminhos próprios no trabalho, nas artes, nas terapias alternativas e na vida espiritual. In: *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. Organização: Eduardo Vasconcelos *et al.* Rio de Janeiro-São Paulo: EncantArte-Hucitec, 2005, p. 148-149.

VENTURINI, Ernesto. *Prefácio do livro: o veludo, o vidro e o plástico: desigualdade e diversidade na metrópole*. Luis Antonio Baptista. Niterói: EdUFF, 2009.

YABIKU, Roger Moko. Da função das penas: do suplício do corpo ao suplício da imagem. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 1058, 25 maio 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8386>>. Acessado em: 24/10/2010.

WACQUANT, Löic. *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

## **ANEXOS**

## A – Aprovação do Comitê de Ética da PUC



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-1602/09

Porto Alegre, 25 de novembro de 2009.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 09/04893 intitulado **"Há vida lá fora? Possibilidades de re-encontros nos caminhos da existência"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Roberto Goldim  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.  
Profa. Helena Beatriz Scarparo  
Nesta Universidade

**PUCRS****Campus Central**

Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000

Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345

E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

## B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

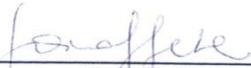
## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante:

Sou psicóloga, mestranda do programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa sob orientação da professora Helena Scarparo, cujo objetivo é problematizar os processos de inclusão social dos pacientes egressos do manicômio judiciário, após extinção da medida de segurança. Sua participação envolve em dar entrevistas que serão gravadas, se assim você permitir e, também, conhecer o seu local de moradia atual, com quem vive, quais os recursos existentes em termos de saúde e assistência, entre outros. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a). Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelas pesquisadoras Loiva dos Santos Leite e Helena Scarparo, fone 51 – 9945-5524 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone 3320 3345.

Atenciosamente,

  
 \_\_\_\_\_  
 Loiva dos Santos Leite  
 Pesquisadora  
 Matrícula: 09190900 – 2

  
 \_\_\_\_\_  
 Helena Scarparo  
 Professora Orientadora  
 Matrícula: 032464

**Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.**

\_\_\_\_\_  
 Nome e assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
 Local e data