

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

PRISCILA SIMENC ROCHA LOPES

**ENTRE GRADES E MACAS: COSTURANDO ENCONTROS E AFETOS COM
AS PESSOAS EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA DE SEGURANÇA NA
UNIDADE DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO ESPÍRITO
SANTO**

**VITÓRIA
2018**

PRISCILA SIMENC ROCHA LOPES

**ENTRE GRADES E MACAS: COSTURANDO ENCONTROS E AFETOS COM
AS PESSOAS EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA DE SEGURANÇA NA
UNIDADE DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO ESPÍRITO
SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional – Mestrado em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientador (a): Profa. Dra. Luziane de Assis Ruela Siqueira

VITÓRIA

2018

A vida que pulsa em toda sua multiplicidade e formas de ser.

A Ana, minha pequena e grande vida.

A Suelen e sua inspiradora loucura.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar, pois dEle veio a força necessária que me permitiu caminhar até aqui.

Agradeço ao meu esposo André Bonela Lopes, pelo companheirismo e incentivo de sempre. Obrigada por compartilhar a vida comigo, pelas dores e sabores dessa experiência.

À minha filha Ana, que mesmo sem entender, me inspira a querer ser melhor e a colaborar para que o mundo seja mais humano e justo.

Agradeço a minha orientadora Dra. Luziane de Assis Ruela Siqueira, pelo acolhimento, encorajamento e cuidado. Obrigada por compartilhar esse percurso comigo, por transferir mais do que seus conhecimentos acadêmicos. Sua ética me inspira. Saiba que nossa gratidão, digo nossa porque incluo André e Ana, é imensurável.

Aos pacientes da Unidade de Custódia, por me permitirem o contato, o afeto.

À Secretaria do Estado e da Justiça pela autorização favorável que me proporcionou realizar o presente estudo.

À direção da Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Espírito Santo, nas pessoas de Roberta Barbosa dos Santos Prastes e Joania Chiabai, pela receptividade com que sempre me receberam e pela grande colaboração em todo processo de pesquisa.

À colega Joyce dos Reis Machado, a quem tive o prazer de conhecer, e que em muito me ajudou na coleta dos dados junto aos prontuários.

Agradeço a professora Dra. Renata Costa-Moura, por ter acolhido meu projeto inicial e ter me conduzido em parte desse percurso.

Agradeço aos professores Dra. Janaína Mariano César e Dr. Johnny Menezes Alvarez, pela disponibilidade e leitura cuidadosa. As contribuições feitas na primeira banca, foram fundamentais para o andamento e finalização desse trabalho.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, minha gratidão e respeito, por toda dedicação no compartilhamento do saber e fazer pesquisa.

À Soninha, pela paciência, pela escuta e pelos conselhos. Sua energia é maravilhosa, e faz bem.

Ao cunhado e amigo Weden Carlos Ramos por compartilhar o mesmo ambiente de estudo durante parte da escrita e pela importante ajuda na leitura do trabalho final.

Ao colega Herlan Wagner Peixoto, pela provocação. Na ocasião da apresentação da Monografia, não respondi sua pergunta, no entanto, a questão retorna a mim de forma inevitável, e sua resposta é parte da conclusão deste trabalho.

À CAPES, por financiar parte desta pesquisa.

RESUMO

Os “loucos” assim como os “criminosos” são, historicamente, considerados um risco em potencial à sociedade e por isso mesmo, são por ela excluídos. Mas, e quando falamos de “loucos criminosos”? A literatura aponta que essa parcela da população vem sofrendo por anos com a desassistência em seus direitos elementares, lançados aos manicômios ou mesmo em presídios comuns sem ao menos a oportunidade de um tratamento adequado ao seu estado de saúde. Quem determina o curso dessas vidas? Quem são essas pessoas, quais suas características, suas histórias? Essas indagações nos motivaram a desenvolver a presente pesquisa que tem por objetivo compreender quais aspectos da vida das pessoas com transtorno mental que cometeram crimes e estão em cumprimento de Medida de Segurança no Hospital de Custódia do ES, hoje chamado de Unidade de Custódia. Nossa aposta no *ethos* cartográfico e na pesquisa como acontecimento nos permitiu olhar para os dados dos prontuários e para os encontros com as pessoas que vivem na instituição de forma a perceber os jogos de força e as estratégias do poder que orientam nossa percepção acerca dessa população e também, conduzem suas vidas ao silenciamento e dominação. A leitura atenta de algumas obras de Foucault, como “Vigiar e punir” e “Infames da história” nos acompanharam no percurso e nos conduziu a um olhar crítico sobre o processo de construção da noção de louco como indivíduo perigoso, indigno de fala e existência no espaço social. O louco que ganha visibilidade após o choque com o poder, que toma essa vida e determina o que será dela. Favret-Saada, Suely Rolnik e outros contemporâneos nos apresentaram a possibilidade de um novo olhar para a pesquisa, um modo sensível e sensorial. Dessa forma, fomos trilhando os caminhos, descosturando e recosturando certezas, conhecendo histórias e sendo afetada por elas. Nos conduzimos pela via do acontecimentalizar, percebemos que as histórias contadas/escritas não correspondiam à história completa daquelas pessoas, que suas existências não se reduzem ao crime outrora praticado e que os conduziu à aquela instituição. Não concluímos, não o podemos fazer, encerramos essa pesquisa compreendendo que é preciso conhecer o humano que habita o manicômio, conhecer sua loucura e sua história é romper com o paradigma de que são

apenas “loucos e criminosos”. Conhecer suas histórias é apostar na vida que pulsa e que pode ser livre, livre da dor, da morte e do abandono.

Palavras-chave: Medida de Segurança; Inimputabilidade; Unidade de Custódia do ES.

ABSTRACT

"Fools" as well as "criminals" are historically considered to be a potential risk to society and therefore are excluded by it. But what about "crazy criminals"? The literature indicates that this part of the population has been suffering for years with the lack of assistance in their basic rights, placed in asylum or even in common prisons without at least the opportunity of an appropriate treatment for their state of health. What determines the course of these lives? Who are these people, what are their characteristics, their stories? These inquiries have motivated us to develop the present research that aims to understand which aspects of the life of people with mental disorder who have committed crimes and are in compliance with Security Measure at the Hospital of Custody of the ES, today called Unit of Custody. Our focus on the cartographic ethos and the research as an event allowed us to look at data from the charts and meetings with people living in the institution in order to perceive the power games and the strategies of power that guide our perception about this population and also, lead their lives to silencing and domination. The attentive reading of some of Foucault's works, such as "Watch and Punish" and "Infamous of History" followed us along the way and led us to a critical look at the process of constructing the notion of madman as dangerous individual, unworthy of speech and existence in the social space. The madman who gains visibility after the clash with power, who takes this life and determines what will become of it. Favret-Saada, Suely Rolnik and other contemporaries presented us with the possibility of a new look at research, a sensitive and sensorial way. In this way, we have been walking the paths, breaking out and adding new certainties, knowing stories and being affected by them. We took the path of happening, we realized that the stories told / written did not correspond to the complete history of those people, that their existences are not reduced to the crime once practiced and that led them to that institution. We do not conclude, we can not do it, we close this research comprehending that it is necessary to know the human who inhabits the asylum, to know its madness and its history is to break with the paradigm that they are only "madmen and criminals." To know their stories is to bet on the life that pulsates and that can be free, free of pain, death and abandonment.

Keywords: Safety Measure; Inimputabilidade; Unit of Custody of the ES

LISTA DE SIGLAS

ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

ES – Espírito Santo

HEAC – Hospital Estadual de Atenção Clínica

IASES – Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo

LEP – Lei de Execução Penal

MP – Ministério Público

PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator

PAI-LI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI-PAC – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Autor de Ato Previsto como Criminoso

PET – Programa de Educação pelo Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TJ – Tribunal de Justiça

TM – Transtorno Mental

UCTP – Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Referente ao sexo dos pacientes internados na UCTP em cumprimento de Medida de Segurança.....	68
Gráfico 2 – Referente a idade dos pacientes internados na UCTP em cumprimento de Medida de Segurança.....	69
Gráfico 3 – Referente a cor dos pacientes internados na UCTP em cumprimento de Medida de Segurança.....	69
Gráfico 4 – Referente a escolaridade dos pacientes internados na UCTP em cumprimento de Medida de Segurança.....	70
Gráfico 5 – Referente a situação conjugal dos pacientes internados na UCTP em cumprimento de Medida de Segurança.....	70
Gráfico 6 – Referente a infração penal imputada aos pacientes internados na UCTP em cumprimento de Medida de Segurança.....	71
Gráfico 7 – Referente ao tempo de internação imputado aos pacientes internados na UCTP em cumprimento de Medida de Segurança.....	72
Gráfico 8 – Referente ao índice de reincidência dos pacientes internados na UCTP em cumprimento de Medida de Segurança.....	72

Gráfico 9 – Referente ao diagnóstico médico dos pacientes internados na UCTP em cumprimento de Medida de Segurança..... 74

Gráfico 10 – Referente ao exame de cessação de periculosidade dos pacientes internados na UCTP em cumprimento de Medida de Segurança..... 75

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO.....	14
2.	INTRODUÇÃO.....	18
3.	MEMORIAL.....	22
3.1	Os caminhos no processo formativo: (re)construindo o fazer pesquisa e ser pesquisadora.....	22
3.2	Costurando processos: da produção de jeans à produção de pesquisa.....	29
4.	O LUGAR DO LOUCO NA SOCIEDADE.....	34
4.1	A medida de segurança e sua aplicabilidade.....	40
4.2	A política e a prática em saúde voltada ao paciente psiquiátrico no Brasil e no Espírito Santo	43
5.	AS FASES DO ENCLAUSURAMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO ES.....	52
5.1	De Manicômio Judiciário a Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.....	52
5.2	Conhecendo a Unidade de Custódia do ES.....	55
6.	CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	60
7.	ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS.....	66
7.1	Dados demográficos dos pacientes em cumprimento de Medida de Segurança na UCTP do Espírito Santo.....	68
7.2	Dados sobre o itinerário jurídico dos pacientes em cumprimento de Medida de Segurança na UCTP do Espírito Santo.....	71

7.3	Dados sobre o quadro de saúde mental dos pacientes em cumprimento de Medida de Segurança na UCTP do Espírito Santo.....	73
8.	ENCONTROS E AFETOS.....	77
9.	RECOSTURANDO PROCESSOS DE VIDA.....	87
10.	REFERÊNCIAS.....	91

1 APRESENTAÇÃO

A discussão acadêmica acerca dos aspectos que envolvem a loucura não é recente. Estudos comprovam que a segregação da loucura existe desde a antiguidade. Muda-se o tempo, mudam-se as formas de segregação, mas sua permanência se faz real ainda nos dias atuais.

Muitas ações tidas como “tratamento” oferecido aos loucos aprisionados nos manicômios pelo fato de haverem cometido um ato tido como criminoso, remete ao crime de tortura, e são comprovadamente, adoecedoras.

Justamente por estar diante de uma realidade tão pungente, onde ações consideradas como desumanizantes continuam existindo nos locais destinados a realizar o tratamento médico do louco infrator, é que surge o interesse nessa temática. *O humano que desumaniza o humano* é, sem dúvida, um fato que choca e ao mesmo tempo, interessa.

A construção social que envolve a noção de indivíduo perigoso, mantém no imaginário social que essas vidas são impróprias de conviver em sociedade, e mesmo com os avanços no campo do saber, da ciência e das políticas que demonstram o contrário, a realidade ainda é assustadora em grande parte do país.

Entender os caminhos que levam a essas práticas e colaborar para a reflexão e extinção das mesmas é o que move o nosso desejo por essa temática, desejo esse que teve início ainda nos primeiros semestres da graduação em Psicologia, e que resultou em uma Pesquisa de Conclusão de Curso (TCC), desenvolvida junto a alguns profissionais, entre técnicos e juízes que atuam em diferentes fases no processo da Medida de Segurança. O resultado do estudo apontou claramente para a necessidade de ampliar o diálogo e ações a respeito da política de tratamento empregada ao paciente psiquiátrico no Espírito Santo, pois se fez notório a existência de um profundo abismo entre política e prática, no que se refere a forma de tratamento oferecida ao paciente psiquiátrico e as ações e políticas organizadas como direito desta pessoa. Identificou-se também que,

apesar da existência de alguns profissionais empenhados em realizar um trabalho humanizado e com qualidade, buscando adequar ao máximo as determinações contidas na Lei 10.216/2001 ao seu exercício profissional, falta iniciativa política para o desenvolvimento de um projeto estadual que valorize a reorientação no modelo de atenção e que dê sustentação às práticas que priorizem o olhar ampliado para o sujeito, ou seja, um olhar que se faz sensível às necessidades de cada sujeito, que considere sua história e especificidades, abandonando a forma de tratamento tal como ocorre nas instituições totais (GOFFMAN, 2003) , que primeiro igualam para depois tratar todos da mesma forma.

Ressaltamos que é preciso adequar o modelo de reinserção social assistida, o fortalecimento de vínculos entre o paciente, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o território, bem como as demais adequações necessárias para as mudanças no modelo de atenção tal como consta na legislação supracitada.

Sabemos que o que aponta tal pesquisa, nada mais é que o retrato histórico de descaso e violência ao qual os loucos estão destinados, e que toda essa construção histórica de violência e ausência de direitos em torno daqueles que são considerados como a escória da sociedade, ocorre pela ação do Estado como agente do poder, que deixa morrer aqueles que já não interessam, por serem considerados improdutivos e não atenderem às demandas de uma sociedade cada vez mais capitalista e menos humana, tal como Foucault nos leva a refletir em suas produções (FOUCAULT, 2007; 2003).

No caso das pessoas com transtorno mental que cumprem medida de segurança, as violações de direitos parecem ser ainda mais evidentes, pois embora exista a Lei 10.216/2001¹ que redireciona as formas de atenção à saúde dessa população no Brasil, ela não parece tê-los alcançado com tanto êxito, pois ainda sofrem com violação de aspectos elementares da vida humana e uma ressocialização cada vez mais distante do ideal, conforme as propostas existentes na legislação vigente em nosso país.

Todavia, não se pretende dizer que os serviços oferecidos às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei estão em desacordo com as normas

¹ A lei 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

jurídicas estabelecidas no Código Penal (CP) do país. O que parece haver, e isso alguns autores apresentam de forma clara em bibliografias que apresentaremos e discutiremos adiante, é que há um “descompasso” entre o CP que é de 1940 e a atual lei que reorienta o modelo de atenção aos pacientes com Transtorno Mental (TM), a Lei nº 10.216, que é de 2001. A lei orienta que a internação só deve ocorrer quando os demais recursos forem insuficientes, cabe, portanto, ao Estado buscar outras formas de tratamento para que as internações não sejam a única medida encontrada nesses casos.

Nessa perspectiva da pesquisa outrora realizada, surge o espaço para dar continuidade às investigações acerca do tema, não mais envolvendo aspectos relacionados às formas de tratamento e atendimento ao chamado paciente psiquiátrico, mas, pela busca em conhecer aspectos da própria população que habita o Hospital de Custódia do Espírito Santo e que, por vezes, vê nessa instituição um local de morada eterna, seja pela característica perpétua da medida, já que esta não possui limite máximo de aplicabilidade, seja pela segregação social que dificulta a inserção dessa população na sociedade, até mesmo nos serviços de saúde responsáveis por acolher esses sujeitos, pois são vistos como “o pior dos piores”, “loucos e criminosos”.

As possibilidades e experiências que poderiam surgir por intermédio do compartilhamento de histórias, nos instigou a desenvolver essa pesquisa, apostamos nos afetos que surgiam em cada encontro, no *ethos* cartográfico que como método de análise dos processos, no diário de campo como forma de contar esses afetos e as marcas que deles ficaram.

A princípio tínhamos a intenção de realizar uma pesquisa documental com base nos achados dos prontuários de Medida de Segurança, fazendo um levantamento comparativo com o estudo censitário realizado pela pesquisadora Déborah Diniz² no ano de 2011 junto aos prontuários (moldes) dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP's) do Brasil, incluindo do Espírito Santo. No

² DINIZ, Debora. **A custódia e o Tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011** [recurso eletrônico]. Editora Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO_CustodiaTratamentoPsiquiatrico.pdf. Acesso em: 05 mai. 2016.

entanto, nos repostaríamos a pesquisar apenas os dados contidos no HCTP do estado do Espírito Santo.

No decorrer do processo, vimos que contar, tabular e comparar esses dados não esgotaria nosso desejo, nossa aposta na vida que pulsa dentro daquele espaço. Por isso, mantivemos o levantamento dos dados junto aos prontuários de Medida de Segurança, mas apostamos no olhar cartográfico para esses dados, não o apresentamos como apenas números, mas conduzindo o leitor para a reflexão sobre o que eles falam, o que é possível ver além daquilo que está posto nas tabelas, pois consideramos importante entendemos que há mais história por trás do molde social no qual estão enquadrados, à saber: “o *louco criminoso*”, por isso, perigoso e incapaz de conviver em sociedade.

O que moveu nosso interesse, foi justamente a existência dessas vidas que merecem serem respeito, como forma de valorização de suas possibilidades e do reconhecimento de que há necessidade de adequação nas formas de tratamento oferecidas a essa população, considerando a valorização da noção de indivíduo com direitos, tal como considera a Constituição Nacional³.

Compartilhamos histórias, resistências, vida. E o leitor verá que nesse processo de pesquisa, o que se encontra é muito mais que dados recortados de uma história incompleta. Por respeito, por direito e por ética, não podemos contar suas histórias, só podemos contar a nossa, resultado dos afetos e das marcas que nesse caminho nos formam criadas.

³ “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]”. BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

2 INTRODUÇÃO

A nova penalidade, de fato, mais do que punir, corrige e cuida. O juiz torna-se um médico e vice-versa. A sociedade de vigilância quer fundar seu direito sobre a ciência; isso torna possível a “suavidade” das penas, ou melhor, dos “cuidados”, das “correções”, mas entende seu poder de controle, de imposição da “norma”. Persegue-se o “diferente” (FOUCAULT, 2003, p. 158).

A pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, também chamado de *louco infrator* representa uma parcela da população que necessita de atenção diferenciada. Pois, a história nos mostra que ao longo dos anos essas pessoas são alvo de abandono e desassistência em seus direitos elementares, considerando o estigma por eles carregado, pois além de *loucos* também são considerados *criminosos*.

Nessa perspectiva os “loucos criminosos” são lançados aos diversos manicômios judiciários e, em muitos casos, lá ficam por toda sua vida. Mas, quem são essas pessoas?

De acordo com o Código Penal brasileiro, o indivíduo que comete um crime em razão de transtorno mental é submetido à medida de segurança, que consiste em um tratamento de saúde determinado pela autoridade judicial na Vara competente ao crime praticado, podendo ser de duas formas: tratamento ambulatorial, ou internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. A definição da forma de cumprimento da medida de segurança irá depender da “periculosidade” do chamado “louco infrator”. Essa periculosidade, que é identificada pelo exame pericial de caráter exclusivamente médico, dará as bases para a interpretação judicial sobre o caso em julgamento (BRASIL, 1940; BRASIL, 2015).

Existe uma vasta literatura que demonstra o caráter histórico que construiu e mantém a noção de periculosidade intrínseca ao “louco”. Foucault (2007) aponta que a periculosidade atribuída ao “louco” muito teve a ver com o advento da “Grande Internação”, quando os loucos, assim como criminosos e demais segregados, ocuparam o mesmo espaço em nome de uma ordem social em ascensão. Segundo

o autor, essa é uma “herança” deixada para a loucura, que permanece até os dias de hoje.

Ao tratar sobre a história da loucura e a noção de periculosidade intrínseca aos loucos, é importante destacar a influência do médico Philippe Pinel, cujos estudos sobre a alienação mental, entendida por ele como lesão do intelecto e da vontade, proporcionou uma forma de tratamento ao alienado, o tratamento moral. Barros-Briset (2011, p.46) destaca a influência da “ideia pineliana de um déficit moral intrínseco na loucura, o que fez dos loucos indivíduos intrinsecamente perigosos”. Segundo a autora a influência do pensamento pineliano consolidou a noção entre periculosidade e loucura, tal como se percebe atualmente, pois “desde então, a identificação da substância maledicente na composição do déficit moral próprio à loucura é algo que se arrasta imutável em todas as teses sobre a periculosidade que temos conhecimento até os dias de hoje” (BARROS-BRISET, 2011, p. 48).

Parece nascer nesse período a relação entre a psiquiatria e o direito, pois com a influência do pensamento pineliano, o alienado deixa de responder pelos seus atos, ficando sob tutela do psiquiatra, que deveria responder por ele. Alguns autores irão dizer que Pinel conferiu uma parcela de subjetividade ao louco, através do espaço de troca com o psiquiatra. Porém, nessa relação, a loucura ainda permanece subjugada, agora, não mais a um único campo do saber (medicina), mas também, ao direito (CARDOSO; PINHEIRO, 2012).

No Brasil, a relação entre a periculosidade e a loucura também tem suas bases na ordem psiquiátrica, solicitada pelo estado a partir da necessidade de retirar dos espaços sociais todas as pessoas que representavam um risco para a sociedade em expansão. Os “doentes mentais” eram trancados nos muitos manicômios, vistos como perigosos e, portanto, impossibilitados de conviver em sociedade (AMARANTE, 2010).

Mesmo com o passar dos anos, o mito da periculosidade intrínseca ao louco ainda permanece no imaginário social, servindo eficazmente como uma justificativa que reforça a não convivência do louco em espaços sociais, naturalizando cada vez mais a segregação e o abandono de seus direitos (PAULON et al, 2017).

Em “A vida dos Homens Infames”, Foucault (2003) nos apresenta essas vidas como

vidas que são tratadas como se não existissem, sem direitos e sem lugar, que por um instante, por um ato dito transgressor, passam a ter a “atenção” do poder, que pune e os lança ao abandono perpétuo sem ao menos considerar o histórico de violações sociais e institucionais que esses sujeitos chamados *transgressores* sofreram. E em se tratando do *louco infrator*, as figuras de poder são muitas (médicos, juízes, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, agentes, etc) todos de alguma forma influenciam no seu futuro, modelando suas formas de existência.

Com efeito, antes mesmo de sentenciados, são lançados aos HCTP's a fim de receberem cuidados médicos, mas a realidade que se mostra e é apresentada por pesquisadores, vai além. Muitos são ali esquecidos, sem haver possibilidade de saída pela ausência de serviços públicos que deem base para a reinserção social (CARDOSO; PINHEIRO, 2012; PINHEIRO, 2013). Tal fato ocorre devido ao modelo de atenção hegemônico estabelecido entre os psiquiatras e as pessoas com transtorno mental que cometeram ato infracional, modelo esse que contribui para a manutenção de práticas custodiais, dificultando a reorientação do cuidado em saúde na comunidade.

Cabe destacar nesse ponto, a importância da pesquisa junto a essa população, a fim de fazer ver as situações diversas que, em muitas vezes, vão de encontro aos direitos fundamentais da vida humana, mas caem no esquecimento e abandono.

A última inspeção aos manicômios judiciários no Brasil, realizada em 2015 evidencia essa realidade. O documento aponta para a urgência na reorganização dos serviços de saúde oferecidos às pessoas em sofrimento mental que respondem judicialmente pelo cometimento de ato tido com infracional ou criminoso. Em se tratando do Espírito Santo, o documento afirma ainda que os métodos utilizados como tratamento no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do estado, “podem ser considerados como tortura” (BRASIL, 2015, p. 67). Ainda sobre a situação dos custodiados do Espírito Santo, em 2011, cerca de 30% das pessoas internadas no HCTP, ali estavam sem necessidade, mesmo havendo laudo atestando a cessação de periculosidade (DINIZ, 2013).

Nota-se então, a importância em compreender essa população, suas histórias de vida e de sobrevivência. Não se trata apenas de conhecer informações documentadas, mas conhecer aspectos da vida, pois acreditamos em vidas que

resistem mesmo em uma instituição total, como é o caso dos manicômios judiciários. Nossa proposta é tornar visível o invisível. Por isso, pode-se falar que essa é uma pesquisa que se faz política, pois consideramos que para haver a organização de um serviço convergente com a política de desinstitucionalização, é imprescindível haver o descortinamento dos aspectos que envolvem a vida daqueles a quem ela deseja alcançar.

Diante dessa questão, o presente trabalho buscou compreender o seguinte problema: Quais aspectos envolvem os sujeitos que cumprem medida de segurança no Hospital de Custódia do Estado do Espírito Santo?

Nosso olhar esteve voltado para a dimensão do sujeito humano que habita na instituição total chamada de hospital. Os afetos, desejos, histórias de vida, resistências, tudo que envolve sua existência nos interessa. Portanto, em nossa escrita trazemos a intenção de tornar o leitor o mais próximo possível da realidade existente dentro de um manicômio judiciário.

Para isso, utilizamos a metodologia de análise de prontuários, contato com profissionais servidores e participações em atividades institucionais. Tornamos esse percurso como uma pesquisa-acontecimento, de forma que não houve uma cronologia prévia, mas sim, o aproveitamento das oportunidades que iriam surgindo no decorrer das visitas de campo. Buscando olhar para o processo de forma cartográfica, mantemos o pensamento na tentativa de compreender como o que ali nos foi apresentado (através das experiências com os prontuários e com as atividades) se constitui. Dessa forma, tudo nos interessou, nos fez pensar, remontar o pensamento, nos inspirando a produzir não somente uma dissertação, mas uma nova forma de olhar a pesquisa.

3 MEMORIAL

O pensamento é uma espécie de cartografia conceitual cuja matéria-prima são as marcas e que funciona como universo de referência dos modos de existência que vamos criando, figuras de um devir (ROLNIK, 1993, p. 247).

3.1 Os Caminhos no processo formativo: (re)construindo o fazer pesquisa e ser pesquisadora

O processo formativo é transformador, e retomar os caminhos que me fizeram chegar até o presente momento se faz fundamental para o meu encontro nessa pesquisa. Um encontro que traz a consciência de estar presente no processo de construção do conhecimento, que é acadêmico, com grande relevância social, mas também é pessoal e singular. Conhecimento que se remonta, e se atualiza ao longo dos desafios que surgem na vida. Essa pesquisa é um desses desafios, que como um presente, têm me permitido olhar de forma crítica para o meu processo formativo, colaborando para a conscientização sobre a minha implicação com o objeto de estudo ao qual me proponho pesquisar, pois esse é o ponto central que trará a liberdade e a segurança necessária para o desenvolvimento desse projeto e o êxito na conclusão do mesmo. Para tanto, me proponho a retomar alguns caminhos que percorri até chegar neste momento, o momento da escrita da dissertação. Como alguém que *descostura* uma peça de roupa para ver e compreender como ela se formou, qual é sua modelagem, o corte e os pontos que se uniram para formá-la, assim conduzirei esse percurso.

Logo no início da graduação, em 2011 o pensamento sobre o futuro profissional já existia: “Como iria me colocar no mercado de trabalho com tanta gente competindo comigo?” Entrei em uma turma com mais de cinquenta alunos e isso me assustou, uma dúvida se fez inevitável: “Como eu iria alcançar o meu espaço?”. Aos poucos fui percebendo que não bastava ser boa aluna, tirar boas notas, apreender as disciplinas com êxito, era preciso ir além, sair dos muros da academia e ampliar os conhecimentos em outras áreas. “Mas, como eu vou fazer isso?”, indagava-me. A

resposta veio por intermédio de uma colega de sala que como eu, tinha a mesma preocupação. Na ocasião, ela me convidou a procurar os professores em busca de um projeto de pesquisa para desenvolvermos, com a finalidade de aprendermos mais sobre esse campo na graduação. Uma luz se acendeu em minha mente: “PESQUISAR!”. Eu não fazia ideia de como era desenvolver uma pesquisa, então fui ler sobre o assunto, para entender como se forma uma pesquisadora, quais as características desse universo tão amplo e novo para mim – *mal sabia que já estava dando o primeiro passo e que minha curiosidade já era em si, parte do olhar do pesquisador.*

Li alguns livros que encontrei na biblioteca da faculdade, me vejo sentada em um banco de cimento que fica bem em frente à escadaria da biblioteca, com uma pequena pilha de livros ao lado. Lendo sobre o tema, logo fui entendendo e me envolvendo afetivamente com os aspectos relacionados à pesquisa, a importância da pesquisa em ciências humanas, a ética relacionada ao sigilo, o rigor exigido no levantamento dos dados e ao mesmo tempo a impossibilidade de uma neutralidade total entre o pesquisador e o processo de produção. *Só não li sobre a cartografia.* Nenhum dos livros que encontrei na biblioteca da faculdade durante a graduação, falavam sobre a pesquisa cartográfica. O encontro com a cartografia que me fez sair do posto de pesquisadora e me transportou para o lugar de participante do processo de construção de conhecimento, um conhecimento que é mútuo, envolvente e dinâmico se deu muito recente, nos encontros que o mestrado me oportunizou. Mais à frente abordarei mais sobre essa mudança de olhar e como foi importante e ao mesmo tempo difícil, romper com as amarras mentais que adquiri ao longo de minha formação acadêmica.

Aos poucos fui descobrindo que pesquisar é uma tarefa muitíssimo importante para as ciências, que sua relevância deve ser científica, mas também social e que é preciso pensar nos efeitos que tal prática produz. Nesse ponto, minha percepção muda, o foco da minha intenção passa a ser “o outro”, a importância que é estar diante de um fenômeno e falar sobre ele, e como isso pode alterar a realidade das pessoas, de forma positiva e também negativa. De forma que surge uma outra dúvida: “Será que estou preparada para tanta responsabilidade?”. Assim, pude perceber minha implicação e o olhar sensível que seria para mim, o ponto central de qualquer trabalho que viria a desenvolver, a única coisa que eu sabia que tinha e

que me fez criar coragem para buscar orientação com alguns professores. Me aproximando daqueles que sabia que podia conversar mais abertamente, expliquei sobre minhas intenções e desejos, sobre o que já havia lido e descoberto. Impossível esquecer o olhar de aprovação e felicidade desses professores, por estar ouvindo de uma aluna recém-chegada ao curso, sobre o seu desejo em se envolver com as pesquisas, ampliar repertórios e apreender mais sobre as metodologias.

Minhas intenções eram as melhores e fui bem acolhida em relação a minha proposta, e também quanto ao medo da responsabilidade que sentia, e não demorou muito para que meu orientador de curso me apresentasse uma pesquisa do Programa de Iniciação Científica financiado pela CAPES⁴. Ansiosa e feliz, mergulhei no projeto que estudava sobre juízo moral de jovens que residiam em periferia, sobre o crime de homicídio e o valor da vida. Foi uma experiência rica e nova para mim. Ao longo do curso, outras pesquisas foram aparecendo, e via nelas a possibilidade de ampliar meu conhecimento acadêmico acerca da psicologia. Em 2014, participei de uma pesquisa pelo Programa Federal chamado PET (Programa de Educação pelo Trabalho), uma proposta interministerial entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, em parceria com a faculdade e a Secretaria de Saúde do município de Vila Velha, onde estudamos sobre o tratamento desenvolvido pelo município junto aos munícipes em estado de adoecimento mental⁵. Logo após, também me envolvi com uma pesquisa de Extensão Universitária junto às técnicas do sistema Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo (IASSES), onde estudamos sobre o adoecimento mental relacionado ao estresse no trabalho⁶.

⁴ LOPES, P. S. R. *O juízo de jovens em situação de risco psicossocial acerca de homicídios e do valor da vida*. In. INICIAÇÃO CIENTÍFICA [recurso eletrônico]: Revista Eletrônica de Iniciação Científica da Faculdade Católica Salesiana - V. 02, n.02 (Dezembro 2013) – Dados eletrônicos. – Vitória: Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Priscila%20Simenc/Downloads/557b3821af648.pdf>._ Acesso em: 12 jun.2018.

⁵ LOPES, P. S. R. *Caracterização epidemiológica da demanda em saúde mental no município de Vila Velha - caso específico das Regiões Administrativas I e II*. In. ESTÁGIO [recurso eletrônico]: Revista Eletrônica de Estágio da Faculdade Católica Salesiana - V. 03, N. 01 (Julho/2014) – Dados eletrônicos. – Vitória: Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,-2014.-Disponível em: <file:///C:/Users/Priscila%20Simenc/Downloads/557b2ccc9f869.pdf>. Acesso em: 12 jun.2018.

⁶ LOPES, P. S. R. *Projeto cuidar da saúde: uma questão socioeducativa*. In. EXTENSÃO [recurso eletrônico]: Revista Eletrônica de Extensão da Faculdade Católica Salesiana - V. 03, N. 01 (Julho 2014) – Dados eletrônicos. – Vitória: Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Priscila%20Simenc/Downloads/557b2cadb4b38.pdf>. Acesso em: 12 jun.2018.

Chegando ao final do curso, tive a oportunidade de desenvolver uma pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso, obrigatório como requisito de aprovação final. Nesse ponto algumas dúvidas foram inevitáveis quanto ao tipo e objeto de pesquisa. Por já haver participado de outros projetos, poderia dar continuidade e explorar a fundo algum deles, mas, não o fiz. Fui para um campo relativamente novo para mim. Inspirada pelas aulas de Psicopatologia e Saúde, me envolvi com o adoecimento mental grave e em como essa parcela da população vem sofrendo com descaso, exigindo assim, atenção e práticas efetivas na área social e de saúde pública, visando a adequação de seus direitos legais e elementares. Assim se deu minha descoberta nesse universo complexo e contraditório dentro do campo da psicologia. Universo porque é amplo em produções, histórias e sentido, complexo porque, mesmo hoje, em grande parte do Brasil os manicômios judiciários ainda são uma realidade, apesar da luta por dignidade humana e justiça em favor dessa população, e contraditório porque em muitos casos, a medida de segurança se configura como uma punição perpétua ao sujeito considerado inimputável.

Nessa linha, passei a pesquisar e encontrei dentro da população que sofre com o adoecimento mental grave, aqueles aos quais as leis atuais menos têm favorecido, esses que são considerados “o pior dos piores”, indignos de direitos por serem “loucos, e ao mesmo tempo perigosos”. Minha curiosidade era conhecer como se aplica o tratamento aos “loucos infratores”: se em relação aos “loucos comuns” a situação vem avançando de forma lenta, como será em relação àqueles que cometeram algum crime? Em posse desse problema e pesquisando mais sobre ele, descobri que são submetidos a uma sanção penal em forma de Medida de Segurança. Logo me deparei com a triste realidade dos Hospitais de Custódia, que possuem características de manicômios e, como toda instituição total, aprisionam, igualam e ferem os direitos e dignidade de pessoas que precisam de um olhar humano e individualizado. Nessas instituições estão as pessoas que cumprem medida de segurança, ou esperam por um exame de sanidade mental⁷.

⁷ LOPES, P. S. R. *Medida de segurança aplicada à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei: uma questão de saúde*. In. TCC [recurso eletrônico]: Revista Eletrônica de Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade Católica Salesiana - V. 04, n.02 (Dezembro 2015) – Dados eletrônicos. – Vitória: Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Priscila%20Simenc/Downloads/593965bc38972.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018.

O primeiro contato com a instituição que viera a ser meu campo de estudo não foi fácil, inúmeros e-mails e telefonemas até conseguir agendar uma reunião para apresentação do projeto de pesquisa. Quando enfim consegui um dia e horário com os profissionais do Hospital, mais um desafio surgiu. A instituição fica muito distante, não passa ônibus por perto e o último ponto fica muito distante do local que é ermo e entre uma área de mata. Fui caminhando até a instituição, com a esperança de que não seria tão distante, pois foi muito difícil marcar aquele encontro, não queria perder a oportunidade de forma alguma.

“Andei bastante, mas ainda estava muito distante de chegar. Me aproximei de um senhor que mora a beira da estrada e perguntei sobre a localização do hospital, o senhor me orientou a não ir até lá sozinha a pé, que seria perigoso por ser um local ermo e com mata, além de ainda ter que andar por alguns metros. Nesse momento eu desisti, agradecendo ao senhor pela informação e dando meia volta para retornar ao ponto de ônibus. Mas, o senhor deve ter percebido minha tristeza e decepção por não conseguir alcançar o meu objetivo naquela tarde e me ofereceu uma ajuda. Disse que se eu quisesse, ele me levaria de carro até lá juntamente com sua esposa. Fiquei receosa, mas aceitei rapidamente. Logo ele entrou em casa e veio com uma senhora que parece não ter gostado nada da proposta, o que me fez sentir vergonha. Me expliquei mais uma vez e disse que não precisavam se incomodar. Mas ele insistiu, disse que não custava nada para eles, e que estavam fazendo uma boa ação, pois acreditava que seria algo importante minha ida até lá. Consentí com a cabeça e logo entrei no carro, feliz” (Diário de campo, 2015).

Na instituição, fui submetida aos mesmos procedimentos de segurança tal como normalmente ocorre no sistema prisional. Fui encaminhada por um agente até a sala da diretora do Hospital que já me aguardava. O lugar me pareceu bem agradável, com boa luminosidade, arejado e com uma decoração viva, flores, quadros, etc. Foi um encontro amigável, fui bem recebida e depois de uma conversa amigável, porém com tom defensivo por parte da direção e demais profissionais, meu projeto foi aceito. Naquele mesmo dia, pude fazer as entrevistas que precisava para meu estudo. Não visitei as alas e nem tive contato com os pacientes. Não era esse o objetivo, pois o trabalho se limitava aos contatos e informações técnicas a respeito das Medidas de Seguranças.

Saí de lá impactada.

Ao mesmo tempo que percebi a existência de um olhar humano e acolhedor por parte de alguns profissionais, com uma implicação pessoal muito forte em tornar o lugar mais humano e agradável, também pude perceber a inexistência de uma ação que valorize o contato com a rede do SUS e mesmo com os familiares, visando o fortalecimento dos vínculos e a ampliação da possibilidade de inserção social e familiar dos pacientes. Me pareceu que a instituição, no que tange à desinternação, a fazem sem uma importante preparação prévia, visando o fortalecimento do vínculo daquela família que irá receber novamente o paciente recém desinternado.

O impacto que senti foi justamente por não haver uma proposta de trabalho nessa direção, algo que ampliasse o diálogo e o olhar para essa parte do tratamento que é de suma importância para garantir o direito do paciente em retornar para sua vida social sendo bem assistido pela Rede de Saúde Pública e pela instituição na qual passou dias (ou anos) em internação para tratamento médico. O não compartilhamento de responsabilidades parece ser um dificultador para o desenvolvimento de ações em direção à ampliação do cuidado em rede aberta.

Na conclusão do referido trabalho, essa característica se destacou como dado importante para o retorno do paciente à instituição por reincidência, ou até sua permanência adieterna, por impossibilidade de voltar a sua família ou local de origem.

Considerando a relevância que a ausência dessas e de outras medidas causam na vida dos pacientes, famílias e sociedade em geral e encorajada pela orientadora da monografia e também pela banca examinadora que viram no campo a oportunidade de ampliar a discussão sobre o tema, fui movida a submeter um projeto de pesquisa no programa de Psicologia Institucional da UFES. Ao me deparar com a aprovação, a felicidade era enorme, porém, o medo e a responsabilidade novamente compareceram. O receio agora seria em não conseguir a aprovação da Secretaria de Estado de Segurança Pública (órgão que administra o HCTP), pois era necessário que a secretaria aprovasse minha pesquisa tal como me proponho a fazê-la. Logo de início fiz os contatos com a secretaria e submeti o projeto de

pesquisa que passou por uma análise até sair o despacho favorável ao desenvolvimento da pesquisa no campo proposto.

No que se refere a minha inserção no campo, novamente, as coisas não fluíram tão rápido e fácil. Não houve burocracias, mas houve uma demora relativamente importante, que com o tempo, vim a entender. Em posse do documento emitido pela secretaria, fiz contato via E-mail com o HCTP logo no final de 2016. Mas, como ocorrera na minha experiência passada, não consegui resposta prontamente. Liguei algumas vezes e expliquei do que se tratava a pesquisa e que já tinha Despacho favorável emitido pelo Secretário de Segurança, mas fui orientada a aguardar, pois haviam muitas tarefas e o hospital não poderia me receber no momento. Passado algum tempo, fiz novamente contato via E-mail e fui logo respondida, na mesma ocasião foi marcado um dia e horário para uma reunião, que se deu na mesma semana. Chegando ao local, passei novamente pelos mesmos procedimentos de segurança como da primeira vez, fui bem recebida e constatei que houveram algumas mudanças administrativas na instituição, a administração passou a ser de responsabilidade da Secretaria de Saúde, a direção não era a mesma da primeira pesquisa e alguns técnicos também haviam mudado. Creio que por esses motivos, haviam negado o primeiro contato.

No primeiro encontro com a direção apresentei o projeto (que foi bem aceito), incluindo a leitura dos prontuários e documentos internos, também fui convidada a participar das tarefas junto com a equipe nos dias de minha preferência, com a proposta de ampliar as experiências com os pacientes e observar como ocorrem as atividades no dia a dia. Um sentimento de felicidade e realização se fez presente em mim, e pude perceber que, comparado ao contato da primeira pesquisa, algo havia mudado naquele lugar. A instituição estava mais aberta e com menos restrição ou receio em me receber e isso me fez sentir segurança, pois a minha preocupação era de não conseguir adentrar com tanta liberdade no campo. Logo que terminei a apresentação do projeto e finalizamos os acordos sobre as visitas, fui convidada a conhecer o hospital. **Senti uma curiosidade intensa e ao mesmo tempo, receio.** Aquele era o meu primeiro contato com a estrutura do hospital e com os pacientes, mesmo que por breves momentos.

A visita foi bem rápida, mas pude sentir que ali existem pessoas precisando muito de serem acolhidas, escutadas, pessoas que sentem, que existem, que precisam de presença. Me marcou o contraste estrutural entre o externo e o interno da instituição, e como isso pode ser relevante para se pensar em propostas e ações. Compreendo que minha presença na instituição não deve se limitar a coleta de dados para uma pesquisa, pois fazer pesquisa é muito mais que explorar realidades e escrever sobre essa realidade. Não a vejo como uma tarefa puramente acadêmica, e sim como um instrumento poderoso de transformação social, onde a liberdade em criar e o rigor científico, podem e devem coexistir em um movimento dialético em prol da transformação de vidas.

3.2 Costurando processos: da produção de jeans à produção de pesquisa

Em 2010, um ano antes de entrar pela primeira vez em uma universidade e ocupar uma cadeira no curso de Psicologia, eu estava sentada em uma cadeira, dentro de uma fábrica que produzia calças jeans. Ao invés de cadernos, lápis, livros e marcadores de textos, tinha em mãos, tesouras, linhas, agulhas e muitas peças de roupa para costurar. Uma coisa eu tinha em comum: o olhar atento e compenetrado na tarefa ao qual me propunha.

Mas, antes de analisar os efeitos em mim produzidos através das experiências vividas dentro dessa instituição (fábrica) que influenciaram em muito meu olhar para o processo de produção, devo expor, mesmo que brevemente, as semelhanças, quase assustadoras, que tenho percebido entre essas duas instituições totais (fábrica e manicômio), principalmente no que se refere às suas finalidades, objetivos.

De forma clara e impactante a experiência no campo da atual pesquisa me fez reviver as experiências dentro da fábrica.

Na fábrica, eu não podia cometer erros, o gerente me movia de lugar conforme as necessidades, visando sempre o aumento da produção, não era permitido ir ao banheiro muitas vezes, conversar, somente nos intervalos, quanto mais mecânico

fosse o trabalho, melhor. A finalidade era sempre potencializar a produção de peças boas, sem defeitos.

Senti e vi que no manicômio, chamado hoje de “hospital de custódia” não é diferente, o controle dos corpos, do momento de falar e calar, do direcionamento para onde se deve ir (consultas, dentista, assistente social, banho, oficinas, etc), sempre direcionado e supervisionado por outra pessoa, são alguns aspectos extremamente semelhantes entre as instituições. Enxergar essas semelhanças é reviver as experiências de forma mais intensa, pois antes, havia o desconhecimento desse jogo de poder e dominação. Havia alguns pontos de resistência (falas, paralisações, faltas, adoecimentos, etc), mas eles não ocorriam pelo fato de compreender esse processo tal como compreendo hoje, e sim pela luta coletiva em prol de uma certa dignidade de vida no ambiente de trabalho.

Em “Vigiar e Punir”, o filósofo Foucault nos apresenta com muita clareza que, em ambos os espaços (fábricas e manicômios), há uma força (gerentes/justiça) que detêm o poder para determinar aspectos da vida dos sujeitos que ali estão, com a finalidade de produzir *peças/vidas, iguais/dóceis*, moldadas, acabadas, usáveis. Foucault (2003) retrata o assunto de forma brilhante ao afirmar que fábricas, manicômios e asilos possuem a função de produzir corpos dóceis, e essa produção não comparece mais pela via dos suplícios e sim, pela via da “[...] economia dos direitos suspensos [...]” (FOUCAULT, 2003, p. 15), onde os corpos são tocados não mais pelos carrascos, mas sim pelos técnicos que, em nome da justiça manipulam e controlam, visando a produção de *corpos saudáveis*.

Em face desse encontro e da produção inevitável dessas experiências que me fizeram retornar para um local distante e atualizar o presente, principalmente no que se refere a forma de perceber os jogos de força e poder que existem dentro desses espaços de manipulação dos corpos, me proponho a compor esse trabalho pela via da tessitura, tecendo arranjos, histórias, experiências, vivências, sentimentos, afetos. Sem desconsiderar, sobretudo, as possibilidades de, em alguns momentos, destecer, descosturar e desmoldar fatos que se apresentam como verdades únicas e isoladas. No entanto, no momento cabe apenas esse apontamento, pois o objetivo desse capítulo consiste justamente, em descrever vivências anteriores ao momento presente, para apresentar ao leitor a oportunidade de compreender onde nasce meu

desejo pela pesquisa, pelo campo que atuo e os conflitos que produzem agora, o pensamento rizomático sobre o real.

Na fábrica, trabalhando como costureira, era preciso costurar o máximo que podia. O comportamento mecânico era fundamental para conferir agilidade no processo de produção. Tudo tinha que chegar de uma forma, a costura tinha que ser sempre no mesmo ritmo e igual, as peças deveriam sair na mesma ordem, tal como chegavam. Se algo saísse do comum, certamente a produção cairia e seria aplicada a punição (não receber a porcentagem referente àquela produção).

Entre uma costura e outra, uma colega ao lado que produzia a mesma coisa que eu, me contou que havia conseguido pelo PROUNI uma bolsa parcial para cursar Psicologia em uma faculdade particular em Vitória. Compartilhei com ela aquela boa notícia, e pude ver a felicidade nos olhos dela por estar vislumbrando algo novo. Aquele olhar acendeu em mim o desejo de mudar também. A conquista dela me mostrou que eu também poderia conquistar, me mostrou que eu queria e podia fazer mais. Tinha consciência de que os desafios seriam grandes, mas a certeza de que iria escrever uma outra história para minha vida, se sobrepunha.

Conversei com meu marido que prontamente me apoiou, a escolha do curso foi imediata, seria mesmo Psicologia como minha colega. Algum tempo depois, quando a reencontrei fiquei sabendo que ela não cursou Psicologia e sim Enfermagem. Curiosamente, aquela conversa me fez conhecer a Psicologia, uma ciência transformadora a qual me orgulho muito.

Conto essa história com grande satisfação e hoje, além da satisfação tenho a consciência de que o meu olhar para a produção de conhecimento em muito foi influenciado pelos anos vividos dentro de uma fábrica de costura, onde o processo de produção era mecanicista, ao passo que qualquer forma de mudança conferia em erro e prejuízos.

Essa forma rígida de produzir foi me moldando, e já na faculdade, quando tive contato com a pesquisa, e com as experiências no campo acadêmico, fui construindo uma forma de pensar e fazer pesquisa compatível ao rigor metodológico que se enquadra em um modelo que hoje entendo como sendo mais tradicional, e não o único. Esse modelo de pesquisa que chamo de tradicional, foi ao encontro de

minha prévia experiência de trabalho mecanicista. Sendo assim, mais fácil e adaptativo para mim.

Não pretendo levantar críticas aos modos de pesquisas tradicionais, seu rigor ou formas de aplicabilidade. A intenção é demonstrar como a história de produção de jeans se funde com a história de produção acadêmica e o quão tem sido desafiador ousar olhar para o processo da atual pesquisa de forma nova.

Posso afirmar, portanto, que essa transição do pensar e fazer pesquisa, tem se tornado um exercício diário, que convoca ao encontro com o campo, com os processos, os afetos. Digo se tratar de um exercício, pois aprendi que o distanciamento do pesquisador/observador do seu objeto de pesquisa é uma tarefa primordial para se alcançar a neutralidade fundamental (não total), para conferir legalidade ao resultado da pesquisa. Esse distanciamento, não se refere unicamente à geografia e sim ao afeto, ao envolvimento pessoal que faz falar os sentimentos e percepções produzidos na relação do pesquisador com o objeto da pesquisa.

Todavia, essa minha dificuldade, não parece ser exclusiva. Fui compreender, com base em algumas leituras, que o entendimento desse paradigma científico que não é o tradicional é uma tarefa um pouco complexa para aqueles que apostam em um novo olhar sobre o processo de construção do conhecimento através da pesquisa.

Escrever, para e na ciência, diz respeito a relatar resultados de pesquisa, considerando-se seus objetivos, suas hipóteses, seus objetos e seus procedimentos. Todavia, deslocando o centro de gravidade da ciência moderna da totalização e analisando sua dominação sobre os modos de vida contemporâneos, a riqueza e a diversidade de práticas científicas emergentes daí são suficientes para embaralhar as vistas nos relatos de pesquisa (TAVARES; FRANCISCO, 2016, p. 3).

Dessa forma, para compreender que existem outras possibilidades metodológicas de fazer pesquisa onde os afetos, as percepções e os sentimentos são e devem ser considerados, inclusive como dados importantes a serem discutidos no processo do fazer, foi preciso longas conversas de orientações direcionadas ao tema específico, leituras e contato com produções recentes de colegas que dividiram o mesmo espaço no Programa de Psicologia Institucional da UFES. A junção desses contatos me fez enxergar a possibilidade de uma fazer inventivo, me permitiram compreender a riqueza de uma produção acadêmica onde o pesquisar possui um sentido mais profundo, envolvente, intenso e ético.

Dessa forma, para conseguir romper com as amarras metodológicas adquiridas ao longo do meu processo formativo, tive que mergulhar em uma análise pessoal sobre minha implicação e relação com este programa, com o tema, campo e a forma em que estamos conduzindo esse estudo.

Percebi que não basta apenas mudar a forma de olhar para a pesquisa. Conhecer outros métodos e formas de fazer não são suficientes, é preciso ir além e compreender que caminhos me trouxeram até aqui, e me fizeram escolher esse programa, esse campo. Ou seja, não se trata de olhar para fora, mas olhar para dentro. Um mergulho dentro de mim mesma, para compreender que meu modo de vida e existência, meus posicionamentos políticos e éticos me autorizam a conduzir um processo de produção do conhecimento onde eu esteja presente.

Dessa forma, o conhecimento de como fazer, porque fazer e as experiências de quem fez estudos utilizando a pesquisa como intervenção, transformação e processos, envolvendo sentimentos, afetos, e uma produção em rede, onde a condução não se dá única e isolada, e a consciência do porque me coloquei disponível para essa proposta, me permitiu enxergar que o meu fazer não poderia ser diferente. Então, me coloco disponível para sentir, ouvir, ver, tocar e ser tocada por aquilo que o campo apresentar, e desejo que ao final dessas páginas, de igual forma, o leitor também possa ser afetado.

4 O LUGAR DO LOUCO NA SOCIEDADE

Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado (BRASIL, 2010, p. 8).

A história nos mostra que os lugares sociais atribuídos ao louco no decorrer dos anos estão intimamente relacionados com as influências filosóficas, sociais, econômicas e científicas de cada período. Portanto, a segregação e até mesmo a necessidade em cuidados especiais com a saúde dos loucos, é resultado de um percurso histórico que oferece as bases para sua fundamentação. Por isso, não é correto afirmar que à loucura sempre foi atribuído valor negativo e ao louco, o adjetivo de perigoso.

Em meados do século XIX os loucos divertiam a plateia burguesa da França nos grandes e lucrativos “espetáculos das monstruosidades”, nesse período o louco era visto como um ser diferente, bizarro, e sua estranheza causava curiosidade nos espectadores, da mesma forma acontecia com pessoas gêmeas e deficientes físicos. Ou seja, não era o sentimento de medo que os conduzia aos espetáculos e sim, a curiosidade (LOBO, 2008).

De lá para cá, muita coisa mudou, e ao louco acrescentou-se mais um adjetivo, o de perigoso, mesmo se passar a vida inteira sem cometer qualquer crime contra a vida, sua ou de outrem. Isso porque a relação da loucura com a periculosidade foi tão “bem construída” que, grande parte da sociedade, já não faz diferenciação entre uma e outra palavra. Sendo assim, cabe ao Estado (defensor da ordem) o direito e o dever de “domar” essa pessoa que, além de “estranha” e “diferente” é também, “perigosa”.

No livro “A história da loucura”, Foucault (2007) aponta brilhantemente os caminhos que conduziram às diferentes formas de olhar para a loucura. O autor destaca que na Idade Média a loucura se tornou um mal substituto da lepra quando esta foi extirpada, tomando inclusive, o seu lugar geográfico (leprosários). Nessa época, o discurso religioso era o que fundamentava a exclusão. Ou seja, essas pessoas precisavam expurgar seus males, para enfim, alcançar o perdão divino. Ainda não havia a conotação de doença e nem de perigo relacionado ao louco. Este era um

pecador que estava pagando o seu mal em vida para alcançar a divindade (FOUCAULT, 2007).

Ainda segundo o mesmo autor, nos séculos XVI e XVII, não é mais a religião que sustenta as bases para o confinamento do louco e sim a filosofia de René Descartes. O filósofo destaca a razão como algo fundamental para sustentar a relação entre o sujeito e o social, logo ao louco (aquele que é desprovido de razão), é decretado o confinamento eterno, pela sua incapacidade de realizar tais laços. Portanto, nesse período a exclusão se sustentava não pelo discurso religioso, mas sim, pela própria condição da pessoa acometida pela loucura (FOUCAULT, 2007).

Já no fim do século XVIII e no século XIX, a loucura passa a ser alvo da atenção e do discurso médico e não mais do religioso ou filosófico. No entanto, essa mudança não resultou em práticas menos segregacionistas, pelo contrário, serão outras as práticas de exclusão, ainda mais nocivas e permanentes, pois permanecem até os dias atuais.

Nesse período (séc. XVIII e XIX), um médico chamado Philippe Pinel marcou a história, ao publicar pesquisas sobre a loucura, chamada por ele de Alienação Mental, decorrente de uma lesão cefálica que resultava no “[...] comprometimento do intelecto e da vontade do alienado” (CARDOSO; PINHEIRO, 2012, p. 11). Comprometimento esse, que lhe conduzia ao ato criminoso e transgressor, portanto, caberia à classe médica a responsabilidade de “tratar” esses sujeitos.

Dessa forma, os loucos foram separados dos outros excluídos, pois passam para uma nova categoria, o de doente. Essa, não menos perigosa, pelo contrário, agora a característica perversa, torna-se passível de ser domada e punida. Punição que não depende do cometimento de ato tido como prejudicial e sim, pela própria condição, como forma de prevenção.

Essa parece ser a herança mais perigosa deixada pelo período pineliano, e que se atualiza permanentemente no decorrer da história. A respeito disso, as autoras Raquel Moscon e Renata Costa-Moura (2017, p. 123-124) apontam que:

As concepções pinelianas, embora situassem a loucura no âmbito das doenças mentais, distinguindo-as da delinquência e do desvio moral [...], fomentaram ao mesmo tempo, um vínculo suposto entre a demência e um potencial latente de periculosidade abrigado na raiz da doença mental. Esta

era entendida como suporte do mal. São noções de base que não serão abandonadas e, sim, reconfiguradas pelas novas articulações entre justiça e psiquiatria, que se desdobrarão ao longo do século XIX criando novas teses. Essas reformulações vão sofrendo modificações mediante as preocupações sociais referentes a cada momento, até o final do século XIX.

Destaca-se que o grande marco do pensamento pineliano na história da loucura se deu pela inauguração da aproximação entre a medicina e a justiça, no qual a medicina toma para si a responsabilidade sobre o alienado/doente.

Há quem afirme a existência de algum aspecto positivo nessa relação, pois nasce nesse período: “o reconhecimento de uma subjetividade e de uma parcela de razão ao alienado” (DESVIAT, 2008, p. 17). Dessa forma, é possível ao alienado certo diálogo com o médico, possibilitando assim, o tratamento moral. No entanto, não se pode falar que Pinel colaborou para a liberdade dos loucos, e sim para o ordenamento do espaço hospitalar, de forma que os loucos passaram a ocupar um local diferente dos demais degenerados da época, com a justificativa de que é preciso isolar para tratar (CASTEL, 1978 apud LOBO, 2008).

Com o passar dos anos, o surgimento de novas tecnologias e a expansão populacional decorrente da modernidade (séculos XIX e XX) houve a necessidade de “cuidar” das pessoas. Cuidado que tinha como objetivo evitar a propagação e o avanço de doenças que ameaçavam a monarquia e limitavam novas descobertas. Nessa época, o discurso médico era o regulador soberano das medidas a serem empregadas para ampliar e manter a higiene social (MANSARENA; SILVA, 2000).

O “sonho eugênico”, como afirma Lobo (2008), reforçou a caçada aos considerados degenerados, tudo para evitar ao máximo a propagação da raça tida como impura. Assim como tantos outros, os loucos, vistos como seres violentos, agressivos e perigosos eram impróprios de conviver em sociedade e por isso eram lançados em asilos e manicômios, juntamente com todos aqueles que não se encaixavam ao modelo socialmente aceitável (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007).

Era preciso “limpar” as cidades, as pessoas. Nasceram os guetos, os espaços demarcados onde os iguais deviam coabitar, existir. Aqueles que não eram adequados de acordo com os valores e princípios eugênicos ficavam à margem e ainda ficam. Os anos passaram, a sociedade parece ter evoluído em alguns aspectos da vida e relações humanas, porém não é preciso muito esforço para ver

que a herança de um ideal eugênico permanece fortemente no imaginário social, nos comportamentos de intolerância, na geografia das cidades. E é nessa perspectiva que pulsa a necessidade de desnaturalizar o lugar do louco na sociedade, que historicamente é um lugar de exclusão total e absoluta, de corpo, de espaço, de fala.

Destaca-se, portanto, que a denominação “doença mental”, adveio da influência do conhecimento médico, pois se acreditava que as perturbações eram produtos de causalidades orgânicas. Em decorrência disso, os loucos permaneceram nos hospitais, porém agora separados dos demais sujeitos considerados doentes, ainda que a justificativa para sua internação também fosse a necessidade de tratamento médico para proporcionar sua recuperação. Nesse momento, “ [...] a loucura separou-se do campo geral da exclusão para se converter em uma entidade clínica que era preciso descrever, mas também entender em termos médicos, buscando a cura” (DESVIAT, 2008, p. 17).

Percebe-se, portanto, que seja pela noção de incurabilidade ou seja pela justificativa do isolamento como condição necessária para o tratamento moral, permanecem as práticas desumanas e alienantes empregadas a essas pessoas. E é nesse cenário que surgem então a relação entre o direito e a loucura, onde o louco, agora chamado de doente mental, precisa ser tutelado pelo médico que dará aos agentes do direito as respostas necessárias para sua condenação.

Foucault (2003) aponta que no ano de 1810 o Código Penal Francês no artigo 64, já afirmava que o diagnóstico da loucura em si fazia desaparecer o crime. Ou seja, a loucura retirava da justiça o poder de se julgar o autor como culpado. Porém, algo deveria ser feito para com o louco e, para tanto, caberia à psiquiatria (medicina) dizer quais seriam as medidas a serem tomadas. O mesmo autor afirma que, com o passar do tempo, essa relação entre a psiquiatria e o direito se estreita ainda mais, pois a primeira passa a servir não apenas como campo de saber que deveria tratar, mas também como suporte pericial. Ao médico é atribuída a responsabilidade de ser “conselheiro de punição”, aquele a quem se recorre para saber se o sujeito é perigoso, se deve ser punido ou tratado. Dessa forma, aponta que:

[..] bem no começo de sua história, a perícia psiquiátrica tivera que formular proposições “verdadeiras” sobre a medida da participação da liberdade do

infrator no ato que cometera; ele tem agora que sugerir uma receita sobre o que se poderia chamar seu “tratamento médico-judicial” (FOUCAULT, 2003, p. 22).

No entanto, mesmo com a divulgação de decretos por parte do Supremo Tribunal de Justiça (francês) afirmando a improcedência judicial nos atos ilícitos envolvendo a loucura, os tribunais da época (século XIX), admitindo a possibilidade em culpabilizá-los, passaram a julgar e condenar os loucos ao enclausuramento nos manicômios, vivendo excluídos da sociedade como medida de proteção social e sob a responsabilidade do médico (FOUCAULT, 2003).

No Brasil a situação não foi muito diferente, pois “[...] o Estado Imperial que deveria acolher, proteger e tratar as pessoas, adotava como única medida, a exclusão” (CORREA 2007, p. 27), medida essa aplicada com a justificativa de que esses indivíduos representavam uma ameaça à segurança pública, dessa forma não lhes eram aplicados somente o diagnóstico e o tratamento médico, mas, eram também vigiados e punidos quando considerados desobedientes às normas impostas, como uma “estratégia normalizadora” que utiliza a prática repressiva como dispositivo para manter o controle social visando a eliminação de qualquer risco social (LOBO, 2008).

Com o passar do tempo, os manicômios foram se tornando insuficientes para abrigar os “loucos” e os “loucos criminosos”, pois, na época eles não eram separados. Nasce assim, no Brasil, por influência de Juliano Moreira, a necessidade de separá-los para que fossem aplicadas aos “loucos criminosos” medidas mais rígidas de punição. Ou seja, o que vai surgir será uma instituição de asilamento que ocupa o lugar de, ao mesmo tempo, prisão e manicômio (CARRARA, 1998).

Sobre o assunto Correa (2007) destaca que:

Esta nova instituição emergia, pois, correspondendo à convergência dos interesses da área de saúde e do âmbito jurídico, atendendo à necessidade de zelar pela segurança da sociedade. A iniciativa, compatível com o pensamento da época e o poder-dever do Estado, excluía a possibilidade de qualquer integração sociofamiliar do denominado “*louco-criminoso*” (CORREA, 2007, p. 40).

Portanto, o que fica claro é que essas instituições surgiram para atender as conveniências da época, com o objetivo de dar uma resposta às necessidades de segurança da sociedade, ou seja, não se considerava a intenção em desenvolver

serviços que objetivassem o tratamento de saúde e a reintegração dos sujeitos à sociedade e a família, o único interesse era o de mantê-los excluídos como forma de proteção social. Logo, em 1903, é lançado o Decreto nº 1.132 de dezembro de 1903, que estabeleceu as normas para a internação dos “loucos infratores”, a construção dos manicômios judiciais passa a ser oficializada no Brasil. O primeiro deles foi inaugurado na cidade do Rio de Janeiro, em 30 de maio de 1921 (CARRARA, 1998).

Cabe destacar, que o fato de haver uma oficialização para a construção de locais onde se deveria abrigar somente os loucos infratores com a finalidade de manter a segurança social e ao mesmo tempo, aplicar o tratamento médico à essas pessoas, não corresponde a um avanço, pelo contrário, pois permanece o modelo puramente curativo, alienante e de proteção e prevenção social.

Nessa perspectiva, Correa (2007) destaca que:

O internamento no manicômio, diferentemente daquele feito nas Casas de Correção, adquire status médico e tal instituição se torna lugar de cura: seu objetivo vai além da contenção, e não o faz introduzindo a ciência médica, mas através de uma nova forma institucional que une as funções controversas de proteção da sociedade do perigo e tratamento curativo das doenças psíquicas. O espaço que era somente o emblema da separação social se transforma em um terreno em que o médico e o doente troquem suas diferentes linguagens. **Neste momento, o internamento adquire credibilidade médica e se torna o destino da loucura, isolando aquilo que ela representa: perigo social e doença mental** (CORREA, 2007, p. 21, grifo nosso).

Ainda sobre o assunto, há de se considerar a característica dessas instituições, características essas que despersonalizam o sujeito, tornando-os iguais aos demais habitantes do espaço, ou sejam iguam todos para trata-los da mesma forma, retirando toda e qualquer marca de subjetividade dos sujeitos. Essas instituições, o pesquisador Goffman as chama de instituição total. No texto a seguir, o autor aponta algumas características das instituições totais:

Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas em um plano racional único,

supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição (GOFFMAN, 2003, p. 17-18).

Portanto, no manicômio judiciário como em qualquer instituição total, essas características são predominantes e colaboram para a alienação dos sujeitos que ali habitam, de forma que, não se deve esquecer qual o real objetivo para o qual essas instituições foram criadas, sua origem, desde sempre, esteve destinada à manutenção de práticas curativistas.

É possível compreender, portanto, que a partir do momento em que a loucura se configura como um risco iminente para a sociedade, o direito, de mãos dadas com a psiquiatria, passa a atuar objetivando manter o controle e a ordem social. Importante retomar tal contexto a fim de colocar em análise as práticas atualmente empregadas, para que não sejam naturalizadas como corretas em detrimento dos objetivos para os quais foram criadas (BARROS-BRISSET, 2011).

4.1 A medida de segurança e sua aplicabilidade

De acordo com o Código Penal (CP) a pessoa que em razão de transtorno mental cometeu ato infracional é submetido à medida de segurança. Essa medida consiste em um tratamento de saúde determinado pela autoridade judicial na Vara competente ao crime praticado, podendo ser de duas formas: tratamento ambulatorial, ou internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A definição da forma de cumprimento irá depender da “periculosidade” do chamado “louco infrator”. Essa periculosidade é identificada pelo exame pericial de caráter exclusivamente médico e dará as bases para a interpretação judicial sobre o caso em julgamento (BRASIL, 1940, BRASIL, 2015).

O processo para se chegar à aplicação da medida de segurança ocorre, como o de uma pena comum, ou seja, é necessário que haja a denúncia de ato infracional e a geração do inquérito policial em desfavor do acusado, como previsto no art. 5 do Código de Processo Penal (CPP):

§ 3º Qualquer pessoa do povo que tiver conhecimento da existência de infração penal em que caiba ação pública poderá, verbalmente ou por

escrito, comunicá-la à autoridade policial, e esta, verificada a procedência das informações, mandará instaurar inquérito (BRASIL, 1941).

Assim procedendo, a pessoa será autuada e responderá na Vara criminal correspondente. Porém, de acordo com o art. 149 do CPP, se durante qualquer fase processual o Ministério Público, o acusado, ou algum familiar requerer ao juiz o exame de Sanidade Mental, ele determinará que o acusado seja submetido ao exame de sanidade mental a ser realizado pela perícia psiquiátrica (BRASIL, 1941).

Esse exame de sanidade mental deve ser realizado exclusivamente por uma equipe composta por médicos responsáveis por tal função que atuam nos hospitais de custódia. Portanto, o acusado deverá ser internado no hospital em caráter provisório para ser submetida à perícia que, segundo o art. 150 no § 1 do mesmo código, deve ser realizada, preferencialmente, no prazo de quarenta e cinco dias (BRASIL, 1941).

Comprovado que o ato infracional foi praticado pelo acusado e o juiz em posse do resultado dessa primeira perícia, dará a sentença que pode ser: pena (aplicada aos imputáveis), ou medida de segurança (aplicada aos inimputáveis) (BRASIL, 1941).

Se o laudo pericial atestar a inimputabilidade, isso significa que o sujeito autor do delito não receberá pena e sim, medida de segurança. Se o juiz concordar com o laudo que atesta essa inimputabilidade a pessoa será absolvida da culpa e submetida à medida de segurança, se o laudo atestar semimputabilidade, ou seja, que o sujeito teve parcial compreensão sobre o caráter ilícito do fato praticado, ele pode, dependendo da interpretação do juiz, ser apenado, ou seja, receber pena como um preso comum, conforme disposto no Art. 26º do CP (BRASIL, 1940).

Segundo Cardoso e Pinheiro (2012), isso ocorre porque nosso sistema penal, após a reforma de 1984 passou de duplo binário para vicariante. De forma que, no sistema antigo (duplo binário), sobre uma mesma pessoa poderia recair pena e medida de segurança. Com o sistema vicariante, não ocorre mais dessa forma, ou ele recebe a pena, aplicável aos imputáveis, ou medida de segurança, aplicável aos inimputáveis.

Dessa forma, se for comprovada a responsabilidade do sujeito frente ao ato infracional cometido, e o exame médico atestar que o estado de saúde mental da pessoa contribuiu para que ele não tivesse pleno conhecimento sobre a

característica ilícita do ato praticado, então, ele é absolvido, não lhe será aplicado pena e sim medida de segurança, visando, sobretudo, o tratamento.

No entanto, é importante destacar que, embora o parecer médico possa ser considerado, ela não retira do direito o poder de julgar o fato, esta atribuição pertence, impreterivelmente, ao magistrado, que pode escolher como proceder no caso. Ou seja, se um determinado laudo atestar pela semimputabilidade do sujeito, o juiz pode, mesmo assim, decidir pela medida de segurança.

Portanto, após o exame de sanidade mental, e se o laudo for acatado, o magistrado irá deferir a forma de aplicação da medida (podendo ser a internação para tratamento no HCTP ou, tratamento ambulatorial) e o tempo mínimo (de 1 a 3 anos) de cumprimento até a realização de um novo parecer médico, conforme a solicitação do juiz da execução, tal como disposto no § 1 do art. 97 do CP (BRASIL, 1940).

Cabe destacar que, mesmo depois de o juiz ter determinado o cumprimento da medida na forma ambulatorial, ele pode, no decorrer do processo determinar pela internação no HCTP, se assim compreender necessário, visando prioritariamente o estado de saúde do sujeito. De igual modo, a medida na forma de internação, também poderá ser transferida para tratamento ambulatorial, se o juiz acatar o laudo pericial afirmando esta possibilidade (BRASIL, 1940).

Percebe-se que, embora o juiz tenha o poder de decidir se acata ou não o laudo que atesta a sanidade mental do acusado, a definição do tipo de medida a ser adotada para cada caso, acaba ficando depositada no laudo da psiquiatria, uma vez que é desta que vem a afirmação de maior ou menor periculosidade.

Nessa perspectiva é correta a afirmação de Desviat (2008) quando este diz que a noção de periculosidade está nas bases da relação entre a medicina e a loucura, um vínculo que teve seu início no período pineliano, mas se mantém ainda firme nos dias atuais.

Um ponto importante a se destacar, é que, de acordo com a Lei 10.216, em seu Art. 4º, a medida de segurança na forma de internação só deve ser aplicada quando se extinguirem todas as possibilidades de cuidado com os recursos extra hospitalares existentes para a situação em questão, dessa forma, entende-se que

não é somente o estado de saúde do sujeito que deve ser considerado, mas também a funcionalidade de uma rede de apoio e cuidado que interliga saúde mental, família e justiça (BRASIL, 2001). Por considerar a importância dessa organização que respeite e busque formas adequadas à Lei antimanicomial para o tratamento dessas pessoas, os estados como Goiás e Minas Gerais atuam com propostas pioneiras e eficazes e servem de modelo para os demais estados da federação.

Nas linhas a seguir abordaremos com mais afinco quais são as práticas de saúde que são desenvolvidas junto à essa população, retornaremos com mais detalhes sobre as propostas pioneiras dos estados supracitados e destacaremos em que momento o Espírito Santo se encontra nessa caminhada em busca da adequação legal no que se refere ao tratamento da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei.

4.2 A política e a prática de saúde voltada ao paciente psiquiátrico

Ao longo dos anos, alguns avanços podem ser considerados como um marco na história da saúde mental no Brasil, um deles é a Lei 10.216 de 2001. Diversos fatores colaboraram para os avanços em políticas públicas acerca do tema, como a organização de movimentos sociais e de classes em busca de melhores condições de saúde e assistência às pessoas com transtorno mental foi um marco na história, rompendo com silenciamentos e conduzindo diversos avanços.

A referida lei é muito clara no seu art. 2º ao expor sobre os direitos relacionados à saúde da pessoa com transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Em suma, este artigo da lei assegura vários direitos remetendo a um tratamento pautado no respeito e na dignidade da pessoa. Considera-se importante destacar que o item IX do referido artigo afirma que o tratamento deve ser oferecido, preferencialmente, em serviços comunitários. Em conformidade com o art. 4 da mesma lei, a internação só se justifica quando não houver outro recurso para o tratamento. Ou seja, a prioridade é de tratamento sem internação permanente (BRASIL, 2001).

Sabe-se que desfazer essa lógica manicomial tão arraigada na história da loucura demanda esforço e dedicação diária por parte dos sujeitos envolvidos na busca pela efetivação dos direitos já existentes e avanços ainda esperados. Em se tratando da pessoa com transtorno mental que cometeu um ato infracional, essa tarefa parece ser ainda mais complexa, já que são tidos como “loucos” e também “criminosos”, ainda que o art. 26 do Código Penal Brasileiro esclareça a incapacidade (pelo estado de saúde mental do sujeito) do reconhecimento do caráter ilícito do ato praticado por ele. Como demonstrado:

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 (BRASIL, 1940).

Dessa forma, essa pessoa é declarada inimputável, e não pode ser julgada e apenada como tendo culpa pelo ato infracional. Portanto, cabe ao juiz aplicar-lhe uma medida que considere, prioritariamente, o cuidado com a saúde. Neste caso, ocorre a aplicação da medida de segurança, que de acordo com a Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210 de 11 de julho de 1984, pode ser de duas formas: no modelo de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou, quando não há esse hospital na localidade, em celas especiais nas cadeias comuns (Alas de Tratamento Psiquiátrico - ATPs), ou na forma de tratamento ambulatorial, podendo ser em Centros de Atenção Psicossociais – Caps, Unidades de Saúde,

clínicas particulares, etc. (BRASIL, 1984).

No entanto, pesquisas apontam que mesmo havendo bases legais que contribuem para a reorganização das formas de assistência, como por exemplo o já citado art. 4 da Lei 10.2016, que determina a internação somente em casos específicos e quando não houver outros recursos, essa parece ser uma dificuldade encontrada pelos órgãos competentes (BRASIL, 2015). Este assunto foi abordado no relatório da inspeção aos “manicômios judiciários”, realizada no ano de 2015 em dezoito estados da federação. O documento “Inspeções aos Manicômios Judiciários: Relatório Brasil 2015” concluiu que colocar em prática estratégias que garantam os direitos da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei não parece ser uma tarefa fácil em nosso país (BRASIL, 2015).

Considerando este cenário que parece ser histórico, destacam-se algumas críticas ao cumprimento das medidas de segurança nos HCTPs encontradas em outro importante documento sobre o tema, o “Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sobre a perspectiva da Lei 10.216/2001” (BRASIL, 2011). Em relação às práticas de atuação nesses espaços, o documento conclui que os HCTP’s não atuam em conformidade com a política de atenção à saúde das pessoas com transtorno mental, conforme a Lei nº 10.216.

O HCTP, por princípio, padece de uma natureza francamente ambígua: estabelecimentos tidos como centros de tratamento de pessoas com transtornos mentais que, em razão do transtorno, tenham praticado algum tipo de ilícito penal, **apesar de intitulados como “hospitais”, não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim na estrutura do sistema prisional** (BRASIL, 2011, p. 29, grifo nosso).

Essas críticas abrangem além da própria condição das medidas de segurança (isolar para tratar), também são destinadas à ideia de periculosidade intrínseca dessas pessoas, bem como a indeterminação no tempo da medida de segurança.

Uma pesquisa realizada junto às instituições destinadas ao tratamento das pessoas com TM em conflito com a lei, demonstrou que no estado do Espírito Santo, no ano de 2011, pelo menos 30% da população internada no Hospital de Custódia, ali estavam de forma irregular, ou seja, por diferentes razões não deveriam estar internados na instituição (DINIZ, 2013).

Considerando a necessidade em desenvolver uma proposta de atenção à saúde das pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei compatível com as propostas antimanicomiais contidas na Lei 10.216/01 e com as normas e diretrizes do SUS, alguns estados como Minas Gerais e Goiás, avançaram nesse sentido e criaram em parceria com o MP e o TJ de seus respectivos estados, programas especiais voltados à atenção ao louco infrator.

Destaca-se o estado de Minas Gerais como pioneiro na proposta de desinstitucionalização do paciente psiquiátrico, através do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI- PJ), atuante há mais de 10 anos e com importantes avanços na saúde e inserção social aos sujeitos com transtorno mental em conflito com a justiça (BARROS-BRISSET, 2010).

O PAI-PJ foi instituído pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais e pela Corregedoria Geral de Justiça do mesmo estado, através da Portaria Conjunta nº 25 de dezembro de 2001. Segundo Fernanda Otoni de Barros-Brisset, uma das idealizadoras do programa, “O programa se orienta pelos princípios da reforma psiquiátrica, através da Lei 10.216/2001, promovendo o acesso ao tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial [...]” (BARROS-BRISSET, 2010, p. 28).

Sobre a atuação dos profissionais, o Programa conta com o apoio de uma equipe interdisciplinar composta por:

[...] psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários em psicologia. Os estagiários atuam como acompanhantes. Esse acompanhamento é autorizado pelo juiz para os pacientes judiciários que permaneceram durante longos anos internados e perderam o laço social, bem como a possibilidade de circular na cidade, encontrando dificuldades em realizar tarefas simples, tais como pegar ônibus, fazer compras, ir ao banco, lidar com dinheiro. Trata-se do que poderíamos chamar de um **“acompanhante de rua”**. **Esse acompanhamento favorece as possibilidades de circulação pela cidade, ampliando os laços sociais como forma de tratar o sofrimento** (BARROS-BRISSET, 2010, p. 29, grifo nosso).

A intenção é proporcionar a oportunidade do acompanhamento em saúde na rede pública, promovendo assim, além dos cuidados com a saúde, a inserção social dessas pessoas e a garantia dos direitos fundamentais previstos na Constituição, considerando que

[...] antes do ato criminoso, existe uma longa trajetória de sofrimento mental. O crime é uma consequência dessa história. No entanto, mesmo diante de um ato trágico, é possível apostar que essa pessoa é capaz de outras respostas em sua convivência social (BARROS-BRISSET, 2010, p. 07).

Já o estado de Goiás, inspirado na iniciativa de Minas Gerais, criou o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAI-LI). Esse programa foi instituído oficialmente no dia 26 de outubro de 2006. Em um primeiro momento, o programa surgiu por discussões sistemáticas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde e posteriormente, veio a adequar-se aos fundamentos tal como idealizados pelo Ministério Público do Estado de Goiás (GOIÁS, 2009). Em termos gerais, PAI-LI é um programa que:

[...] contempla uma mudança de paradigma na execução das medidas de segurança, fazendo com que o assunto deixe de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança pública para ser acolhido de vez pelos serviços de saúde pública, mediante a participação da rede de clínicas psiquiátricas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e serviços substitutivos [...] (GOIÁS, 2009, p.7).

Nota-se que as duas propostas, PAI-PJ e PAI-LI, apresentam uma estratégia de atenção à saúde das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei que visa a desinternação dessas pessoas, priorizando o cumprimento das medidas voltado para o acompanhamento em Rede, valorizando a inserção social dessas pessoas (SILVA; COSTA-MOURA, 2013).

Sobre o PAI-LI, Silva (2010) destaca que apesar de haver relativa diferença entre os dois programas, porquanto o PAI-LI é um programa que surgiu da Secretaria de Saúde de Goiás, e o PAI-PJ é um programa do judiciário em parceria com a saúde, ambos possuem o mesmo objetivo, que consiste em: “[...] oferecer escuta e acompanhar regularmente aqueles aos quais se costumava ofertar exclusivamente remédios com alto potencial sedativo e isolamento” (SILVA, 2010, p. 654).

Portanto, em ambos parte-se do interesse em adequar o cumprimento dessas medidas aos princípios da Lei 80.080 e também da Lei 10.216, pois, acredita-se que os direitos garantidos nessas leis, devem e precisam ser adequados aos sujeitos que possuem transtornos mentais em cumprimento de medidas de segurança (BARROS-BRISSET, 2010).

O que ocorre é que esses estados, sensíveis às necessidades dessa população investiram, juntamente com órgãos do poder judiciário, no desenvolvimento de

estratégias de cuidado que colaboram para a manutenção da dignidade humana e do cuidado com a saúde dessa população em acordo com as leis atuais que orientam as formas de tratamento.

Inspirado por essas ações e pelos resultados sólidos e positivos que vêm sendo alcançado ao longo dos anos, o Espírito Santo desenvolveu um projeto intitulado: Projeto Piloto de Atenção ao Paciente Judiciário Autor de Ato Previsto como Criminoso (PAI-PAC/ES), tal projeto decorreu de uma iniciativa do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, em acordo com a Secretaria de Estado de Justiça do Espírito Santo, além de outras instituições. Por intermédio da professora Dra. Renata Costa-Moura (a quem se deve parte dessa pesquisa), considerando seu histórico interesse pelo tema, o referido projeto foi escrito e recebeu o apoio tanto do judiciário, como da gestão em saúde do estado. A proposta era, justamente, criar uma articulação entre as instituições saúde, justiça e Universidade objetivando a criação e implementação de:

[...] um plano de atuação baseado no projeto terapêutico singularizado. Para que as pessoas sejam acolhidas por uma equipe multiprofissional especializada, logo após receberem a medida de segurança, visando sua inserção nos equipamentos de saúde pública do SUS, contribuindo assim, para o tratamento em Rede aberta, valorizando a inserção social e o fortalecimento do vínculo com os serviços garantidos pela Rede (LOPES; DZU, 2016, p. 4).

No entanto, apesar dos esforços em prol desse avanço e do interesse em desenvolver o referido projeto por parte das instituições articuladas, não se pode dizer que houve um avanço permanente tal como propunha o projeto. O que se sabe é que em 2011 alunos do curso de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, realizaram uma experiência exitosa de estágio no Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC) junto aos pacientes que ali viviam, cronificados e sob tutela do estado. Cabe destacar que o HEAC, por se tratar de um hospital de emergência psiquiátrica, não deveria, portanto, acolher permanentemente um paciente psiquiátrico sob tutela do estado (com ou sem medida de segurança), de forma que, caberia ao estado, oferecer para esse sujeito a oportunidade de retorno para sua família e cidade de origem, ou a permanência em uma Residência Terapêutica. No entanto, essa prática demonstra a real necessidade no desenvolvimento de um

projeto que vise colaborar para a adequação das demandas vividas pelo paciente psiquiátrico.

Sabe-se que isso não ocorreu, em determinado momento houve um descompasso e conseqüentemente, o enfraquecimento dos vínculos institucionais que estavam sendo remontados para a aplicação prática e sólida do projeto intitulado PAI-PAC/ES. Não se tem informação precisa sobre os fatos que levaram ao fatídico enfraquecimento das ações que conduziriam à eficácia do programa, porém tal resultado, nos faz pensar nas resistências históricas (pessoais e institucionais) que insistem em comparecer impedindo avanços que são considerados urgentes, pois se trata da valorização da vida e da dignidade humana.

Nessa perspectiva surge a necessidade de um olhar diferente para as práticas em saúde, compreendendo que:

A rigidez dos processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde, modos de cuidar centrados na doença; trabalhadores destituídos da capacidade de decidir e usuários que só são escutados, impacientemente, em suas queixas: tudo isso contribuiu para uma naturalização do cotidiano produtor de indiferença ao sofrimento do outro, uma máquina de reprodução de relações de assujeitamento, heteronomias, subjetividades servis e tristes (BRASIL, 2015, p. 20).

Considerando que as formas de organização do sistema de saúde estão em constante debate, pois acompanham os processos de transformações que vão ao encontro das necessidades humanas, tem-se repensado as formas de prática em saúde mental no Brasil. Surge o “Humaniza SUS”, não como um programa do SUS, mas como uma política que atravessa, tanto as ações, como as instâncias gestoras do SUS. Compreendendo que a humanização ocorre quando existe:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/ cor, origem, gênero e orientação sexual;

- Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo;
- Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um (BRASIL, 2010, p. 17,18,19).

Em relação à saúde mental, incluindo o sujeito internado por medida de segurança em hospital/unidade de custódia, têm sido realizados trabalhos que buscam ampliar a responsabilidade coletiva (equipe multidisciplinar, gestores, familiares, serviços) no desenvolvimento de ações em rede, ou seja, busca-se o envolvimento ativo de ambos os setores sociais, na confiança de que é possível repensar e criar novas formas de cuidar. No tocante à prática, ocorre da seguinte forma:

Nossa intervenção vai além da tradicional reabilitação biopsicossocial: objetiva a reinserção na comunidade e a autonomia dos sujeitos, consolidando referência na rede local de saúde mental, nos profissionais do hospital e na rede básica de saúde. Promove, entre outros aspectos, o exercício da responsabilização compartilhada com a família no tocante ao sucesso do tratamento (BRASIL, 2010, p. 205).

Portanto, nessa perspectiva que vêm sendo feitas reuniões periódicas entre os técnicos da Unidade de Custódia e profissionais da área da saúde, a fim de ampliar o diálogo acerca dos aspectos que envolvem a saúde e a reinserção das pessoas custodiadas na Unidade (informação verbal)⁸.

Sabe-se que as ações que envolvem a oferta de tratamento humanizado e em rede é o modelo ideal e que é preciso avançar muito em busca da efetivação de uma prática que vá na contramão daquilo que tradicionalmente é feito. A responsabilização coletiva e a valorização do trabalho em rede também implicam na descentralização do saber médico como único e absoluto no tratamento em saúde

⁸ Informação fornecida por Roberta (Diretora da UCTP) em encontro realizado com a finalidade de compreender aspectos históricos da instituição e a fase atual em relação às adequações no tocante as orientações legais em relação à saúde da pessoa em cumprimento de medida de segurança, em 04 de maio de 2018).

mental. Mas, é preciso apostar em bons encontros, no diálogo participativo, na potência que produz novas formas de pensar e agir no cotidiano da vida.

5 AS FASES DO ENCLAUSURAMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO ES

Nas linhas seguintes apresentaremos aos leitores um pouco sobre o campo ao qual nos propomos estudar, as histórias da instituição, as transformações que resultaram no que é atualmente, as características físicas, as práticas que são desenvolvidas junto aos pacientes e também as sensações que foram eliciadas por via da aproximação com a Unidade. Consideramos ser de grande importância conhecer e apresentar essas histórias, pois assim torna-se possível identificar alguns aspectos que podem ser considerados como avanços no que se refere ao tratamento dedicado ao paciente psiquiátrico do ES, bem como os desafios que permanecem na esperança de serem superados.

Para a construção desse texto, contamos com informações fornecidas pela diretoria da Unidade, bem como observações da pesquisadora e da colaboradora Joyce.⁹ Trata-se, portanto, de uma construção coletiva, onde as histórias, os afetos e as percepções acerca desta instituição serão descritas, hora por trechos dos diários de campo, hora por informações coletadas por meio de entrevista.

Nesse capítulo, também abordaremos dados que consideramos relevantes dentro do trabalho censitário realizado nesta instituição no ano de 2015, a fim de ampliarmos o leque de informações sobre o campo, e utilizaremos as legislações vigentes para essa matéria como fonte de diagnóstico situacional e embasamento jurídico legal.

5.1 De Manicômio Judiciário a Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

A primeira instituição destinada ao abrigamento das pessoas com Transtorno Mental no ES funcionava onde hoje está localizado uma Unidade prisional. O local

⁹ Joyce dos Reis Machado é aluna do décimo período do curso de Psicologia da UFES. Em decorrência da relativa demora em conseguir resposta do campo de pesquisa, foi necessário a colaboração de mais uma pesquisadora, a fim de otimizar o tempo na coleta dos dados nos prontuários. No entanto, sua participação na presente pesquisa ultrapassa os limites dos prontuários, seus afetos e percepções decorrentes dessa experiência, são de grande relevância e estarão registradas neste capítulo.

funcionava como moradia para famílias inteiras, como se fosse uma vila, onde as famílias dividiam o espaço e se acomodavam durante anos (informação verbal)¹⁰. Existem registros fotográficos que comprovam essa informação, neles é possível observar que essas famílias se organizavam de forma coletiva, e a institucionalização não era marca predominante.

Porém, em 1954 foi fundada na localidade de Tucum em Cariacica, uma outra instituição que funcionava com o nome oficial de Hospital Adalto Botelho, mas era conhecido popularmente como manicômio. Nesse manicômio (antigo Hospital Adalto Botelho), haviam pessoas internadas com todos os tipos de transtorno, com ou sem causas na justiça. Era o local onde moravam aqueles que sofriam de transtorno mental, mas por não terem onde morar, ou por rejeição da família, ou por haver cometido crimes, mas não podiam ficar em prisão comum pelo fato da desordem mental, ficavam ali por anos e anos. Dessa forma, essa instituição funcionou por mais de 40 anos (informação verbal). De acordo com informações da Secretaria de Estado da Saúde, em 2010 o Hospital Adalto Botelho sofre uma reestruturação e se transforma em Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC) e assim permanece até os dias atuais (SECRETARIA DO ESTADO DA JUSTIÇA, 2015).

No ano de 1997 houve uma mudança, foi realizada a separação, e as pessoas acusadas de envolvimento em crimes, foram transferidas para o prédio que hoje funciona a UCTP, na localidade de Roças Velhas, Cariacica. Então, essas pessoas com transtorno mental que estavam internadas no Adalto Botelho por motivo de mandado judicial, foram separadas das pessoas com transtorno mental que ali estavam sem o fato de haverem cometido crimes. Tem-se então uma separação entre o louco criminoso e o louco sem crimes (informação verbal).

Dois anos mais tarde, em 1999 o prédio destinado a abrigar somente os loucos infratores, passa a se chamar de HCTP (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico). Segundo relatos, apesar do nome hospital, essa instituição era considerada um depositário de “doentes mentais” em conflito com a lei, onde o tratamento não atendia as necessidades das pessoas, não haviam roupas

¹⁰ Informação fornecida por Roberta Barbosa dos Santos Prates no encontro realizado com a finalidade de compreender aspectos históricos da instituição e a fase atual em relação às adequações no tocante as orientações legais em relação à saúde da pessoa em cumprimento de medida de segurança, em 04 de maio de 2018.

suficientes e muitos pacientes andavam nus. O mal cheiro era insuportável, havia presença de moscas e insetos, que até feriam a pele dos pacientes (informação verbal).

No ano de 2010, segundo a diretora da Unidade, o então Hospital de Custódia passou por uma grande reforma. Os pacientes passaram a receber tratamento de saúde de forma mais adequada, a higiene e os cuidados pessoais passaram a ocorrer de forma mais recorrente, entre outras mudanças que conferiram às pessoas que ali viviam condições mais humanas e menos prejudiciais (informação verbal).

No dia 22 de dezembro de 2017, o então conhecido Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico passa a se chamar Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e o Espírito Santo passa a ser o único estado da Federação que possui uma Unidade de internação para pessoas consideradas inimputáveis, adotando assim, a sigla UCTP.

A mudança na nomenclatura ocorreu por iniciativa da direção juntamente com a Gerência de Saúde que é a atual responsável pela instituição. A motivação se deu pelo fato de que a referida instituição não possui característica de hospital, e sim o de uma Unidade Prisional comum, porém com equipe especializada para receber pessoas com transtornos mentais (informação verbal).

Ocorre que o próprio judiciário, em alguns casos, vê a Unidade como um hospital de fato, porém a situação de saúde da pessoa não é determinante para a entrada na Unidade, pois lá não é o local para receber uma pessoa com transtorno mental em crise, e sim uma instituição de saúde caracterizada para receber casos onde a forma de entrada é o mandado judicial, tanto para casos de medida de segurança, quanto para os provisórios, ou seja, aqueles que estão aguardando exame de sanidade (informação verbal).

A UCTP não é o local para receber emergência psiquiátrica, até mesmo quando um paciente da Unidade está em estado de saúde que necessite de cuidados mais específicos, este é removido para um hospital que lhe assegure o tratamento adequado, e após receber alta, retornará para a Unidade para dar continuidade ao tratamento até que cesse sua periculosidade (informação verbal).

Essas informações nos provocaram a refletir sobre muitas coisas que envolve a instituição, muitas indagações se fazem presente e as respostas parecem ser tão óbvias ao ponto de não quisermos enxergar.

O que mais nos provoca é a inevitável questão: “antes tínhamos um hospital para louco infrator que era gerido pela secretaria de segurança, agora temos uma Unidade para louco infrator que é gerida pela secretaria de saúde”. Há um desarranjo nessa questão que nos incomoda, pois se o objetivo do estado é adequar a situação do louco infrator às políticas desinstitucionalizantes, que primam pela valorização do trabalho em rede aberta, substitutiva ao modelo asilar e tradicional, como podemos nesse momento histórico “criar” ou “oficializar” uma instituição destinada ao abrigo de loucos infratores que se intitula Unidade?

Na prática, se sabe, se vê e se fala que de fato, os ditos Hospitais de Custódia do Brasil são na verdade prisões e manicômios com todas suas características institucionalizantes, mas por meio de lutas coletivas, estamos alcançando espaços e organizando serviços eficazes para adequar às propostas de tratamento em saúde mental ao chamado louco infrator, porém não se trata de humanizar o manicômio, e sim aniquilá-lo. Parece que na contramão dessas organizações, que visam justamente aniquilar o manicômio, o Espírito Santo, retrocede, ao ser o único estado do Brasil a possuir uma Unidade de Custódia destinada ao sujeito com transtorno mental autor de ato infracional, o chamado louco infrator.

Portanto, as indagações levantadas acima parecem razoáveis para se pensar como está caminhando a questão da judicialização da loucura em nosso estado. Em um momento onde as políticas de saúde no Brasil não pretendem oficializar um local para o asilamento de loucos infratores, nem tão pouco humanizar esse espaço para que ele se perpetue na história de forma “menos pior”. Tem-se observado o movimento de trabalho em rede, com a intenção de oferecer a esses sujeitos a possibilidade de realizar seu tratamento de forma adequada e contínua, inserido no espaço social sempre quando possível.

5.2 Conhecendo a Unidade de Custódia do ES

A Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Espírito Santo (UCTP) fica localizada na Rodovia José Sete, sem número, em Roças Velhas no município de Cariacica e funciona exclusivamente para acolher pessoas que receberam medida de segurança em meio fechado, ou aguardam pela realização da perícia médica em saúde mental, determinada pelo juiz (SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, 2015).

O prédio onde funciona a UCTP fica longe da estrada principal, em um local de difícil acesso para quem utiliza somente o transporte coletivo, pois não há ônibus que passe perto da Unidade. Esse parece ser um complicador, no que se refere ao contato dos familiares com os pacientes, pois a grande parte é de pessoas com poder aquisitivo baixo e que dependem do transporte público, mas não podem contar com este serviço para se dirigirem até à Unidade.

Desde 1999 a Unidade era gerida pela Secretaria de Estado da Justiça, porém, para melhor adequação às políticas de saúde voltadas para essa população, o estado entendeu que a Secretaria de Saúde seria o órgão mais adequado para gerir a instituição. Portanto, atualmente a UCTP do ES é gerida pela Secretaria de Saúde. Por intermédio dessa mudança, outras estão acontecendo, a instituição conta hoje com um maior número de profissionais de saúde que fazem o trabalho com o paciente psiquiátrico e o próprio nome da instituição que passou de hospital para unidade, na finalidade de adequar a realidade do trabalho que é desenvolvido ao nome da instituição (informação verbal).

No que se refere à estrutura física da Unidade, é um local amplo e rodeado por árvores, possui um jardim bem cuidado com flores e plantas. Porém, toda sua estrutura interna é consoante com uma prisão, possui grades para atravessar de um cômodo a outro, onde um agente faz a abertura para a locomoção dentro do prédio e os rádios transmissores dão as informações necessárias para organizar as movimentações.

No primeiro piso funciona a parte administrativa, toda área de saúde e algumas salas onde são feitas as oficinas, também funcionam as salas de aulas e setores de higienização e lavanderia. O banho de sol dos pacientes também é feito no primeiro

piso, na parte de trás, onde o chão é de cimento e a única visão que é possível é a dos fundos da Unidade.

No segundo piso ficam as galerias (celas onde os pacientes se acomodam), de acordo com a direção, em algumas partes, as celas ficam abertas e os pacientes podem transitar no espaço e assistir televisão. Porém, nem todos os pacientes possuem essa “liberdade” dentro da unidade, aqueles que estão em surto ficam nas celas trancadas, com ou sem outro paciente junto, dependendo do risco que podem oferecer ao outro.

Em meu primeiro contato com esse espaço, ao entrar mais a fundo na UCTP, logo é possível perceber que a estrutura não se parece em nada com a estrutura de um hospital. Absolutamente nada ali faz referência ao modelo de hospital que conheço, não tem luzes como em um hospital, nem cor, nem as roupas são de hospital, nem o cheiro de hospital. O local se assemelha majoritariamente com uma instituição prisional, desde a entrada na portaria se percebe isso. Curioso é que existe um contraste muito evidente, no que se refere à estrutura do local. Já descrevi em outro momento que o hospital fica localizado muito distante e de difícil acesso, próximo a uma região de mata. Como geralmente ocorre com presídios, **ficam à margem**. Ao chegar no local, nos deparamos com um jardim agradável, amplo e cercado de plantas e árvores, que trazem uma sensação gostosa de paz e aconchego, porém, para entrar no local, a segurança é fechada e rígida, comum em instituições prisionais.

Logo na entrada, as salas são claras e bem iluminadas, decorada com quadros, flores e com ventilação agradável, mas ao percorrer alguns passos adentro, a situação é diferente.

*“Lá é frio, sem vida, inóspito, pouca luz, cheio de grades, cadeados e agentes. Tem um cheiro forte e inconfundível, esse cheiro foi uma das coisas que mais me marcou, não sei descrever, acho que só quem sente é que consegue compreender. É uma mistura de urina com remédio e sujeira, realmente, é indescritível. Mas, fica. Ficou na minha roupa, na minha narina, na minha pele, na minha mente. Se fechar os olhos e me concentrar, eu consigo sentir... Meu sentimento nessa primeira visita foi de **tristeza profunda**” (Diário de campo, 2018).*

Alguns detalhes me tocaram e me chamaram atenção, são detalhes, mas se observados com um olhar mais sensível podem dizer muito sobre a essência do local. Um exemplo, é que na sala de televisão, a tv estava ligada, alguns homens estavam assistindo a um filme em pé, pois não há sofás ou mesmo bancos para acomodá-los. Não há cor nas paredes, ou, se existe, ela não prevalece. É notório o contraste entre o externo e o interno da instituição.

“Por que lá dentro, onde existem vidas, o ambiente não é agradável e vistoso quanto o ambiente de fora da instituição? Essa pergunta me acompanha, e não tenho uma resposta precisa para ela, mas acredito que, em termos estruturais, prevalece a essência para o qual a instituição foi criada.

Ao chegar em casa, não conseguia me desligar daquele cheiro, as pessoas falavam comigo, mas o cheiro do hospital roubava a minha concentração. Precisei tomar um longo banho para conseguir me desligar...” (Diário de campo, 2018).

Essas sensações não parecem ser exclusivas, em diversos estudos realizados dentro de espaços/prisões há o mesmo relato, o odor que se sente, que entranha não somente nas narinas, mas na roupa e na mente, impossível de explicar, é marcante, é ruim. Por isso, posso pensar nesse odor, como sendo um símbolo, o símbolo do abandono, do descaso, é uma marca que não deixa negar a necessidade de luz e de vida. Não adianta fazer a troca de roupa, o banho diário, não adianta as paredes bem pintadas, o chão limpo, o odor vai permanecer, porque ele denuncia aquilo que não se pode ver, apenas sentir.

“É inevitável pensar em nossa posição naquele espaço, nós sentimos, mas passamos, eles ficam, sentem e ficam, e sentem muitas coisas que nós, que apenas transitamos, não sentimos. E se o odor me fez mal, que dirá aqueles que não estão ali de passagem? Que sensações sentem? Não sei, apenas sei, tenho certeza, que sentem” (Diário de campo, 2018).

Já em se tratando da área destinada à saúde, a Unidade possui um ambulatório completo e bem equipado que consta com 96 leitos no total, sendo que desses, 91 são para internação, 2 são para observação e 3 para pernoite. O ambulatório possui 1 posto de enfermagem, 1 sala de observação com 2 leitos, 3 consultórios indiferenciados, 1 consultório odontológico, 1 sala de coleta, 1 expurgo, 1 sala de

esterilização, 1 farmácia, 1 sala administrativo e 2 banheiros (SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, 2015). Conforme informações da direção do hospital, essa quantidade de profissionais de saúde responde adequadamente às demandas dos pacientes que ali estão.

De acordo com informações coletadas junto à Secretaria de Estado e da Justiça por meio de um Informe Técnico, nos últimos dois anos o Conselho Nacional de Justiça vem pedindo o fechamento deste modelo de instituição em vários estados do Brasil, considerando que se trata de um modelo ultrapassado e que funciona em desacordo com a Lei 10.2016 e a Portaria N°94 de 2014.

Para realizar as adequações conforme as orientações com base nas legislações supracitadas, no ES está sendo implantado um Grupo Condutor coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde para desenvolver um novo modelo de assistência à saúde das pessoas com transtorno mental privadas de liberdade, que contará com uma Comissão de trabalho para elaborar o Plano de Ação que dará o redirecionamento ao modelo de atenção à saúde dessa população. Tal plano, bem como as demais mudanças que deverão ocorrer na Unidade acontecerão em acordo feito pelas Secretarias de Estado e da Justiça. Desta forma, cabe destacar que o momento atual vivido pela instituição é de transformação.

6 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Pesquisar é, ao invés de procurar verdades absolutas, ir conectando-se com a dispersão dos acontecimentos em suas múltiplas direções, cartografando os movimentos que ali se afirmam; é abrir-se para o inusitado, desviar-se, surpreender e desconhecer; é positivar as múltiplas direções que os agenciamentos – conexões – podem imprimir aos corpos; é explorar devires que se insinuam (ARAGÃO; BARROS; OLIVEIRA, 2005, p. 25).

A citação acima expressa o que, para nós, significa pesquisar. Estar sensível ao encontro com novas experiências cartografando devires que delas surgem e permitir-se ser tocada por essas experiências é o que nos move e tem nos conduzido aos caminhos metodológicos utilizados neste percurso. Trata-se de uma pesquisa que possui um rigor ético, estético e político, tal como descrito por Suely Rolnik:

Ético porque não se trata do rigor de um conjunto de regras tomadas como um valor em si (um método), nem de um sistema de verdades tomadas como valor em si (um campo de saber): ambos são de ordem moral. O que estou definindo como ético é o rigor com que escutamos as diferenças que se fazem em nós e afirmamos o devir a partir destas diferenças. As verdades que se criam com este tipo de rigor assim como as regras que se adotou para criá-las, só têm valor enquanto conduzidas e exigidas pelas marcas. *Estético* porque este não é o rigor do domínio de um campo já dado (campo de saber), mas sim o da criação de um campo, criação que encarna as marcas no corpo do pensamento, como numa obra de arte. *Político* porque este rigor é o de uma luta contra as forças em nós que obstruem as nascentes do devir (ROLNIK, 1993, p. 245).

De forma que, em todas as fases do processo de pesquisar, desde a escolha do método até a conclusão, há a convocação do eu e das marcas produtoras de devires. São, justamente, essas marcas¹¹ que vão tecendo a vida e que são produzidas ao longo dela, construindo e desconstruindo processos, que me conduziram até a presente pesquisa, de igual forma, as marcas que ficam dessa pesquisa me conduzem a um olhar mais consciente para o meu papel de pesquisadora, para o método utilizado, para o campo e para o sujeito.

Dito isso, não podemos olhar para esse processo a não ser pela proposta de

¹¹ “Ora, o que estou chamando de marca são [...] estados inéditos que se produzem em nosso corpo, a partir das composições que vamos vivendo. Cada um destes estados constitui uma diferença que instaura uma abertura para a criação de um novo corpo, o que significa que as marcas são sempre gênese de um devir” (ROLNIK, 1993, p. 242).

construir um caminho metodológico centrado na cartografia, como uma forma de compreender os processos que estão instituídos, sensível na observação dos jogos de forças que conduz a uma realidade que não é estática e por isso mesmo, se refaz na medida em que a prática do conhecer/pesquisar acontece. Portanto, não almejamos determinar verdades, apontar erros, nem mesmo dizer o que seria melhor ou pior para os sujeitos envolvidos nessa pesquisa. Apostamos nas possibilidades dos encontros, no conhecer, no afertar-se, e partir disso, produzimos reflexões sobre os processos envolvidos nesse enredo.

No entanto, a legitimação deste caminho metodológico como instrumento para essa pesquisa sempre foi uma questão “problema” para mim, desde a escrita do primeiro projeto. Não sem razão, pois a essa altura, já deve ser de conhecimento do leitor que minha trajetória de vida e de pesquisa acadêmica foi, durante algum tempo, pautada no modelo positivista, tradicional, o único que conhecia. A mudança na forma de olhar para a pesquisa só foi possível quando compreendi que era preciso me apropriar de uma nova epistemologia, uma nova forma de olhar para as relações estabelecidas. Assim, estive certa de que não conseguiria produzir esta pesquisa se não pela via cartográfica.

Porém não posso negar que, a proposta de utilizar a cartografia me fez sentir insegura, por algumas vezes parar e repensar se este seria mesmo o caminho. Nas conversas com colegas, orientações e reflexões de pessoas, a questão era recorrente, e assim foi durante toda pesquisa, até que em determinado momento me vi dentro do processo, vi que já estava no caminho, que esse exercício de desconstruir um pensamento que fora, previamente, formatado sobre mim mesma, sobre o sujeito da pesquisa e sobre o campo a que me dediquei, é parte de um movimento indispensável a todo aprendiz de cartografia, e é justamente esse movimento que conduz a uma escrita ética, estética e política, conectada com uma implicação pessoal, intransferível.

Dessa forma, o processo de pensar foi se conduzindo, partindo primeiramente de uma análise pessoal do meu processo de vida, minhas marcas, minhas resistências, meus medos, anseios, desejos, afetos. Ao cartografar primeiramente, meus processos de vida e existência é que pude então, conduzir o processo de pesquisa

utilizando o pensamento cartográfico nos encontros que surgiram com o campo ao longo dos dias.

Nessa perspectiva a autora Laura Pozzana no artigo intitulado “A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade” afirma que:

O cartógrafo se faz por um regime de afetabilidade, ele toca e é tocado. Com a prática e com uma atenção que não visa atingir senão a própria experiência em curso, corpos mais dinâmicos e sensíveis são criados, abrindo a possibilidade de pesquisar na experimentação da variação e das diferenças. A prática de pesquisa é facilitada pela possibilidade de criar novas maneiras de ser e estar no campo. É por meio do praticar que a atividade de pesquisar cartograficamente ganha corpo e concomitantemente mundo. Formar e pesquisar se dão mutuamente (POZZANA, 2013, p. 59).

Compreendi que é dessa forma que nasce um cartógrafo, que não poderia ser diferente, a inquietação, diz justamente do grau de afetamento que me desloca da zona de conforto e me transporta para um lugar que posso chamar de paradoxal, ou seja, distante (pois, se trata de uma nova práxis) e ao mesmo tempo próximo (pois, teoria e a prática são inseparáveis). Por isso mesmo, o pensamento cartográfico é intenso.

Dessa forma, foi se construindo esse processo de pesquisa, o inevitável afetar-se foi se dando ao longo dos encontros semanais com o campo, e nossa proposta passou a ser, também, conhecer aquilo que nos afeta e por que nos afeta.

A pesquisadora Favret-Saada em seu trabalho sobre a feitiçaria no *Bocage* francês descreve de forma brilhante seu mergulho no processo de conhecer, que se deu justamente pela via do afetar-se, “[...] da participação como um instrumento de conhecimento” (FAVRET-SAADA, 2005, p. 147).

A autora relata que sua análise sobre o processo definitivamente não seria a mesma, se lhe fosse permitido pesquisar com olhos de pesquisadora, sem estar afetada, ou enfeitiçada. Descreve: “Nos encontros com os enfeitiçados e desenfeitiçadores, deixei-me afetar, sem procurar pesquisar, nem mesmo compreender e reter” (FAVRET-SAADA, 2005, p. 158). Ou seja, abria-se ao inesperado, sem uma reflexão racional prévia, apenas vivia o momento, sentia e a posteriori escrevia em diários de campo sobre como aquilo lhe afetou e porque lhe afetou.

Nessa mesma perspectiva, fomos à campo realizar nossa pesquisa de forma a perceber tudo o que nos afeta, nos toca, nos faz sentir. Primeiramente, sem questionar, sem refletir sobre, apenas sentir. As questões referentes a esse sentir vieram depois, durante as orientações e escrita. Por que senti? Por que tal assunto me tocou? Por que isso acontece? Essas e outras reflexões são produtoras de sentido e foi justamente isso que nos interessou.

Portanto, fizemos contato com o campo, que hoje chamamos não mais de Hospital de Custódia e sim, Unidade de Custódia. Abrimos os prontuários de Medida de Segurança onde estão dados gerais sobre aquela pessoa ali aprisionada, escritas que descrevem a situação de saúde, pareceres, laudos e também, determinações.

O contato com estes documentos nos fez pensar o valor do conteúdo existente naqueles papéis, legalmente eles determinam a vida dos sujeitos que ali vivem tamanha sua importância para o ordenamento jurídico, mas ao mesmo tempo, refletimos o quanto é parcial tudo o que ali está escrito, naqueles papéis não se esgotam as histórias de vida daqueles sujeitos.

Portanto, sentimos a necessidade de compreender além dos registros contidos nos prontuários, aquilo que só pode ser conhecido através da experiência COM, do contato efetivo com as vivências da instituição. Dessa forma, além de conhecer os dados contidos nos prontuários também fizemos contato com profissionais que trabalham na UCTP e com pacientes/internos por meio do acompanhamento de algumas atividades institucionais. O acesso ao plano da experiência sobre aquilo que foi dito ou vivido no momento do encontro, as variações, resistências, afetos e forças que se apresentarão no curso dos diálogos nos importou.

Foram atividades habituais dos pacientes, natural para eles e muito estranhas para mim. No decorrer das atividades, o sentir se fez intenso, sentir de todas as formas, sensorial e sentimental. Minha presença ali não era, para mim, de uma pesquisadora, não me senti psicóloga, só me senti humana, me permiti ser afetada e isso não foi uma tarefa relativamente fácil, mas essa é também, uma aposta do cartógrafo, permitir ser afetado, sentir, construir-se no processo que é sempre um devir.

Os encontros, tanto com os prontuários, como com as pessoas que trabalham e/ou vivem na instituição aconteceram de forma natural, sem cronologia prévia. Os contatos foram ocorrendo conforme as necessidades iam surgindo, necessidade de conhecer/sentir o espaço físico, necessidade conhecer/sentir as atividades, os sujeitos, as histórias. Assim, foi se formatando esse trabalho, a escrita, as reflexões que surgiram desse processo de conhecer e sentir.

Nossa fundamentação teórica foi baseada em algumas leituras dos trabalhos de Foucault, pois entendemos que é inegável a influência do pensamento foucaultiano na compreensão sobre os aspectos que envolvem a loucura e os modos de vida que levam ao enclausuramento e à dominação dos corpos. Olhamos para a instituição “Unidade de Custódia” e para o que ela produz, como algo não tão evidente e necessário, como o próprio Foucault (2003) destaca ao descrever sobre a função política do que se chama “acontecimentalização”.

Essa leitura move nossa linha de análise. A ruptura com as evidências, as mesmas que influenciam na nossa prática e sentimentos, são indispensáveis e representam o que Foucault (2003) descreve como acontecementalizar. Dessa forma, olhamos para o nosso objeto de pesquisa não como algo natural, como resultado inevitável de um processo histórico, necessário e intransferível, vemos que há múltiplos processos que o constitui e a mantém exatamente em suas funções.

Assim, analisar a prática do encarceramento penal como “acontecimento” (e não como um fato de instituição ou um efeito de ideologia) é definir os processos de “penalização” (quer dizer, de inserção progressiva nas formas da punição legal) das práticas precedentes de internamento; os processos de “carceralização” de práticas da justiça penal (quer dizer, o movimento pelo qual o aprisionamento se tornou, como forma de castigo e como técnica de correção uma peça central na penalidade); esses processos maciços devem ser eles próprios decompostos: o processo de penalização do internamento é ele próprio constituído de processos múltiplos, como a constituição de espaços pedagógicos fechados, funcionando por recompensa e punição etc (FOUCAULT, 2003, p. 340).

Sobretudo, não temos a intenção de esgotar a discussão acerca deste assunto, cremos que este trabalho aponta questões que podem e devem ser continuamente consideradas. Nossos dados tanto dos prontuários, como das vivências apontam para histórias de vida, vidas que existem em sua multiplicidade e assim deve ser compreendida, sem desconsiderar, no entanto, os desarranjos que sinalizam o

descompasso envolvendo debates atuais acerca das políticas de saúde voltadas para pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

7 ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS

[...] sem notoriedade, obscuras como milhões de outras que desapareceram e desaparecerão no tempo sem deixar rastro – nenhuma nota de fama, nenhum feito de glória, nenhuma marca de nascimento, apenas o infortúnio de vidas cinzentas para a história e que se desvanecem nos registros porque **ninguém as considera relevantes para serem trazidas à luz**. [...] Apenas algumas vidas em meio a uma multidão de outras, igualmente infelizes, **sem nenhum valor**. Porém, sua desventura, sua vilania, suas paixões, alvos ou não da violência instituída, sua obstinação e sua resistência encontraram em algum momento quem as vigiasse, quem as punisse, quem lhes ouvisse os gritos de horror, as canções de lamento ou as manifestações de alegria (LOBO, 2008, p. 17, grifo nosso).

Neste capítulo apresentaremos algumas informações encontradas nos prontuários das 47 pessoas em cumprimento de medida de segurança na Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Espírito Santo, no período de 05 de janeiro de 2018 à 27 de julho do mesmo ano. Cabe apontar, que devida a movimentação jurídica, durante o processo da pesquisa, esses prontuários podem ter sofrido modificações, alteração de dados e até mesmo arquivamento, por motivo de alta ou transferência.

As informações serão apresentadas em forma de gráficos, com a intenção única de proporcionar maior facilidade na leitura dos resultados.

As distribuições dos gráficos estarão na seguinte ordem:

Informações Demográficas:

Gráfico 1: Sexo

Gráfico 2: Idade

Gráfico 3: Cor

Gráfico 4: Escolaridade

Gráfico 5: Vínculo conjugal

Informações acerca do Itinerário Jurídico:

Gráfico 6: Infração penal

Gráfico 7: Tempo de internação

Gráfico 8: Reincidência

Informações sobre a Saúde:

Gráfico 9: Diagnóstico médico

Gráfico 10: Exame de cessação de periculosidade

A priori, nossa única intenção seria a de conhecer as informações dos prontuários, apresentá-las realizando um comparativo com os dados da pesquisadora Débora Diniz, responsável pela pesquisa censitária ocorrida em 2011 na mesma instituição, utilizando os prontuários como instrumento.

No entanto, durante nosso percurso percebemos a necessidade em apostar em cartografias, em encontros, em experiências, em relações, em afetar e ser afetada. Percebemos que as informações ali digitadas, por vezes com linguagem rebuscada e termos técnicos como forma de marcar a domínio do poder em forma escrita, não representam mais que uma realidade parcial daqueles sujeitos. E mesmo assim, tem o poder de determinar sua história, por isso, consideramos importante, tanto a apresentação, quanto as análises que surgem desses recortes. Não mais uma análise comparativa como a priori era o nosso objetivo, mas uma análise sobre o que os dados falam, para além daquilo que está escrito.

A ideia não é desvalorizar ou demonizar os prontuários, mas evidenciar que eles trazem um recorte dos sujeitos, um retrato (estanque), que comparece após terem cometido o ato considerado criminoso, desconsiderando todo histórico de violência institucional a que foram submetidos durante suas existências, desconsiderando também o histórico de sofrimento mental que o levou a dar tal resposta em ato (BARROS-BRISET, 2010).

Logo, não nos compete olhar para as informações contida nos prontuários como uma verdade única, como uma única história, esse é um perigo do qual, devemos nos afastar. A escritora Chimamanda Adichie relata em seu discurso sobre “Os perigos de uma história única”¹² que essa é justamente, a estratégia do poder, o de criar uma história incompleta. Não conhecemos, mas sabemos que há mais histórias além daquelas contadas nas páginas dos prontuários, escritas por uma outra

¹² O perigo da história única. Chimamanda Adichie (Dublada por Márcia Morelli) Direção de Dublagem: Christiano Torreão Versão Brasileira Eclipse. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=qDovHZVdyVQ>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

pessoa, em um outro lugar, o lugar do especialista, de poder/saber, que não é o lugar do próprio sujeito, mas que interfere na vida dele de forma determinante.

Nossa intenção em apresentá-los neste capítulo é muito mais para exemplificar ou atestar nossa construção textual acerca da problemática envolvendo o aprisionamento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, conduzindo o leitor ao conhecimento da temática e a uma reflexão acerca dos atravessamentos que marcam essas histórias.

7.1 Dados demográficos dos pacientes em cumprimento de Medida de Segurança na UCTP do Espírito Santo

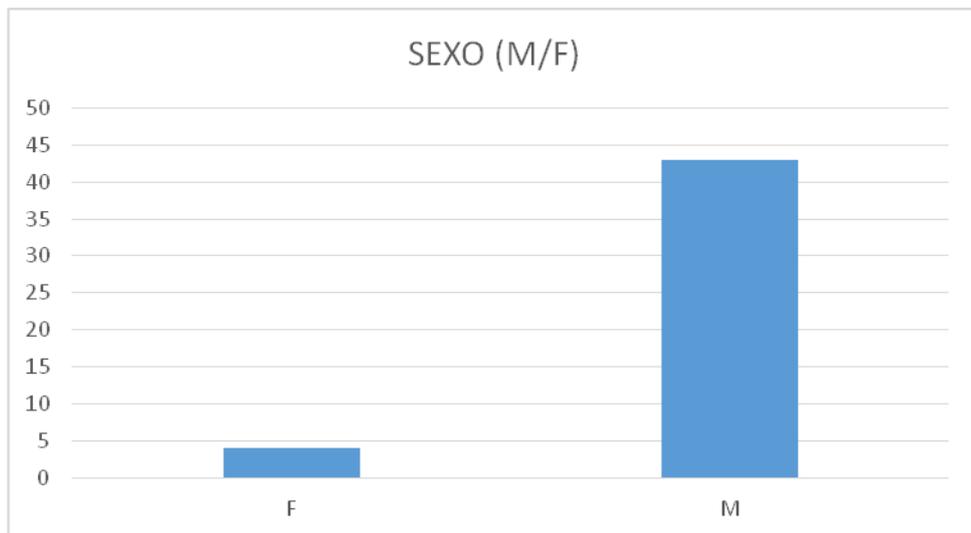


Gráfico 1: Sexo.

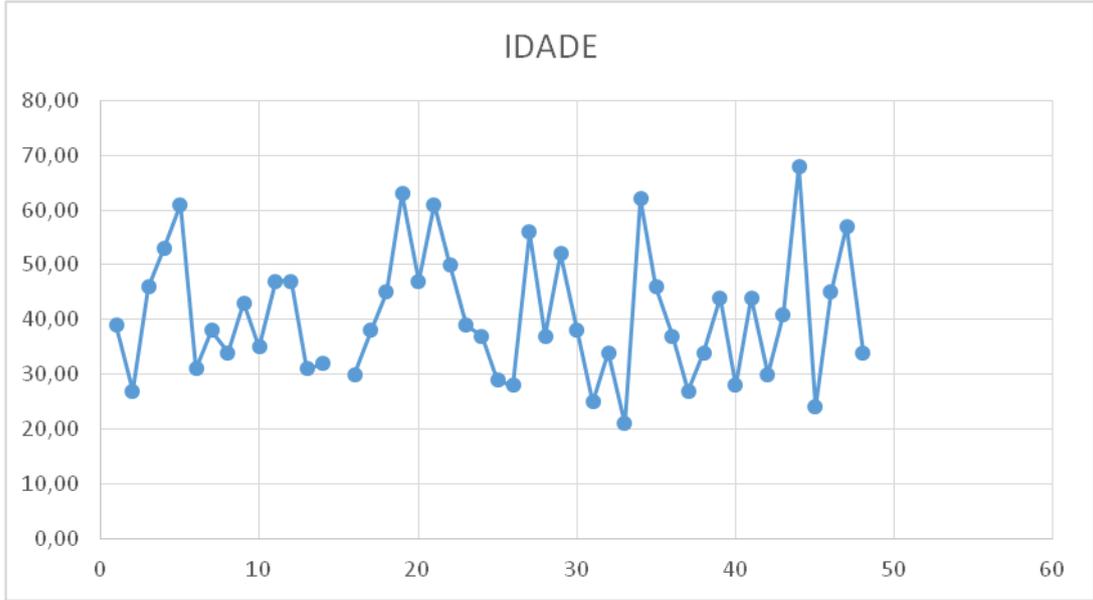


Gráfico 2: Idade.

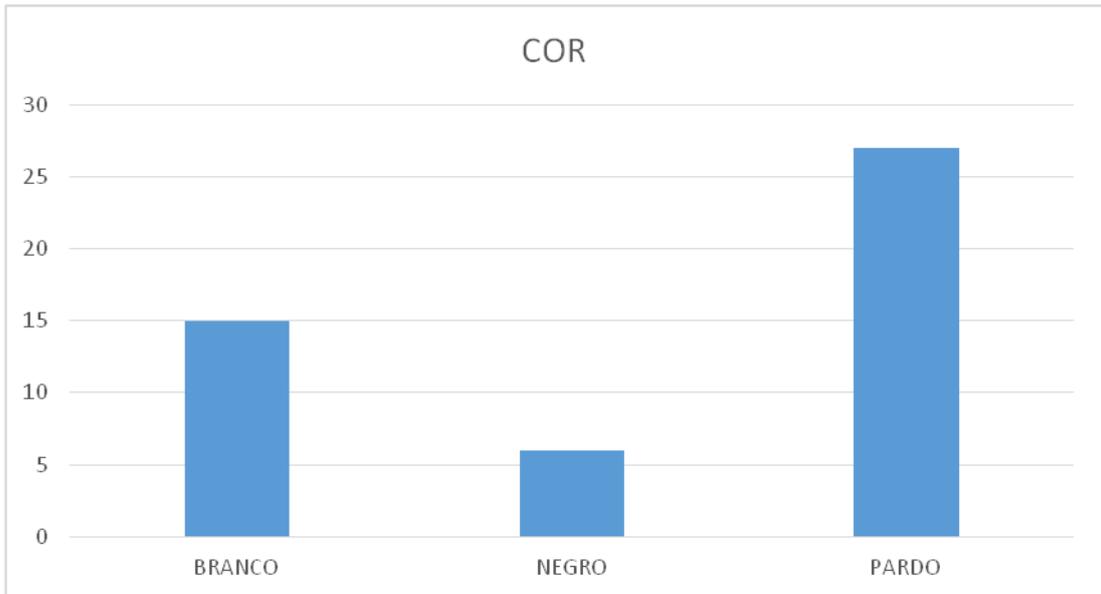


Gráfico 3: Cor.

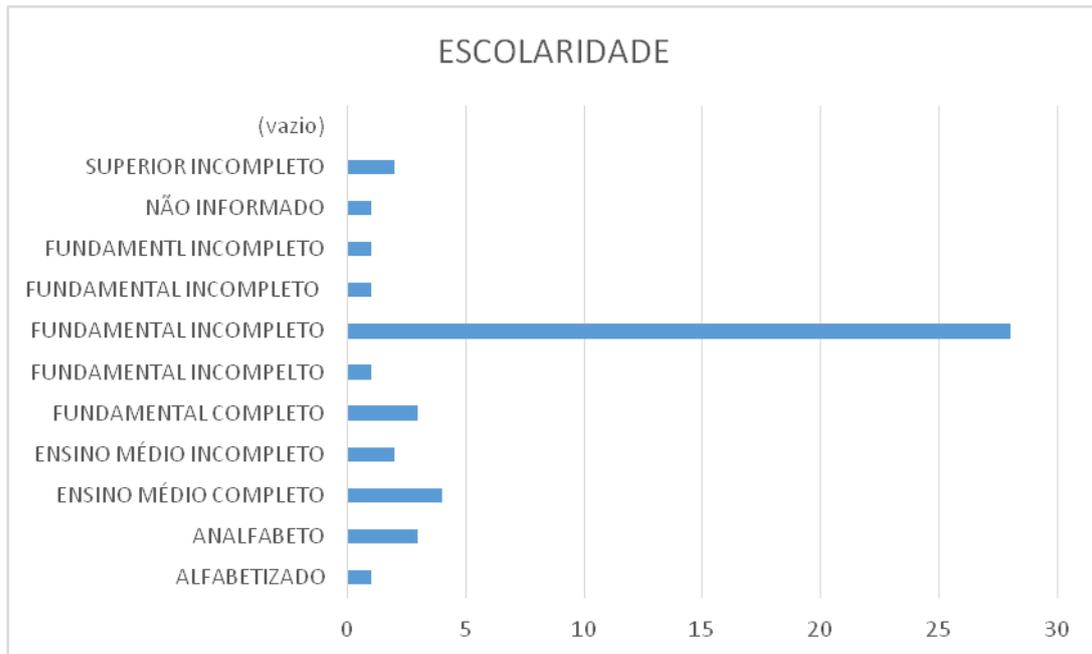


Gráfico 4: Escolaridade.

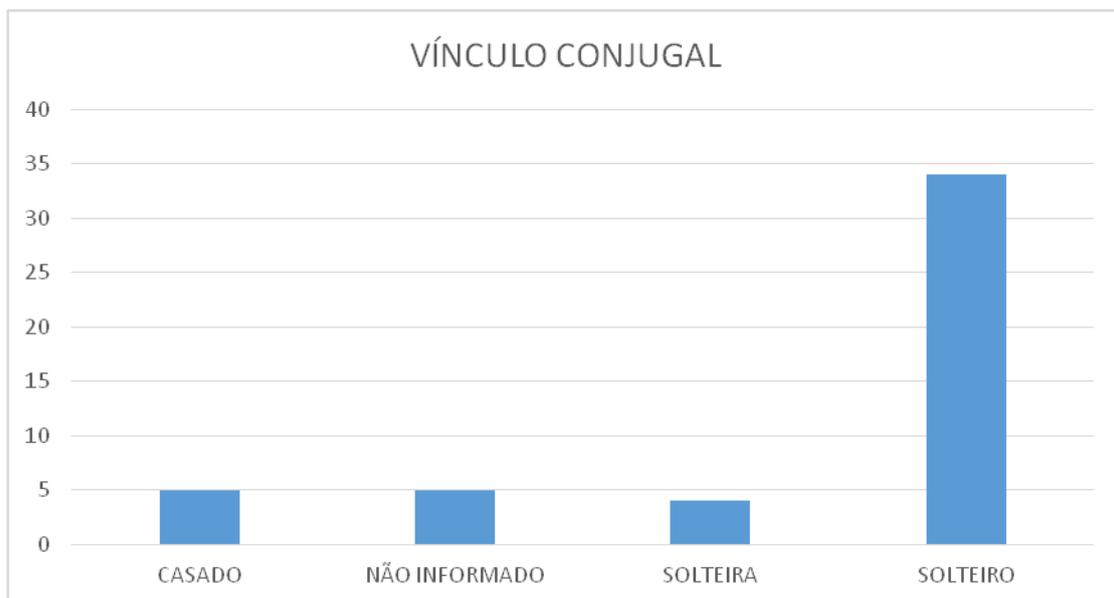


Gráfico 5: Vínculo conjugal.

Nessa categoria de análise vemos que os pacientes que cumprem medida de segurança na UCPT são, em sua grande maioria, homens, de meia idade (a maioria entre 30 a 50 anos), de cor parda e sem vínculo conjugal. Mas, o que isso representa? A loucura escolhe cor? Sexo ou escolaridade? Não. Mas, o cárcere sim.

Não é sem razão que essas características aparecem neste local, como também

não é sem razão que historicamente, ali permanecem. São vidas “desprezíveis”, “improdutivas” e por isso mesmo são anuladas neste lugar. Que outro lugar um homem com idade média de cinquenta anos, com problemas de saúde mental, ensino fundamental incompleto, sem vínculo familiar/conjugal e de cor parda poderia ocupar nessa sociedade? Repensar política de saúde voltada ao louco infrator é considerar que ele representa uma parcela da população historicamente marginalizada e sem espaço na malha social. Portanto, não se trata somente de saúde pública, mas também uma questão social e de direitos. Não se trata de vitimizá-los, mas de compreender que não é por acaso que temos esse perfil populacional cumprindo Medida de Segurança em nosso estado. O mapa da violência indica que a desigualdade também aparece com destaque em relação ao índice de homicídio no Brasil, onde negros e pardos são as principais vítimas deste crime, demonstrando assim que, a desigualdade racial é determinante para a manutenção das violências em nosso país¹³.

7.2 Dados sobre o itinerário jurídico dos pacientes em cumprimento de Medida de Segurança na UCTP do Espírito Santo

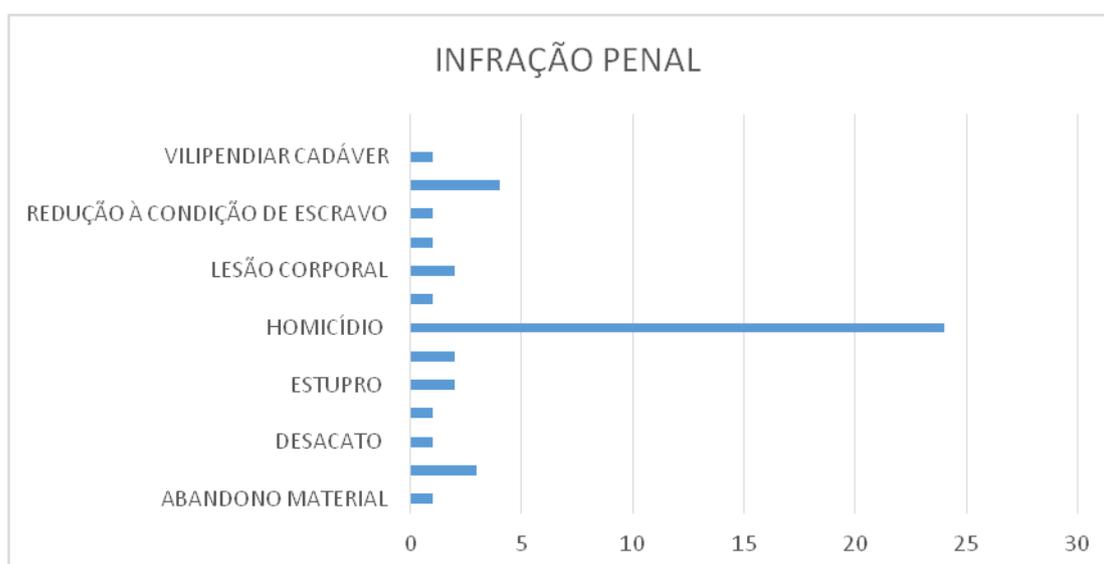


Gráfico 6: Infração penal.

¹³ CERQUEIRA, Daniel et al. Atlas da violência 2018. IPEA e FBSP, Rio de Janeiro: junho de 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/porta/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2018.

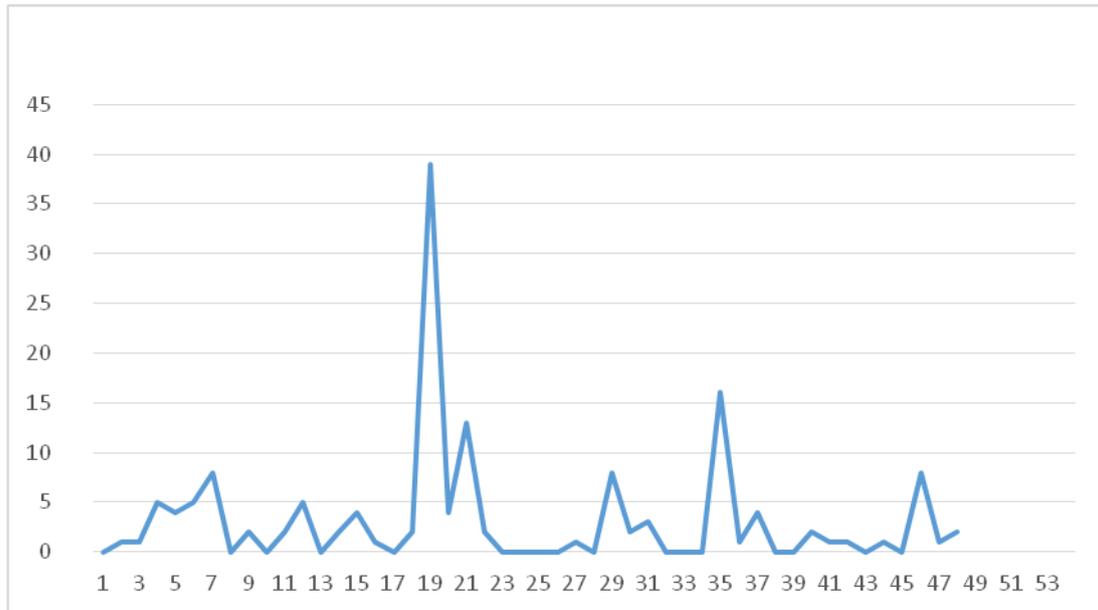


Gráfico 7: Tempo de internação.

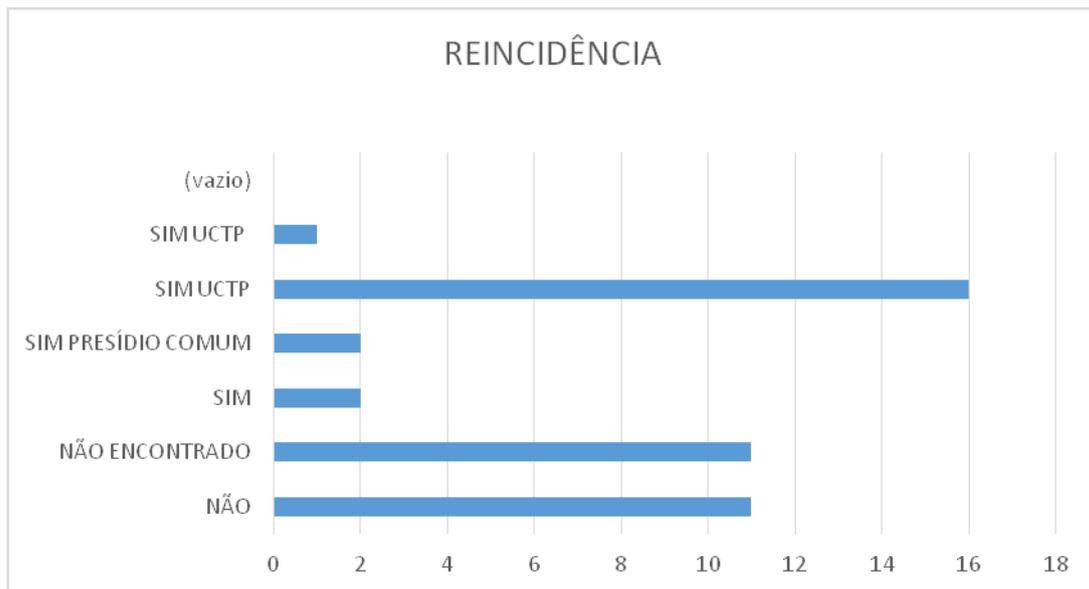


Gráfico 8: Reincidência.

É notório nesta categoria de análise que o crime de homicídio é o ato infracional mais cometido por essa população e que existe um alto índice de reincidência, inclusive para a UCTP, aliado a isso, temos como observar que o tempo de internação fica em torno de 3 a 5 anos, embora alguns casos ultrapassa os 10 anos e em um deles, nota-se 39 anos de internação.

Não há como observar essas informações sem considerar aquilo que antecede ao ato que levou essas vidas à serem internadas nessa instituição. Será que essas

peças não deram sinais de que precisavam de ajuda? Será que não houve a busca por tratamento anterior? A impressão que fica é de que o ato criminoso fez aparecer o sujeito, diferentes atos considerados como crime e, principalmente o contra vida, trouxe-lhes a possibilidade de uma prática de escuta e cuidado ainda que na forma de tutela.

Foucault em “A vida dos homens infames” fala sobre este assunto, o autor destaca que é justamente, o choque com o poder que faz com que essas vidas, antes inexistentes, sobrevivam (Foucault, 2003). Vidas inexistentes até o momento em que entram em choque com o poder, e então aparecem no enquadramento jurídico, legal, como loucos, criminosos, perigosos, não aptos para conviver em sociedade e, portanto, reincidentes.

Esse alto número de reincidência também é uma informação sugestiva para se pensar na ausência de uma política que responda às necessidades desses sujeitos, pois sem um acompanhamento sistemático, organizado, em rede, junto aos pacientes e seus familiares, a saída continuará sendo o asilamento por 5, 10 ou 39 anos. Essa questão aponta para o desafio da política: acompanhamento de egresso, articulação com a família, com a rede, com as políticas. Desafio de concretizar o que a lei preconiza. Pois, enquanto não houver a possibilidade concreta de um apoio à saúde do louco infrator em ambiente extra hospitalar, o hospital/prisão continuará sendo a principal, ou até mesmo, única opção.

7.3 Dados sobre o quadro de saúde mental dos pacientes em cumprimento de Medida de Segurança na UCTP do Espírito Santo

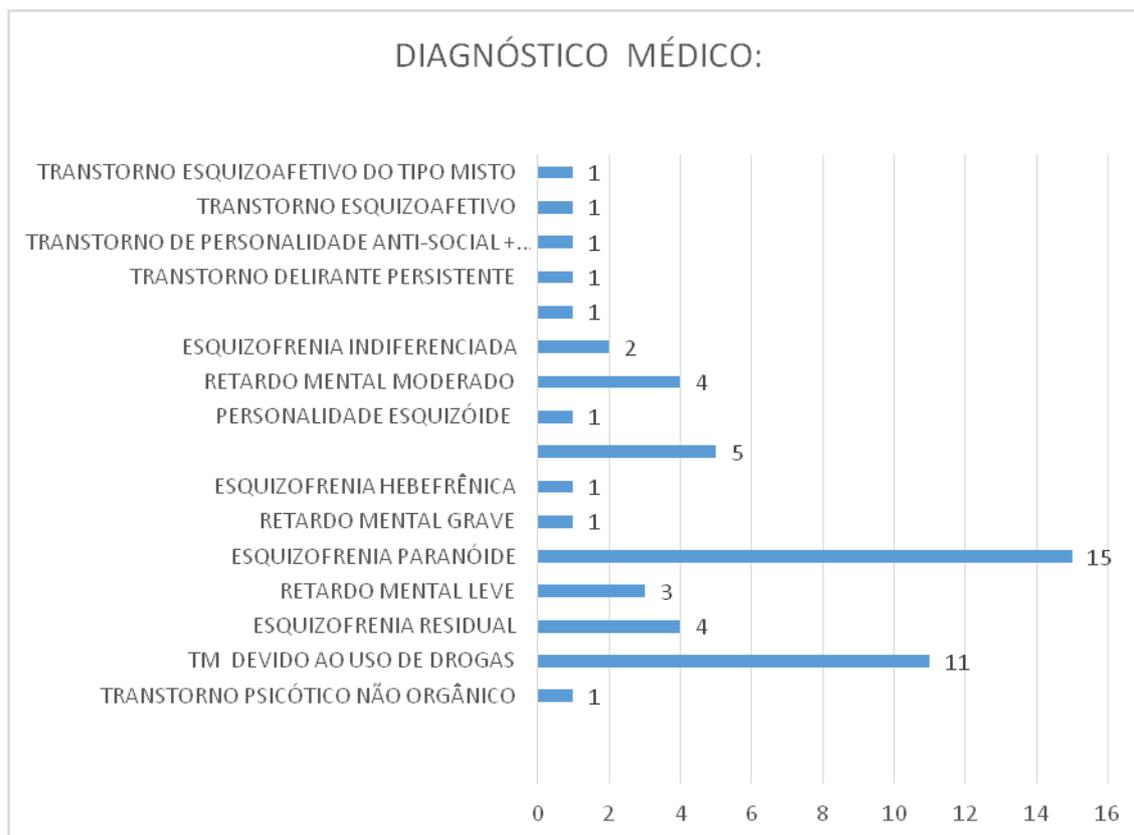


Gráfico 9: Diagnóstico médico.

O presente gráfico demonstra que, dentre os diagnósticos que são realizados pela equipe de peritos da UCTP os casos de Esquizofrenia Paranoide são de destaque, esses são considerados transtornos mentais graves e requerem tratamento adequado para a estabilização dos sintomas, evidenciando a responsabilidade dos serviços no trato com esses sujeitos, não por sua “periculosidade”, mas por necessitar de apoio adequado e coerente da rede com as necessidades decorrentes do seu quadro de saúde.

Nessa perspectiva, compreende-se também que o segundo diagnóstico que mais aparece depois da Esquizofrenia Paranoide é o de transtorno mental devido ao uso de drogas. Não é recente os diálogos acerca deste assunto, tendo em vista que a muitos anos os hospitais de custódia, vistos como manicômios servem de depósito aos usuários de droga, abandonados por seus familiares. No documentário Crônicas

(Des) Medidas¹⁴ é abordado tal situação, onde a superlotação do Hospital de Custódia, muito tem a ver com esse diagnóstico.

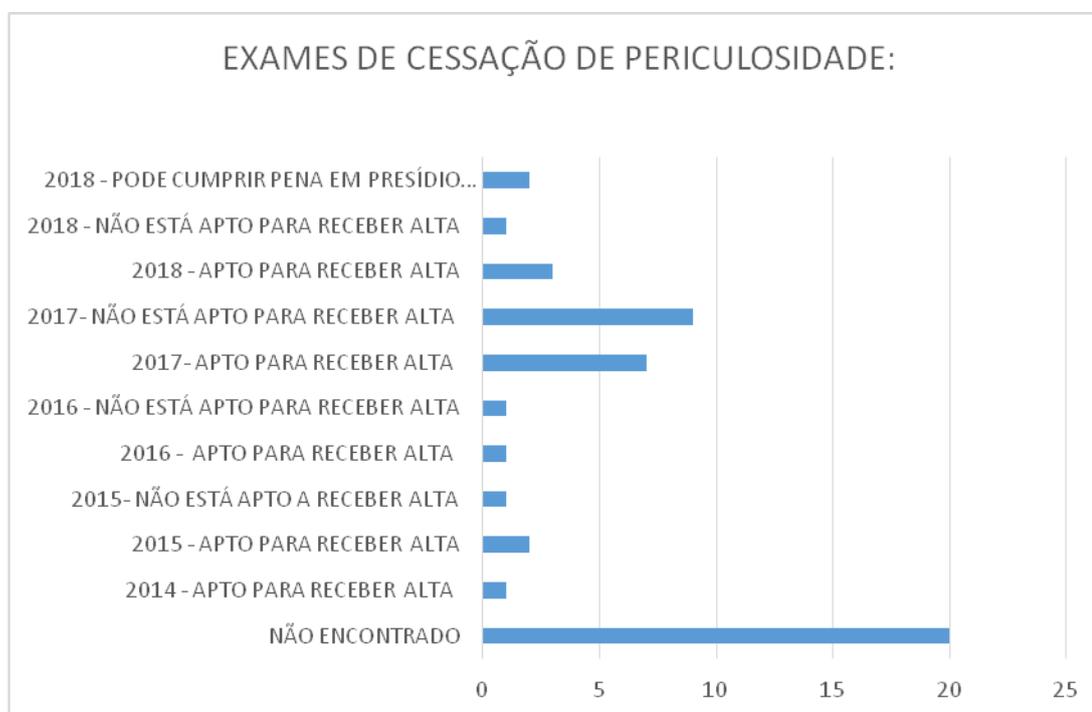


Gráfico 10: Exames de cessação de periculosidade.

Sabe-se que o exame de cessação de periculosidade é o documento essencial que pode determinar o cumprimento da medida de segurança em meio aberto, na forma ambulatorial ou a permanência da internação. Sabe-se também, que a responsabilidade por elaborar tal documento recai exclusivamente sobre o médico psiquiatra que compõe a equipe de saúde da UCTP e é responsável por fazer essas avaliações sempre quando houver uma determinação judicial, ou quando se esgotar o prazo máximo de três anos para a realização de um novo exame.

Estar apto para receber alta corresponde a uma certa melhora do quadro de saúde, onde pressupõe-se que, por essa razão o sujeito apresente menor possibilidade de cometer um ato violento (contra si e contra outros). Em caso contrário, não estar apto para receber alta significa que determinada pessoa representa um risco

¹⁴ O documentário “Crônicas (des)medidas” é um média metragem (28’) que conta parte da história de pessoas que foram internadas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) do Pará, como atualmente é chamado o antigo manicômio judiciário. Quatro histórias marcadas no corpo que contam os efeitos de 4 a 22 anos de institucionalização num dos espaços de clausura mais invisibilizados pelo duplo estigma do seu público-alvo: pessoas consideradas loucas que entraram em conflito com a lei. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=W6opHONPVgA>.

eminente a cometer crimes. Pune-se o sujeito antes mesmo de sua possível conduta desviante, é a “justiça” preventiva que aprisiona por considerar seu estado de saúde um risco social. Mas, esse não seria um caso de saúde pública? O direito a saúde não é um dos direitos assegurados pela Constituição Federal? Não foi ele considerado inimputável? Portanto, porque é preciso aprisioná-lo, quando o que realmente necessita é de um olhar cuidadoso e um trabalho em rede que compreenda, desde aspectos de saúde física, psicológica, sua organização social e também familiar?

As respostas para essas questões não são fáceis, também não são totalizadoras ou determinantes, mas nossa pretensão é provocar a reflexão. É de nosso conhecimento, e disso já falamos, que o Estado e suas respostas tendem ao silenciamento, ao controle dos corpos, da mente, da existência, logo, apostar em políticas que considerem outras formas de fazer, que veem na troca de experiências um potente instrumento de transformação e construção de saber e fazer em saúde é um desafio.

Esse é um desafio necessário, urgente, pois não estamos falando de números, e sim de vidas, que importam, que pulsam, que resistem, vidas de tantas histórias e marcas. São como eu, e por isso me afetam. Nossa condição humana sente e por isso mesmo enlouquecemos, portanto me permitir afetar por essas vidas foi a condição inevitável para entender que, mais que os dados escritos em um prontuário, ou um estudo multidisciplinar, ou um parecer psiquiátrico, ou uma sentença judicial, há pulsar de vida, há existência, há histórias.

8 ENCONTROS E AFETOS

[...] quando se está em um tal lugar, é-se bombardeado por intensidades específicas (chamemo-las de afetos), que geralmente não são significáveis (FAVRET-SAADA, 2005, p. 159).

8.1 O humano que quero ser

No dia 18/05/18 iniciamos a pesquisa com os prontuários como já estávamos fazendo. Rotineiramente, envio um e-mail para a unidade informando nossa presença na semana, em determinado dia e hora, e há duas semanas que vinha solicitando a direção a liberação para dar continuidade a pesquisa na fase de contato com os pacientes e técnicos. Porém, não obtive respostas nesses e-mails.

Portanto, neste dia fui até a Unidade esperando que, junto com Joyce daríamos continuidade aos trabalhos nos prontuários, que está em fase final.

Entramos como de costume, agora as pessoas que trabalham ali já nos cumprimentam com certa familiaridade e os agentes não nos trata com tanto rigor como no princípio. Neste dia, ao chegarmos na recepção da entrada e aguardar a comunicação de que havíamos entrado, um agente disse ao outro “não precisa informar para a direção, elas são as pesquisadoras que veem aqui toda semana” e, voltando-se para nós, disse: “podem entrar na sala, fiquem à vontade”.

Achei o máximo! Percebi que ser reconhecida me trouxe segurança e liberdade. Entramos, e logo ao iniciarmos os primeiros prontuários, fui até a sala ao lado (sala da diretora) para perguntar se podia conectar o carregador do computador na tomada. A diretora então me viu e logo me disse que se eu quisesse, poderia iniciar a nova fase da pesquisa naquele dia, rapidamente eu disse que sim e voltei apressadamente para informar à Joyce que iria deixa-la sozinha com os prontuários para participar das atividades.

Enquanto eu ainda comunicava a Joyce, escutei meu nome no corredor, logo fui direcionada para dentro da unidade, passamos por algumas grades e entramos no pátio onde ocorrem várias atividades, festas, visitas e também onde os pacientes fazem as refeições. É um pátio grande, coberto, bem ventilado. Estava começando a

aula de educação física. Ali cerca de 13 pessoas participavam da atividade, elas foram convidadas observando o critério de saúde (diabetes, sobrepeso, pressão alta, etc), também pode participar quem, mesmo não tendo tais problemas, possui interesse. As pessoas que estavam fazendo as atividades pareciam estar se divertindo, eram receptivos, sorriam e interagiam uns com os outros. As atividades eram parecidas com brincadeiras que estimulavam o equilíbrio e a unidade.

Toda a atividade foi supervisionada por dois agentes que ficaram dentro do pátio e três do lado de forma da grade semiaberta. Do pátio pude ver a área em que é feito o banho de sol, ampla, com quadra e bancos de cimento que ficam debaixo de uma cobertura. No mesmo local, porém um pouco mais próximo à quadra ficam os chuveiros, onde os pacientes tomam banho, o local é aberto o que permite que todos vejam todos (pacientes, agentes, equipe de saúde, etc). Este fato me incomodou bastante, pois demonstra total falta de individualidade, o que me levou a pensar que o banho deve ser algo constrangedor e humilhante para aquelas pessoas. Não me incomodou tanto o fato de ser supervisionado pela equipe que faz a segurança, não que isso seja normal, mas há uma justificativa pelo menos, porém, o fato de ser aberto, de forma que os pacientes se veem, sem haver uma razão lógica a princípio, não que eu conheça, pelo menos, me deixou com um sentimento confuso. Por que? Por que não sentem vergonha? Perderam a noção do privado? Não são dignos de ter um pouco de privacidade (mesmo que parcial)?

Também fui apresentada à sala de aula, que também fica bem próximo ao pátio, lá estava a professora e seis alunos. Estavam escrevendo cartas para as mães, pois na quinta-feira próxima (24/05/2018) seria a festa do dia das mães na Unidade. A sala é bem arejada e possui grades que separam a sala de aula do corredor, porém o contato com a professora é aberto, existe material de aula e banheiro. As atividades acontecem todos os dias de segunda à sexta.

Voltamos ao pátio e enquanto a atividade física ainda acontecia por lá, fui levada até a enfermaria, onde haviam dois pacientes internados em crise. Uma mulher de meia idade e um jovem. Entre os corredores no caminho até a enfermaria, fui sendo informada sobre o estado de saúde da senhora que estava em crise, no qual encontrava-se contida fisicamente por meio de amarrações feitas nos braços, pois em crise ela se tornava muito agressiva, oferecendo risco aos demais pacientes,

equipe e a si própria. Também fui informada que a mesma paciente estava com a “sexualidade muito a florada”, indo em direção às pessoas a volta para tentar praticar sexo e masturbando-se várias vezes, em qualquer local e perto de todos.

Ao chegar na enfermaria, ficamos na porta, não chegamos perto da paciente. Ela estava sentada, com as ataduras no braço, porém desamarradas, pois iria fazer naquele momento a higiene bucal. Ao chegarmos na enfermaria, fui sendo apresentada, a paciente me olhou e me cumprimentou, iniciamos uma conversa, eu disse a ela que estava torcendo para sua melhora, mas por dentro, meu coração estava batendo muito forte, não sei explicar o que estava sentindo, um *mix* de medo com tristeza e compaixão, *me calei e não consegui falar mais nada, pois, esses sentimentos me tomaram.*

Na enfermaria, atrás da maca onde estava a paciente, estava um rapaz deitado e com o rosto coberto, logo quando chegamos, ele descobriu o rosto e ficou olhando para mim fixamente, acho que ele estava reconhecendo que eu era nova naquele lugar, não parou de me olhar, não piscou. Que sensação dolorosa a dele e a minha. É um paciente catatônico, que passa seus dias e noites ali, sem levantar para absolutamente nada. Jovem, muito magro e com uma barba rala, totalmente impotente diante de seu estado depressivo. Parecia um bebê quando fixa o olhar em algo sem qualquer razão. Senti vontade de chorar e ao mesmo tempo fiquei frustrada com minha reação. Queria conversar com ele, falar um “oi” mostrar para ele, por meio de um cumprimento que eu sabia que ele estava ali também, mas não o fiz. *Fiquei frustrada, me achando horrível e fraca.*

Saímos da enfermaria e passando pela sala da assistente social, saiu um rapaz jovem que, ao nos ver sair sob o comando da diretora se pôs de braços para trás, cabeça baixa e virado de frente para parede (uma postura obrigatória dentro dos presídios). Logo ela o corrigiu de forma bem assertiva, dizendo que ali ele não é preso e que poderia ficar na posição normal. Ele se virou e encostou na parede, expressão fechada, triste e olhos caídos, parecia que estava sofrendo, não quis participar da atividade de pintura e disse não estar bem quando lhe foi perguntado o porquê.

Quando o agente chegou para acompanhá-lo de volta, fomos até a sala dos técnicos, lá estava o psicólogo do turno da tarde e a pessoa que iria iniciar a aula de pintura daquela semana (a aula de pintura ocorre toda sexta a tarde, sempre com a mesma professora), fomos apresentados e fui bem recebida. Colaborei com a arrumação do pátio (o mesmo da aula de educação física), dispomos as mesas, cadeiras, telas, tintas, livros, etc. Os pacientes começaram a chegar e a professora os cumprimentou um a um de forma bem espontânea e alegre. Parece que há uma boa relação entre eles, talvez pelo tempo que ela já está desenvolvendo aquele trabalho ali (mais de 1 ano).

Ao chegarem, alguns pacientes já foram se direcionando para continuarem pintando seus quadros, outros pegavam telas limpas para iniciar algo novo e um outro, não quis pintar, mas ler. Pegou um livro e sentou-se em uma cadeira, debruçando-se sobre a mesa, e ali passou todo o tempo. Achei muito legal essa liberdade, ou seja, ele não foi retirado dali porque não queria pintar, ele escolheu ler, então sua escolha foi respeitada.

Nesse momento, fui sendo “apresentada” aos pacientes, de longe fui descobrindo características de cada um, seus atos cometidos em momento de surto e que resultou em suas permanências na unidade, as questões de saúde que envolve alguns cuidados, etc. Nessa conversa e vendo os pacientes ali, me passava pela cabeça várias questões: medo, insegurança, dúvidas, porquês.

“No primeiro momento o medo falou mais alto, sim, eu tive medo de estar ali, medo daquelas pessoas, me senti horrível por isso, mas sim, tive medo. Principalmente porque eu sabia e a confirmação me vinha no momento da conversa, que a grande maioria dos crimes cometidos por eles eram homicídios, alguns com requintes de crueldade. Esse medo me paralisou um pouco, não falei o que eu gostaria, nem pensei bem na hora, fiquei um pouco anestesiada” (Diário de campo, 2018).

Resolvi me aproximar do psicólogo que estava também observando as atividades, conversamos um pouco, expliquei a pesquisa que estava desenvolvendo e o momento em que estamos. Juntos observamos um paciente que pintou a tela toda preta, e depois fez uma mancha vermelha grande e escorrendo para os lados como se fosse uma flor. Este paciente vem cometendo várias tentativas de suicídio,

naquele momento estava com algumas ataduras na mão e várias cicatrizes de corte pelo corpo. Sua arte parece que estava refletindo seu desejo? Ou seu estado atual? O que se passa naquela mente? *Quanto sofrimento... as questões brotam muito rápido.*

Incrível como há um contraste entre o “pensar x agir”, estar com os pacientes, vê-los trabalhando na sua arte, escutar parte da história (contada por outra pessoa), evocaram em minha mente muitas questões, no entanto, houve um constrangimento por estar “invadindo” o momento deles, e o medo por se tratarem de pessoas que cometeram crimes.

Ao me retirar do pátio (antes de a aula terminar), me dirigi até a professora, agradei e me desculpei por não ter colaborado mais do que gostaria. Ela gentilmente me abraçou e disse que sou bem-vinda e que na próxima semana estará ali novamente. Logo após, dei um tchau aos pacientes e recebi algumas respostas, minha única fala com eles nesse primeiro momento.

Os sentimentos me acompanharam durante todo o momento em que estive naquele espaço, e mesmo depois que saí dele, no carro, de volta para casa, eu verbalizei e compartilhei com Joyce e meu esposo como havia me sentido diante da minha impotência, porém essa fala carregada de sentimentos também produziram em mim uma confusão mental, eu só sabia sentir e não refletir sobre o assunto, naquele momento, não havia espaço para reflexão tamanha a intensidade daquelas sensações. Com o passar do tempo e durante as orientações onde pude verbalizar mais sobre a vivência compreendi grande parte das minhas sensações.

Não é fácil estar diante da loucura, não digo do louco, digo da loucura, pois ela sinaliza que é real, é feroz e possível. Não saber o que falar diante dessa situação demonstra o quão avassalador é este estado, que aprisiona o corpo físico, que faz parar. Quem está isento de enlouquecer? Naquele momento eu não soube o que falar, porque talvez não tinha o que falar. *Agora compreendo e aceito.*

No que se refere ao medo que senti em alguns momentos, esse me envergonha e me faz repensar várias de minhas ações na vida. Como a cultura do medo aliada à figura do louco com alguém perigoso e passível de atos inesperados está tão presente em mim, sem que eu mesma tivesse me dado conta disso? Apesar de

conhecer a vasta literatura falando sobre a construção histórica do mito da periculosidade intrínseca aos loucos, de saber que aquelas pessoas que estão ali cometeram crimes sim, mas por estarem em momento de surto (que não era o caso ali), etc. Mesmo sabendo de tudo isso, mesmo estando estudando sobre o assunto balançando a bandeira da luta antimanicomial, ainda assim tive medo. Uma pergunta se faz presente e é inevitável quando penso neste assunto: se eu que tenho informações amplas sobre todo o processo histórico senti medo, que diria as pessoas que não possuem tais informações e só conhecem o sujeito a partir de seu crime (em momento de surto)?

Pensar em reinserção social é importante, mas ela precisa ser discutida amplamente considerando esses assuntos, não com a intenção de retroceder na luta por adequações dos direitos à essa parcela da população, mas como forma de preparar a comunidade que irá acolher determinada pessoa para que ela possa encontrar espaço de circulação social e acolhimento.

O leve temor que senti me diz o tamanho do gigante que temos que enfrentar quando se pensa em reinserção social da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. O quanto é preciso discutir esse assunto com a comunidade, famílias e departamentos de saúde por onde esse sujeito irá passar ou permanecer.

Em suma, esses sentimentos me mostram que a existência da dimensão humana (e não apenas pesquisadora), está presente. Através dos afetos que são produzidos entre as grades e as macas da Unidade, percebo que o movimento da experiência desconstrói e constrói em uma constante atualização do ser e do sentir. Talvez essa seja a melhor experiência que esse espaço de privação possa produzir.

8.2 Maternidade interrompida

Neste dia, uma quinta feira, como de costume chegamos à Unidade por volta das 13:30 horas, Joyce não estava conosco, somente eu, meu esposo e minha filha. Ao chegarmos, um susto, por alguns segundos fiquei sem entender o porquê de tantos carros parados na frente da portaria da Unidade, somente depois veio à mente que

estava acontecendo uma comemoração, e que o transporte coletivo não passa naquela região, logo, todas as pessoas que ali estavam, foram de carro ou moto.

“Nossa árvore” estava ocupada por outro carro, o lugar mais confortável que encontramos desde o início da pesquisa de campo, para que meu esposo pudesse ficar com minha filha enquanto eu estava dentro da unidade, não estava disponível naquele dia. Encontramos um local para parar o carro, mas como tinha muitos carros e o espaço não é grande, tivemos que estacionar perto da estrada, onde os carros passam a todo momento. Uma sensação ruim me apertou o coração, ao ver o tamanho do desconforto ao qual eu estava submetendo minha família, mas não havia outra coisa a se fazer naquela ocasião. Ao saímos do carro, percebi vários olhos me olhando, como se pensassem que eu seria mais uma agente do direito, e constrangida com esses olhares me encaminhei até o portão de entrada. Lá mais uma vez me senti constrangida, o agente que me recebeu não permitiu que a pessoa que fazia a limpeza do local sáísse, pois eu estava acompanhada do meu esposo e “ele poderia pensar coisa errada de nós”. Foi uma fala respeitosa, não senti que queria me ofender, mas me deixou sem saber o que responder, emudeci.

Ao receber a afirmativa de que estava liberada para entrar, peguei meu documento e me encaminhei até a recepção, fui recebida por outro agente que me pediu para aguardar, pois estava acontecendo uma comemoração, disse a ele que sabia dessa informação e que estava ali justamente para participar do evento. Prontamente, então, ele comunicou a direção da minha chegada e vieram me buscar para me levar até o pátio onde os alunos da escola iriam iniciar a leitura das cartas que fizeram em homenagem às mães.

Ao chegar no pátio (o mesmo onde ocorre as atividades de educação física e pintura), me deparei com muitas mesas e uma decorativa floral, estava tudo lindo, delicado e pensado para acolher as mães.

Juntamente com a diretora adjunta, fui até a frente e escutei, atentamente, todas as leituras. Eram cinco alunos, quatro homens e uma mulher. Alguns, com fala embargada, mal conseguia entender, outros, porém, com fala perfeita e boa dicção, no entanto, salvas as diferenças na leitura, uma coisa era comum: a felicidade estampada em suas faces por estarem participando daquele momento, por todos

terem parado para ouvi-los ler ou recitar, pelos aplausos ao final da leitura de cada um.

A última pessoa que leu a carta, foi a única mulher que estava no grupo. Ela escreveu sobre a mulher, sobre a dedicação, as privações que uma mãe passa para cuidar do seu filho, sobre a beleza desse gesto. Me emocionei e, nesse momento, me segurei (pela primeira vez) para não permitir que uma lágrima rolasse em meu rosto. Sou mãe há pouco tempo e assuntos relacionados à maternidade sempre me tocaram, agora mais ainda. Não tenho uma visão alienada e romântica da maternidade, mas meu sentimento maternal foi ao encontro de tudo que ela escreveu naquelas linhas e o fato de estar detida naquele espaço me fez pensar em quanta coisa ela gostaria de viver, mas não viveu (talvez), isso também me deixou entristecida e curiosa.

Após haver terminado sua leitura, de repente surge uma menininha de uns seis ou sete anos, correndo e em um impulso pula e a agarra pela cintura com um abraço forte, cheio de sentimentos. Foi lindo! Ela, a paciente que lera a carta irradiava alegria em seu olhar, e disse em voz alta e com muito orgulho: essa é a minha filha!!! Mais uma vez, meus olhos marejaram, ela era mãe, estava ali privada do contato com sua filha, privada de vê-la crescer. Fiquei feliz por ninguém ter se aproximado de mim para conversar, pois perceberiam e acho que me sentiria contrangida, mais do que já estava. Muita coisa passava pela minha cabeça, e eu já não conseguia tirar os olhos da criança. Pensava em como ela estava feliz por estar ali, que certamente não se conteve sentada ao ouvir a mãe ler sua carta tão cheia de afetos e verdades.

Ainda junto da mãe à frente das mesas em posição de apresentação, a menina segurava a mão da sua mãe. Foi anunciado que haveria uma apresentação musical, uma paródia de uma música, e lá ficou a menina, junto a mãe, na apresentação. Ao fim, da paródia, foi anunciado que o grupo cantaria uma música, a menina então se sentou em um banco ao lado da mãe que estava em pé, e durante toda a música não desviou o seu olhar para outra coisa, ela cantou toda música olhando para a mãe, e eu mais uma vez segurei a emoção, o refrão da música dizia: “eu amei te ver, eu amei te ver, eu amei te ver...” e repetia várias vezes a mesma frase, em todas elas a menina cantava olhando para sua mãe, com uma verdade absoluta, a mãe

estava preocupada em fazer a coreografia que havia ensaiado com o grupo, afinal estavam em uma apresentação, mas em alguns momentos, seus olhares brilhantes se cruzavam no refrão e de fato, elas estavam amando aquele momento, que, embora estivesse se dando no coletivo, era também, pessoal e único para elas.

Quanto tempo que elas não se viam? Quanta falta aquela mãe fazia para a criança? Quantas coisas para contar? Quanto tempo perdido? Minha cabeça não cabia de tantos questionamentos, mas eu percebi que elas só queriam aproveitar aquele momento festivo uma com a outra, que essas perguntas eram minhas e que elas não estavam preocupadas com essas questões naquele momento. Apenas observei atentamente aquela relação, ela me captou, me sensibilizou e me afetou profundamente.

Ao final das apresentações dos alunos da escola, a equipe de saúde da unidade se apresentou aos familiares, enquanto eles se dirigiam para frente para se apresentarem ouvi gritos e uma movimentação diferente, agentes saíram apressados e a diretora também, foram em direção a saída do pátio onde ocorria a festa, os gritos não pararam, ouvi alguém dizer que deveria leva-los para a enfermaria, então percebi que alguns pacientes, que não foram a festa estavam agitados com a movimentação, ou chateados por não estarem participando.

Logo os gritos pararam e depois fiquei sabendo que de fato eram alguns pacientes que estavam agitados por não estarem participando, e então indaguei o por que não estavam participando, fui informada que ali estavam os pacientes que possuem algum contato com a alguém da família, e que esteja em condições de saúde de participar, que a busca pelos familiares é feita porém, nem todos aderem ao contato que é feito pela unidade, tornando ainda mais difícil a construção e manutenção dos vínculos familiares.

Após a apresentação da equipe de saúde, que se apresentaram por nome, cargo e função, todos se colocaram à disposição para tirar dúvidas dos familiares e que naquele momento estariam servindo as comidas. Após esta apresentação me direcionei aos fundos da sala, sentei junto a diretora da unidade e conversamos sobre o evento. Embora estivesse conversando, meu olhar foi capturado pela relação entre a paciente e sua filha, estavam sentadas em uma mesa bem próxima

ao local onde estava e observei que ambas não se separavam, a mãe dava comida na boca da criança que pela idade, certamente, já sabia se alimentar sozinha, mas o desejo de cuidar e ser cuidada falava mais alto ali. Trocas de carinhos, de olhares, eram constantes e diziam para mim que havia um amor enorme naquela relação devastada pela distância. Distância essa em razão do cometimento de um crime, mas que crime? Logo indaguei a diretora que estava ao meu lado e sua resposta fez com que, mais uma vez, eu me emocionasse.

Aquela paciente, mãe, mulher, que teve uma passagem anterior por furtar algo enquanto estava sob uso abusivo de drogas, volta novamente à Unidade de Custódia, para cumprir Medida de Segurança, por esfaquear o pai ao avistá-lo tentando violentar sexualmente sua filha, essa mesma filha que ali estava. O pai não faleceu, portanto, o seu crime foi caracterizado como tentativa de homicídio, houve o julgamento que resultou em medida de segurança, e desde então, ambas, “mãe e filha”, cumprem essa punição.

9 RECONSTRUINDO PROCESSOS DE VIDA

Querem me ensinar, querem me julgar pelo que eu fiz; querem me julgar, querem me ensinar como se diz; Mentiras! Querem me salvar, querem me curar do que eu não sofro; querem me curar, querem me salvar, mas eu só ouço; Mentiras! Eu não posso viver comigo, eu não posso fugir de mim; eu não quero que gritem comigo, eu não quero que riem de mim; eu não quero que falem, eu não quero que digam; Mentiras! (Titãs)¹⁵.

A letra dessa música representa muito daquilo que fica em mim na finalização desse trabalho. Mentiras foi lançada em 1987 pela banda musical Titãs, um ano depois que nasci, mas hoje, ela me inspira a contar essa história que é, sobretudo, mas não somente, uma história de resistência.

Iniciei a caminhada no mestrado no início de 2016, recém-formada na graduação, cheia de vontade e verdades. O caminho foi mais longo do que havia imaginado, planejado. Tudo mudou, o projeto, a orientadora, a pesquisadora, o campo da pesquisa, de repente nada era como no início. Esses acontecimentos me mostram o quanto somos capazes de ressignificar, refazer, recompor, e assim, chegamos ao final desse percurso de grande construção de conhecimento acadêmico, mas principalmente, de vida.

Dentro da nossa proposta de pesquisa, fomos desconstruindo certezas, reconstruindo saberes, apostando na experiênciaCOM, no *ethos* cartográfico, que não busca desvendar verdades, mas compor vetores de análise e reflexões acerca da vida, da minha própria e também a dos sujeitos que vivem na UCTP, que fazem dessa instituição morada, das histórias que se cruzam e se assemelham, das marcas que ficam e que irão compor outras histórias.

A pesquisa como acontecimento rompeu com meus paradigmas, mergulhar na experiênciaCOM o desconhecido, produziu afetos que me fizeram refletir acerca de uma questão a mim direcionada quando conclui a monografia, e que muito se assemelha em sentido à seguinte questão: “como lidar com a loucura tão próxima e tão real, tão possível e tão silenciada?”.

¹⁵ TITÃS. **Mentiras**. Composição: (Marcelo Fromer / Tony Bellotto / Sérgio Britto) Álbum: Jesus não tem dentes no país dos banguelas. 1997. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=AULyZDcWIZo&list=RDAULyZDcWIZo&start_radio=1> .Acesso em: 04 ago. 2018.

Não tardiamente consigo elaborar uma resposta, que é minha e não única. Por isso mesmo, era preciso esse tempo, essas experiências, essas histórias e as marcas que ficam desses encontros cheios de afeto. Reconhecer a condição humana do “louco” sem fazer apagar a loucura, reconhecer e valorizar as possibilidades de lidar e viver com ela, produzir sentido, vivências, afetos é um exercício fundamental para quem se propõe romper com os paradigmas que o poder impõe quando estamos diante da loucura, muito mais quando ocupamos uma posição de agente do poder, “a psicóloga”, a “pesquisadora”. Me destituir desses lugares, me permitiu acessar o plano da experiência, ser tocada por ela e produzir sentido. De forma que, lidar com a loucura é lidar com o humano, o humano que possui histórias de vida que não se esgotam e não se pode contar, o humano que sofre e não é alheio a sua dor, que a entende, que a conhece como ninguém, o humano que possui família, amigos, paixões, ódio, feridas, etc. O humano que anda pelas ruas ocupado demais para olhar para si, quem dirá para outro, o humano que se permite ver sua história, sua evolução como pessoa, suas marcas, falhas e fraquezas. Olhar para a loucura é olhar para si mesmo e ver que somos iguais, ainda que habitemos espaços diferentes e histórias diferentes.

Essa forma de olhar que digo, não acontece sem o exercício de retirar as lentes que o sistema nos impõe, o mesmo sistema de poder que conta uma única história e a transforma como única verdade. Que me diz que o louco é uma pessoa perigosa, que mata, que o psicólogo sabe como escrever sobre a vida do sujeito, que o perito médico consegue afirmar que alguém é apto ou não para ocupar a sociedade, a mesma que contribuiu para o seu quadro de adoecimento mental. Afinal, ninguém adoecer sozinho. Por isso, me pergunto: a sociedade está apta para receber esses sujeitos? Talvez a questão deva ser essa, afinal estamos falando de direito, direito à saúde, à liberdade, à vida. De forma que, o Estado como gestor dessa ordem deve proporcionar a todas as pessoas a possibilidade de convivência social, de compartilhamento de experiências em todos os campos, saúde, educação, lazer, cultura, etc. Ninguém está livre de adoecer, como também ninguém está livre de cometer um crime, por isso não se pode analisar essa questão isolada das múltiplas responsabilizações acerca dessas situações.

Ao olhar para esse sujeito, olho para o que fizeram dele e também de mim, afinal, somos os mesmos, sujeitos aos mesmos mecanismos de controle e dominação. Ao

me sentir amedrontada diante do louco, ao emudecer frente a uma senhora que era capaz de conversar comigo, mesmo estando amarrada na maca, entre outras situações, compreendi que a história única marcou minha percepção sobre eles, mesmo essa não sendo minha intenção, e por isso minhas respostas nessas situações foram, para mim, frustrantes.

Mas, se assim foi, por que não fazer o caminho inverso, porque não descosturar essa peça e recosturá-la de forma mais consciente, com minha forma, minhas experiências? Por isso, o título desse capítulo não é “conclusão”, não temos a intenção de concluir nada, não o podemos fazer. Apenas, estamos recosturando um processo que é pessoal. Minha experiência como costureira em uma fábrica de roupa me possibilitou enxergar que na fábrica, o fazer era mecânico e determinado por outro, nós costurávamos sem saber, sem conhecer sobre quem a usaria, se ficaria de acordo com tal pessoa. Quero dizer que não havia na experiência de costurar, a intenção de entender o processo de fazer, tudo era previamente determinado e pronto, apenas tínhamos que operacionalizar as ordens, e isso era o fazer correto.

Na experiência da presente pesquisa, fui sendo conduzida ao caminho inverso, foi preciso “puxar alguns fios” e ver para onde eles estavam me conduzindo, que conexões estava fazendo e como essas conexões se apresentavam em minha vida, na escrita, nas falas, nas reflexões, nos sentimentos e silenciamentos, enfim, em todas as expressões que os afetos decorrentes da experiência COM produziram em mim. Foi puxando esses fios que tive acesso ao meu processo de construção pessoal e por isso, também pude recosturar, refazer.

Essa é a marca mais fundamental que fica desse processo, o conhecimento da possibilidade de um fazer pela experiência vivida e não contada. Pela aposta ética, estética e política que compareceu durante todo processo de pesquisar, de viver a pesquisa.

Não posso terminar esse texto, sem trazer ao leitor a inspiração que me conduziu nessa jornada. Uma inspiração que surge, mais uma vez, da experiência, não da experiência vivida na UCTP, mas, da experiência vivida no cotidiano. Uma pessoa, uma mulher, uma vida, uma existência, potente, capaz, presente, que da loucura

não ousou escapar, mas viver. Ex-interna da hoje, UCTP, minha amiga, vizinha, companheira de dança, de risos, de sofrimento. Essa vida subversiva ao qual tenho o privilégio de conhecer, e conviver, que tem como curadora uma outra pessoa, por ser considerada incapaz de se autodeterminar, é a mais determinada que conheço. Não tivesse eu a possibilidade de conhecê-la no cotidiano, de ouvir dela sua história de vida e luta, de ouvir sobre o crime a ela imputado, sobre sua percepção em relação a tal fato, e se eu não atestasse o quanto é comunicativa, dedicada, feliz, responsável, se o crime fosse a única informação que tivesse a seu respeito, talvez dela fugiria.

Mas, o que a difere dos demais pacientes que encontrei na UCTP e que não raramente produziram em mim o medo? O conhecimento. A resposta está no fato de que deles, nada sei a não ser o crime cometido. Suas histórias, sua potência de vida, seus sentimentos não me eram conhecidos, por isso, era como se fossem inexistentes a mim naquele momento. Esse é um erro que me fez envergonhar e que hoje, tento me afastar. Pois, o acesso à experiência dessa pesquisa me fez compreender que as histórias desconhecidas representam a verdade não contada, verdades que falam dos variados aspectos da vida dos sujeitos, não somente do ato criminoso que cometera. Nos prontuários vemos somente o crime e tudo que o envolve, são páginas e páginas de documentos jurídicos, pareceres e históricos que dizem da vida de determinado sujeito, mas tão somente relacionado a sua doença e ao crime cometido, como se toda sua história fosse reduzida a isso, pois, a eles (justiça/poder) é isso que importa.

Todo as experiências decorrentes desse processo me ensinam que é possível outras respostas, que não posso aceitar as mentiras e “verdades” parciais como sendo histórias únicas e absolutas. Que a loucura pode existir e ser compartilhada na vida social, que existem outros modos de ser, e todos são legítimos, e que não deve conduzir ao cárcere por ser diferente ao meu, compreendendo que o crime outrora praticado, precisa ser simbolizado, que a responsabilização é parte do processo, mas que existem outras formas de fazer. A aposta no humano, nas possibilidades de ser, no trabalho em rede, na ética e principalmente, na certeza de que é possível.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Reforma social e reforma psiquiátrica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ARAGÃO, Maria Elizabeth; BARROS, Elizabeth Maria Barros de; OLIVEIRA, Sonia Pinto de. Falando de Metodologia de Pesquisa. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ – RJ. V. 5, N. 2, (2005). Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/11175> . Acesso em: 10 jun. 2018.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Genealogia do conceito de periculosidade. **Responsabilidades [online]**. Belo Horizonte. 2011, vol. 1, n. 1, p. 37-52. Disponível em:<
http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao_01_1/02-GENEALOGIA%20DO%20CONCEITO%20DE%20PERICULOSIDADE.pdf>.
Acesso em: 03 abr. 2016.

_____, Fernanda Otoni de. Genealogia do conceito de periculosidade. **Responsabilidades [online]**. Belo Horizonte. 2011, vol. 1, n. 1, p. 37-52. Disponível em:<
http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao_01_1/02-GENEALOGIA%20DO%20CONCEITO%20DE%20PERICULOSIDADE.pdf>.
Acesso em: 03 abr. 2017.

_____, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. Disponível em:
<http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

BRASIL. Código Penal, nº 2.848, de 27 de dezembro de 1940. **Portal da Legislação [do] Governo Federal** Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: 01 abr. 2017.

_____. Conselho Federal de Psicologia. Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. **Inspeções ao Manicômios Judiciários: Relatório Brasil 2015**. Brasília, 2015.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Portal da Legislação [do] Governo Federal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 04 set. 2017.

_____. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Portal da Legislação [do] Governo Federal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7210.htm. Acesso em: 04 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010**. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 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. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério Público Federal; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sobre a perspectiva da Lei nº 10.216/2001**. Brasília, 2011. Disponível em: < http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2016.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 12 abr. 2017.

_____. Código de Processo Penal, nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. **Portal da Legislação [do] Governo Federal**. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm>. Acesso em: 02 abr. 2015.

CARDOSO, Danilo, Almeida; PINHEIRO, Jorge de Medeiros. **Medidas de segurança: ressocialização e dignidade da pessoa humana**. 22. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2012.

CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. **Revista de Antropologia**, Rio de Janeiro, vol. 41, n. 2, 1998.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77011998000200010>. Acesso em: 10 mar. 2016.

CORREA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito**. 2007. 174 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Concentração em Direitos Humanos. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007. Disponível em: <http://www.aatr.org.br/site/uploads/publicacoes/dh_pessoas_com_transtornos_mentais_autoras_de_delitos.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2016.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. Direito das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cad. Saúde Pública [online]**, Salvador, vol. 23, n. 9, p. 1995-2002, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/02.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DINIZ, Debora. **A custódia e o Tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011** [recurso eletrônico]. Editora Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO_CustodiaTratamentoPsiquiatico.pdf. Acesso em: 05 mai. 2016.

FAVRET-SAADA, Jeanne. **Ser afetado**. Cadernos de campo, São Paulo, n. 13, p. 155-161. 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva S.A, 2003.

GOIÁS. Ministério Público de Goiás; Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. In: _____. **Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança**: Informações gerais. Goiás, 2009. 2. ed. Disponível em: < http://www.mpggo.mp.br/portal/system/resources/W1siZiIsIjIwMTMvMDQvMjIvMDIifNTFfMzNfODQ3X01hbnVhbF9QYWlsaV9saXZyZXRvX2VkaWNhb19ibG9xdWVhZGEucGRmIl1d/Manual_Paili_livreto_edicao_bloqueada.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2016.

LOBO, Lilia Fernandes. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

LOPES, Priscila Simenc Rocha; Dzu, Renata Costa-Moura. **Violência e Reparação na área da Medida de segurança: A experiência Capixaba**.

9º Encontro da ANDHEP direitos humanos, sustentabilidade, circulação global e povos indígenas. Vitória –ES, 2016. Disponível em:

[file:///C:/Users/Priscila%20Simenc/Downloads/Artigo%20ANDHEP%2016.05%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Priscila%20Simenc/Downloads/Artigo%20ANDHEP%2016.05%20(3).pdf). Acesso em; 04 abr. 2017.

MANSANERA, Adriano Rodrigues; SILVA, Lúcia Cecília da. A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 115-137, 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-7372200000100008&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 04 de mar. 2016.

PAULON, Simone M. et al. **Desinstitucionalização nos manicômios judiciários: quem se assegura com a medida de segurança?**. In: Walter Ferreira de Oliveira; Ana Maria Fernandes Pitta; Paulo Amarante. (Org.). *Direitos Humanos e Saúde Mental*. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2017, v. 1, p. 356-380.

PINHEIRO, Jéssica Miranda. **A inimputabilidade em casos de surto psicótico: por um acompanhamento em rede**. 2013. 166 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais) – Departamento de Ciências Penais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93254/000911702.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 04 mar. 2015.

POZZANA, Laura. **A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade**. *Fractal, Rev. Psicol.* [online]. 2013, vol.25, n.2, pp.323-338. ISSN 1984-0292. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-02922013000200007&lng=en&nrm=iso&lng=pt>. Acesso em: 10 mai. 2018.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUCSP, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-51, fev./set. 1993. Disponível em: <http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpodevir.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2018.

SILVA, Martinho Braga Batista e. O desafio colocado pela pessoa que cumpre medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. **Physes Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 653-682, 2010.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a17v20n2.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

SILVA, Martinho; COSTA-MOURA, Renata. De “louco infrator” a “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”: sobre categorias governamentais e processos de vulnerabilização. **Interseções [online]**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 301-328, 2013. Disponível em:<<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/intersecoes/article/view/9525/7377>>. Acesso em: 01 abr. 2015.

SECRETARIA DO ESTADO DA JUSTIÇA. **Informe técnico**. Governo do estado do Espírito Santo. Vitória, 2015. Disponível em: < <https://sejus.es.gov.br/Media/sejus/Arquivos%20PDF/Sele%C3%A7%C3%A3o%20SS/ANEXO%203.1.%20INFORME%20T%C3%89CNICO.pdf>>. Acesso em> 10 mai. 2018.

TAVARES, M. G; Francisco, s. r. **Pesquisa como acontecimento: exercício de escreverCOM**. In.; Revista Polis e Psique. V. 6, n. 1. 2016. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/61388>>. Acesso em: 04 abr. 2017.