

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**Maria Cione Chrisóstomo**

**ESTUDO CRÍTICO SOBRE O SIGNIFICANTE ÊXITO VINCULADO**  
**AO CASAM: o lugar do caso clínico**

**Belo Horizonte**

**2016**

**Maria Cione Chrisóstomo**

**ESTUDO CRÍTICO SOBRE O SIGNIFICANTE ÊXITO VINCULADO  
AO CASAM: o lugar do caso clínico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Jaqueline Oliveira Moreira

**Belo Horizonte  
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

C554e Chrisóstomo, Maria Cione  
Estudo crítico sobre o significativo êxito vinculado ao CASAM: o lugar do caso clínico / Maria Cione Chrisóstomo. Belo Horizonte, 2016.  
92 f.

Orientadora: Jaqueline Oliveira Moreira  
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Psiquiatria. 2. Política de saúde mental. 3. Doenças mentais. 4. Loucura. 5. Psicanálise. 6. Sintomas clínicos. I. Moreira, Jaqueline Oliveira. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

**Maria Cione Chrisóstomo**

**ESTUDO CRÍTICO SOBRE O SIGNIFICANTE ÊXITO VINCULADO  
AO CASAM: o lugar do caso clínico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

---

Profa. Dra. Jacqueline Oliveira Moreira (orientadora)

---

Profa. Dra. Andréa Máris Campos Guerra

---

Prof. Dr. Fuad Kyrillos Neto

**Belo Horizonte, 15 de março de 2016**

Ao Moacir Chrisóstomo de Sousa, meu amor,  
companheiro, amigo, interlocutor. Obrigada por  
incentivar e apoiar a realização dos meus sonhos.

e

Lucas Gonçalves Chrisóstomo, meu filho querido!  
Obrigada por compreender minha ausência, pelo seu  
carinho e alegria. Eu sou muito feliz por ser sua mãe!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por tudo, por ser minha luz, meu guia, e meu amparo! Sem Ele nada seria possível!

Ao meu pai, Adolfo Gonçalves Filho, que me transmitiu o gosto pelos estudos e pelo aprendizado!

À minha mãe, Jaci Alves de Queiroz, que me transmitiu coragem de sonhar e de ir atrás dos sonhos, por mais impossíveis que eles pudessem parecer.

Aos meus irmãos, pelas alegrias e sonhos compartilhados na infância. O riso e alegria, tal como no passado, me incentivam a apostar na vida e na vitória!

Ao Dr. Fabio Torres de Sousa, Juiz de Direito da Comarca de Ipatinga, cujo apoio foi decisivo para realização do mestrado.

Ao Sr. Rubens de Almeida Castro, Secretário de Saúde de Coronel Fabriciano, MG, por autorizar a pesquisa no CASAM.

À FAPEMIG por conceder-me bolsa durante quatro meses, no mestrado.

À Dra. Roberta Romagnoli, que acolheu meu pedido de ajuda e me apoiou, como ser humano e como profissional, levando em conta o momento de fragilidade em que me encontrava diante do inesperado da vida.

À Profa. Dra. Jacqueline Oliveira Moreira, que me estendeu a mão quando eu mais precisava e amparou-me até que eu tivesse condições dar continuidade ao mestrado! A você, Jac, minha eterna gratidão, por apostar em mim e pela disponibilidade que demonstrou sempre que recorri a você!! Obrigada pela transmissão e orientações claras, precisas e, ao mesmo tempo, permeadas pela delicadeza, pela alegria e pelo entusiasmo, revelando o quanto você acredita na potência dos seus orientandos! Nosso feliz encontro me ensinou que se aprende mais com quem tem um desejo decidido de ensinar, como você tem!

Aos Professores Doutores Andréa Máris Campos Guerra e Fuad Kyrillos Neto, pelas inestimáveis contribuições e pelo direcionamento que deram à pesquisa, na qualificação,

quando revelaram uma escuta clínica apurada e formação consistente! A vocês, meus agradecimentos também pela participação em minha defesa!

Aos professores do mestrado da PUC, com os quais tive oportunidade de ter contato com novos campos do conhecimento.

À equipe da Secretaria do Mestrado: Marcelo Araújo, Cláudia Braga, e Diego Sousa, minha gratidão pela força e apoio, que foram decisivos para eu superar momentos difíceis! Guardo vocês no coração.

Aos colegas do mestrado e do doutorado da PUC, por terem compartilhado comigo suas experiências, e por terem sido boas presenças. Agradeço muito especialmente a amizade e apoio de Paula Melgaço, Ana Paula Goulart, Kerley Alves Santos, Evandro Ornelas, Vilmar e Fabiano Veliq.

Ao Alexandre Gomes Cruz, pela interlocução sobre psicanálise, pela generosidade em compartilhar seus livros comigo e me “socorrer” nos momentos de aperto.

Ao Marcelo Soares Cotta, irmão que ganhei no mestrado, pelo apoio incondicional, pela alegria e pelo senso de humor, que tornou tudo mais leve.

À equipe do CASAM, por todo apoio e acolhimento. Agradeço especialmente à Angélica Vaccarini, Adriana Condessa, Gisele Aquino, pelo apoio como amigas e como profissionais.

À Camila Roque Amaral, pela amizade e apoio em tantos momentos.

À Nadia Vitorino Vieira, Rosário Afonso Ribeiro Avelino, Cimara de Freitas Fonseca, Maria Cristina de Oliveira Rizzotto, minhas amigas há mais de trinta anos, e que continuam tão presentes em minha vida. `

À Cristina Drummond, por apostar em mim e por contribuir de modo decisivo para meu crescimento pessoal e profissional.

À Cristina Fortunato, pela amizade e paciência nos momentos de desespero, pelo compromisso, competência e dedicação na revisão e formatação da dissertação. Muito obrigada!

"Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis. Que chamem a isso como quiserem, terrorismo". (LACAN, 1998, p. 873)

## RESUMO

Nesta dissertação de mestrado realizou-se uma pesquisa com o objetivo geral analisar criticamente o significante “êxito” vinculado ao CASAM, a partir do discurso da equipe técnica com relação com a organização do trabalho e ao tratamento dos pacientes. Por meio da análise clínica das entrevistas investigativas, identificou-se o sintoma da instituição e os significantes mestres que a equipe usa para descrever seu trabalho. Os capítulos dessa dissertação estruturaram-se detalhando os objetivos específicos. O capítulo um apresenta a Reforma Psiquiátrica Brasileira e seus princípios norteadores, mostrando como a Reforma deixou de contemplar o louco infrator e manteve o conceito de periculosidade associado à loucura. O capítulo dois pesquisa os conceitos de sintoma, psicanálise aplicada à instituição e caso clínico, articulando esses conceitos, para demonstrar que o funcionamento da instituição provoca sintomas nos sujeitos que a compõem, mas, estes, por sua vez, colocam a instituição no lugar de ideal do eu, identificando-se uns aos outros. Assim, a instituição também é um sintoma dos seus integrantes. O CASAM, tomado como caso clínico, possibilita identificar a singularidade dessa instituição, ou seja, seus sintomas: o êxito e o heroísmo. O terceiro capítulo pesquisa a psicanálise aplicada a fenômenos sociais, apresentando sua atualidade, aplicabilidade e a consistência de seus princípios norteadores, tendo como referência Mario Elkin Ramirez, Héctor Gallo e Christian Ingo Lenz Dunker. O quarto capítulo pesquisa o CASAM como caso clínico, apresentando as particularidades de sua prática, e analisando criticamente a discursividade sobre o significante êxito ligado à essa instituição. A partir dos dados clínicos, pode-se afirmar que as políticas públicas de saúde que, em parte, orientam a prática do CASAM, alienam os sujeitos, equipe do CASAM, aos significantes “êxito, heroísmo e resultados”, impossibilitando-lhes de terem acesso à semi-verdade que tais significantes encobrem. Acredita-se que a ética da psicanálise, que opera por intermédio do discurso do analista, poderá contribuir para que a equipe do CASAM não permaneça identificada, de modo tão totalizante a esses significantes, implique-se com seu desejo e com seu gozo, respondendo com mais equilíbrio às demandas das políticas públicas de saúde, ditadas pelo discurso do mestre, por meio do Outro institucional.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Loucura. Louco infrator. PAI-PJ. Medida de segurança. Sintoma. Caso clínico. Psicanálise aplicada. CAPS. Discurso.

## ABSTRACT

With this work, we have developed a research that aimed to analyze the significant success linked to CASAM, starting from the technical team speech related to the work organization and treatment to patients. Using the clinical analysis in the investigative interviews, we achieved the identification of the symptom of the institution and the fundamentals the team use to describe the work. The chapters of this thesis were structured by detailing the specific subjects. Chapter One exhibits the Brazilian Psychiatric Reformation and its guiding principles, showing how the Reformation did not foresee the insane offender and kept the concept of danger associated to madness. Chapter Two exposes a research of symptom concepts, psychoanalysis applied to institution and clinical case, combining the concepts, to demonstrate that the institution's operation causes symptoms in the compounding subjects, but those components put the institution in an ideal place, thus identifying themselves. CASAM, as a clinical case, makes it possible to identify the singularity of this institution, or its symptoms: success and heroism. Third chapter researches the psychoanalysis applied to social phenomena, exposing the applicability and consistency of its guiding principles, referring to Mario Elkin Ramirez, Héctor Gallo and Christian Ingo Lenz Dunker. Fourth chapter researches CASAM as a clinical case, showing the particulars of its working method, and deeply analyzing the discursive regarding its success. By the clinical data it can be stated that public health policies guiding CASAM practice alienate the individuals, CASAM team members, to significant "success, heroism and results", stopping them to foresee the implicit truth hidden in the signification.

**Keywords:** Psychiatric Reform. Madness. Infringer crazy. PAI-PJ. Security measure. Symptom. Clinical case. applied psychoanalysis. CAPS.

## LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial à Saúde Mental
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEOS	Centro de Convivência
CASAM	Centro de Atenção à Saúde Mental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASFS	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PD	Permanência Dia
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
UBS	Unidade Básica de Saúde
SRT	Serviços de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
<b>1. O LOUCO INFRATOR: SEU LUGAR DIANTE DA PSIQUIATRIA E DA JUSTIÇA PENAL ANTES E DEPOIS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>14</b>
1.1 Breves considerações acerca da loucura.....	14
1.2 A exclusão do louco no Brasil.....	17
1.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil .....	17
1.4 Do manicômio à cidade: um longo percurso .....	23
1.5 O louco infrator é um cidadão? .....	25
1.6 O programa de Atendimento integral ao Paciente Judiciário Portador do Sofrimento Mental: PAI-PJ.....	26
<b>2. SINTOMA, PSICANÁLISE APLICADA À INSTITUIÇÃO E CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO .....</b>	<b>30</b>
2.1 Considerações sobre o sintoma.....	30
2.2 Sintoma: de sinal à verdade do sujeito – elemento que vela e des(vela).....	34
2.3 A psicanálise aplicada ao sintoma.....	35
2.3.1 <i>A torção necessária entre sintoma e instituição.....</i>	<i>37</i>
2.4 Notas sobre o conceito de Caso Clínico.....	39
2.5 Considerações sobre a construção do caso clínico na instituição.....	40
2.5.1 <i>A construção do caso clínico e o trabalho em equipe no âmbito institucional.....</i>	<i>43</i>
2.5.2 <i>O caso clínico como norteador para a interlocução entre profissionais e para o trabalho em equipe.....</i>	<i>44</i>
<b>3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>48</b>
3.1 Pesquisa em psicanálise.....	48
3.1.1 Psicanálise aplicada à investigação de fenômenos sociais.....	50
3.2 Coleta de dados.....	55
3.2.1 <i>Cenário do estudo.....</i>	<i>55</i>
3.2.2 <i>Sujeitos da pesquisa e coleta de dados.....</i>	<i>56</i>
3.2.3 <i>Análise dos dados.....</i>	<i>57</i>
<b>4. DO UNIVERSAL DA SAÚDE PÚBLICA À SINGULARIDADE DA PRÁTICA CLÍNICA DO CASAM.....</b>	<b>59</b>
4.1 CASAM: o caso clínico.....	59
4.2 Breves considerações sobre as mudanças na saúde mental brasileira.....	60
4.3 A realidade da saúde mental em Coronel Fabriciano.....	64
4.4 A prática clínica do CASAM: o singular de uma experiência institucional.	66

<b>4.4.1</b>	<b><i>Por que a prática clínica do CASAM é exitosa?</i></b> .....	<b>67</b>
<b>4.4.2</b>	<b><i>Análise da discursividade sobre o êxito no CASAM a partir da teoria lacaniana dos quatro discursos</i></b> .....	<b>73</b>
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>79</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>84</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>92</b>
	<b>APÊNDICE</b> .....	<b>95</b>



## INTRODUÇÃO

O meu interesse pela interface entre psicanálise e direito originou da minha experiência, de quase vinte anos de trabalho, como psicóloga no Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), atendendo demandas de juízes das Varas de Infância e Juventude, Família, Criminais e de Execuções Penais, bem como do trabalho no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), Núcleo Regional Ipatinga, no período de janeiro de 2012 a outubro de 2014.

Nesses dois locais de trabalho a interface entre direito e psicanálise está presente. No primeiro, as informações obtidas nos atendimentos têm por objetivo a elaboração de estudos psicológicos, para auxiliar os juízes em suas decisões. No segundo, são realizados acompanhamentos clínicos dos loucos infratores que, depois da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), passaram a ser nomeados como portadores de sofrimento mental<sup>1</sup>. O louco infrator é aquele que praticou um crime ou um ato ilícito, e que recebe uma medida de segurança como sanção<sup>2</sup>. Esta consiste em um tipo de punição diferente da pena, cujas modalidades são o tratamento ambulatorial ou internação.

De modo mais específico, o problema que deu origem a esta pesquisa surgiu durante meu trabalho de campo, realizando acompanhamento clínico de pacientes judiciários junto ao Centro de Atenção à Saúde Mental (CASAM), denominação dada ao CAPS II, de Coronel Fabriciano, MG.

Nessa última experiência profissional, observei que o CASAM apresenta uma prática singular com relação ao tratamento do sujeito e ao trabalho desenvolvido pela equipe quando comparada com serviços da mesma natureza, ou seja, instituições da rede de pública de saúde que tratam de pessoas que praticaram um crime, e que são acompanhados pelo PAI-PJ.

Essa particularidade do trabalho do CASAM possibilita problematizar, por um lado, o contexto de trabalho e os elementos que contribuem para que a prática dessa instituição seja reconhecida como exitosa, em âmbito estadual e nacional. Por outro, permite interrogar sobre o que há de sintomático na discursividade da instituição sobre o êxito, uma vez que a realidade

---

<sup>1</sup> A autora desta dissertação optou-se por usar, como sinônimos, os termos louco infrator e paciente judiciário, considerando que o uso de depende da orientação teórica que aborda o tema. Pelo mesmo motivo, os termos portador de transtorno mental e portador de sofrimento psíquico serão usados sinônimos.

<sup>2</sup> Sanção é um termo com dois significados diferentes, podendo significar tanto a punição pela violação de uma lei (pena), como também ato de aprovação de algo pelas vias formais. Disponível em <http://www.significados.com.br/sancao/>. Acesso em: 21/02/2016.

dominante nos CAPS é caracterizada por dificuldades de naturezas diversas: negligência ou ausência do Estado, evidenciada na falta de investimentos; inexistência ou número insuficiente de CAPS, em todo país; falta de recursos financeiros e humanos, para garantir condições mínimas de trabalho; inexistência de dispositivos essenciais ao funcionamento da rede, tais como: falta de leitos em hospitais gerais para atender o doente mental em crise, inexistência ou número insuficiente de Residências Terapêuticas, de Centros de Convivência, de CAPSAD e CAPSI.

Ao contexto mencionado, acrescentam-se as peculiaridades inerentes ao tratamento de pacientes com quadros clínicos graves ou em crise, assim como os obstáculos enfrentados no tratamento do louco infrator. Estes últimos, em número significativo, vivenciam segregação, e rompimento ou esgarçamento dos vínculos familiares e sociais, por terem passado vários anos internados em manicômios ou reclusos em presídios.

Tendo a psicanálise como referência teórica, o objetivo geral desta dissertação busca analisar, criticamente, o significativo êxito vinculado ao CASAM, a partir do discurso da equipe técnica com relação com a organização do trabalho e ao tratamento dos pacientes. Por meio da análise clínica das entrevistas investigativas, identificou-se o sintoma da instituição e os significantes mestres que a equipe usa para descrever seu trabalho.

Os capítulos desta dissertação estruturam-se detalhando os objetivos específicos. O capítulo um apresenta a Reforma Psiquiátrica Brasileira e seus princípios norteadores, mostrando como a Reforma deixou de contemplar o louco infrator e manteve o conceito de periculosidade associado à loucura. O capítulo dois pesquisa os conceitos de sintoma, psicanálise aplicada à instituição e caso clínico, articulando esses conceitos, para demonstrar que o funcionamento da instituição provoca sintomas nos sujeitos que a compõem, mas, estes, por sua vez, colocam a instituição no lugar de ideal do eu, identificando-se uns aos outros. Assim, a instituição também é um sintoma dos seus integrantes. O CASAM, tomado como caso clínico, possibilita identificar a singularidade dessa instituição, ou seja, seus sintomas: o êxito e o heroísmo.

O terceiro capítulo circunscreve (ou pesquisa) a psicanálise aplicada a fenômenos sociais, apresentando sua atualidade, aplicabilidade e a consistência de seus princípios norteadores, tendo como referência Mario Elkin Ramirez, Héctor Gallo e Christian Ingo Lenz Dunker. O quarto capítulo pesquisa o CASAM como caso clínico, apresentando as particularidades de sua prática, e analisando criticamente a discursividade sobre o significativo êxito ligado à essa instituição.

Por fim, levanta-se a hipótese de o significativo êxito estar vinculado ao discurso do mestre, representado pelas políticas públicas de saúde mental. Se essa suposição for pertinente, seria possível fazer um giro do discurso do mestre para o discurso do analista?

## **1. O LOUCO INFRATOR: SEU LUGAR DIANTE DA PSIQUIATRIA E DA JUSTIÇA PENAL ANTES E DEPOIS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Este capítulo apresentará a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e seus princípios norteadores. Depois, mostrar-se-á como a Reforma Psiquiátrica deixou de contemplar o louco infrator e manteve o conceito de periculosidade associado à loucura, contribuindo para o estigma do louco, ou seja, ele continua sendo visto como indivíduo perigoso.

Por fim, apresentar-se-á o Programa de Atenção Integral de Atenção ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), concebido pela psicóloga e psicanalista Fernanda Otoni de Barros-Brisset, e implantado através da Portaria 25/2001, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). Esse Programa funciona como um conector entre a justiça e a saúde, atende e acompanha o portador de sofrimento mental que praticou um crime nos aspectos jurídicos e clínico-social, considerando a singularidade de cada sujeito, com vistas à sua inserção social.

### **1.1 Breves considerações acerca da loucura**

A loucura é um tema de interesse interdisciplinar, assumindo importância especial para as ciências humanas e da saúde. Esse conceito se encontra em processo de construção e ainda não se chegou a um consenso sobre ele, porque a suposta verdade científica, discurso dominante na pós-modernidade, insere mudanças no modo cultural, ou seja, na forma de lidar com o fenômeno da loucura. A história da civilização demonstra que o conceito de loucura é determinado pela cultura de cada época. Em momentos distintos, esteve associado a sentidos religiosos, filosóficos e, ultimamente, tem sido objeto de pesquisa do campo denominado científico.

Historicamente, foi atribuído aos loucos o estigma de periculosidade, incapacidade, anormalidade, irracionalidade e desvio de conduta. Mas é importante assinalar que o conceito de loucura foi construído sob bases racionalistas, ao argumento de proteger a sociedade daqueles que eram considerados representantes da irracionalidade humana. Entretanto, é possível observar que, em certas épocas, os loucos conviveram em sociedade tal como os outros cidadãos, mas, gradativamente, conforme mudanças culturais nos padrões de normalidade e anormalidade, e de saúde e enfermidade, eles passaram a ser condenados à prisão perpétua, não

pelos crimes praticados, mas pelas leis da cultura que interpreta o fenômeno da loucura como algo que deve ser deportado e expulso da sociedade.

Como consequência dessa lógica cultural, o destino dos loucos, ao longo dos anos, passou a ser o cárcere ou o manicômio, e nesses dois lugares eles são silenciados e não recebem tratamento adequado. Os loucos que são enviados para o manicômio, por determinação judicial, quase sempre são aqueles que cumprem medida de segurança<sup>3</sup>, e lá permanecem até que cesse a suposta periculosidade que lhes é atribuída. Todavia, ainda hoje, muitos deles permanecem no manicômio até a morte, porque, reiteradamente, são reprovados nos exames periciais destinados a avaliar a cessação da suposta periculosidade.

O fenômeno da loucura pode ser abordado a partir de diferentes enfoques, mas, para o objetivo deste trabalho importa situá-lo como lugar de exclusão. Para tanto, tomar-se-á como referência, para essas considerações, Michel Foucault (1997), em suas pesquisas no *Collège de France* e as elaborações desenvolvidas por ele em *História da Loucura na Idade Clássica* (1991). Também serão referências, o texto de Fabrício Junio Rocha Ribeiro (2006), *Da Razão ao Delírio: por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura*, e o texto de Paulo Amarante (2007), *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*.

Os textos mencionados permitem compreender que, antes do século XVIII, os loucos circulavam pelas cidades, e a internação não era uma prática sistemática. Ribeiro (2006) assinala que os loucos eram considerados detentores de um saber particular, ao qual os demais participantes da vida social não tinham acesso. Essa ligação com a vida social permitia que os loucos participassem do espaço comunitário, sem serem privados da liberdade.

Ribeiro (2006), seguindo os passos de Foucault (1997), esclarece que os considerados loucos eram vistos como portadores de um tipo de erro ou ilusão, não havendo justificativa para excluí-los do convívio social, uma vez que expressavam a diversidade inerente à humanidade.

Para Amarante (2007), a partir do século XVIII, com a Revolução Francesa marcando o início da contemporaneidade, a loucura passou a ter sentido de doença passível de tratamento e cura. Nesse contexto, Philippe Pinel definiu as bases do conhecimento sobre o que chamou alienação mental, dando origem à ciência psiquiátrica. O autor esclarece que a alienação, para Pinel, não seria a perda absoluta da razão, mas um distúrbio no âmbito das paixões do indivíduo capaz de provocar desequilíbrio mental.

---

<sup>3</sup> Medida de Segurança consiste em um dispositivo jurídico destinado aos loucos infratores que praticaram um ato ilícito ou um crime.

Nessa concepção, a desordem mental deveria receber tratamento moral no âmbito hospitalar, local que, por si só, já era considerado como uma terapia, pois afastava o indivíduo do ambiente social e familiar, visto como causador da doença. A partir de então, o cuidado com o louco deixou de ser competência da família, como era na sociedade pré-capitalista, conforme esclarece Mello (2005), e passou a ser responsabilidade dos profissionais de saúde no hospital. Para Azevedo; Miranda; Gaudêncio (2009), durante a vigência desse modelo, o doente mental era afastado da família e da sociedade durante as crises, o que resultava no esquecimento, na segregação e na exclusão social do louco.

Nota-se que, a partir do momento em que a loucura passou a ser entendida como doença, ela é apreendida pelo saber médico, toma a forma de enfermidade e passa a ser tratada nos hospitais psiquiátricos. Estas instituições tinham por objetivo, conforme ideologia dominante na época, diagnosticar e tratar as doenças mentais de acordo com o saber médico psiquiátrico, mantendo a loucura distante da sociedade.

De acordo com o exposto, o hospital psiquiátrico foi concebido, pelo saber médico, como dispositivo de ação curativa essencial para o tratamento da loucura, que dispunha de práticas e meios eficazes para amenizar ou curar o sofrimento dos loucos. Nesse contexto, o isolamento e a vigilância faziam parte do tratamento da loucura nos hospitais psiquiátricos, mas, vale lembrar que o isolamento no hospital era visto como recurso de inserção do louco na sociedade, e não como meio de exclusão do convívio social.

Ribeiro (2006), nas trilhas de Foucault (1991), considera que a essência da teoria psiquiátrica do século XIX se baseava na destituição do louco como capaz de produzir um saber sobre ele mesmo e na eficácia do hospital psiquiátrico como modelo de tratamento. A loucura era vista como uma doença com características especiais e, portanto, exigia tratamento diferenciado. O autor chama a atenção para o fato de que o hospital psiquiátrico, como dispositivo disciplinar, atravessou os séculos, mas preservou em seu interior a lógica da exclusão, que ainda vigora na atualidade.

Foucault (1991) elucida que o hospital psiquiátrico assumiu a função essencial, como mecanismo complementar, no processo de legitimação da loucura fora do espaço da cidade. Nessa concepção, a internação apresenta-se como dispositivo eficaz para banir a loucura do espaço social, visto que esta é considerada uma ameaça à ordem social estabelecida.

## **1.2 A exclusão do louco no Brasil**

Como o propósito deste trabalho não é aprofundar no tema da exclusão do louco, esta será brevemente localizada no contexto brasileiro.

Segundo Ribeiro (2006), no Brasil, a ideia de que o louco deveria ser tratado pela instituição psiquiátrica e que o saber sobre a loucura se encontrava no interior do hospital remonta ao final do século XIX. Até então, aqui, assim como na Europa, os loucos, por algum período, puderam circular pelas cidades e na área rural. Vale recordar, todavia, que no século XVIII, quando, na Europa, a psiquiatria já havia apreendido a loucura, as cidades brasileiras ainda eram extensões da área rural. Nesse sentido, importa destacar que, por motivos socioeconômicos, a realidade brasileira, no tratamento da loucura, se distanciava do que ocorria na Europa.

De acordo com Rezende (1997), no Brasil, por quase três séculos, a loucura não foi associada à exclusão. Os loucos, desordeiros e indigentes, compartilhavam o mesmo espaço, compondo a categoria de desajustados sociais. Logo, os loucos eram punidos como marginais e abrigados nas Santas Casas de Misericórdia, onde não recebiam assistência, sendo submetidos a toda sorte de violência.

Gradativamente, reproduziu-se, no Brasil, o modelo que já vigorava na Europa, ou seja, a institucionalização da exclusão. Assim, as pessoas que provocavam alguma desordem eram retiradas do meio social e recolhidas em instituições disciplinares, que pretendiam promover a reabilitação dos loucos e de outros marginalizados. Desse modo, o lugar destinado aos loucos evidenciou a estrutura consolidada pela lógica racional, que visava dominar os considerados irracionais. Rezende (1997) enfatiza que “exclusão [...] é a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde os seus primórdios até os dias de hoje” (REZENDE, 1997, p.36).

## **1.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil**

A Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPB) resultou, em parte, das transformações ocorridas no cenário internacional, mas é fruto, sobretudo, de vários movimentos ocorridos no seio da sociedade brasileira. A seguir, serão destacados alguns aspectos desse movimento, que contribuiu de modo determinante, para mudanças no campo da saúde mental, no que tange à visão e ao tratamento destinado ao louco. A seguir serão apresentados aspectos relevantes desse processo e seus antecedentes históricos.

Delgado (1992) indica que a decisão de que a assistência psiquiátrica teria que passar por uma reforma teve início com os reformadores da Revolução Francesa, cabendo a Philippe Pinel, médico francês, humanizar e coordenar a área médica e científica dos asilos franceses. Como consequência, o século XIX foi marcado pela medicalização da loucura e criação de estabelecimentos especializados para tratá-la. Importante ressaltar que, naquela época, a consolidação da ordem psiquiátrica exigiu esforços de natureza política e jurídica, ou seja, fixava a natureza e os limites da psiquiatria e, simultaneamente, submetia a rede de estabelecimentos de cuidado a uma gestão estatal.

No cerne desse cenário nasceram as regras para balizar a medicina psiquiátrica com as práticas judiciárias, estabelecendo o modo como a medicina contribuiria para o entendimento do delito, do criminoso e da pena, definindo, também, as responsabilidades do Estado em relação ao louco. Assim sendo, pode-se compreender que a reforma foi uma construção sistemática, que resultou no estabelecimento da instituição psiquiátrica.

Em conformidade com o exposto, vê-se que na base da cooperação entre o direito e a medicina, a compreensão dos crimes praticados pelos considerados loucos foi o ponto privilegiado das trocas que, posteriormente, orientariam o intercâmbio entre esses dois campos de saber.

A partir do final do século XIX, o modelo asilar se mostrou inadequado, e a reforma tornou-se uma ordem, porque o asilo, como estrutura única, resultou ineficaz. Nesse contexto, Amarante (2007) assinala que, após a 2ª Guerra Mundial, passou-se a buscar meios de transformar o campo de assistência ao doente mental. Destaca-se como experiência relevante a Reforma Psiquiátrica Italiana ou Psiquiatria Democrática, liderada por Franco Basaglia, que trabalhou para abolir toda estrutura manicomial.

Em quase todo mundo era visível a insatisfação com o modelo vigente. O modelo manicomial tornou-se desacreditado, devido às frequentes recidivas seguidas de internações e da cronificação da doença. Por isso, familiares e profissionais da saúde, apoiados pela mídia, reivindicaram mudanças urgentes das práticas assistenciais e terapêuticas. Desse modo, tornou-se imperioso descentralizar o tratamento da doença mental para uma concepção de saúde mental do indivíduo inserido na família e na comunidade.

Como era de esperar, as mudanças mundiais refletiram no contexto brasileiro. Aqui o modelo das colônias agrícolas veio acompanhado de teorias e técnicas para defender o cuidado não asilar do louco, o que reavivou o desafio reformista. A estrutura manicomial do Estado se estabeleceu e atingiu seu ápice no governo de Getúlio Vargas, mas outras faces do reformismo

no campo da saúde mental podem ser identificadas no discurso da autoridade sanitária estatal nos anos 1960, e na psiquiatria comunitária, entre 1960 e 1970.

A partir dos anos 60, contudo, a ideia de reformar a psiquiatria passa a contribuir de maneira evidente para uma crítica ao espaço asilar, e este sintetiza os efeitos de normatização e controle da psiquiatria. Naquele contexto, ficou patente a oposição entre o reformismo, que acreditava no êxito da disciplina e da instituição, e aquele influenciado pelas críticas ao asilo, com o movimento anti-institucional.

Delgado (1992) esclarece que, depois de um recuo nos anos 80, a temática dos direitos humanos voltou a integrar-se ao debate normativo e legal. O contexto marcado pela crise dos modelos de atenção, a violência urbana e as denúncias de repressão manicomial contribuíram para voltar à cena “os objetivos e limites do dispositivo psiquiátrico, seu alcance social como instituição de atendimento, proteção social, controle, normatização” (DELGADO, 1992, p.41). Tudo isso colaborou para que a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborassem formulações com objetivos normativos e técnicos, que incluíssem os direitos do paciente e a reestruturação do atendimento, com a finalidade de propiciar condições para mudanças na saúde mental.

No Brasil, sob o impacto do período constituinte, desde 1989, a reformulação legal estimulou o debate da crise psiquiátrica, em continuidade a um movimento de reforma, ocorrido antes. Nessa via, pode-se destacar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se insere em um contexto internacional de mudanças, e teve como foco os textos legais, normativos e técnicos com relação às tendências e limites da reforma psiquiátrica. Esses aspectos fazem parte da esfera macroinstitucional, e incluem planejamento de saúde e modernização gerencial, assim como as questões ideológicas que permeiam esses pontos.

Ao se considerar a importância da RPB e seus desdobramentos, é importante ter clareza conceitual do termo. Delgado (1992) define Reforma Psiquiátrica como sendo:

O conjunto de modificações recentes que vêm sendo produzidas ou tentadas, a partir do final da década de 70, interessando ao modelo assistencial psiquiátrico público, sua sustentação teórica e técnica e as relações discursivas que se vêm estabelecendo entre a Psiquiatria, demais disciplinas de saúde e do campo social, e as instituições e movimentos sociais (DELGADO, 1992, p.42).

Nesse sentido, pode-se entender que a RPB é política, assistencial e metodológica. Ela vai além dos planos governamentais e da mudança de paradigmas de programas assistenciais. Ultrapassa definições legais que produziram inovações normativas e legislações nas várias instâncias federativas. A Reforma Psiquiátrica Brasileira é mais ampla que as políticas sociais

no campo da saúde mental, e as ações governamentais, de 1987 a 1992. A RPB é mais ampla que os projetos de legislação reformista, elaborados a partir da Constituinte de 1988, ultrapassando, também, as constituintes municipais e estaduais, e o Projeto de Lei 3657, do deputado Paulo Delgado, apresentado ao Congresso em 1989.

No contexto mencionado, era notória a inquietude legislativa que se observava em todo país, revelada pela amplitude e importância da RPB, como fato social e político, evidenciando a força do discurso da cidadania sobre as ideias de humanização e melhoria do atendimento psiquiátrico no Brasil, que vigoravam até então.

Dentro da orientação proposta por Delgado (1992), pode-se entender que, para a RPB, o discurso da cidadania do louco, além de encorajar o humanismo psiquiátrico, teve como particularidade a quebra de barreiras e mudanças de paradigmas provocados pelo discurso sobre a cidadania dos loucos. E, nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica não visava apenas oferecer serviços de qualidade aos doentes mentais pobres, mas assegurar-lhes cidadania.

Ainda em relação à RPB, Delgado (1992) assinala que ela merece destaque como processo político e social, como um movimento que envolve, ao mesmo tempo, instituições sociais de origens diversas, com efeitos em espaços heterogêneos, dentre os quais se podem destacar: as disciplinas universitárias, o imaginário social, a opinião pública, o mercado dos serviços de saúde, as corporações profissionais, familiares de pacientes, partidos políticos, governos municipais, estaduais e federal.

O autor mencionado salienta que, ao se colocar a cidadania plena do louco no centro do debate sobre a violência asilar e sua superação, o que se pretende efetivar é não só a eliminação da violência e da intolerância, mas acabar com a prisão perpétua nos manicômios judiciários, o que significa romper com a discriminação do louco infrator; controlar as internações compulsórias e garantir os direitos civis ao louco, ou seja, sua cidadania plena.

Na perspectiva citada, vale destacar que, depois de 1987, a RPB enfrenta o impasse relativo aos direitos dos pacientes, aspecto não contemplado na pauta da reforma psiquiátrica, em seu sentido estrito. Por outro lado, o modelo reformista oficial, representado pelos trabalhos governamentais, admitia apenas uma modernização de legislação de 1934, entendida como intervenção nos limites internos à questão psiquiátrica (MS/DINSAM, 1983; MS, 1990). Os problemas relativos à legislação penal e cível continuavam como impasses intransponíveis à espera de uma reforma legal mais ampla, refletindo nas legislações estaduais e municipais que, com relação aos direitos dos pacientes, limitava-se às garantias mínimas à liberdade e respeito,

no caso de internação. A internação judiciária, contudo, continuava sendo vista como necessitando de eficaz regulamentação.

Assim como os direitos do paciente continuavam sem solução, situação semelhante ocorria com relação à inimizabilidade e o manicômio judiciário, que existem sob o argumento de proteger o louco. Essas questões ocuparam o centro do debate da reforma psiquiátrica, “como limites interpostos entre à geração de alternativas técnicas, ao tratamento em liberdade, ao declínio das terapêuticas triunfantes, à nova concepção de cura, à crítica permanente da normatização” (DELGADO, 1992, p.52). A esses desafios, acrescenta-se a falência do modelo burocrático da reforma, que ficou visível diante da impossibilidade de diálogo com os temas dos direitos e das novas tecnologias.

Delgado (1992) assinala que, no cenário descrito, defensores e opositores ao projeto de lei federal antimanicomial compuseram o debate político referente à discussão técnica e teórica de um novo tipo de cuidado, e da reforma burocrática nos serviços. Para o movimento da Reforma Psiquiátrica, o período de 1987-1992, assumiu importância significativa para compreensão da cidadania do louco, sendo um período em que se buscou uma nova lei que efetivasse a produção coletiva de normas sobre a assistência psiquiátrica, buscando, também, no movimento internacional de reforma da legislação psiquiátrica, elementos para tratar os impasses mencionados anteriormente.

Guimarães (2010) esclarece que a legislação brasileira de saúde mental, entre 1991 e 2001, propôs modos de tratamento que buscavam romper com o modelo hospitalocêntrico, visando à reinserção social e o resgate da cidadania do doente mental, possibilitando-lhe assistência ambulatorial em hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), e atendimentos de emergências psiquiátricas em hospitais gerais. Importa salientar, todavia, que somente em 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216/2001 foi promulgada, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional,

Essa lei redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, e dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Contudo, não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, conforme estabelecido pela lei original (BRASIL, 2005, p.8).

De acordo com Jacobina (2008), a lei retro mencionada não conseguiu representar a total consolidação dos ideais da RPB no mundo jurídico. Entretanto, não se pode desconsiderar a importância de sua promulgação para consolidação e visibilidade da Política de Saúde Mental do governo federal. Importante lembrar que essa lei impulsionou o processo de

desinstitucionalização de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, o “que contribuiu para a redução de milhares de leitos em hospitais psiquiátricos e para o fechamento de vários manicômios no país” (BRASIL, 2005, p.9).

Com relação aos limites na consolidação da RPB, Amarante (2007) orienta que, para efetivar com êxito a reforma psiquiátrica, não basta transformar o modelo assistencial oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é essencial abranger a esfera teórico-conceitual, a sociocultural e jurídico-política desse processo social complexo. Nesse sentido, vale precisar como Amarante conceitua cada uma dessas esferas, uma vez que estas assumem importância considerável para analisar a consolidação da RPB, no contexto atual.

Para o Amarante (2007, p.64-65), na dimensão teórico-conceitual é preciso considerar que o saber oriundo da psiquiatria clássica, fundado nas ciências naturais, por si só não basta mais. Ao elaborar uma política é necessário contemplar um conjunto de aspectos que, embora alheios à ciência, interferem na formulação de suas estratégias, sejam eles de ordem ideológica, política, ética ou cultural.

Segundo esse autor (2007, p.69), no âmbito assistencial, os serviços devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, e como lugares de acolhimento, cuidado e trocas sociais; serviços que lidam com pessoas e não somente com doenças, configurando-se ambientes de sociabilidade e de produção de subjetividades, e não de repressão, exclusão, disciplina, controle e vigilância constante, como no passado, cujo modelo enfatizava a doença e ocultava o indivíduo.

Ainda de acordo com Amarante (2007, p.69), outro fator relevante é a revisão da legislação, pois os códigos penal e civil baseiam-se em abordagens prejudiciais aos sujeitos portadores de sofrimento psíquico, o que dificulta o exercício da cidadania. Nesse sentido, loucura não pode ser sinônimo de periculosidade, irracionalidade, incapacidade civil e de exercício da cidadania na dimensão jurídico-política.

Na concepção de Amarante (2007, p.69-70), os direitos humanos têm papel fundamental na luta pelas inclusões de novos sujeitos de direitos e de novos direitos para os sujeitos portadores de sofrimento psíquico, tendo a Lei 10.216/2001 dado um passo decisivo nessa direção.

Amarante (2007, p.71), contudo, elucida que não basta aprovar leis, pois a construção da cidadania refere-se a um processo social que inclui mudança de mentalidade, de atitudes e de relações sociais, motivo pelo qual a dimensão sociocultural é estratégica, demonstrando que o envolvimento da sociedade é um princípio fundamental na discussão da Reforma Psiquiátrica.

#### 1.4 Do manicômio à cidade: um longo percurso

Para se reconhecer as conquistas resultantes da RPB e identificar os impasses que ela enfrenta até atualidade, é importante aludir os principais marcos históricos desse processo, a partir dos autores que participaram de sua construção. Paulo Amarante é uma referência indispensável, por isso alguns pontos de suas elaborações serão destacados.

Para Amarante (1996), a doença mental, objeto construído pela psiquiatria, tem sido usada para manter a exclusão daqueles que são considerados enfermos. A realidade manicomial, entretanto, demonstra que o que se opera sobre a “doença objetivada é mais um ato de violência que um ato de cura ou libertação” (AMARANTE, 1996, p.77).

Nessa concepção, vale interrogar quem é o homem doente a quem se atribui tantos predicados negativos, podendo se indagar, também, de que forma a psicopatologia contribui para dizer do sujeito em sua experiência de loucura. Na tentativa de responder a essa questão, Amarante (1996) recorre ao conceito de “duplo da doença mental”, elaborado por Franco Basaglia, e entendido como aquilo que “sobrepõe à doença, que surge como consequência da institucionalização [...] é a negação da subjetividade do louco, a negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber” (AMARANTE, 1996, p.80-81).

De acordo com o exposto, a desconstrução do conceito de doença mental consiste em desmontar a face institucional da doença, para localizar o sujeito que está encoberto por ela, buscando a singularidade da pessoa doente e retirando-a do lugar de objeto. No hospício, todas as pessoas são iguais e objetivadas, e não importa mais sua origem e sua história. O doente, fechado em uma instituição e submetido a vários tipos de violência, incorpora a violência sofrida, comportando-se em conformidade com a expectativa da instituição, ou seja, é um indivíduo violento, antissocial, melancólico e alienado.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, o conceito de desinstitucionalização, originado da experiência de Franco Basaglia, no manicômio de *Gorizia*, na Itália, constitui-se em referência para luta contra a institucionalização. Essa experiência influenciou a transformação da sociedade e o modo como ela lida com a loucura, não se restringindo a uma mera luta para transformação interna do manicômio.

Amarante (1996) orienta que a desinstitucionalização deve operar, simultaneamente, nos níveis teóricos e político, uma vez que estes se referem aos dois lados da doença e do estar

doente. Esses dois níveis incluem a problemática psicopatológica e a problemática de exclusão e de estigmatização social.

Para esse autor, a desinstitucionalização deve ser entendida não apenas com relação ao hospital psiquiátrico, uma vez que este não se limita ao manicômio. Amarante (1996) enfatiza:

A instituição psiquiátrica não é entendida tão somente como manicômio, mas no conjunto de saberes e práticas operadas sob o título de psiquiatria. Um exemplo desse processo de desinstitucionalização é a desconstrução dos conceitos de desvio, normalidade-anormalidade, desajustamento e personalidade psicopática que contêm não apenas uma análise epistemológica, mas uma crítica ao lidar social e político como os mesmos (AMARANTE, 1996, p.87)

Amarante (1996), seguindo as referências de Basaglia, indica que a desinstitucionalização é um processo que, simultaneamente, envolve a desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, no trabalho com o sujeito concreto e na invenção prático-teórica de novas formas de lidar com o sujeito doente, e não mais com a doença.

A partir dessa concepção, compreende-se que a experiência de Basaglia abriu um espaço de convívio com a loucura, diferente daquele praticado pela psiquiatria moderna, que, dentro e fora do manicômio, objetivava o sujeito, tutelando sua vida. Sobre este aspecto, Amarante (1996), afirma:

O louco expropriado de seus direitos (inclusive o direito a um real tratamento), de sua família e do convívio com a sociedade (estas as palavras de ordem do isolamento de Pinel), deve ter na cidade o espaço real de sua habilitação social [...] os processos de validação social dos sujeitos (AMARANTE, 1996, p.97).

Compreende-se, portanto, que os espaços da cidade contribuem efetivamente para que as pessoas desinstitucionalizadas possam “expressar seus desejos, seus projetos e sua história” (AMARANTE, 1996, p.97), condições que favorecem ao processo de subjetivação.

Pode-se afirmar que, historicamente, é no manicômio que a psiquiatria construiu seu mandato social e científico. Nessa concepção, Amarante (1996) enfatiza:

O manicômio é o a priori concreto da psiquiatria, o que faz com que este seja um lugar prático e simbólico de eleição para o processo efetivo de desinstitucionalização, como o lugar de nascimento e de desenvolvimento das condições históricas de possibilidade da psiquiatria (AMARANTE, 1996, p.102).

Nessa perspectiva, entende-se que o processo de desinstitucionalização envolve a reconstrução da complexidade do fenômeno da loucura, que implica a superação de antigas

instituições, e o rompimento da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura.

Ainda de acordo com Amarante (1996) a desinstitucionalização permite compreender que a solução para o problema da doença não cabe apenas à ciência, porque a doença é um problema técnico, normativo, social e existencial. Nesse sentido, a instituição inventada constitui-se em espaços com possibilidades de produção de vida em suas dimensões sociais, políticas e existenciais.

O autor mencionado insiste que a desinstitucionalização, ou seja, realidade que está sendo construída e inventada, não pode continuar sendo exclusividade da ciência, tal como pretendia o projeto da modernidade. Isto porque o conceito de desinstitucionalização é um conceito em transição: “nega e desconstrói - por um lado -, inventa e cria, por outro” (AMARANTE, 1996, p.105).

Constata-se que a desinstitucionalização tem por objetivo desconstruir aparatos administrativos que separem a doente do seu ambiente social, com vistas a respeitar os direitos dos portadores de sofrimento psíquico, envolvendo profissionais de saúde, familiares e comunidade no tratamento, e rompendo com a cultura psiquiátrica, baseada na exclusão e no isolamento.

A partir do que foi explanado é possível compreender a complexidade envolvida no processo de implantação da RPB e as dificuldades para consolidá-la, levando em conta os limites, desafios e impasses nas esferas políticas, assistenciais e teórico-conceituais. Mas considerando que o louco infrator é tema desta pesquisa, vale interrogar em que medida a RPB efetivamente possibilitou que ele saísse do lugar de objeto de cuidado, para se tornar um cidadão.

### **1.5 O louco infrator é cidadão?**

Nas últimas décadas, pesquisas e experiências (Amarante 1996, 2007; Barros-Brisset, 2010, 2013; Jacobina, 2008; Lebre, 2012; Carvalho e Weigert, 2012; Gomes, 2013; Santos e Segundo, 2014; Venturini, 2012) demonstram as conquistas e impasses da Reforma Psiquiátrica.

É preciso reconhecer as contribuições da RPB no Brasil, no que tange aos direitos e humanização do tratamento do portador de sofrimento mental, à organização da rede de atendimento em saúde mental e o significativo número de desinstitucionalização nos

manicômios e hospitais psiquiátricos. Não se pode ignorar, entretanto, que após mais de uma década da implantação da RPB, o louco infrator continua sendo objeto de exclusão, discriminação e segregação. Ele ainda não é tratado como cidadão, seja nos diversos níveis dos serviços de saúde, seja no sistema de justiça. Na prática, na maioria dos ambientes, o portador de sofrimento psíquico que praticou um crime é associado à periculosidade social, é o que demonstra as pesquisas mencionadas.

Carvalho e Weigert (2012) apresentam pesquisa demonstrando que, mesmo depois da RPB, os manicômios judiciais brasileiros continuam imunes às premissas da Reforma Psiquiátrica. A referida pesquisa mostra o quadro atual, no Brasil, dos portadores de sofrimento psíquico que cumprem medida de segurança em regime manicomial, e a violação aos direitos humanos desses sujeitos.

Jacobina (2006) esclarece que no direito penal e processual penal prevalecem uma noção desumanizadora de loucura, resultado das influências racionalistas e positivistas, o que contribui para a manutenção das práticas segregatórias e de exclusão.

Santos e Segundo (2014) demonstram a incompatibilidade do instituto da medida de segurança com a RPB. Elucidam que a medida de segurança fundamenta-se na associação da loucura à periculosidade. Sua execução ocorre, preferencialmente, em hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos, antes chamados de manicômios judiciários. Esses estabelecimentos pertencem ao Sistema Penitenciário, e não ao SUS. Compreende-se, então, que as instituições mencionadas têm diferentes concepções sobre a loucura e sobre modo de lidar com ela, o que, por si só, justifica as divergências.

Além de apontar a incompatibilidade entre a medida de segurança e a RPB, esses autores mencionam propostas voltadas para a solução dessa incompatibilidade, destacando a experiência do PAI-PJ, que será abordada a seguir.

## **1.6 O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental: PAI-PJ**

No contexto sociopolítico da época, no dia dois de março do ano 2000, através da Portaria 25/2001, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) implantou-se, no Município de Belo Horizonte, MG, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), resultado da pesquisa e do trabalho desenvolvido pela psicanalista Fernanda Otoni de Barros-Brisset. A partir de então, ele se tornou reconhecido nacionalmente e serve de modelo para

outros estados brasileiros, atendendo orientação do Ministério da Saúde (BARROS-BRISSET, 2020, p.57).

O PAI-PJ é um dispositivo conector que articula as ações dos operadores do direito com os recursos da rede pública municipal de saúde mental e de assistência social, “tendo por orientação a singularidade clínica, social e jurídica do portador de sofrimento mental” (BARROS-BRISSET, 2010a, p.84). Esse Programa tem como objetivo o acompanhamento integral do portador de sofrimento mental que praticou um crime, considera a singularidade do louco infrator, e busca sua reinserção social pela construção singular que cada sujeito irá inventar no restabelecimento dos laços que foram desfeitos, na passagem ao ato criminoso. Nesse sentido, o trabalho de reinserção é desenvolvido através do acompanhamento caso a caso, e a equipe do PAI-PJ se coloca ao lado do paciente judiciário em sua construção do laço com a família, comunidade e/ou território social.

De acordo com Barros-Brisset (2010), esse Programa é executado por uma equipe composta por psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais e assistentes jurídicos. Essa equipe faz a conexão entre o TJMG com a rede de saúde e outros dispositivos. Atua como um serviço auxiliar do juiz, acompanhando os processos criminais nos quais o réu ou sentenciado é ou apresenta indícios de ser portador de sofrimento mental; fornece subsídios técnicos aos juízes, nas várias fases do processo, juntando aos autos relatórios elaborados a partir da parceria com diversos setores fora do sistema jurídico, dentre eles, trabalhadores da saúde mental, de organizações e entidades sociais e familiares.

Barros-Brisset (2010) esclarece como ocorre a operacionalização do PAI-PJ:

Quando chega um caso, ainda no início do processo criminal, acolhemos, escutamos e encaminhamos para a rede pública de saúde para seu tratamento, levantamos as possibilidades de ampliação dos laços de sociabilidade na rede de assistência social da cidade, orientamos o sujeito com relação às consequências jurídicas de seu processo que terá que responder. O processo segue seu curso, caminha ao lado. O juiz e o promotor acompanham a trajetória do sujeito através do acompanhamento cotidiano do PAI-PJ. Se a perícia indicar sua insanidade mental o sujeito receberá uma medida de segurança de internação ou ambulatorial, de acordo com o crime que cometeu. Continuamos acompanhando as respostas do sujeito à resposta jurídica, ao seu tratamento e sua relação com a cidade. Recebeu uma medida ambulatorial: tratamento na rede pública de saúde. Se for uma medida de internação: rede pública de saúde, também! (BARROS-BRISSET, 2010, p.87).

Conforme explanado pela autora mencionada, o trabalho do PAI-PJ consiste em acompanhar a execução da medida de segurança na rede de serviços de saúde do SUS. Nota-se, ainda, que Barros-Brisset (2010) não defende o fim da medida de segurança, por considerar

que a questão do louco infrator deve passar pelo Direito Penal, pois “responder pelo delito praticado também é uma forma de inclusão social, uma condição humanizante e um exercício de cidadania, que aponta para a responsabilidade e a capacidade do sujeito de se reconhecer como parte de um registro normativo que serve para todos” (BARROS-BRISSET, 2010, p.123-124).

É inegável que o PAI-PJ representa grande avanço no modo de execução da medida de segurança e na consolidação dos ideais da RPB, especialmente por dispensar o manicômio, garantindo o tratamento do louco infrator na rede pública de saúde, e resgatando a cidadania do louco infrator.

Em parceria com os Poderes Legislativo e Executivo, o PAI-PJ tem sido capaz de construir soluções, em conformidade com os princípios constitucionais, consolidando uma verdadeira política de atenção e cuidado no âmbito da justiça, informando a sociedade que à justiça não cabe apenas julgar e esquecer aqueles que dela dependem. É preciso o acompanhamento da execução da sentença que impõe a medida de segurança, utilizando-se de todos os recursos para que o portador de sofrimento mental que praticou um crime tenha acesso à plena cidadania e à rede de inclusão.

Esse Programa, incansavelmente, vem empreendendo esforços para destruir a lógica da exclusão e, em seu lugar, construir uma política nacional de atenção integral ao louco infrator, valendo-se dos dispositivos clínicos, jurídicos e sociais que, conforme demonstra a experiência, orientam o acompanhamento.

Barros-Brisset (2010) indica que para superar o sistema antigo, “é preciso investir na convivência, no acompanhamento, nas soluções do sujeito, suas pequenas invenções para tratar o sofrimento mental” (BARROS-BRISSET, 2010, p.86).

A efetivação do Programa enfrenta desafios contínuos para sensibilizar comunidades e rede de saúde dos municípios do Estado de Minas Gerais. Por isso, nesse Estado, a partir de 2010, foram instalados Núcleos Regionais do PAI-PJ nas Comarcas de Barbacena, Governador Valadares, Teófilo Otoni, Divinópolis e Itaúna. Em janeiro de 2012 foi criado, em Ipatinga, o Núcleo Regional-PAI-PJ, com a finalidade de atender 34 comarcas a ele referenciadas.

A experiência do PAI-PJ, Núcleo Regional Ipatinga, tem demonstrado que acompanhamento feito por esse Programa tem contribuído de modo determinante para a mudança de cultura sobre a doença e sobre o portador de sofrimento mental que cumpre medida de segurança, retirando-o do esquecimento em que se encontra nos presídios, manicômios ou

nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, retornando-o para o convívio social e garantindo seus direitos.

O CAPS II de Coronel Fabriciano, MG, popularmente conhecido como Centro de Atenção à Saúde Mental (CASAM), é uma instituição parceira do PAI-PJ e demonstra que o tratamento do louco infrator, na rede pública de saúde mental, existe e funciona. Por isso, a experiência do CASAM tornou-se objeto desta pesquisa.

## 2. SINTOMA, PSICANÁLISE APLICADA À INSTITUIÇÃO E CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO

No que concerne às mudanças ocorridas e em curso, na psicanálise, Miller (2014) esclarece que essa mudança é um fato, o que pode ser observado em sua prática. Portanto, apesar da insistência de muitos profissionais em permanecer atrelados a palavras e esquemas antigos, é necessário um esforço constante para manter a atualidade da psicanálise através dos remanejamentos do ensino de Freud e de Lacan, mas isso não significa, de modo algum, desconsiderar ou deixar em plano secundário as descobertas freudianas.

A afirmação de Miller permite entender que uma das mudanças ocorridas na psicanálise se refere à psicanálise aplicada – tema que será que tratado no capítulo seguinte. No entanto, é importante salientar que a psicanálise aplicada integra a obra de Freud desde suas primeiras investigações, contudo, ela (psicanálise aplicada) tem se tornado cada vez mais visível, a partir de 2000, em razão do aumento de pesquisas e publicações, assim como da ampliação do campo de atuação, não só para profissionais da área “*psi*”, mas de diversas outras áreas implicadas com a clínica e com o real mal-estar de nossa civilização.

No século XXI, responder a uma demanda de ordem institucional assume especial importância, porque, no contexto institucional, a ação do analista resulta da psicanálise aplicada por meio de seu modo de intervenção e pelos efeitos produzidos.

Sendo assim, a importância de se trabalhar a noção de sintoma justifica-se, porque, nesta pesquisa, o CASAM, enquanto instituição, será tomado como caso clínico, e sua discursividade a respeito do êxito, será considerada como um dos sintomas dessa instituição. A esse respeito, como será desenvolvido adiante, Eric Laurent (2007) elucida que o que sustenta as instituições é o sistema de regras, mas isso provoca sintomas, que são resultados do próprio funcionamento institucional. Por outro lado, a partir de Freud, em *Psicologia das massas e análise do eu* (1921), a instituição ocupa o lugar de um ideal para os indivíduos que a compõem. Isto significa que um grupo coloca um único objeto no lugar do seu ideal do eu e disso resulta as identificações de uns com os outros.

### 2.1 Considerações sobre o sintoma

Desde Freud até a atualidade, a descoberta psicanalítica do sintoma merece destaque por sua importância na teoria e na clínica psicanalítica, bem como pelos diferentes modos como ele

se manifesta nas transformações que vêm ocorrendo na clínica. Neste tópico, o conceito de sintoma será circunscrito a partir de Freud e, depois, de seus leitores.

No que tange ao sintoma, Freud (1916/1976), na Conferência XVII, intitulada *O sentido dos sintomas*, ensina que, diferente da psiquiatria clínica, a psicanálise valoriza a manifestação externa do conteúdo dos sintomas individualmente considerados, uma vez que a psicanálise foi a primeira a estabelecer que os sintomas têm um sentido e guardam relação com a vida do paciente. Para esse autor, os sintomas neuróticos, assim como os atos falhos e os sonhos, têm um sentido e estão ligados com a vida de quem os produz. Afirma Freud (1976):

Se os sintomas, isoladamente, são tão inequivocadamente dependentes das experiências pessoais do paciente, resta a possibilidade de os sintomas psíquicos remontarem a uma experiência que é típica em si mesma – comum a todos os seres humanos (FREUD, 1916/1976, p. 321).

Essa afirmação permite entender que, desde o início de suas pesquisas, Freud descobriu que o sintoma expressava algo intrinsecamente ligado à vida do sujeito, ou seja, é sinal de algo particular, próprio ao sujeito.

Nesse mesmo texto, Freud afirma “que os sintomas neuróticos são resultados de um conflito, e que este surge devido a um novo método de satisfazer a libido” (FREUD, 1916/1996, p.361). Isso indica que, apesar do sofrimento psíquico causado pelo sintoma, este resiste em ser eliminado porque tem uma via de satisfação libidinal. Acrescenta que “a única coisa tangível que resta da doença, depois de eliminados os sintomas, é a capacidade de formar novos sintomas” (FREUD, 1996, p.361). Assim, nota-se que Freud, em sua experiência clínica, compreendeu que eliminar um sintoma não implicava curar a doença.

No decorrer de suas elaborações teóricas, Freud observou que o sintoma tem um caráter irreduzível, que cria obstáculos ao tratamento e isso o instigou a perseverar em suas pesquisas sobre o tema até o final de sua obra. No texto *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1926/1976, p.95) define que “o sintoma é o substituto de uma satisfação pulsional que não teve lugar, é o resultado de uma moção pulsional recalcada”. Isso demonstra a impossibilidade de eliminação ou cura do sintoma, porque este é o substituto de uma satisfação pulsional recalcada, que insistirá na busca de prazer, quer dizer, de satisfação. Nesse sentido, os conteúdos recalcados são impedidos de se tornarem conscientes e, a princípio, a possibilidade de satisfação é afastada. Entretanto, o recalco facilmente se rompe e a pulsão insatisfeita busca outros modos de satisfação, por vias indiretas. Ocorre, então, o retorno do recalcado, uma satisfação substitutiva, que se manifesta de modo deformado ou até mesmo irreconhecível, uma vez que o sintoma não consegue escapar totalmente à censura.

Nesse texto mencionado, Freud afirma que “o processo mental que se transformou em sintoma devido ao recalçamento mantém agora sua existência fora da organização do eu e independente dele” (FREUD, 1926, p.119). Como consequência, surge o conflito entre a libido insatisfeita, que representa o recalcado, e a força repressora, que compartilha de sua origem. A formação de compromisso é, então, um modo de conciliação entre tendências opostas, ou seja, entre as representações recalçadas do desejo inconsciente e as exigências defensivas. Ela possibilita que o que foi recalcado possa ser admitido na consciência, uma vez que, apresentando-se sem suas características distintas, não apresenta ameaça para a integridade do indivíduo diante do desejo proibido. Contudo, apesar de se apresentar de maneira deformada, por meio da formação de compromisso, o sintoma insistia em se manifestar. Isso permitiu a Freud compreender que a noção de sintoma era mais complexa, devido à influência da pulsão de morte e da compulsão à repetição.

A partir dessa constatação, Freud (1920), em *Além do Princípio de Prazer*, desenvolve a noção de pulsão de morte e compulsão à repetição. Com base nos sonhos de neuroses traumáticas e das transferências na análise – nas quais os pacientes repetiam, na transferência, as vivências traumáticas -, Freud passou a questionar o papel representado pelo princípio de prazer. Esses acontecimentos lhe permitiram verificar a presença de uma compulsão à repetição de experiências desagradáveis, o que indica que o princípio de prazer não regula todo funcionamento mental. Nesse mesmo texto, o psicanalista ensina que a pulsão de morte é responsável pela repetição, que proporciona ao sujeito uma satisfação que se situa para além do princípio do prazer. Trata-se de uma repetição que faz parte do próprio inconsciente, na medida em que se está sempre repetindo os mesmos circuitos das cadeias associativas.

Anos depois, no texto *Análise terminável e interminável*, Freud (1937/1996, p.223), relata os obstáculos com os quais se defrontou na condução de suas análises. Esses obstáculos tornaram evidentes a busca de satisfação pela pulsão de morte, mostrando o aspecto incurável do sintoma. Nesse sentido, entende-se que, para a psicanálise, o sintoma não é sinal de doença, concepção já ultrapassada, uma vez que a ideia de sintoma não mais se associa à cura. Para Freud (1926/1976, p.95), “sintoma é expressão de modos de satisfação ou insatisfação, vertentes da pulsão de morte, que se manifestam na transferência através da repetição”.

No que tange à diferença entre o sintoma freudiano e o *sinthoma* lacaniano, no prefácio do livro *Como se chama James Joyce?* de Roberto Harari Souza (2003, p.11-14), esclarece que diferentemente do sintoma freudiano, que tem relação com o recalcado, o retorno do recalcado e a repetição, com a escritura borromeana, o sintoma passa a ser lido como efeito do simbólico

no real. Essa nova versão do sintoma revela que ele está intimamente ligado ao corpo e, portanto, ao imaginário, bem como à dimensão do real através do gozo e, finalmente, ao simbólico, num enodamento que possibilita ao sujeito gozar do inconsciente, que o determina, que orienta suas escolhas e seu destino.

Para esse autor, o sintoma como efeito de estrutura, constitui não apenas numa vertente de gozo na ex-sistência do sujeito, quer dizer, algo que existe alhures, fora do sujeito, mas traz implícitos os limites da interpretabilidade, o que já havia sido observado por Freud. Isso, todavia, modifica a direção da cura, o sentido da interpretação, e a própria análise e a construção do caso. Nesse sentido, o sintoma deixa de ser visto em sua condição patológica, passando a ser tratado como dimensão que possibilita ao sujeito “viver ou até mesmo se proteger da loucura em sua ex-sistência” (SOUZA, 2003, p.13). Nessa vertente, a análise deixa de ser considerada como meio de liberar o sujeito de seus sintomas, constituindo-se em uma via para que ele descubra de que modo está implicado neles.

No sentido proposto, o *sinthoma*, a partir do *Seminário 23*, constitui-se em um conceito que permite o enodamento do real, simbólico e imaginário de uma só vez, em um nó borromeano.

Lacan (2007), ao se referir ao *sinthoma*, afirma:

O que chamei este ano de *o sinthoma*, é o que permite reparar a cadeia borromeana no caso de não termos mais uma cadeia, a saber, em dois pontos cometermos o que chamei de um erro [...] ao mesmo tempo, se o simbólico se solta, temos um meio de reparar isso. [...] *o sinthoma* é alguma coisa que permite ao simbólico, ao imaginário e ao real continuarem juntos, ainda que, devido a dois erros, nenhum mais segure o outro (LACAN, 2007a, p.90-91).

Essa definição permite compreender que o *sinthoma* faz amarração entre o real, o simbólico e o real, mesmo que o real se solte dos outros dois registros. Miller (2005), referindo-se ao *Seminário 23, o Sinthoma*, precisa:

O sintoma como tal, quer dizer, desnudado, reduzido, mais do que interpretado, não é verdade, ele é gozo [...] se há interpretação é para servir à redução do sintoma [...] e aquilo do qual se trata na análise, é menos de decifrar o sintoma do que fazer uso dele” (MILLER, 2005, p.21).

Nessa perspectiva, com Miller (2005) e com Lacan (2007), entende-se que, conceber o *sinthoma* para além da interpretação e da busca de sentido é tomá-lo como real. E sobre isso, Lacan (2007b. p.16) afirma que “fazer bom uso do *sinthoma* é usá-lo até atingir seu real”.

## 2.2 Sintoma: de sinal à verdade do sujeito – elemento que vela e des(vela)

Antônio Quinet (2003), em seu livro intitulado *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma* assinala que o sintoma em medicina é um signo (ou sinal), ou seja, é aquilo que representa alguma coisa para alguém. Elucida que, na medicina, a investigação do sintoma está ligada ao método clínico historicamente constituído pelo olhar do médico. Nesse sentido, o olhar do médico transforma “o sintoma em elemento significativo e que significa, precisamente, a doença como verdade imediata do sintoma” (QUINET, 2003, p.119).

Nas palavras de Quinet (2003), tal como para a medicina, também para a psicanálise o sintoma é um significativo, mas não com significado patológico. Ele é também um sinal e, como tal, é um sinal do sujeito e está ligado à verdade desse sujeito. Ou seja, “o sintoma é a fumaça e o fogo é o sujeito” (QUINET, 2003, p. 119), pois onde há fumaça há fogo.

Quinet (2003) considera que, a partir da psicanálise, a abordagem do sintoma pela via da verdade do sujeito contrapõe a uma clínica da ciência que foraclui a verdade do sujeito, porque se importa apenas em formalizar os objetos que são multiplicados como objetos de verdades e apresentados ao sujeito como objetos de desejo. Desse modo, a ciência compreende a verdade não apenas como sinônimo de objetividade, mas, considera-a, sobretudo, como uma verdade formalizada. Todavia, o autor mencionado retoma Heidegger em *Aletheia*, para lembrar que “a subjetividade faz parte de toda objetividade. É no registro da verdade do sujeito e da subjetivação da verdade que se situa a ética que se vincula à clínica psicanalítica na abordagem do sintoma” (QUINET, 2003, p.123).

Quinet (2003), a partir do texto *Sobre a essência da verdade*, de Heidegger, toma a etimologia da palavra *alétheia* (verdade), esclarecendo que ela contém o “a” privativo e “leteia” que vem de *léte*, velamento, ocultação. Nesse sentido, o termo verdade, traduzido como desvelamento, mostra que a verdade contém tanto o desvelamento quanto o velamento. Esse autor enfatiza, contudo, que o “desvelamento total é da ordem do inadmissível, do inconcebível, pois o velamento recusa o desvelamento à *alétheia*” (QUINET, 2003, p.125). Por meio do velamento como não desvelamento, Heidegger aproxima “a verdade da não verdade, ou seja, da mentira, que pertence, portanto, à essência da verdade” (QUINET, 2003, p.125). Assim, a mentira é um dos lados do velamento, portanto, outro lado da própria verdade.

Nessa vertente, esse autor orienta que a verdade do sintoma está ligada à própria estrutura do inconsciente, ou seja, por mais que o sintoma seja decifrado, algo dele continuará

na dimensão do não dito, uma vez que é impossível dizer toda verdade. Isso porque, “por mais que o sujeito diga sua verdade, sua estrutura permanece a mesma, ou seja, da ordem do semidizer da verdade” (QUINET, 2003, p.127). Desse modo, a impossibilidade de descobrir toda a verdade que está em jogo nos sonhos, nos lapsos, nos chistes e nos sintomas está ligada ao encobrimento estrutural da verdade que, em última instância, se deve ao recalque originário, daí que a verdade é sempre não toda.

No sentido proposto por Quinet (2003), a partir de Freud e Lacan, a ética da psicanálise, no que concerne ao registro do sintoma, consiste em passar do semidizer do sintoma ao bem dizer o sintoma.

### 2.3 A psicanálise aplicada ao sintoma

A psicanálise aplicada é um móbil maior para o futuro da psicanálise, tanto como disciplina quanto como solução ética nova, introduzida na civilização por meio dessa experiência original que é o tratamento psicanalítico (BROUSSE, 2007, p.22).

No texto *Três pontos de ancoragem*, Brousse (2007) afirma que “a psicanálise aplicada é a solução para que a psicanálise permaneça um sintoma atual” (BROUSSE, 2007, p.23). A partir de Lacan (1975), em *A terceira*, essa autora esclarece que a sobrevivência da psicanálise dependerá que ela não ceda às exigências do mestre moderno, resistindo às demandas dele. É preciso, ainda, que diante das dificuldades encontradas, a psicanálise não se apegue a certezas doutrinárias e consinta “com o real quando ele aparecer na forma de sintomas novos” (BROUSSE, 2007, p. 23).

Essa autora orienta que o exercício da psicanálise aplicada situa-se em um espaço contraditório. Por um lado, depara-se com a demanda do mestre, que exige que as coisas funcionem bem e que o sintoma não surja como um obstáculo a isso. Por outro, confronta-se com a solicitação de sentido que alimenta o sintoma.

Conforme Brousse (2007), por um lado tem-se a solução oferecida pelo saber científico que, “contribui para desenvolver o gozo dos sujeitos, mas não para tratá-lo” (BROUSSE, 2007, p. 23). Por outro, tem-se os discursos que são modos de uso do gozo e, entre eles, está a psicanálise, que “não é um modo de gozar do sentido conferido por um significante mestre, mas sim um tratamento do sentido pelo não sentido, ou seja, pela extração dos significantes-mestres” (BROUSSE, 2007, p.23).

Em conformidade com o exposto, Dominique Laurent (2007), no texto *O Psicanalista Concernido* trata do sintoma e da instituição. Menciona que a psicanálise se manifesta sobre o mal-estar da civilização atual. Todavia, seu objetivo visa à política do inconsciente, levando em conta o gozo do sujeito que se delinea entre as identificações.

A autora mencionada aponta que trabalhar no campo da saúde mental resulta “das mais íntimas coordenadas subjetivas do sujeito que nele se engaja [...] é uma solução sintomática ao fantasma que o sustenta” (LAURENT, 2007, p.40).

Segundo Dominique Laurent (2007), a psicanálise interroga tanto os profissionais que tratam quanto a categoria dos que são tratados. Assinala que dedicar uma vida à saúde mental do outro revela o arranjo sintomático do gozo de um sujeito. A psicanálise acolhe esses arranjos sintomáticos, possibilitando, neles, alterações menos dolorosas. O trabalho no campo da saúde mental, assim concebido, envolve, para além dos saberes estabelecidos, a inclusão do não sabido na prática em saúde mental. Disso resultam consequências que não podem ser desconsideradas tanto no que se refere ao sujeito quanto sobre o paciente do qual ele se encarrega.

Dominique Laurent (2007) orienta que os praticantes da psicanálise, que atuam no campo da saúde mental, além de levar em conta os sintomas dos pacientes dos quais se encarregam, precisam estar atentos ao funcionamento sintomático do próprio praticante, porque o sintoma ou fantasma do praticante não deve assumir relevância excessiva a ponto de impedir de acolher e ouvir o sintoma do paciente em sua absoluta diferenciação.

Para essa autora a dialética entre o sintoma e a instituição pode ser resolvida através do equilíbrio ou da reassimilação do sintoma na instituição. Todavia, a autora indica que a solução apontada pela psicanálise não é dialética, mas sabendo que não é possível ao sujeito desembaraçar-se do sintoma, orienta que o sujeito aprenda a se posicionar frente a o seu sintoma, que é parte de sua particularidade.

Dominique Laurent (2007) interroga se a psicanálise pode interpretar os sintomas da própria instituição, e responde à pergunta formulada, tomando como referência Jacques-Alain Miller, na conferência de Turim, sobre uma Escola de Psicanálise pensada por Lacan como sujeito. Orienta que não é recomendado que a psicanálise interprete instituições que não sejam instituições analíticas. Esclarece, entretanto, que a psicanálise pode interpretar instituições, parcialmente, porque o sujeito instituição, no caso, é aquele convocado pelo discurso do mestre. Mas como não é possível interpretar o discurso do mestre sem deixar um resto, pode--se opor a ele ou subvertê-lo, utilizando-se da astúcia com ele, para preservar algo do desejo.

Essa autora sugere que o praticante da psicanálise pode endereçar-se à instituição, considerando sua singularidade em sua relação com o sintoma. Indica que o lugar do psicanalista nas instituições não existe no discurso do mestre moderno, representado pelo Estado, que não se interessa em saber o que esse significante encobre. Para o Estado importa dispor de uma categoria socioprofissional que se encarregue de ouvir o sofrimento humano. E, atualmente, os psicólogos, na maioria dos casos, são os responsáveis por essa tarefa, uma vez que, em geral, os médicos não se interessam nem têm tempo para se ocupar desse sofrimento.

De acordo com a concepção dessa autora, a psicanálise busca separar “o sujeito dos significantes-mestres que o coletivizam, isolar sua diferença absoluta, cingir a solidão subjetiva e o objeto mais de gozar” (LAURENT, 2007, p.48). Em oposição, o mestre tenta, por meio de uma psicoterapia contínua, isolar e reduzir o sujeito, identificando-o com aquilo que o impede de funcionar bem. Nesse sentido, o mestre responde aos disfuncionamentos das instituições através da lei, ou seja, a partir de um universal que serve para todos.

A autora, todavia, aponta que a perspectiva lacaniana da instituição analítica responde às instituições de aparelho do Estado, instituições mistas, e parcialmente interpretáveis. A lógica dessas instituições não obedece à lógica universal, mas, sim, à do não todo. Nesse sentido, a interpretação pode operar nessas instituições, tocando, um por um, daqueles que as compõem, afrouxando as “identificações mestres de cada sujeito” (LAURENT, 2007, p.48).

### **2.3.1 A torção necessária entre sintoma e instituição**

Com objetivo de compreender um pouco mais a relação entre sintoma e instituição serão apresentadas as contribuições de Éric Laurent (2007), no texto *Dois aspectos da torção entre sintoma e instituição*. Nesse texto ele afirma que é preciso considerar duas torções para que a instituição e a clínica caminhem juntas: uma da instituição ao sintoma, e outra do sintoma à instituição. Afirma que a instituição é uma condição do sintoma, esclarecendo que o termo instituição comporta uma duplicidade de sentido entre regra e comunidade de vida e, nesse percurso, o termo sintoma ocupa lugares distintos. Para o autor, no século XX, o termo instituição, em seu uso radical, denomina as “estruturas que mantêm um estado social” (LAURENT, 2007, p.238). Noutra vertente, instituição enquanto comunidade de vida, “designa especialmente a regra dada a uma instituição no momento de sua formação” (LAURENT, 2007, p.238).

O autor mencionado indica que o que sustenta as instituições “é o sistema de regras que cerca a comunidade de vida” (LAURENT, 2007, p.238), mas adverte que tudo o que sustenta as instituições humanas sempre apresentou dificuldades para movimentar-se.

Quanto à torção da instituição ao sintoma, Laurent (2007) refere que em primeiro plano está a instituição, enquanto o sintoma está em segundo, este resulta do funcionamento institucional. Nesse sentido, “a interpretação pode incidir sobre o sintoma *d’A* instituição em sentido radical, ou sobre os sintomas das instituições” (LAURENT, 2007, p.241).

No que tange ao segundo aspecto da torção, isto é, do sintoma à instituição, a partir do que Freud aborda em psicologia das massas<sup>4</sup>, uma instituição é mais que um conjunto de regras, “é uma comunidade de vida, somatório de indivíduos que puseram um único e mesmo objeto no lugar de seu ideal do eu, e, conseqüentemente, em seu eu, identificaram-se uns aos outros” (LAURENT, 2007, p.242). Neste sentido, pode-se compreender que a instituição ocupa o lugar de ideal do eu para os indivíduos que a integram.

Éric Laurent (2007) retoma Jacques-Alain Miller (2000), em *Teoria de Turim sobre o sujeito na Escola*, e indica que três conseqüências decorrem da interpretação, a saber: Em um grupo, o lugar do Ideal é um lugar de enunciação. Nesse lugar são concebidos dois diferentes modos de enunciação, isto é, um discurso pode originar-se do lugar do ideal, que consiste em enunciar interpretações. Nessa via, interpretar o grupo é dissolvê-lo e enviar cada um dos integrantes da comunidade à solidão de sua relação com o ideal. O primeiro discurso é massificador e fundamenta-se na sugestão. Contudo, nesse discurso sempre resta uma quantidade de sugestão, que não é eliminável. O segundo discurso é interpretativo e desmassificador, ou seja, é uma análise da sugestão do grupo.

Laurent (2007), apoiado em Miller (2000), orienta que a psicanálise visa provocar o sujeito para uma responsabilidade original, que o desvincula dos significantes mestres ligando-o à “sua responsabilidade para com o objeto *mais-de-gozar* que se sustenta do vazio liberado pelos significantes mestres, ao mesmo tempo em que o preenche” (LAURENT, 2007, p.247).

Ainda de acordo com Eric Laurent (2007), para ajudar os psicanalistas a lidar com as questões éticas, Lacan “acrescentou uma instituição ao mundo, ele inventou um novo sintoma, um novo espaço de discurso” (LAURENT, 2007, p.245). Freud nomeou de mal-estar na civilização ao que, posteriormente, Lacan denominou de sintoma. Nesse sentido, cabe ao psicanalista ser capaz de lidar com o sintoma da instituição na época em que o Outro não existe, isto é, o sujeito encontra seu mestre em seu gozo. No século XXI, o significante mestre domina,

---

<sup>4</sup> *Massenpsychologie*: tradução nossa

tentando fixar novamente, por meio da utopia utilitarista, o que é mais essencial nas identidades do sujeito.

## 2.4 Notas sobre o conceito de caso clínico

Desde o início dos anos 90, o método da construção do caso clínico vem sendo desenvolvido por pesquisadores psiquiatras, psicólogos e psicanalistas que trabalham em instituições públicas ou privadas de saúde mental na Europa e na América Latina. Dentre esses pesquisadores destacam-se as contribuições do psiquiatra e psicanalista italiano Carlo Viganò, que tem trabalhado para a sistematização do método e sua aplicação no trabalho em equipe multiprofissional. Os resultados das pesquisas desse autor são referência para as pesquisas e experiências brasileiras, conforme já mencionado na introdução deste capítulo.

Em seu texto *A construção do caso clínico em saúde mental*, Viganò (1999) afirma:

Caso vem do latim *cadere*, cair para baixo, ir para fora de uma regulação simbólica, encontro direto com o real, com aquilo que não é dizível, portanto impossível de ser suportado. A palavra clínica vem do grego *kline* e quer dizer leito, diante do corpo do paciente, com a presença do sujeito. É um ensino que não é teórico, mas que se dá a partir do particular; não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito (VIGANÓ, 1999, p.51).

Para o autor mencionado, construir o caso clínico implica trabalhar com o sujeito e/ou com a aposta de que ele possa advir em sua singularidade. Portanto, o caso clínico é conduzido pelo sujeito e inclui, além do significante, o objeto *a*. Na mesma direção, Figueiredo (2004), enfatiza:

A “construção do caso clínico” em psicanálise é o (re) arranjo dos elementos do discurso do sujeito que “caem”, se depositam com base em nossa inclinação para colhê-los, não ao pé do leito, mas ao pé da letra. Incluímos aí também as ações do sujeito, entendendo que são norteadas por uma determinada posição no discurso. [...] A fala (parole) tem a dimensão do enunciado (os ditos) e da enunciação (o dizer), que seria a posição no discurso. [...] O caso não é do sujeito, é uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso, que também permite inferir sua posição subjetiva, isto é, se fazemos uma torção do sujeito ao discurso, podemos retomar sua localização baseando-nos nesses indicadores colhidos, do dito ao dizer. Aqui temos um método aplicável a diferentes contextos clínicos. (FIGUEIREDO, 2004a, p.79).

Nesse sentido, a construção do caso como ferramenta própria ao método de pesquisa psicanalítico, que inclui a dimensão inconsciente presente num tratamento psicanalítico,

possibilita a emergência das experiências de vida do sujeito, em um trabalho que contempla sua singularidade e seu saber. Portanto, para a psicanálise de orientação lacaniana, na construção do caso entram em jogo a transferência e o desejo do analista. No que concerne ao desejo do analista, ele é um ato que questiona o saber do sujeito, permitindo a localização de sua posição subjetiva e suas produções.

Diferentemente da abordagem funcionalista-organicista que orienta a prática de alguns profissionais da psiquiatria, que separam diagnóstico de tratamento no que concerne ao método ou à dinâmica, para a psicanálise, a articulação diagnóstico e tratamento é fundamental, pois há uma relação estreita entre o sujeito e seu sintoma. Nessa concepção, que privilegia a articulação entre sujeito e sintoma, empreendem-se esforços para trazer à cena o sujeito e suas produções, pois este só se apresenta pela via do discurso, no qual podemos localizar seu sintoma ou seu delírio. (FIGUEIREDO, 2004b, p. 78).

De acordo com Bursztyn e Figueiredo (2012a, p.132), o método de construção do caso tem sido importante instrumento de trabalho e de pesquisa de orientação psicanalítica que visa uma conduta em equipe a partir da transmissão da lógica única e singular do sintoma em cada caso. Essas autoras, ao abordarem o sintoma como orientador da clínica em saúde mental, afirmam que o tratamento analítico do sintoma constitui-se em uma especificidade da prática analítica nas instituições. Nesse contexto de trabalho, o analista não se limita ao tratamento psíquico que acolhe a singularidade que cada sintoma desvela, mas se amplia ao incluir o sintoma como norteador da clínica. Desse modo, compreende-se que a clínica psicanalítica ao operar com o sintoma na prática institucional permite tratá-lo em sua dimensão singular, possibilitando a transmissão da particularidade de cada caso no trabalho em equipe.

## **2.5 Considerações sobre a construção do caso clínico na instituição**

Aline Mendes (2015), em seu livro *O efeito-equipe e a construção do caso clínico* esclarece que o termo construção é frequentemente usado em textos sobre a inserção da psicanálise nas instituições, todavia, raramente se observa uma reflexão mais rigorosa sobre a escolha e amplitude desse termo. A autora informa que fundamentará sua pesquisa na “noção de construção como orientação para o real” (MENDES, 2015, p.25), a partir da contribuição de Freud no texto *Construções em Análise* (1937/1975), uma vez que essa noção é recorrente na literatura psicanalítica, que aborda a articulação entre prática institucional e construção de casos. Na perspectiva adotada por essa a autora, o método da construção do caso pretende

trabalhar com o modo particular de racionalidade que surge nas práticas institucionais constituídas na união entre as políticas governamentais e o trabalho dos profissionais nesses espaços institucionais.

De acordo com Mendes (2015), a racionalidade das políticas públicas e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) têm orientado as práticas clínicas em instituições públicas. Com a pretensão de organizar concepções científicas do sofrimento mental privilegia os aspectos neurobiológicos, desconsiderando as esferas históricas, culturais, subjetivas e existenciais do sofrimento humano.

Esse ideal de universalização, todavia, se mostra frágil sempre que os clínicos se deparam com a singularidade dos pacientes, o que não é raro. Afinal, expressões subjetivas de um sujeito podem comprometer o funcionamento de arranjos, supostamente organizados, rompendo com a crença do andamento perfeito daquilo que se denomina equipe multiprofissional.

Mendes (2015), apoiada em Vorcaro (1999), sustenta que o saber clínico não se limita aos critérios formais da ciência. Afirma Mendes:

Esse saber clínico é uma prática discursiva regular que comporta um conjunto de elementos apenas organizados, de observações empíricas, de tentativas e de resultados, de prescrições terapêuticas e de regulamentações institucionais. Portanto, só o recolhimento de suas ocorrências perturbadoras discerníveis por seus detalhes podem constituir obstáculo à decisão interpretativa imediata dos clínicos que as testemunham, problematizando a estabilidade de conceitos já categorizados, para não fazer, da clínica, um dispositivo de obturação do desconhecido (MENDES, 2015, p.26).

A partir do exposto, pode-se compreender que, diferentemente dos critérios da ciência, que buscam a objetividade supostamente garantida por procedimentos, categorizações e resultados, a clínica questiona conceitos estabelecidos, suportando lidar com o inesperado e com o desconhecido inerente à condição humana.

A autora elucida que em oposição à hegemonia das categorizações, deve-se considerar a dialética singular/universal, uma vez que esta possibilita interrogar experiência e saberes, favorecendo o surgimento da singularidade do caso, que possibilitará a reelaboração do saber clínico. Lembra que a resistência que a clínica impõe à imediata compreensão do caso faz parte dos fundamentos da psicanálise, que não podem simplificados.

A história demonstra que, por muito tempo, os psicanalistas deram primazia à prática individual da qual originou a psicanálise. Mendes (2015) afirma, todavia, que suas pesquisas e

experiências lhe permitem apostar na força do método psicanalítico como forma de orientação de uma prática que sustenta a dialética singular/universal, privilegiando a escuta dos profissionais da clínica, no âmbito institucional.

Segundo a autora, a presença da psicanálise nas instituições tem sido uma prática exercida há mais de vinte anos, mas, nem por isso, tem sido tarefa fácil, porque, frequentemente surgem impasses no diálogo da psicanálise com os serviços de saúde mental. Assinala que, habitualmente, a presença do psicanalista se apoia no oferecimento de um novo saber. Como consequência disso, ele assume ou é colocado no lugar de mestria, dificultando a transmissão da psicanálise.

Essa autora, Aline Aguiar Mendes (2015) interroga se é possível transmitir a psicanálise de modo que ela tenha efeitos no sentido de a aceitação do saber/não saber e da implicação dos profissionais ao caso. Indaga, ainda, sobre como fazer com que o espaço institucional que, *a priori*, é um local que não privilegia as manifestações da singularidade, possa aceitar que o paciente responda ao serviço, de acordo com sua particularidade.

Em resposta aos próprios questionamentos, a autora menciona que seu objetivo não reside na psicanalização dos serviços de saúde mental, no entanto, sua proposta pretende considerar a psicanálise como um saber que propõe um método de construção do caso clínico com equipes. Essa construção pode gerar uma prática referida e com profissionais implicados, podendo advir efeitos de verdade que atinjam os pacientes atendidos.

Na concepção dessa autora, a construção do caso clínico é um método que acontece por meio de reunião com as equipes, permitindo aos técnicos manifestar suas ações na condução do caso, relatando as respostas incomuns oferecidas pelo sujeito. Para ela, “a construção do caso clínico desencadeia-se a partir do limite de resposta das equipes, produzindo um esvaziamento da potência suposta em um saber prévio, o que abre a possibilidade de um saber inédito, singular” (MENDES, 2015, p.28).

Dentro da proposta dessa autora, a reunião clínica é uma importante etapa da construção do caso clínico. Ela se fundamenta no princípio de que se pode aproximar do real que o caso apresenta, favorecendo uma construção e estimulando os técnicos a lembrar o que efetuaram em relação ao paciente, levando em conta a possibilidade de surgimento de elementos raros, incomuns. Nesse sentido, “são os traços do que a experiência deixou que se tenta recuperar, localizando e demarcando o que causa estranheza - elevando-a ao estatuto de algo recalcado. A própria equipe ensaiará completar o que foi esquecido, a partir dos traços presentes” (MENDES, 2015, p.28).

Por fim, a autora elucida que, nessa concepção, a equipe não se posiciona a partir de um lugar de saber, pois está orientada quanto a distinguir e a enfocar os impasses com os quais se depara, e quanto ao lugar em que eles ocultam o sujeito.

### **2.5.1 A construção do caso clínico e o trabalho em equipe no âmbito institucional**

A abordagem deste tópico terá como referência principal o texto *O efeito-equipe e a construção do caso clínico*, de Aline Aguiar Mendes (2015), publicação inédita. Tomará como referências Antonio de Ciaccia (2003), Alexandre Cruz (2007), Alfredo Zenoni (2000), Viganò (1999) e Mônica Lima (2005).

Mendes (2015) orienta que, na esfera institucional, a construção do caso clínico é uma diretriz importante para o trabalho em equipe, uma vez que pode explicitar sobre a relação do sujeito com seu Outro, permitindo a construção do diagnóstico de discurso, e não o diagnóstico do sujeito. Assim, a construção pode provocar um movimento do sujeito dentro do discurso.

Essa autora lembra que construir um caso clínico em saúde mental exige que o profissional esteja atento aos movimentos, palavras e repetições do paciente que possam informar sobre sua relação com a instituição. Para isso, é necessário assumir a posição de não saber, que permite acolher a palavra do paciente, essencial para orientar a condução do caso.

Mendes (2015) amparada em Viganò (1999) menciona que o trabalho de construção pode conduzir a equipe a uma tomada de decisão, que consiste em outra lógica do caso, que Viganò (1999) denomina de autoridade clínica. O surgimento dessa autoridade provoca uma torção subjetiva nos profissionais que acompanham o caso, fazendo com que este seja tratado como original. Nessa vertente, a condução do caso pautada na autoridade clínica pode ser verificada por meio nas mudanças de posição da equipe e nos resultados na condução do caso.

De acordo com a autora, os ensinamentos de Viganò (1999) fornecem noções importantes para orientar a construção do caso clínico, destacando “como a construção permite o encontro do operador com algo do real do paciente, ou seja, com o que está fora de toda regulação simbólica, que pode produzir um outro modo de trabalho distinto daquele pautado apenas pelas profissões” (MENDES, 2015, p.33). Nesse sentido, os profissionais operam a partir de um desejo, que move as intervenções.

Mendes (2015) apoiada nas proposições de Alfredo Zenoni (2012) problematiza a prática de supervisão nos serviços de saúde mental e esclarece que, no contexto institucional importa compreender como os fenômenos do caso, denominados singulares, podem se

constituir em paradigma de solução. Nessa concepção, esses fenômenos não devem ser entendidos como um déficit, mas, sim, “a partir de um impossível da estrutura, ao qual todos são confrontados: um real que é próprio do ser falante” (MENDES, 2015, p33).

Segundo a autora, o trabalho pautado nessa orientação faz com que cada praticante se defronte com o mesmo real, ou seja, cada profissional pode ser convocado a construir a forma de intervenção que considerar mais indicada. Todavia, essa intervenção não é definida pela categoria profissional nem por um saber apreendido, e sim pelo desejo que lhe faz apelo.

Por fim, Mendes (2015), seguindo os passos de Zenoni (2012), conclui que a construção do caso clínico, ao se deparar com o que aparecia como intratável, encontra com o saber que supõe uma transferência de trabalho. Nessa via, “não é enquanto analista que um operador intervém, mas enquanto analisante, na medida em que a elaboração desse saber se efetua em torno de um não saber central” (MENDES, 2015, p.35).

### **2.5.2 O caso clínico como norteador para a interlocução entre profissionais e para o trabalho em equipe.**

Neste item será abordada a importância do caso clínico como norteadora do trabalho em equipe e na “prática feita por muitos”.<sup>5</sup>

Antonio di Ciaccia (2003, p.34), em seu texto *A prática entre vários* indica que essa expressão é utilizada por Jacques-Alain Miller para especificar uma modalidade inédita na qual a clínica acontece entre vários em um contexto institucional preciso, levando em consideração o campo da linguagem. Ressalta a importância do trabalho feito por muitos como metodologia que possibilita enfrentar os impasses clínicos dos casos de difícil condução, permitindo coletar os efeitos diretos sobre o encaminhamento dos referidos casos e sobre as equipes de trabalho, sendo possível, ainda, verificar a articulação ou não entre os diversos pontos da rede.

Cruz (2007), em conformidade com a proposta de Antônio di Ciaccia, esclarece que Miller inventou essa expressão “prática entre vários” para designar uma modalidade de prática exercida em uma instituição em que todos os seus praticantes eram psicanalistas, em análise ou com análise concluída. Nos últimos anos, no entanto, essa expressão vem sendo usada de forma

---

<sup>5</sup> Esta expressão tem sido utilizada por alguns psicanalistas para designar a forma de sustentação do dispositivo analítico na instituição pública de saúde mental.

ampliada, ou seja, a equipe pode ter a psicanálise como referência, mas isto não quer dizer que todos os seus integrantes sejam psicanalistas.

A partir da consideração de que o caso clínico é um norteador para o trabalho em equipe e que a “prática entre vários” pode ser entendida como uma especificidade deste trabalho pode-se dizer que a construção do caso clínico é um modo de efetivar a “prática entre vários”, à medida que possibilita a interlocução entre os membros da equipe.

No que tange ao trabalho da equipe em instituição de saúde mental, Zenoni (2000) afirma que:

Uma prática feita por muitos tem por efeito, inicialmente, tratar os efeitos imaginários próprios do coletivo. Constituir uma comunidade de trabalho fundada na clínica não é simplesmente uma teoria da equipe, mas realiza condições propícias ao comportamento do sujeito que ela acolhe. É uma teoria da equipe, de como vão se colocar a trabalho, mas considera que há uma incidência sobre o tratamento, enquanto ela presentifica o Outro, cujo saber e o poder são esvaziados. Inscrever-se nessa prática feita por muitos pode ser para o analista uma ocasião mais eficaz de transmissão da operação freudiana na clínica do que se ele passar seu tempo reivindicando sua especialidade. O desejo do analista é também um dever em relação à própria psicanálise. É por isso que eu penso que a questão psicanálise e instituição é menos a questão da prática do analista, do que questão da transmissão da psicanálise (ZENONI, 2000, p. 24-25).

Dessa forma, a equipe que se orienta pelos princípios “da prática feita por muitos”, por um lado, favorece o sujeito que é acolhido por ela, porque não se apresenta como Outro detentor do saber e do poder. Por outro lado, possibilita ao analista a oportunidade de transmissão eficaz da clínica.

Alfredo Zenoni (2000) relaciona o trabalho feito por muitos trazendo as contribuições do segundo ensino de Lacan, no qual ele privilegia o campo do gozo nas psicoses, abordando os aspectos do retorno do gozo no corpo e no ato. Nessa concepção observam-se as invenções do sujeito que, modestas ou elaboradas, se constituem em tratamento do gozo. Essa orientação clínica “permite encontrar o sujeito psicótico no processo de seu autotratamento, apoiando-o sobre o que ele próprio inventa” (ZENONI, 2000, p.42). Isso significa colocar-se ao lado do paciente, acompanhando-o nas saídas que ele mesmo constrói a partir de seu saber sobre como tratar seu sofrimento, afastando-o dos riscos ou apoiando-o em suas invenções para o restabelecimento de seus laços sociais de acordo com suas possibilidades e recursos disponíveis. Vale lembrar que quanto mais recursos – sociais, jurídicos ou de tratamento - o

sujeito tiver à sua disposição, mais pontos de apoio terá para recorrer nos momentos de sofrimento ou embaraço, passíveis de ocorrer em sua trajetória.

Viganò (1999) ressalta que a construção do caso clínico é orientada pela clínica que mantém um vazio de saber, permitindo que o paciente faça suas próprias perguntas sobre o seu mal-estar. Para esse autor, construir o caso clínico é “colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos e recolher as passagens subjetivas que contam para que a equipe esteja pronta para escutar a sua palavra quando esta vier” (VIGANÒ, 1999, p.54). Dar lugar à subjetividade e ao seu deslocamento dentro do próprio discurso pode ser uma possibilidade para que o sujeito se manifeste, podendo dar tratamento ao seu conteúdo fantasístico, identificações imaginárias e mal-estar, construindo sua própria representação, implicando-se com ela.

Lima (2005) escreve que, há muito, a experiência da clínica deixou de ser prerrogativa da medicina e passou a ser adotada pela psicanálise, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Esses novos saberes introduziram na prática clínica novos olhares, invenções e possibilidades. Por isso, é importante refletir sobre a construção do caso clínico não no sentido estrito que ele tem para a psicanálise, mas delineando algumas diretrizes para sua construção em uma clínica onde dialogam diferentes disciplinas e saberes.

Para a psicanálise, diferentemente do método clínico adotado pela medicina, os sintomas não devem ser considerados apenas como significantes que nomeiam alterações anatômicas e fisiológicas de uma doença, mas como significantes que adquirem sentido apenas quando relacionados a outros significantes do caso. Sendo assim, não há uma relação unívoca entre o sintoma e a doença, deduzida como seu significado. Aqui, o sintoma é sinal de um sujeito e não sinal de uma alteração anatômica.

Os casos clínicos, de imediato, não apresentam uma lógica evidente, mas expressam um ponto enigmático, que pode dificultar o encaminhamento do caso. Entretanto, esse ponto enigmático, que provoca desconforto na equipe, também articula o grupo em torno do trabalho da clínica, implicando, comprometendo e favorecendo a interlocução entre os membros da equipe. Nesse sentido, compreende-se que a equipe não se constitui apenas pelo laço institucional nem se reduz ao agrupamento de profissionais que executam suas rotinas. A equipe, nesse contexto, se constitui através da construção do caso clínico, que envolve o trabalho de muitos.

Ainda de acordo com Lima (2005), a equipe que se orienta pelo trabalho realizado por vários leva em conta a questão que motiva o sujeito a buscar tratamento e sua demanda, bem

como o saber que o paciente tem sobre sua doença e as interpretações que elabora sobre seus sintomas, pois, esses são elementos que irão possibilitar a construção do saber sobre o caso.

A renúncia narcísica é outro ponto importante na construção do caso clínico em uma equipe interdisciplinar e diz respeito à posição de ignorância que deve ser assumida por cada membro da equipe. Isso significa abster-se da pretensão de saberes completos e onipotentes, o que pode provocar o giro contínuo dos discursos e a dissimetria dos saberes. Para tanto, é necessária a relativização do saber prévio, do saber constituído, dos títulos e dos diplomas, condições próprias à clínica e à pesquisa, que resultam no compartilhamento de responsabilidades sobre o caso e no apagamento do saber instituído com vistas a acolher e valorizar a singularidade do sujeito sofre. Isso permite o surgimento de invenções e inovações na condução do caso, tanto por parte dos profissionais quanto do paciente, o que faz diferença na direção do tratamento. (LIMA, 2005, p.1-5).

### 3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Esta dissertação tem como base a psicanálise e, mais especificamente, sua aplicação a fenômenos sociais. Assim, este primeiro tópico irá abordar a pesquisa em psicanálise e a psicanálise aplicada.

#### 3.1 A pesquisa em psicanálise<sup>6</sup>

Na introdução do livro *A psicanálise e a investigação na universidade*, os autores, Héctor Gallo e Mario Elkin Ramirez (2012, p.10) recomendam que em uma investigação psicanalítica o pesquisador deve conservar a pergunta sobre qual é a implicação do sujeito do inconsciente na investigação, uma vez que esse sujeito se distingue do sujeito da investigação qualitativa e do sujeito do conhecimento ao qual se acede por meio da experiência sensível. Os autores afirmam que “investigar psicanaliticamente é algo que sempre propicia incertezas, que nunca se consegue dominar completamente, mas com o que é possível dar conta de um percurso, com suas conquistas, dificuldades e pontos de escansão” (RAMIREZ; GALLO, 2012, p.11).

No livro mencionado, Ramirez e Gallo (2012, p.15), apoiados em Jacques-Alain Miller (2010)<sup>7</sup>, lembram que toda investigação psicanalítica comporta uma referência ao sujeito do inconsciente, e este se constitui sempre como exceção à regra, por mais que aquela chegue a compartilhar, com outros tipos de investigação, perguntas semelhantes em sua formulação, sempre haverá que proceder, como se sucede com o sintoma, que o sujeito inventa para responder ao que lhe causa mal-estar, marcando a singularidade que o torna único.

No que tange à investigação em psicanálise, Héctor Gallo (2012, p.77), em seu texto *Do método à investigação psicanalítica* elucida que, no campo da investigação, método significa caminho a percorrer para atingir um fim. Para ele, em rigor, método não remete a um modo de fazer, mas a um modo de proceder particular, irrepetível e impossível de avaliar, senão a partir do próprio sujeito. Assim entendido, o método se torna mais favorável à produção de algo novo, mesmo que seja pequeno. E, para manter a coerência com os princípios da psicanálise é necessário estimular o “desejo pelo novo, enquanto sabemos do gozo da repetição que significa: encontrar o mesmo, uma vez mais”, como afirma Miller (2010.p.120)<sup>8</sup>, citado por Gallo.

---

<sup>6</sup> Nota sobre a tradução - os textos de Héctor Gallo e Mario Elkin Ramirez, citados, e as citações literais deste tópico foram traduzidos pela autora desta dissertação.

<sup>7</sup> MILLER, Jacques-Alain. *Conferencias porteñas*, t.3, Paidós, Buenos Aires, 2010, p.119.

<sup>8</sup> MILLER, Jacques-Alain. *Conferencias porteñas*, t.3, Paidós, Buenos Aires, 2010, p.120.

Com relação à busca do novo *versus* repetição, Gallo (2012, p.78) enfatiza que tanto na investigação com a psicanálise quanto na clínica psicanalítica é indicado que se deve partir do sujeito que assume a posição de não saber, o que abre caminho para a investigação psicanalítica. Com base em Miller (2010), em *Conferências Portenhas*, o autor afirma que “não podemos sustentar nenhum ensinamento somente com a repetição. Há que se ter em conta outra vertente, que é a investigação [...] que significa busca, espera do novo” (GALLO, 2012, p.78). Menciona que, em uma investigação cuja teoria e metodologia se orientam pela psicanálise, é importante manter uma dialética “entre a vertente do acumulado – estado da questão – e ao do novo - desenvolvimento do trabalho” (GALLO, 2012, p.79-80).

Segundo esse autor, o estado de questão permite evidenciar o problema a ser investigado, já que este surge a partir do que um mesmo, ou outro, já investigou. Além disso, o estado da questão é uma via régia para se ter acesso ao conhecimento já acumulado; é um trabalho documental que permite reconhecer sistematicamente o conhecimento acumulado sobre o tema central da investigação. O estado da questão possibilita, ainda, uma avaliação do conhecimento acumulado, para estabelecer uma projeção sobre como o trabalho será desenvolvido, conforme indica Galeano (2007, p.141).<sup>9</sup>

Gallo afirma que na investigação com a psicanálise, a “ignorância seria o suporte de um querer saber, da disposição a entregar-se a uma indagação que reforme a maneira de pensar, que implique um esforço de formalização e de reformulação permanente do já sabido” (GALLO, 2012, p.81). Nota-se que nesse tipo de investigação, a ênfase está nas perguntas, e não na repetição ou na oferta de respostas, ou seja, o saber está por formar-se. E, ainda, o investigador pode duvidar ou desconsiderar ideias preconcebidas, supondo um saber ao outro.

Ainda de acordo com Héctor Gallo (2012, p. 87), o objeto que está em jogo na investigação psicanalítica é o sujeito que fala, por isso, deve-se buscar a precisão no terreno da linguagem e ordenar o campo dos fenômenos, a partir da hipótese de que o inconsciente está estruturado como linguagem. Gallo (2012, p. 91), precisa que na investigação psicanalítica, o discurso tem valor de dado, e a noção de realidade com a qual se trabalha inclui a realidade psíquica. Assim, o que mais importa não são os fatos, mas o que o sujeito consegue nomear desses fatos, sejam reais ou fantasiados, e a formalização rigorosa da pergunta.

No sentido proposto por esse autor, a prioridade “não está no geral e repetível, no estudo do típico, mas no excepcional, dos detalhes marginais e irrelevantes, o avaliado como irrepitível

---

<sup>9</sup> GALEANO, María Eumelia. *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada*, La Carreta Editores, Colección Ariadna, Medellín, 2007, p.141.

e menos ligado ao típico” (GALLO, 2012, p. 94). Nessa via, para o método psicanalítico, os indícios mais reveladores são aqueles que habitualmente são deixados em plano secundário por apontar uma falha no saber já sabido, uma vez que este saber ainda não foi definido nem descrito, mas, para esse método, este saber se constitui em abertura para o possível surgimento de uma verdade que, até esse momento, esse mesmo saber vinha obturando.

Gallo (2012, p.96-97) lembra que na psicanálise aplicada a problemas externos à clínica, os princípios são seus conceitos fundamentais – inconsciente, pulsão, transferência e repetição. Assim, é imprescindível que o investigador assimile e aplique esses princípios, de modo rigoroso e preciso, levando em conta a pergunta, para garantir que o construído continue sendo psicanálise.

No texto *Método, surpresa, subjetividade, verdade e saber*, Héctor Gallo (2012), esclarece que a investigação com a psicanálise importa por “estabelecer índices da subjetividade – índices do inconsciente, que não são equivalentes ao oculto e latente, mas ao lugar de onde, em rigor, se tenta ler o que faz marca significativa” (GALLO, 2012, p.114). Esse autor, apoiado em Miller (2005)<sup>10</sup>, orienta que o essencial, a partir do ponto de vista metodológico, não é revelar o não dito, ou o que escapa à consciência, mas “localizar o dizer do sujeito, ou seja, [...] a enunciação, que significa a posição que aquele enuncia toma com relação ao enunciado” (GALLO, 2012, p.114).

No item seguinte, tentar-se-á precisar em que consiste a aplicação da psicanálise à investigação de fenômenos sociais, uma vez que esta pesquisa usa irá se valer dessa abordagem.

### **3.1.1 Psicanálise aplicada à investigação de fenômenos sociais**

Apesar de psicanálise aplicada integrar a obra de Freud desde suas primeiras investigações, no Brasil e em alguns países da Europa e da América Latina, ela tem se tornado cada vez mais visível, a partir dos primeiros anos da década de 2000, devido ao crescente número de pesquisas e publicações, assim como da ampliação do campo de atuação para psicanalistas, psicólogos, psiquiatras, trabalhadores sociais, trabalhadores da saúde mental e outros que estão implicados com a clínica e com o real do mal estar de nossa civilização. Esses profissionais, em sua prática clínica, explicitam a aplicação que fazem da psicanálise à luz da psicanálise pura, independente de essa psicanálise aplicada se situar no consultório, na instituição e até fora desse enquadre.

---

<sup>10</sup> MILLER, Jacques-Alain. *Introducción al método psicoanalítico*, Paidós, Buenos Aires, 2005, p. 39.

Essa realidade vai ao encontro das afirmações de Matet e Miller (2007), na apresentação do livro *Pertinências da Psicanálise Aplicada*, na qual comentam a aplicação da psicanálise nos mais diversos contextos, mas, principalmente naqueles rejeitam o comportamento considerado desviante ou anormal.

Para os autores mencionados, responder a uma demanda de natureza institucional assume especial importância, pois, na situação institucional o analista geralmente não é convocado a atuar como tal, e sua ação resulta da psicanálise aplicada por meio de seu modo de intervenção e pelos efeitos produzidos.

A partir da relevância assumida pela psicanálise aplicada, a seguir, circunscrever-se-á em que consiste essa prática, a partir de Freud, Mario Elkin Ramirez e Christian Dunker.

Mario Elkin Ramirez (2007, p.11-12), no texto *A psicanálise aplicada ao social* esclarece que sua abordagem não aponta para a sociologia do fenômeno, mas para a subjetividade implicada no mesmo. Para esse autor, o método da psicanálise aplicada consiste na confrontação dos indícios dessa subjetividade extraídos de testemunhas de atores sociais implicados com uma hipótese explicativa da psicanálise denominada de análise dos indícios. Dessa análise inferimos a emergência da particularidade do caso ou do fenômeno analisado. A eficácia desse método incide sobre a análise e interpretação dos enunciados nos testemunhos. A psicanálise aplicada ao social funciona do mesmo modo, quando se aplica seus princípios, à análise de interpretação de enunciados tomados de um texto ou sobre testemunhos gravados pelo psicanalista. Em ambos os casos trabalha-se com a materialidade significativa.

Para Ramirez (2007, p.13-14), desde o começo, a psicanálise aplicada, despertou uma preocupação, sem fundamento, por se tratar de uma prática distinta do exercício da clínica individual. O autor, todavia, demonstra que Freud apresentou a coleção de textos de psicanálise aplicada na Sociedade Psicanalítica de Viena, na sessão de 17 de outubro de 1906. As obras dessa coleção se tornaram exemplos da aplicação dos conhecimentos psicanalíticos a questões de arte, literatura, história das civilizações e das religiões. Posteriormente, Freud criou a revista *Imago*, na qual publicou as primeiras versões sobre *Totem e Tabu* (1913), marcando uma primeira orientação para a psicanálise aplicada ao social.

Nessa direção, Ramirez (2007.p.18) demonstra que a eficácia da psicanálise aplicada ao âmbito coletivo pode ser observada no atendimento aos enfermos de neurose de guerra na Primeira Guerra Mundial, nos trabalhos de George Simmel e Max Eitigong, no Instituto de Berlim, onde atenderam muitas pessoas. Destaca, ainda, os trabalhos das psicanalistas Anna Freud e de Dorothy Burlingham, na Segunda Guerra Mundial, atendendo crianças nos refúgios,

durante os bombardeios de Londres; e também o trabalho de Bruno Bettelheim com os sobreviventes do holocausto.

O autor mencionado assinala que a psicanálise, aplicada à terapêutica e no marco das urgências sociais, também se fez presente por meio dos psicanalistas nos serviços de emergências para tratar os traumatizados pelos atentados de 11 de setembro de 2001, em Nova Iorque, e em 11 de março de 2004, em Madri. Está presente também nos Centros de Atenção de Urgências Subjetivas em grandes cidades, influenciadas pela Associação Mundial de Psicanálise, onde se recebem muitas pessoas que, em outras circunstâncias, não poderiam ser atendidas por um psicanalista.

Esse autor salienta que o breve histórico relatado serve para mostrar que a psicanálise aplicada ao social “não é uma psicanálise de segunda classe, diferente de uma psicanálise pura, praticada na clínica individual e pautada em regras *standards*” (RAMIREZ, 2007, p. 19). A psicanálise é aplicada quando recai na terapêutica e, mesmo quando seus princípios são utilizados em um novo âmbito, continua sendo psicanálise.

Observando que Freud incluiu a psicanálise aplicada desde o início de suas investigações, Mario Elkin Ramirez (2012, p.130), no texto *O método clínico de Freud aplicado à investigação de fenômenos sociais*, lembra que Freud ao formalizar seus casos clínicos inclui a elaboração teórica, assim como a formalização do que escutava de seus pacientes no consultório. Nesse sentido, nota-se que as teorias freudianas provêm desse lugar onde os enunciados do paciente se põem a trabalhar. Nesse espaço, a aparente passividade do psicanalista se põe em ação, por meio da formalização dos casos.

Vale assinalar que a leitura atenta das obras de Freud permite compreender que os procedimentos dele consistiam na transcrição das sessões logo após o término das mesmas. Em sucessivas leituras do material anotado, Freud começava a pensar, fazendo sublinhados, anotações ou acréscimos às margens dos parágrafos, tal como procedia um filólogo ao acrescentar apontamentos a um documento antigo. A reelaboração desse material, que inclui as notas de pé de páginas e os pontos de vista críticos de suas próprias observações prévias, deu lugar ao que hoje se conhece como psicanálise. É nesse sentido, que se diz que a psicanálise é uma prática da letra, “significa que se trata de ler o relato do paciente com o valor de transferência textual indicada” (RAMIREZ, 2012, p.130).

Ramirez (2012, p.131) elucida que a aplicação da psicanálise aos fenômenos sociais, na prática, parte dos princípios da psicanálise, mas também de seu método. Lembra que Freud distingue dois momentos do trabalho analítico:

Um de escuta do analisante, para a qual se teorizou uma técnica e uma ética – a instalação da transferência, o uso da interpretação, a atenção flutuante e a suspensão dos prejuízos do analista -; e outro momento de escrita e elaboração, no qual já não se trata de escutar, mas de ler e pensar, para finalmente, produzir o material que se pode publicar (RAMIREZ, 2012, p.131).

Tal como exposto entende-se que, desde os primórdios de suas investigações, Freud levou em conta a psicanálise aplicada. Esta preserva os princípios e o método da psicanálise e mesmo utilizada em novo contexto continua sendo psicanálise.

Na perspectiva de Ramirez (2012, p.145), na investigação com a psicanálise aplicada ao social, supõe-se que a causa está escondida, é desconhecida, mas pode surgir dos ditos dos entrevistados, dos discursos sobre o fenômeno, chamadas de categorias emergentes, “as quais aparecem discretas, como noções, ocorrências, ideias loucas sobre o assunto, e que logo se repetem em outros entrevistados até que satura o material” (RAMIREZ, 2012, p.145). O autor esclarece que se denominam emergentes, porque as ideias que se buscam não são consideradas nas categorias *a priori*, nem nos conceitos do marco teórico. Miller (2006)<sup>11</sup>, citado por Ramirez, afirma que:

O sujeito-suposto-saber [na análise] é somente a outra face do não saber do sujeito em análise. O sujeito-suposto-saber surge da palavra mesma. Que expressa esse não saber do sujeito senão o que Freud chamou de repressão? Freud chamou repressão a um não saber do sujeito localizado em pontos decisivos, determinantes, de suas vivências. O que é apresentado como a noção da causa escondida é a noção mesma de repressão (RAMIREZ, 2012, p.145-146).

Em consonância com o exposto, compreende-se que o sujeito-suposto-saber surge do discurso do sujeito, que dá lugar ao um saber reprimido, ou seja, o sujeito diz não saber, todavia, “ele sabe, sem saber que sabe. Por isso, o inconsciente se trata de um saber reprimido, exatamente um saber que se apresenta como não saber”, como diz Miller (2006, p.192).<sup>12</sup>

Finalmente, Ramirez (2012) indica que na investigação com a psicanálise, “parte-se da suposição de que há um saber no real do fenômeno que estudamos, e este saber pode-se revelar no instante em que se está disposto a encontrá-lo” (RAMIREZ, 2012, p. 147).

Ainda com relação à psicanálise aplicada, Christian Dunker (2013), em seu texto *Sobre a relação entre teoria e clínica em psicanálise*, orienta que um método para construção de

<sup>11</sup> MILLER, Jacques-Alain. *Como se inventan nuevos conceptos em psicoanálisis?* En: *Introducción a la clínica lacaniana*, ELP – RBA, Barcelona, 2006, p.94.

<sup>12</sup> MILLER, Jacques-Alain. *Como se inventan nuevos conceptos em psicoanálisis?* En: *Introducción a la clínica lacaniana*, ELP – RBA, Barcelona, 2006, p. 192.

evidências clínicas deveria conter, em síntese, aquilo que se espera de um discurso analisante, que pode ser identificado pelas seguintes características: a primeira é a recordação, que é um discurso que se orienta pela história e contingências implicadas na recordação. A implicação, segunda característica, consiste em um discurso que se possa interrogar eticamente sobre as formações de estranhamento com as quais se depara. A terceira característica é a transferência, ou seja, é um discurso que se articule a uma suposição de saber, que aponte para o propósito de diálogo.

Esse autor, Dunker (2013), assinala que essas características da psicanálise aplicada, e do discurso analisante que a ela se liga, fazem da psicanálise um método de invenção e descobertas. Segundo o autor, a colocação do pesquisador na posição de analisante pode ajudar a compreender a dubiedade presente na própria definição que Freud fez da psicanálise em *Dois Artigos de Enciclopédia – Psicanálise e Teoria da Libido* (1923), em que a psicanálise é definida como método e como disciplina científica. O autor esclarece que no próprio Freud “se encontra lugar para um discurso que não é nem o do psicanalista nem o do teórico interessado na disciplina científica” (DUNKER, 2013, p.72).

O autor demonstra que, na obra de Freud, em vários textos, pode-se localizar a presença desse método, dentre eles: *Psicopatologia da Vida Cotidiana* (1901), o livro sobre *Os chistes* (1905), *Gradiva de Jensen* (1907), o livro dos casos históricos como *Leonardo da Vinci* (1910) e *Moisés* (1939). Nesses textos, pode-se notar a presença da associação livre na base da elaboração dos conceitos. Dunker menciona que o exemplo mais notório dessa prática é a própria *Interpretação dos Sonhos* (1900), obra na qual os sonhos essenciais são de Freud. Isso demonstra que primeiro Freud se dedicou à posição de analisante, para depois ocupar a posição de analista.

No texto mencionado, Christian Dunker (2013) pergunta: se uma evidência psicanalítica se constrói sobre um discurso analisante, a simples presença de um discurso analisante não garantiria a relevância de uma evidência clínica? Ele mesmo responde que no discurso analisante é preciso encontrar alguma força de generalização para situação, caso ou acontecimento. Logo, será necessário considerar uma dimensão descritiva no discurso em questão, ou seja, a presença de enunciados e não apenas de enunciação. Afirma Dunker:

Pelo procedimento em questão fixa-se um conjunto de enunciados (biografia de Schreber, uma amostra de relatos de sonho, etc.) e se introduz nesses enunciados uma enunciação posterior, a do analisante. Dessa maneira, coabitam no resultado final a universalidade (e atemporalidade) dos enunciados e a particularidade (e temporalidade) das enunciações. Obtém-se, portanto, um discurso compatível com a hipótese do inconsciente e da sua

correlativa divisão subjetiva. Um discurso demasiadamente autorizado tenderia a corromper os enunciados fazendo-os confessar apenas e tão somente o que a enunciação a eles prescreve – seria excessivamente retrospectivo. Um discurso desinvestido de enunciação recairia na intercitação universitária, enquanto tal, mais ligada ao domínio das conexões do que ao da psicanálise aplicada (DUNKER, 2013, p.73).

## **3.2 Coleta de dados**

Tal como já mencionado no referencial teórico, esta pesquisa tem como referência a psicanálise e utilizará como método a investigação qualitativa. O material dessa dissertação foi obtido por meio de entrevistas investigativas, semiestruturadas.

Segundo Ramirez (2012), no estudo de fenômenos sociais como a psicanálise, as entrevistas investigativas assumem lugar privilegiado. Na análise clínica destas, busca-se o sintoma e os significantes que o sujeito usa para descrever seu sofrimento. No que hoje se denomina de investigação qualitativa, as categorias emergentes equivalem aos sublinhados, anotações ou acréscimos que Freud fazia nos manuscritos, após sucessivas leituras dos mesmos, para chamar a atenção do leitor. Desse modo, compreende-se que a elaboração do material é formalizada a partir da análise da escrita dos ditos dos entrevistados.

### **3.2.1 Cenário do estudo**

A pesquisa foi desenvolvida com a equipe interdisciplinar que integra o CAPS II, popularmente conhecido como CASAM, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, de Coronel Fabriciano, MG. Essa instituição foi escolhida, porque, em trabalho de campo, como psicóloga do PAI-PJ, observou-se que, na região, o CASAM realizava tratamento do maior número de pacientes judiciários, conhecidos como loucos infratores, egressos de presídios ou de manicômios, onde cumpriam medida de segurança de internação. Além disso, o CASAM apresenta uma experiência exitosa no tratamento desses pacientes, isto é, dos loucos infratores. Entre os principais indicadores do êxito no CASAM, com relação aos loucos infratores, destacam-se: a não reincidência na prática de crimes, a integração ao convívio social, sua circulação dos pela cidade, adesão ao tratamento e estabilidade clínica.

### **3.2.2 Sujeitos da pesquisa e entrevistas**

Quanto aos sujeitos da pesquisa, foram entrevistados 06 (seis) profissionais do CAPS II, de Coronel Fabriciano, a saber:

1. ex-coordenadora e atual coordenadora do CASAM. O motivo da escolha da ex-coordenadora deve-se ao fato de ter sido ela quem estruturou e coordenou o serviço por quatorze anos.
2. uma psiquiatra que atende o maior número dos pacientes do PAI-PJ;
3. duas psicólogas que atendem os pacientes do PAI-PJ e que são técnicas de referência deles;
4. uma assistente social que faz o acompanhamento familiar destes pacientes.

Antes das entrevistas, a equipe do CAPS II e seus superiores foram contatados e receberam cópia do projeto para maiores esclarecimentos. O modelo de “Autorização da Instituição”, assinado pelo Secretário de Saúde de Coronel Fabriciano, MG, Rubens de Almeida Castro, responsável pelo CAPS II, e o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) dos profissionais encontram-se nos Anexos deste trabalho.

As entrevistas foram realizadas no CAPS II, em salas adequadas e que garantiram sigilo, com duração média de 01 (uma) hora para cada entrevistado. Simultaneamente foram gravadas e, posteriormente, foram transcritas. Este procedimento permite reconstruir a entrevista logo depois de realizada.

Vale informar que se garantiu tempo para livre expressão das entrevistadas e para que elas abordassem temas que não necessariamente integravam o roteiro pré-estabelecido. O material permanecerá arquivado com a pesquisadora por cinco anos. As perguntas que orientaram as entrevistas estão relacionadas no Apêndice.

No que tange ao uso das entrevistas, Quaresma da Silva (2013) assinala que a pesquisa psicanalítica ao levar em conta o inconsciente humano “propõe não a busca de uma verdade absoluta, mas a investigação de verdades contextuais, relativas e individualizadas”. (QUARESMA DA SILVA, 2013, p.38). Nesse sentido, de acordo com a autora mencionada, a entrevista na pesquisa psicanalítica é considerada como uma técnica produtora de subjetividades. Assim, o investigador e analista devem considerar os aspectos polifônicos da entrevista, ou seja, incluir na análise a pluralidade discursiva que atravessa a narrativa dos (as) entrevistados (as), atentando para o fato de que a presença de quem investiga é parte dessa pluralidade discursiva, isto é, há interferência, mesmo que insignificante e não intencional. Além disso, é importante compreender, durante a entrevista e na análise, que o sujeito é

transpassado por uma série de discursos, ditos e não ditos. (QUARESMA DA SILVA, 2013, p.39).

Ainda com relação às entrevistas, Gaspard e outros (2010) afirmam que a entrevista clínica de pesquisa semidirigida apresenta duas vertentes: por um lado, sensibiliza o sujeito em sua relação com o saber (discurso da ciência), ou seja, o sujeito será confrontado à demanda do investigador e, por outro, se depara com a interrogação sobre o que é o seu desejo. Em razão disso, é importante dedicar especial atenção quanto à estrutura da situação na qual se inscreve o processo de enunciação, uma vez que esta estrutura discursiva pode revelar não somente os enunciados, mas também pode condensar, no eixo da enunciação, “os tempos lógicos do processo subjetivo, definidos por Lacan como o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir” (GASPARD et al., 2010, p. 369-370).

Os autores mencionados assinalam que a entrevista semidirigida favorece a abertura para o processo de enunciação, que permite “apreender a entrada em cena do sujeito do inconsciente, um sujeito constitutivamente separado do seu ser - divisão tanto constitutiva quanto revelada pelo jogo dos significantes” (GASPARD et al., 2010, p.371).

### 3.2.3 Análise dos dados

O tratamento clínico dos dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas será feita com base na análise das categorias emergentes, conforme esclarecimento de Ramirez (2012):

Essa categoria emergente do relato dá lugar, não somente na entrevista mencionada, mas curiosamente em muitas outras, ao que se chama em investigação qualitativa até um ponto de saturação, um instrumento de verificação que consiste em estabelecer uma variável fixa apesar da mudança do tamanho da amostra: por mais entrevistas que se adicionam sempre se chega ao mesmo ponto. Do mesmo modo, quando em uma passagem da entrevista o sujeito traz uma recordação, diz uma fantasia, isso é também objeto de nossa análise, e se discute, em confrontação com as outras entrevistas, se isto corresponde a um conteúdo suscetível de uma generalização para o fenômeno social ou se adere à singularidade do caso (RAMIREZ, 2012, p.139).

Esse autor expõe que a técnica descrita se aproxima das técnicas investigativas das ciências humanas, porque, ambas, levam em conta a prática da letra que concerne aos significantes. Salienta, todavia, que “há um *plus* quando se trata de levar os princípios da psicanálise à investigação dos fenômenos sociais, já que a psicanálise aponta também aos signos do gozo” (RAMIREZ, 2012, p. 141). Aqui, o termo signo do gozo pode ser entendido como um prazer ignorado pelo próprio sujeito.

## **4. DO UNIVERSAL DA SAÚDE PÚBLICA À SINGULARIDADE DA PRÁTICA CLÍNICA DO CASAM**

Neste capítulo, primeiro, explicitar-se-á em que consiste tomar o CASAM como caso clínico. Em seguida, serão mencionadas algumas das principais transformações na saúde mental brasileira, ocorridas após a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Depois, será apresentada a realidade da saúde mental em Coronel Fabriciano, MG, cidade onde se localiza o CAPS II, popularmente conhecido como CASAM, que é objeto desta pesquisa. Também serão abordadas as particularidades da prática clínica do CASAM, apresentando a experiência de êxito dessa instituição e interrogando o que há de sintomático na discursividade sobre o êxito.

### **4.1 CASAM: o caso clínico**

Importante precisar que tomar o CASAM como caso clínico significa que o pesquisador irá intervir não como analista, mas sim analisante, na medida em que assumirá a posição de não saber, que abrirá caminhos para a investigação psicanalítica.

Acerca disso, tomar-se-á orientação de Allouch (1995), citado por Vorcaro (2010), em que ele afirma:

O caso provoca uma transmissão feita do exercício subjetivo que o ato de relatar o caso faz valer: o método é o relato do caso, mantido singular, porque fundado na literalidade do que o caso mostra como sintoma e como narrativa dos invólucros do sintoma. (VORCARO, 2010, p. 13).

Vorcaro (2010, p.14) elucida que as interrogações que o caso provoca sobre o método analítico e as interrogações que o método produz sobre o caso são formas de abordagem de um real da clínica, que propicia o surgimento de outras problematizações. Um ponto de problematização consiste em se interrogar se a preservação da literalidade do sintoma e da narrativa permite ressignificar a abordagem do caso. Importante questionar se a narrativa descola-se dos sintomas ou compõe-se como invólucro dele (sintoma).

De acordo com Vorcaro (2010, p.16), o caso clínico permite recolher duas funções valiosas para psicanálise: a função da literalidade do escrito, e a função de exponenciar o saber adquirido com os ensinamentos do caso, permitindo que o caso problematize a carga imaginária presente na generalização teórica da doutrina psicanalítica.

Quanto à função da literalidade é necessário considerar que somente na literalidade da narrativa escrita do caso pode-se reconhecer e distinguir o que há de singular na clínica. Nesse

sentido, Vorcaro (2010, p.17) orienta que o “o real ou o singular da clínica, que o clínico desconhece, só pode ser abordado depois de ter sido transposto para outro sistema de registro – a escrita – antes de tornar-se legível”.

Essa autora esclarece que recuperar a operação de apagar e de pôr em evidência trilhamentos do caso no registro escrito deste “é descompor séries imaginárias que bordejam e encobrem o real, a letra ou o singular do caso” (VORCARO, 2010, p.17). Isso significa que privar as séries de sua condição imaginária implica em reduzi-las por meio de operações simbólicas, diferenciando séries relacionadas que reencontram a repetição. Nessa via, entende-se, portanto, que só o encadeamento significativo permite ler a singularidade do caso, naquilo que foi escrito.

Ainda segundo Vorcaro (2010, p.21), para que a singularidade do caso possa ser acolhida, é necessário interrogar a experiência e deslocar questões, localizando o detalhe do caso, que permitirá a reelaboração do saber clínico.

Em conformidade com a orientação proposta, pode-se observar que, no CASAM, a narrativa constitui-se em um modo de manter o envoltório do sintoma, isto é, vários significantes encobrem o sintoma, por meio do qual, o CASAM nomeia sua prática: o êxito. Este significante parece ser o detalhe do caso, que permite interrogar sua singularidade, ou seja, o que o êxito encobre. Ou ainda, a serviço de quê está o êxito?

### **4.3 A realidade da saúde mental em Coronel Fabriciano**

Para contextualizar o local de atuação do CAPS II, popularmente conhecido como CASAM – Centro de Atenção à Saúde Mental, em Coronel Fabriciano, constam nos estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que, em 2013, apontaram que a cidade de Coronel Fabriciano, situada na região Leste de Minas Gerais, teve população estimada em 108 302 habitantes e tem sua economia baseada no comércio e na prestação de serviços, apesar de ser município integrante do Vale do Aço.

No texto *Rede Preceptora*, Torres (2013) esclarece que desde 1994 o município passou a seguir as diretrizes nacionais para Atenção em Saúde Mental, orientando-se pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Em 1995 inaugurou-se o Centro de Atenção à Saúde Mental de Coronel Fabriciano (CASAM), composto por uma equipe interdisciplinar, que servia como referência assistencial para a microrregião para qual o município é polo. Paulatinamente, a equipe se especializou e, de acordo com as orientações e políticas do

Ministério da Saúde, o CASAM foi cadastrado como Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) e, em 2003, passou a funcionar como Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II). Atualmente, a equipe do CASAM, de Coronel Fabriciano, é composta por: 01 (uma) coordenadora, 03 (três) psiquiatras, 03 (três) psicólogas, 01 (uma) terapeuta ocupacional, 01 (uma) assistente social, 01 (uma) enfermeira, 03 (três) técnicas de enfermagem, 02 (duas) técnicas em oficinas de artesanato, 02 (duas) recepcionistas, 02 (dois) vigilantes, 02 (dois) auxiliares de serviços gerais.

Em consonância com as diretrizes já mencionadas, o CASAM orienta seu trabalho por meio de: reuniões de equipe para discussão de casos clínicos, investimento maciço no dispositivo da Permanência Dia, construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), investimento contínuo para a efetivação de um trabalho interdisciplinar, desenvolvimento da estratégia de Matriciamento Intersetorial em Álcool e Drogas e Saúde Mental, que abrange todas as equipes de Estratégia de Saúde da Família, aproximação efetiva do CASAM com os CRAS, CREAS, Projetos de Qualificação Profissional da Secretaria Municipal de Assistência Social, Conselhos Municipais (de saúde, de assistência social, de políticas públicas sobre drogas, da pessoa com deficiência), aproximação frequente com os familiares dos usuários do serviço e aproximação com os espaços culturais da cidade, uma vez que o município não dispõe de um Centro de Convivência.

Tal como mencionado, o CASAM mantém interlocução com os demais pontos da rede de saúde, visando diagnóstico e tratamento de casos de saúde mental e de álcool e drogas. Ressalta-se que, semanalmente, dois psiquiatras do CASAM e a coordenadora do Núcleo Técnico Intersetorial em Álcool e Drogas realizam discussões de casos junto a 23 (vinte e três) Equipes de Saúde da Família e, também, junto ao Núcleo da Criança e do Adolescente, visando à implantação de uma política intersetorial de álcool e drogas.

Para esclarecimento, como resultado das ações do município, na atenção à saúde, em 26 de novembro de 2013 o município recebeu o Prêmio Mineiro de Práticas Exitosas na Atenção Primária à Saúde, Edição 2013, pelo trabalho *Fórum Intersetorial de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente*.

Em 2014 o CASAM participou, como Rede Preceptora, do Projeto Percursos Formativos na RAPS, do Ministério da Saúde. Por um ano, a equipe do CASAM compartilhou experiências com 100 (cem) profissionais, oriundos de 05 (cinco) municípios do Brasil, a saber: Vera Cruz e Encantado, ambos no (RS), Pio IX (PI), Pouso Alegre (MG) e Miguel Calmon (BA).

Também em 2014 estabeleceu-se uma parceria entre o CASAM e o Hospital Estadual São Camilo, para que esta instituição interne, por até 72 horas, pacientes do CASAM durante a crise, evitando que os mesmos sejam encaminhados para Belo Horizonte. Como resultado dessa parceria, desde então, o CASAM encaminhou menos de um paciente ao mês, para internação de crise, em Belo Horizonte.

De acordo com Torres (2013), a rede de saúde de saúde de Coronel Fabriciano tem crescido, mas apesar de a saúde mental fazer parte das redes prioritárias do SUS e ter recebido atenção e financiamento diferenciados, nos últimos anos, a estruturação de serviços em Coronel Fabriciano não ocorreu como planejado. Assim, nos últimos dois anos, foram implantados: 07 (sete) Equipes de Saúde da Família (ESF) e 02 (dois) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFS). Embora fizessem parte do planejamento, não foram instalados 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial a Álcool e Drogas (CAPS AD II); 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi).

Por um lado, as experiências mencionadas indicam o crescimento da rede de saúde, no que tange à ampliação e implantação das políticas públicas, concretizando os objetivos institucionais. Por outro, faz com que a própria equipe do CASAM avalie o próprio trabalho como exitoso, uma vez que muitas conquistas e soluções no âmbito do trabalho dependem mais do envolvimento e da invenção da equipe que de recursos financeiros, humanos e materiais.

A seguir serão analisadas algumas particularidades, por parte da equipe, que permitem caracterizar o trabalho e a prática clínica do CASAM como uma prática exitosa. Também se buscará interrogar sobre o que há de sintomático na discursividade sobre êxito.

#### **4.4 A prática clínica do CASAM: o singular de uma experiência institucional**

Antes de abordar as particularidades da prática clínica do CASAM é importante destacar que a lei da Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial desencadearam mudanças no funcionamento das instituições de saúde que, apesar dos esforços, ainda não conseguem funcionar de acordo com a nova legislação de assistência em saúde mental. Essa dificuldade de funcionamento acontece em decorrência da falta de infraestrutura, aqui entendida como falta ou inexistência de serviços substitutivos aos manicômios, e de hospitais psiquiátricos para internação de pacientes em crise.

Acrescenta-se que a realidade da saúde mental no Brasil é marcada por número insuficiente de CAPS, pela falta de profissionais capacitados e em número suficiente para

trabalhar nesses dispositivos, no atendimento aos sujeitos que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico. Além disso, faltam profissionais especializados na Atenção Básica, porta de entrada dos serviços de saúde, o que impede que o portador de sofrimento psíquico tenha acesso ao atendimento de que necessita, muitas vezes, devido preconceito dele próprio com relação à doença. Esse cenário somado às particularidades do louco infrator permite antecipar as dificuldades para se inserir esse paciente em tratamento.

No contexto mencionado, desde o início dos trabalhos, a equipe do PAI-PJ - Núcleo Regional Ipatinga - deparou-se com a dificuldade para inserir os pacientes do Programa em tratamento na Rede de Atenção à Saúde. Entretanto, trabalhando em parceria com a equipe CASAM, através de reuniões, discussões e construções de casos clínicos dos pacientes do PAI-PJ, foi possível observar que ali havia um trabalho diferenciado no tratamento dos portadores de sofrimento psíquico e, mais especificamente, no tratamento dos loucos infratores, pois o CASAM consegue mantê-los em tratamento em saúde mental, sem cronificá-los lá, promovendo seu retorno ao convívio social e familiar.

Destaca-se que, apesar das dificuldades na construção e efetivo funcionamento da rede de saúde mental, observados na maioria das trinta e quatro cidades atendidas pelo PAI-PJ Ipatinga, o CASAM, de Coronel Fabriciano, apresenta particularidades no tratamento dos pacientes judiciários. Por isso, as especificidades do trabalho da equipe do CASAM e a singularidade da clínica praticada por essa equipe são objetos desta pesquisa e foram investigadas por meio de entrevistas com a equipe.

Em sentido mais amplo, a primeira particularidade do CASAM diz respeito à visão da equipe em relação ao louco infrator. Este não é visto como sinônimo de periculosidade nem de irracionalidade, ao contrário, ele é considerado como sujeito e responde pelo próprio tratamento e por seus atos diante da lei. Nesse sentido, o louco infrator não é reduzido ao ato que praticou, mas considerado em sua condição humana, e tratado como sujeito. Kyrillos Neto (2009, p.42) lembra que o sujeito que busca um serviço de saúde mental é muito diferente do sujeito do cogito, isto é, do pensamento, pois é aquele que sofre, que busca acolhimento e afeto.

De volta às particularidades da clínica praticada pelo CASAM no tratamento do louco infrator, é importante destacar que esses sujeitos não reincidiram na prática de crimes; estão integrados ao convívio social e circulam pela cidade; permanecem aderidos ao tratamento; e apresentam estabilidade clínica. No entanto, além das particularidades da clínica praticada pelo

CASAM, é necessário referir-se aos aspectos que a equipe indica como determinantes para os resultados atingidos, os quais serão apresentados a seguir.

#### 4.4.1 Por que a prática clínica do CASAM é exitosa?

Um dos aspectos apontados pela equipe como importante para o êxito diz respeito à organização da rede de saúde mental. A partir da fala dos entrevistados é possível constatar que o CASAM vem tecendo um tipo de rede onde se compartilham experiências, conhecimentos e soluções com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Hospital Estadual São Camilo, Programas de Saúde da Família (PSFs), e Presídio. Ademais, o CASAM tem-se mostrado aberto a novas parcerias também com a assistência social e com a educação. Acrescenta-se que o modo como os profissionais se referem ao trabalho de matriciamento permite visualizar-se a rede como uma realidade sempre em construção, até mesmo para superar a falta de outros dispositivos, por exemplo, CAPS AD, CAPSi, centros de convivência e residências terapêuticas. O entrevistado IV afirma que:

Na verdade, aqui em Coronel Fabriciano a saúde mental gira em torno do CAPS. **Ainda não temos no município outros dispositivos, por exemplo, como os centros de convivência, as residências terapêuticas** (Grifo nosso). Nesses últimos tempos, temos conseguido, através do matriciamento, um apoio e um suporte mesmo; algo que está engatinhando, mas temos conseguido avançar. (Entrevistado IV, grifo nosso)

A considerar os recursos atuais, e também a falta de outros dispositivos e levando em conta o que informaram os entrevistados, parece que, em parte, a qualidade do serviço prestado pelo CASAM e a luta para ampliação da rede de serviços depende de constantes e intensos esforços, para que a equipe do CASAM e a rede de serviços percebam a importância do matriciamento e do funcionamento em rede.

O município não tem todos os dispositivos preconizados pelo Ministério da Saúde: um CAPS do tipo II para atender os casos mais graves de psicose e neurose; um CAPS álcool e drogas; um CAPS infantil; uma rede de atenção composta por uma equipe mínima na Atenção Básica com profissionais terceirizados; Centros de Convivência; Residência Terapêutica. **Mas a gente trabalha com grande potencial criativo** (Entrevistado III, grifo nosso).

Tal como mencionado pelos entrevistados, pode-se constatar que a equipe do CASAM atende as diretrizes nacionais para Atenção em Saúde Mental, buscando integrar a saúde mental à atenção primária, de acordo com o modelo de apoio matricial formulado por Gastão Wagner de Sousa Campos<sup>13</sup>.

Considerando relevância dada pela equipe ao matriciamento, faz-se necessário esclarecer em que ele consiste. Acerca de matriciamento, Chiaverini e outros (2011) elucidam que, tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e que o recebe, o que resulta em transferência de responsabilidade ao encaminhar. Habitualmente a comunicação entre os níveis hierárquicos é falha e não atinge seus propósitos, o que dificulta e até impede a resolutividade dos casos.

Essa nova ordem proposta, ou seja, o apoio matricial visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. Nessa concepção, supõe-se que as ações horizontais podem atenuar a burocracia e a falta de dinâmica da lógica tradicional, integrando os componentes e seus saberes em diferentes níveis.

No que tange à proposta mencionada, importante esclarecer que, no caso do SUS, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referências interdisciplinares, enquanto a equipe de apoio matricial é a equipe de saúde mental.

Em relação ao matriciamento, Figueiredo e Campos (2009), citados por Chiaverini e outros (2011), p.14), afirmam que o apoio matricial “é um suporte técnico especializado, que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (CHIAVERINI *et al*, 2011, p.14). Assim, o matriciamento deve oferecer a retaguarda especializada da assistência, bem como o suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional na construção de projetos terapêuticos junto à população.

A partir dos esclarecimentos acerca do matriciamento, nota-se que a prática do CASAM prioriza essa metodologia de trabalho, oferecendo retaguarda e capacitação na área de saúde mental, para as Unidades Básicas de Saúde, ainda que para isso seja necessário investimento maciço por parte da equipe.

---

<sup>13</sup> Gastão Wagner de Sousa Campos é professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Autor de vários livros e artigos nos quais propõe importantes avanços na gestão e atenção no SUS. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-1145.pdf>. Acesso em 08/02/2016.

Os resultados da equipe do CASAM no cotidiano de trabalho, o recebimento do Prêmio Mineiro de Práticas Exitosas na Atenção Primária à Saúde, Edição 2013, pelo trabalho *Fórum Intersetorial de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente*, e a participação do CASAM como *Rede Preceptora* do Projeto Percursos Formativos na RAPS, do Ministério da Saúde, em 2014, demonstram que a equipe e a sociedade têm motivos para considerar que prática do CASAM é exitosa, termo que, de acordo como a definição do dicionário *Aurélio*, significa consequência, produto, conclusão, resultado feliz e gratificante.

Ainda com relação aos resultados apresentados pelo CASAM, as informações prestadas pelos entrevistados indicam que, por um lado, a equipe atende ao que determina as políticas públicas de saúde, superando a falta de recursos materiais, humanos e financeiros decorrentes da negligência e da falta de investimentos por parte do Estado, no campo da saúde mental, lembrando que a falta de investimentos na esfera federal, estadual e municipal é a realidade preponderante no Brasil. Por outro lado, nota-se que para sustentar um trabalho exitoso, a equipe diz valer-se do potencial criativo, da invenção, da ousadia e da coragem, da determinação, da raça e da vontade, da decisão e do desejo da equipe para superar a limitação de recursos.

É inegável que investimentos<sup>14</sup> de tal magnitude resultem na gratificação narcísica por parte dos profissionais da equipe, que poderão empreender esforços cada mais intensos, para atingir os resultados pretendidos. Isso não deixa de ter seu lado positivo, pois certo grau de envolvimento com o trabalho é necessário para desenvolvê-lo, do contrário, haveria o risco de o trabalhador ter sua subjetividade anulada e, além disso, poderia resultar no desinteresse pelo trabalho e na estagnação da equipe e do serviço. Em outra vertente, nota-se um tipo de empenho extra, por parte dos profissionais, que os leva a ultrapassar os próprios limites, assumindo a posição de heróis, a ponto de considerar que fazem “verdadeiros milagres”, o que não é sem consequências.

Ressalta-se ainda que a equipe do CASAM atende sujeitos excluídos, em situação socioeconômica precária, sem higiene e, muito frequentemente em crises e em surtos, o que faz supor que, por mais experiente e competente que a equipe seja, esse contexto de trabalho pode desencadear angústia e desamparo nos profissionais. Todavia, na impossibilidade de elaborá-los, tais sentimentos podem se apresentar como sintomas, ou seja, como algo que encobre a verdade do sujeito, que, por vezes, é da ordem do real, do impossível de suportar e daquilo que

---

<sup>14</sup> Investimento, em termos financeiros, é capital que se aplica com intuito de obter rendimentos a prazo. Esta aplicação supõe uma escolha que resigna um benefício imediato por um futuro e, em geral, improvável. Disponível em: <http://conceito.de/investimento>. Acesso em 08/02/2016.

não funciona. E, embora possa se manifestar como um semi-dizer, o sintoma, por outro lado, possibilita ao sujeito lidar com seu mal-estar, construindo um sentido para sua vida. Nesse sentido, Kyrillos Neto (2009, p.42) afirma que o “trabalho da psicanálise se dirige ao gozo, ao mais além do princípio do prazer, a redistribuição da economia do gozo, para que o sujeito possa estar melhor”.

No caso em análise, infere-se que o desamparo e a impotência frente a essa realidade podem se manifestar um sintoma defensivo por meio da onipotência, resistência, heroísmo, ou como imperativo de fazer sempre mais, mesmo que sem recursos, tal como demonstra o discurso a seguir ao salientar uma das particularidades do CASAM.

Acho que o diferencial é a filosofia de trabalho, indicando o que está por trás da questão da saúde mental, e que a gente nomeia como “A clínica da psicose”. Outro diferencial é que o CAPS não diz “*não*” para as famílias; não diz “*não*” para a permanência dia, apesar de a gente ainda não ter, mas estar conseguindo, uma pactuação com o hospital municipal. [...]. Temos tentado trazer para cá instrumentos que fortaleçam nosso trabalho. Há um projeto que nos possibilita receber profissionais de cinco diferentes municípios, durante um ano, para compartilhamento de experiências. Temos de rever a prática o tempo todo (Entrevistado III).

Em abordagem semelhante, outro membro da equipe afirma: “a gente nunca pensa que não tem jeito. Aqui nunca houve essa coisa de não tem jeito” (Entrevistado VI).

Uma análise (reflexão) da situação mencionada pode-se valer das contribuições que Miriam Debieux Rosa (2010), traz com seu texto *Heróis e resistências e psicanalistas*, no qual comenta que esse tema tem surgido sob várias faces na clínica ampliada. A autora lembra que algumas pacientes de Freud desenvolveram sintomas histéricos depois de longo período cuidando de familiares doentes. Ela interroga sobre como os analistas que lidam com o sofrimento humano em sua radicalidade (fome, miséria, doenças, guerras, exclusão) podem resistir. E indaga ainda a respeito de que heroísmo se pode falar.

De acordo com essa autora, a dimensão filosófica do termo resistência é muito mais abrangente do que se supõe. Nesse sentido, resistência é um direito ligado à ética no campo específico da política. Ela consiste não apenas na recusa ao cumprimento de deveres na esfera política, mas compreende uma “potência de vontade capaz de criar uma ordem política revolucionária, em substituição aos regimes de tirania e opressão configurados pela situação política anterior (ROSA, 2010, p.170).

Ainda segundo Rosa (2010, p.171), a resistência consiste em uma experiência de subjetivação, de autonomia, é um combate particular, que afronta o inimigo não para derrotá-

lo, mas apenas enfraquecê-lo para que ele fuja. Assim, a resistência não busca a vitória, mas visa desarmar o inimigo com suas próprias armas ao desfazer a guerra que ele havia forçado.

A autora interroga sobre quem e como se resiste ao sofrimento. Para responder, recorre a Pujo<sup>15</sup> para abordar a resistência física e psíquica frente a situações terríveis. Pujo, citado por Rosa, afirma:

A explicação, a justificativa, o recurso ao sentido- ainda que insensato – possui uma força vital extraordinária ao exercer uma função de velamento, uma intermediação capaz de irrealizar a desnudez do acontecimento, recortando sua imediatez e resguardando condições de subjetivação (ROSA, 2010, p. 174).

Essa autora destaca que o traumático se presentifica no discurso, desequilibrando as relações de significação em que se ampara o sujeito. Acrescenta que as condições de degradação evidenciam a necessidade vital de encobrir o caráter mortificante do impacto pulsional, ou seja, “a necessidade primária de falta ao Outro ali onde, ao experimentar se gozado, o sujeito padece de enlouquecer de sua completude” (ROSA, 2010, p.174).

Tal como exposto deduz-se que nas situações de sofrimento extremo, trava-se uma guerra silenciosa entre a resistência do sujeito e a resistência do trauma. Este insiste em enlouquecer o sujeito de sua completude.

No decorrer do texto, Miriam Debieux Rosa (2010) desloca o foco do herói para o ato ético, elucidando que a ética da psicanálise enfatiza o encontro com o real pulsional traumático, o que permite constatar que o objeto do desejo não existe na realidade. Assim, não há sentido estabelecido para a vida, mas vazio. Não há como responder ao *Che vuoi?* (o que o outro quer). Desse modo, o sujeito encoberto pela imagem de si, estremece no encontro com o real, o que o faz constatar que no desejo está a verdade do sujeito. Contudo, segundo Rosa (2006, p.46) “o sujeito é um vazio sem autor e seu desejo uma falta-a-ser”. Nesse sentido, Rosa e outros (2006) afirmam que é preciso haver um ato de assentimento ao nada e a instauração de um lugar vazio, quando a morte passa a sustentar a vida. Acrescenta que o lugar vazio no Outro não enuncia a lei. Assim, compete ao sujeito expressá-la e tê-la como suporte que determina o lugar do gozo.

Julien (1996, p. 94), citado por Rosa afirma que “cada um é responsável por seu inconsciente e pela lei que nele se articula [...] a lei deve ser uma borda que sirva de apoio”.

Ainda com relação ao tema em discussão, Rosa (2010) enfatiza que frente a potência enlouquecedora do traumático, a clínica que se pode realizar é a que permite estabelecer um

---

<sup>15</sup> PUJO, M. Trauma e desamparo. *Revista Psicoanálisis y el hospital: clínica do desamparo*, 200,17, (9) 29.

semblante, ou seja, a reconstituição que possibilite uma sustentação fantasmática mínima, possível com um mínimo de consistência para semblantizar em uma trama significativa.

Rosa e outros (2006) afirmam que:

A ética é um ato que dá sentido ao excesso. Se o ato for ético – só se saberá a *posteriori* – é risco, pois convoca desejo e gozo e faz marca no Outro, inscrição histórica de um desejo. Com essa inscrição, mudam-se as coordenadas simbólicas e imaginárias, rompe-se o *continuum* da história ao surpreender a estrutura simbólica que dá sentido ao ato, para garantir que ela não se reduza a um tempo morto e sem acontecimentos (ROSA *et al*, 2006, p, 46).

Dentro da orientação proposta por Rosa (2006; 2010) parece pertinente servir-se da ética da psicanálise para interrogar sobre a posição heroica assumida pela equipe do CASAM que, pela via da resistência e do heroísmo, tem construído uma prática de sucesso, sustentando serviços de qualidade, conquistando prêmios e multiplicando saberes. É inegável que essa posição tem um lado positivo em relação aos resultados estatísticos e práticos, tais como, números de atendimentos, qualidade e quantidade de parcerias produtivas com outros seguimentos públicos e privados. Contudo, orientada pela ética da psicanálise, a equipe poderá se servir da lei e do limite como bordas ao excesso, convocando desejo e gozo. Esse saber fazer com o desejo e o gozo poderá provocar mudanças nas coordenadas simbólicas e imaginárias, possibilitando, talvez, o equilíbrio na relação com o trabalho.

Ainda com relação à ética da psicanálise, Zizek e Daly (2006) afirmam:

É preciso arriscar e decidir [...]. Não busque apoio em nenhuma forma de Outro maiúsculo - mesmo que esse Outro maiúsculo seja totalmente vazio. É preciso arriscar o ato sem garantias. Nesse sentido, o fundamento supremo da ética é político (ZIZEK; DALY, 2006, p.201).

Com base em Rosa (2010) e Zizek e Daly (2006), percebe-se que a ética da psicanálise não oferece garantias, portanto, a decisão sobre o saber fazer com o desejo e com o gozo deve partir do sujeito. Assim, o ato de decidir implica em compromisso. Ele é, portanto, político, é um modo de resistência à instrumentalização social do gozo.

#### **4.4.2 Análise da discursividade sobre o êxito no CASAM a partir da teoria lacaniana dos quatro discursos**

A discursividade sobre o êxito no CASAM pode ser analisada a partir da teoria dos quatro discursos de Jacques Lacan, antes, porém, é necessário precisar o significado de formação discursiva e de discurso.

Sobre essas noções, Baronas (2011) esclarece que Foucault concebe formação discursiva como um conjunto de enunciados submetidos a uma mesma regularidade e dispersão na forma de uma ideologia, ciência ou teoria, portanto, esses enunciados não se reduzem a objetos linguísticos como as proposições, atos de fala ou frases. O autor enfatiza que para Michel Foucault, o que garante a unidade de um discurso clínico é algo comparável a uma diversidade de instâncias enunciativas simultâneas (protocolos de experiências, regulamentos administrativos, políticas de saúde pública), sendo desnecessária sua linearidade formal, sintática ou semântica.

Foucault, citado por Baronas (2011), afirma que a noção de discurso empregada em *A arqueologia do saber* é “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram em uma dada época, e para uma área social, econômica, geográfica ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa” (FOUCAULT, 1986, p.43). Nessa via, Foucault compreende “o discurso como um conjunto de enunciados na medida em que eles provêm da mesma formação discursiva”.

Para abordar a teoria dos quatro discursos de Jacques Lacan, tomar-se-á como referência o Seminário *O avesso da psicanálise*, livro 17 (1969-70), e a tese de Kyrillos Neto (2007), intitulada *Efeitos de circulação de discurso em serviços substitutivos de saúde mental: uma perspectiva psicanalítica*.

No Seminário *O avesso da psicanálise* (1969-70), Lacan organiza a teoria dos quatro discursos, e recupera o estatuto de sujeito dividido. Aborda os laços sociais, representados pelos quatro discursos, como formas de estabelecimento do laço social entre os sujeitos. Portanto, todo laço social sustenta-se nos quatro discursos, e estes são indispensáveis para a formação e sustentação dos laços sociais.

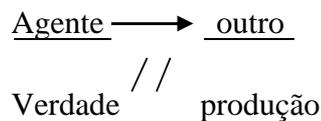
A expressão “um discurso sem palavras”, de Lacan, permite entender que no discurso há uma estrutura discursiva que dispensa a palavra, ou seja, no discurso há uma formulação anterior às palavras, governada pela articulação significante, porque, nesse “discurso sem palavras” o que é importante na relação com o Outro<sup>16</sup> é aquilo que escapa ao sujeito, o que

---

<sup>16</sup> Outro: termo usado por Jacques Lacan para designar um lugar simbólico, o significante, a lei, a linguagem, o inconsciente, ou, ainda, Deus – que determina o sujeito, ora de maneira externa a ele, ora de maneira intrassubjetiva em sua relação com o desejo. Pode ser escrito em maiúscula, opondo-se a um outro com letra minúscula, definido como outro imaginário ou lugar da alteridade e especular. Mas pode também receber a grafia grande Outro ou

está recalcado (inconsciente). Nesse sentido, o que é realmente fundamental no discurso, no liame social é o posicionamento do sujeito frente ao Outro.

Lacan (1969-70/1992) apresenta a teoria dos quatro discursos (do mestre, do universitário, do histérico e do analista, além do quinto discurso, o do capitalista). Estes, sob a forma de matemas, contêm quatro elementos ou termos ( $S_1$ ,  $S_2$ ,  $a$ ,  $\$$ ), que podem ocupar diferentes posições (agente, outro, verdade e produção), conforme cada discurso. A seguir, apresentam-se as posições, também chamadas de lugares, que são fixas:



Nota-se que o discurso se organiza em torno desses lugares. Os discursos estão formalizados a partir de uma estrutura lógica, o que significa que cada um deles deve ser lido em relação aos outros.

Com base em Lacan (1969-70) serão definidas as posições do discurso:

- a) O Agente se dirige ao Outro. É por isso que cada discurso indica a relação do sujeito com o campo do Outro.
- b) O *Outro* é aquele a quem o discurso se dirige. O Outro precisa do agente para se constituir.
- c) A *produção* é o efeito do discurso, é aquilo que resta.
- d) A *verdade* sustenta o discurso, mas é acessível apenas pelo semi-dito. A verdade não pode ser toda dita.

Quanto aos termos do discurso, estes aparecem em uma sequência fixa, mas podem ocupar, alternadamente, cada uma das posições. São eles:

$S_1$  corresponde ao significante unário, é o significante mestre ou primordial, isto é, é aquele que funda o sujeito; é o elemento que, na cadeia significante, representa o sujeito para outro significante.

$S_2$ , o saber, é o significante no campo do Outro, isto é, o saber do outro. Esse significante contém em si todos os significantes que provêm do Outro, diferenciando-se do significante mestre.

---

grande A, opondo-se então quer ao pequeno outro, quer ao pequeno  $a$ , definido como objeto (pequeno)  $a$ . (ROUDINESCO & PLON, 1998, p.558).

\$, sujeito barrado ou sujeito da falta, surge a partir da intervenção do  $S_1$  no campo já formado por outros significantes, ou seja, pelo  $S_2$ . Quando o significante  $S_1$  intervém no campo do Outro (A), campo estruturado por um saber  $S_2$ , onde outros significantes se articulam, surge o sujeito dividido (\$). Nessa operação há uma perda, que Lacan nomeia objeto  $a$ . Essa operação pode ser representada pelos termos:

$$\frac{S_1}{\$} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$

O objeto “ $a$ ”, causa de desejo ou mais-de-gozar. É o objeto que insiste em se repetir.

Com base no exposto, a discursividade sobre o êxito do CASAM será analisada a partir do discurso do mestre, representado no matema. Nesse discurso, o lugar do agente é ocupado pelo significante mestre ( $S_1$ ); o lugar da verdade é ocupado pelo sujeito barrado (\$); o lugar do Outro, ocupado pelo saber ( $S_2$ ); e o lugar do produto ocupado pelo objeto  $a$ .

O lugar do agente impõe o seu discurso sobre o Outro, assumindo o lugar de domínio, de comando. As políticas públicas de saúde identificadas a esse discurso silenciam o sujeito, aqui representado pela equipe do CASAM.

Acerca disso, Coutinho Jorge, citado por Kyrillos (2007, p.124), afirma que “operando pelo saber, a sugestão impede a transferência do saber inconsciente”. Desse modo, “ao impedir a produção de saber, o discurso do mestre incorpora a função alienadora do significante, à qual o sujeito está assujeitado (KYRILLOS NETO, 2007, p.124).

Infere-se que as políticas públicas de saúde que, em parte, orientam a prática do CASAM, exigem resultados, produtividade e resolutividade. Atualmente essas categorias fazem parte do processo da busca de qualidade nos serviços públicos. Como consequência, essas exigências alienam os sujeitos - equipe do CASAM -, aos significantes mestres êxito e resultados, impossibilitando-lhes de terem acesso à semi-verdade que tais significantes encobrem. Desse modo, a gratificação narcísica oriunda dos resultados parece apaziguar a equipe que, cada vez mais, tenta atender às exigências ditadas pelas políticas públicas de saúde.

Orientada pelo discurso do mestre que, segundo Kyrillos Neto (2007, p.125) “é justamente o discurso que repousa sobre a ilusão do saber completo e da explicação definitiva”, a equipe destituída de seu saber, tenta, a qualquer preço, atender às demandas do mestre.

A partir do que foi explanado, pode-se inferir que o êxito é um sintoma e, como tal, indica que algo não funciona bem. Contudo, a partir do que Lacan desenvolve no seminário *O sinthome*, livro 23, o sintoma é também aquilo que é mais íntimo ao sujeito, cabendo a este a

responsabilidade por saber fazer com seu sintoma, saída que situa na dimensão da invenção, sendo particular para cada um. Nesse sentido, pode-se interrogar como o sujeito (equipe do CASAM) poderá construir uma relação mais equilibrada com o trabalho, levando em conta a singularidade do sujeito.

Acredita-se que a ética da psicanálise, que opera por intermédio do discurso do analista, poderá indicar uma saída, uma vez que, segundo Kyrillos Neto (2009, p.41) “o discurso do analista tem como característica fundamental ser o único que considera o outro como sujeito”. Nessa concepção, o discurso do analista convida o sujeito a construir um saber que o permita lidar melhor com seu sintoma e com seu desejo. Eis o matema do discurso do analista:

$$\frac{a}{S_2} \longrightarrow \frac{\$}{S_1}$$

No discurso do analista tem-se o agente ocupado pelo objeto  $a$ , que provoca a divisão do sujeito, permitindo-lhe o acesso ao saber de uma verdade recalcada. O discurso do analista se dirige a um saber inconsciente sobre o sujeito barrado ( $\$$ ). O  $S_2$ , o saber, está no lugar de verdade uma não toda, levando à produção do significante mestre,  $S_1$ . De acordo com Kyrillos Neto (2009), o sujeito, ao extrair um  $S_1$  (um significante mestre) de um saber que está na posição de verdade, assume também uma posição subjetiva em relação ao gozo. Desse modo, “o discurso do analista, ao tomar o outro como falante, leva o sujeito a bem-dizer o próprio sintoma e a atravessar sua fantasia” (KYRILLOS NETO, 2009, p.42)

Em relação ao discurso do analista, Carvalho Ramos e Freitas Nicolau (2013), elucidam que “o analista, na posição de  $a$ , implica o sujeito em fazer emergir seus significantes mestres que se encontram recalçados” (CARVALHO RAMOS; FREITAS NICOLAU, 2013, p.810). Nesse sentido, o discurso do analista, enquanto causa de desejo, tem em vista o sujeito e lhe concede o lugar de sujeito.

De acordo com Carvalho Ramos e Freitas Nicolau (2013, p.809-810), por meio do discurso do analista, o sujeito é incluído na cena discursiva. Essa inclusão do sujeito no discurso favorece o bem-dizer do desejo, portanto, de um dizer que remete ao inconsciente “propiciando a produção de um saber singular e único que diverge de um saber que se pretende totalizante e se desencontra de um saber genérico e universal (im)posto pelo Outro institucional” (CARVALHO RAMOS; FREITAS NICOLAU, 2013, p.810).

Em consonância com o exposto, o discurso do analista poderá contribuir para que a equipe do CASAM não permaneça identificada, de modo tão totalizante, aos significantes êxito e heroísmo. Esse discurso poderá possibilitar que equipe se implique com seu desejo e com seu gozo, construindo sua própria singularidade, e respondendo com mais equilíbrio às demandas das políticas públicas de saúde, ditadas pelo discurso do mestre, por meio do Outro institucional.

## CONCLUSÃO

Objetivou-se nesta pesquisa realizar um estudo crítico sobre o significativo "êxito" que se apresenta vinculado ao CASAM, identificando as particularidades da prática clínica dessa instituição e interrogando a serviço de quem está o êxito, que faz com que a equipe do CASAM seja reconhecida pela comunidade onde está inserida e até nacionalmente.

Para se atingir o objetivo pretendido retomou-se pesquisas sobre a construção histórica do conceito de loucura, verificando que esse conceito se encontra em processo de construção e que ainda não se chegou a um consenso sobre ele. A história indica que o consenso sobre o conceito de loucura não ocorrerá a curto prazo, porque o discurso da ciência domina a pós-modernidade e faz crer que é o detentor da verdade científica.

Estudos sobre a loucura permitiram observar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) resultou, em parte, das transformações ocorridas no cenário internacional, mas é fruto, sobretudo, de movimentos ocorridos no seio da sociedade brasileira. Tais movimentos contribuíram de modo decisivo para mudanças no campo da saúde mental quanto à visão e ao tratamento destinado ao louco.

Como resultados desses movimentos, em 2001 foi promulgada a Lei 10.216/2001, Lei da Reforma Psiquiátrica, após doze anos de tramitação. Essa lei redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de bases comunitárias, denominados de territórios; e dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Contudo, essa lei não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, conforme estabelecido pela lei original. Nesse sentido, observa-se que a lei da reforma não conseguiu representar a total consolidação dos ideais da RPB no mundo jurídico.

Num contexto mais amplo, observa-se a complexidade envolvida no processo de implantação da RPB e as dificuldades para consolidá-la, levando em conta os limites e impasses nas esferas políticas, assistenciais e teórico-conceituais. Apesar dos desafios, investigações evidenciam as contribuições da RPB quanto aos direitos e humanização do tratamento do portador de transtorno mental, assim como o significativo número de desinstitucionalização nos manicômios e hospitais psiquiátricos, reduzindo milhares de leitos nessas instituições. Em razão disso, pode-se destacar que contribuições da RPB para o campo da saúde mental são de extrema relevância. Não se pode negar, todavia, que o louco infrator continua sendo objeto de reclusão, discriminação e segregação, o que permite afirmar que ele ainda não é tratado como cidadão nem pelo sistema de saúde nem pelo sistema de justiça. Nesses dois campos, o louco

infrator continua sendo associado à periculosidade social, à incapacidade e à anormalidade, concepção que surgiu com o advento das ciências humanas, no século XIX, e que é mantida até a atualidade.

Pesquisas recentes demonstram que, mesmo depois da RPB, os manicômios judiciais brasileiros continuam imunes às premissas da Reforma Psiquiátrica. É para esses lugares que são encaminhados os portadores de sofrimento psíquico, que recebem uma medida de segurança de internação. Lá, eles vivem em regime manicomial e continuam tendo seus direitos violados.

Outras pesquisas indicam que no direito penal e no processual penal prevalece a noção desumanizadora da loucura, resultado das influências racionalistas e positivistas, o que contribui para manutenção das práticas segregatórias e de exclusão.

Há ainda pesquisas que mostram a incompatibilidade do instituto de medida de segurança com a RPB. Elucidam que a medida de segurança fundamenta-se na associação da loucura à periculosidade e sua execução ocorre, preferencialmente, em hospitais de custódia e de tratamento psiquiátricos, antes chamados de manicômios judiciais. Embora tenham recebido outra nomeação, muitos desses estabelecimentos orientam seu funcionamento pela lógica manicomial. Além disso, eles pertencem ao Sistema Penitenciário, e não ao SUS, o que permite concluir que essas instituições têm diferentes concepções sobre a loucura e sobre modo de lidar com ela.

Concebido e implantado no contexto da RPB, o Programa de Atenção ao Paciente Judiciário – PAI-PJ - funciona como um conector entre a justiça e a saúde. Em sentido amplo, pode-se dizer que uma das propostas desse Programa é solucionar a incompatibilidade entre a legislação relativa à medida de segurança e os princípios da Reforma Psiquiátrica, para evitar ou limitar a institucionalização ou encarceramento (reclusão) do portador de sofrimento mental que praticou um crime, e que recebeu uma medida de segurança de internação. Outro objetivo do PAI-PJ inclui acompanhamento do portador de sofrimento mental que praticou um crime nos aspectos jurídico e clínico-social, considerando a singularidade de cada sujeito, e promovendo sua inserção social.

É fundamental destacar as contribuições do PAI-PJ como um programa que, em parte, consegue efetivar a RPB. Contudo, enquanto conector entre a saúde e a justiça, ele se defronta com os impasses oriundos desses dois campos.

No que tange às contribuições desse Programa para a inserção social do louco infrator, pesquisas e experiências indicam que Belo Horizonte não precisa mais de uma estrutura manicomial, porque esta foi substituída por uma rede intersetorial de atenção integral ao louco

infrator. Entretanto, é importante mencionar que, no período de quase três anos, janeiro de 2012 a outubro de 2014, em que essa pesquisadora integrou o Núcleo do PAI-PJ de Ipatinga, foi possível constatar que a experiência de Belo Horizonte diferencia-se da realidade da maioria das trinta e quatro cidades atendidas pelo Núcleo Regional de Ipatinga. Nestas, não raras vezes, observou-se resistência ou recusa, por parte da rede de saúde mental, em atender e tratar o louco infrator devido ao estigma da periculosidade a ele associado. Infere-se que, em parte, essa reação da rede de saúde seja fruto de concepções ultrapassadas com relação ao louco e ao tratamento da loucura; do domínio do discurso médico nas instituições de saúde, pautado no racionalismo; e da falta de capacitação das equipes de saúde.

No que tange aos entraves enfrentados pelo PAI-PJ para concretizar seus objetivos, é necessário considerar que, além das lacunas na lei da RPB, o Programa se depara também com os limites impostos pela legislação penal. Esta última faz com que o Programa nem sempre consiga evitar que o louco infrator, que recebe medida de internação, seja internado em hospitais de custódia ou recolhido em presídios. A limitação nas ações do PAI-PJ parece resultar do fato de os operadores do direito (juízes de direito, promotores de justiça, defensores públicos, e advogados) orientarem-se pela legislação penal, tomando decisões com base na letra fria da lei, desconsiderando as informações quanto ao estado clínico do paciente fornecidas pela rede de saúde que acompanhava o portador de sofrimento mental antes de ele praticar o crime.

Já no caso de pacientes internados em manicômios e hospitais de custódia, ou reclusos em presídios, para cumprimento de medida de segurança de internação, com frequência, juízes e promotores de justiça discordam que a medida de internação seja alterada para medida ambulatorial, tendo por base os relatórios de acompanhamento do PAI-PJ. Habitualmente o PAI-PJ sugere alteração da medida de internação para tratamento ambulatorial, mas, com frequência, os profissionais da justiça negam o benefício ao argumento de que a decisão deles dependerá da aprovação do paciente judiciário no exame de cessação de periculosidade, elaborado por peritos médicos da instituição onde o paciente está internado. Como consequência o paciente judiciário continua institucionalizado, porque, quase sempre, os exames não são realizados de acordo com a previsão legal, e, sobretudo, porque o paciente judiciário é reprovado no exame de cessação de periculosidade devido à cronificação da doença e perda da subjetividade, que são frutos do processo de institucionalização.

O CASAM apresenta uma prática clínica singular no tratamento de pacientes com quadros clínicos graves e também no tratamento do louco infrator, apesar das limitações já relatadas no desenvolvimento dessa dissertação. No que diz respeito ao êxito no tratamento

dos sujeitos atendidos pela instituição, supõe-se que a singularidade da prática do CASAM esteja relacionada ao foco no sujeito (usuários do serviço), empenho, capacitação contínua, e compromisso por parte da equipe. Nesse sentido, não há dúvida de que esses aspectos têm sido decisivos para o reconhecimento da equipe e para a efetivação das políticas públicas de saúde.

Infere-se ainda que a singularidade da prática do CASAM possa estar associada ao que a equipe nomeia como preservação de uma cultura sobre o modo de trabalhar na instituição, transmitida pelos funcionários mais antigos aos mais novos. A equipe descreve o trabalho como marcado pela solidariedade, união, compartilhamento de informações, responsabilidades, interlocução entre os membros da equipe e desta com equipes de outras instituições. Além disso, os membros da equipe fazem investimentos contínuos em formação e capacitação, por meio de participação em cursos diversos, análise pessoal, e supervisão. Vale lembrar que a equipe relata experiência dessa natureza, destacando que os efeitos da supervisão foram de fundamental importância para condução dos casos e orientação do tratamento, assim como para atuação da equipe. Esse modo de funcionar poderá ajudar a equipe a enfrentar o desamparo, os desafios e o sofrimento impostos pelo trabalho; poderá permitir multiplicação de conhecimentos e saberes, e manter a coesão do grupo, por meio do compartilhamento de ideais semelhantes.

Em outra vertente, a singularidade do trabalho do CASAM, parece estar associada aos esforços “heroicos” da equipe para prestar serviços de qualidade e ampliar a rede de serviços, atendendo ao imperativo das políticas públicas, que obedecem ao discurso do mestre. A sustentação de uma prática de sucesso, pautada no heroísmo e nos ideais da instituição, pode levar ao apagamento da subjetividade do sujeito, já que responde à demanda institucional de modo coletivizado, e não articulado à sua singularidade.

Uma saída ética poderia ser a mudança no posicionamento da equipe diante do Outro institucional, representado pelas políticas públicas de saúde. Nesse sentido, a equipe colocaria limites no modo de responder ao imperativo das leis e das políticas públicas, o que poderia resultar numa relação mais equilibrada com o trabalho, porque o discurso do analista é o único que visa ao sujeito, permitindo que ele se responsabilize pelo seu desejo e pelo seu sofrimento.

O posicionamento da equipe diante do “sujeito instituição” pode ser entendido como uma possibilidade para que ela, por meio do discurso do analista, oponha-se ou subverta o discurso do mestre, valendo-se da habilidade para não se deixar enganar por ele, preservando algo do desejo, já que não é possível interpelar o discurso do mestre sem deixar um resto. Este pode ser um modo de a equipe sustentar seu trabalho na instituição, levando em conta sua singularidade na relação com seu próprio sintoma.

Acredita-se que a inserção do discurso do analista na instituição poderia se dar por meio de supervisão da equipe com psicanalistas que não sejam ligados nem ao CASAM nem ao município.

Com base nas investigações teóricas e no trabalho de campo observam-se alguns pontos que podem contribuir para a mudança no tratamento do louco infrator e nos serviços de saúde mental, tais como: atualização da legislação penal é indispensável para efetivação da RPB, no que tange à cidadania do louco infrator; capacitação da rede de saúde e de instituições parceiras, dos operadores do direito e das equipes do PAI-PJ com vistas a desenvolver uma nova visão sobre a loucura e sobre o louco infrator, pois, atualmente, no seio dessas instituições multiplicam-se práticas e saberes que resultam na exclusão e na segregação do louco; desenvolvimento de pesquisas sobre a prática dos CAPS, para identificar quais discursos orientam essas práticas, o que poderá possibilitar intervenções junto às instituições e suas equipes, buscando preservar a singularidade do sujeito, ou seja, do profissional que atua na equipe do CAPS, porque é no modo particular de responder à demanda da instituição que se sustenta uma prática ética.



## REFERÊNCIAS

- ALLOUCH, J. **Letra a letra, traduzir, transcrever, transliterar**. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 1995.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde mental e atenção psicossocial**: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de; Mércia Maria de Paiva. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. In: **Esc. Anna Nery de Enfermagem**, v.13, n.3, p. 483-91, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a05>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- BARONAS, Roberto Leiser. Formação discursiva e discurso em Foucault e em Pêcheux: notas de leitura para discussão. Disponível em: <http://anaisdosead.com.br/5SEAD/SIMPOSIOS/RobertoLeiserBaronas.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2016.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Assassinato d'alma impasses sobre a responsabilidade na leitura de "o crime louco". In: **Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais, v.3, n.1, mar./ago 2013, p.23-35. Disponível <http://www.tjmg.jus.br/portal/acoes-e-programas/novos-rumos/pai-pj/revista-responsabilidades/detalhe.htm>. Acesso em: 08 de ago. 2015
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante. In: **Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 2010a, v.20, n.1, p.83-89. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/11.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2015.
- BARROS-BRISSET. Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte, TJMG, 2010 b.
- BURSZTYN, Daniela Costa; FIGUEIREDO, Ana Cristina. O tratamento do sintoma e a construção do caso na prática coletiva em saúde mental. **Revista Tempo Psicanalítico**. Rio de Janeiro, vol.44, n. 1, p.131-145, 2012.
- BRASIL.(2001) **Lei 10.216/2001**. Brasília, 2001.
- BRASIL.(2013). **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL (2005). MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPE. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. In: **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BROUSSE, Marie Hélène. (2007). Três pontos de ancoragem. **Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano;** tradução de Vera Avelar Ribeiro, - Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2007, p.23-26.

CARVALHO RAMOS, Danielle; FREITAS NICOLAU, Roseane. Notas sobre um discurso sem palavras: a psicanálise na instituição de saúde. In: Revista mal estar e subjetividade, Fortaleza, CE, vol. XII, n.3-4, set./dez. 2013, p.797-814. Disponível em : [http://unifor.br/images/pdfs/subjetividade/2013.3.4\\_artigo15.pdf](http://unifor.br/images/pdfs/subjetividade/2013.3.4_artigo15.pdf). Acesso em: 05 jan. 2016.

CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. Reflexões iniciais sobre os impactos da Lei 10.216/2001 nos sistemas de responsabilização e de execução penal. **Responsabilidades; revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário** – PAI-PJ. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais, v.2, n.2, set./2012-fev.2013, p.265-301.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (2013). **Referências técnicas para atuação de psicólogos (as) no CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-no-caps-centro-de-atencao-psicossocial/>. Acesso em: 01 fev. 2016.

CHIAVERINI, Dulce Helena (org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: [http://faa.edu.br/portal/PDF/livros\\_eletronicos/enfermagem/manual\\_matriciamento.pdf](http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/enfermagem/manual_matriciamento.pdf). Acesso em: 27 jan.2016.

CRUZ, A. D. G. **A Psicanálise Aplicada no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais** (UFMG), 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Belo Horizonte.

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

DI CIACCIA, Antonio. Inventar a psicanálise na instituição. In: ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 1, 2003. **Os usos da psicanálise.** Rio de Janeiro: Associação Mundial de Psicanálise, Editora Contracapa, p.33-38, 2003.

DI CIACCIA, Antonio. A prática entre vários. In: LIMA, Márcia Mello de; ALTOÉ, Sônia (Org.). **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p.34-54.  
DUNKER, Christian Ingo Lenz. **A psicose na criança: tempo, linguagem e sujeito**. 1a.ed.São Paulo: Zagodoni, 2013.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VII, nº 1, p. 75-86, mar. 2004.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa.; CAMPOS, Rosana Onocko. (2009). Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.129-138, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232009000100018&script=sciabstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 fev. 2016.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 3ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 1991.

FREUD, Sigmund. 1916-1926. **Conferências introdutórias, conferência XVII. O sentido dos sintomas**. In: ESB v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund 1920. **Além do princípio de Prazer**. In: ESB, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. 1921. **Psicologia de grupo e a análise do ego**. In: ESB, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund, 1926. **Inibição, sintoma e angústia**. In: ESB, v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund, 1937. **Análise terminável e interminável**. In: ESB, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GALEANO, Maria Eumelia. Estrategias de investigación social. En: **El giro en la mirada**. La Carreta Editores, Colección Ariadna, Medellín, 2007, p. 141.

GALLO, Héctor. Del método y la investigación psicoanalítica. In: RAMIREZ, Mario Elkin; GALLO, Héctor. **El psicoanálisis y la investigación em la universidad**. - ed.1 – Buenos Aires: Grama Ediciones, 2012<sup>a</sup>, p.77-98.

GALLO, Héctor. Método, sorpresa, subjetividad, verdad y saber. In: RAMIREZ, Mario Elkin; GALLO, Héctor. **El psicoanálisis y la investigación em la universidad**. - ed.1 – Buenos Aires: Grama Ediciones, 2012<sup>b</sup>, p.105-122.

GASPARD, Jean Luc et al. Psicanálise e análise de discurso: elementos para uma investigação clínica futura. In: **A peste**: Revista de Psicanálise, Sociedade e Filosofia. São Paulo, v.2,n.2, jul./dez.2010, p.361-378. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/16635>. Acesso em: 03 jan. 2016.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et. Al. **O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001)**. In: contexto Enfermagem. Florianópolis, v.19, n.2, p.274-282, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a05>. Acesso em: 14 abr. 2014.

GOMES, Romina Moreira de. Os dispositivos da biopolítica: a loucura como exceção na aliança entre a psiquiatria e o direito penal. In: **Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais, v.3, n.1, mar./ago 2013, p.81-100. Disponível <http://www.tjmg.jus.br/portal/acoes-e-programas/novos-rumos/pai-pj/revista-responsabilidades/detalhe.htm>. Acesso em: 08 ago. 2015.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESMPU, 2008. Disponível em <http://escola.mpu.mp.br/linha-editorial/outras-publicacoes/Direito%20Penal%20da%20Loucura%20%20EBOOK.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (2013). Cidade de Coronel Fabriciano, MG. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=311940&idtema=152&search=minas-gerais%7Ccoronel-fabriciano%7Cproduto-interno-bruto-dos-municipios-2013>. Acesso em: 09 ago. 2013.

JULIEN, Philippe. **O estranho gozo do próximo: ética e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KYRILLOS NETO, Fuad. **Efeitos de circulação de discurso em serviços substitutivos de saúde mental: uma perspectiva psicanalítica**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Psicologia, São Paulo. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp027771.pdf>. Acesso em: 05 jan.2016.

KYRILLOS NETO, Fuad. Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. **Aletheia**, v. 30, jul.-dez. 2009, p.39-49.

KYRILLOS NETO, Fuad; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. A pesquisa em psicanálise na universidade: reflexão a partir da teoria lacaniana dos discursos. In: **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo** vol.11, n.1, p.55-65 Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-29702010000100007&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-29702010000100007&script=sci_arttext). Acesso em: 29 dez. 2015.

LACAN, Jacques. (1975). A terceira. In: **Intervenciones y textos**. Argentina: Manancial, n.2, 1988, p.89.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1992. (Trabalho original publicado em 1969-70).

LACAN, Jacques (1975-1976). **O seminário, livro 23: o sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2007.

LAURENT, Dominique. O psicanalista preocupado. In: **Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**; tradução de Vera Avelar Ribeiro, - Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2007, p.39-48.

LAURENT, Éric. Dois aspectos da torção entre sintoma e instituição. In: **Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**; tradução de Vera Avelar Ribeiro, - Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2007, p.237-248.

LEBRE, Marcelo. Medidas de Segurança e periculosidade criminal: medo de quem? In: **Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais, v.2, n.2, set./2012-fev. 2013, p. 273-282.

LIMA, Mônica Assunção Costa. **A construção do caso na equipe interdisciplinar**. 2005. Disponível em: [http://www.hc.ufmg.br/gids/construcao\\_clinico.pdf](http://www.hc.ufmg.br/gids/construcao_clinico.pdf). Acesso em: 26 out. 2014.

MATET, Jean Daniel; MILLER, Judith. Apresentação. In: **Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**; tradução de Vera Avelar Ribeiro, - Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2007, p.2-4.

MELLO, Rosâne. A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. In: **Revista Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.390-395. 2005. Disponível em [http://bib.pucminas.br/arquivos/255000/259800/25\\_259857.htm](http://bib.pucminas.br/arquivos/255000/259800/25_259857.htm). Acesso em: 14 mai. 2014.

MENDES, Aline Aguiar. **O efeito-equipe e a construção do caso clínico**. 1.ed. Curitiba, PR: CRV, 2015.

MILLER, Jacques-Alain . Teoria de Turim: sobre o sujeito na Escola. In: **Latusa: de onde vêm os analistas**. Rio de Janeiro: EBP-RJ, n.6, 2001, p.217-233. Disponível em: [http://www.latusa.com.br/sumario\\_impressa\\_06.html](http://www.latusa.com.br/sumario_impressa_06.html). Acesso em: 08 ago. 2015.

MILLER, Jacques-Alain. Introdução à leitura do seminário, livro 10, de Jacques Lacan: a angústia. In: *Opção lacaniana*, n.43, São Paulo, 2005, p.9-22.

MILLER, Jacques-Alain. Lacan com Joyce. Introducción a la clínica lacaniana. In: **Conferencias em España**. Escuela Lacaniana de Psicoanálisis, El núcleo traumático, 2006a, p.491-496.

MILLER, Jacques-Alain. Como se inventan nuevos conceptos en psicoanálisis? In: **Introducción a la clínica lacaniana**, ELP – RBA, Barcelona, 2006b, p.192.

MILLER, Jacques-Alain. **O real no século XXI**. 2014. Disponível em: <http://www.wapol.org/pt/articulos/Template.asp?intTipoPagina=4&intPublicacion=38&intEdicion=13&intIdiomaPublicacion=9&intArticulo=2493&intIdiomaArticulo=9>. Acesso em: 08 abr. 2015.

MILLER, Jacques-Alain. **Ler um sintoma**. 2011. Disponível em: [http://www.ebpsp.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=579:ler-um-sintoma-jacques-alain-miller&catid=23:textos&Itemid=54](http://www.ebpsp.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=579:ler-um-sintoma-jacques-alain-miller&catid=23:textos&Itemid=54). Acesso em: 08 abr. 2015.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Pró-Reitoria de Graduação. Sistema de Bibliotecas. **Padrão PUC Minas de normalização**: normas da ABNT para apresentação de trabalhos científicos, teses, dissertações e monografias. Belo Horizonte, 2004. Disponível em [http://www.pucminas.br/biblioteca/normalizacao\\_monografias.pdf](http://www.pucminas.br/biblioteca/normalizacao_monografias.pdf). Acesso em: 14 mai. 2014.

PUJO, M. Trauma e desamparo. In: **Revista Psicoanálisis y el hospital: clínica do desamparo**, 2007, 17 (9), 29.

QUARESMA DA SILVA, D.R. 2013. A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. **Revista Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, MG. n.39, p-37-46, Julho/2013.

QUINET, Antonio. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

QUINTILA, Garcia Santos; SEGUNDO, Israel Maria dos. Medida de segurança: (in) compatibilidade no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: **Revista SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n.40, p.245-267, ago. 2014. Disponível em [http://www4.ifrj.jus.br/seer/index.php/revista\\_sjrj/article/view/572](http://www4.ifrj.jus.br/seer/index.php/revista_sjrj/article/view/572). Acesso em: 08 ago. 2015.

RAMIREZ, Mario Elkin. El psicoanálisis aplicado a lo social. In: **Órdenes de hierro: ensayos de psicoanálisis aplicado a lo social**. Editor César A. Hurtado Orozco. Medellín: La Carreta Editores, 2007.

RAMIREZ, Mario Elkin; GALLO, Héctor. **El psicoanálisis y la investigación en la universidad**.- 1ªed. – Buenos Aires: Grama Ediciones, 2012.

REZENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1977.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

RIBEIRO, Fabrício Junio Rocha. **Da razão ao delírio: por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura**. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006, 131 f.

ROSA, Miriam Debieux. Heróis e resistência e psicanalistas. In: MILÁN-RAMOS, J. Guillermo; LEITE, Nina Virginia de Araújo (Orgs). **Terra-mar: litorais em psicanálise, escrita, cinema, política e educação**. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2010, p.165-179. Disponível em: <https://psicanalisespolitica.wordpress.com/pesquisadores/miriam-debieux-rosa/> Acesso em: 01 fev. 2016.

ROSA, Miriam Debieux; CARIGNATO, Taeco; BERTA, Sandra Letícia. Ética e política: a psicanálise diante da realidade, dos ideais e das violências contemporâneas. **Revista Ágora**. Rio de Janeiro, vol.IX, 2006, p.35-48.

SOUZA, Aurélio. Prefácio à edição brasileira. In: HARARI, Roberto. **Como se chama James Joyce?: A partir do seminário *Le Sinthome* de J. Lacan**- tradução Francisco Franke Settineri. Salvador, BA: Ágalma e Cia. de Freud, 2003.

TENÓRIO, Fernando. Psicanálise e reforma psiquiátrica – um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina (org.). **Psicanálise, pesquisa e clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2002.

TORRES, Adriana Condessa. Rede Preceptora. In: **Secretaria Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, MG**, 2013.

VENTURINI, Ernesto. Diga o perito se a justiça é capaz de entender e querer: o poder da normalização dos anormais. **Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais, v.2, n.2, set./2012-fev.2013, p.237-247.

VIGANÒ, Carlo. A construção do caso clínico em saúde mental. In: **Revista Curinga. EBP-MG**, Belo Horizonte, nº.13, p. 50-59.

VORCARO, Ângela. Psicanálise e método científico. In: KYRILLOS NETO, Fuad; MOREIRA, Jacqueline Oliveira (Orgs.). **Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena, MG: Ed UEMG, 2010, p.11-23.

VORCARO, Ângela. Sobre a clínica interdisciplinar. In: **Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

ZENONI, Alfredo. A clínica da psicose: o trabalho feito por muitos. In: **Psicanálise e Instituição – A segunda clínica de Lacan**. Abreampas, Ano I, n.0, Belo Horizonte: Instituto Raul Soares – Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 2000, p.33-50.

ZENONI, Alfredo. De la supervision comme réunion clinique: In: **La petite girafe**, p.129-133. Bruxelas.

ZIZEK, Slavoj; DALY, Glyn. **Arriscar o impossível: conversas com Zizek**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

**ANEXOS****ANEXO 1****TERMO DE COMPROMISSO**

Declaro que conheço os objetivos do projeto de pesquisa intitulado “**ESTUDO CRÍTICO SOBRE O SIGNIFICANTE ÊXITO VINCULADO AO CASAM: O LUGAR DO CASO CLÍNICO**”, a ser operacionalizado pela pesquisadora Maria Cione Chrisóstomo, orientada pela Dra. Jacqueline Oliveira Moreira (PUC Minas). Declaro que estou ciente que o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Profa. Cristiana Leite Carvalho, que poderá ser contatada em caso de questões éticas, pelo telefone (31) 3319-4517 ou e-mail: [cep.proppg@pucminas.br](mailto:cep.proppg@pucminas.br). Na certeza e em benefício da comunidade envolvida, autorizo sua realização, após aprovação pelo Comitê de Ética. Informo que a pesquisa deverá ter caráter apenas científico, não podendo ser utilizada para outros fins.

Declaro, ainda, que conheço a Resolução CNS 466/12 e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Coronel Fabriciano 07 de Abril de 2014.

---

RUBENS DE ALMEIDA CASTRO

SECRETÁRIO DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO, MG.

## ANEXO 2

### 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### (PROFISSIONAIS QUE INTEGRAM A EQUIPE DO CAPS II)

#### **TÍTULO DO PROJETO: “ESTUDO CRÍTICO SOBRE O SIGNIFICANTE ÊXITO VINCULADO AO CASAM: O LUGAR DO CASO CLÍNICO”.**

Meu nome é Maria Cione Chrisóstomo, sou mestranda da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), e responsável por esta pesquisa cujo título está acima. Ela será realizada sob a orientação da Professora Doutora Jacqueline Oliveira Moreira, da PUC Minas.

Nós o convidamos a participar, voluntariamente, de forma livre e esclarecida, e sem nenhum pagamento, de uma entrevista. Nesta falaremos sobre seu trabalho no CAPS II, popularmente conhecido como Centro de Atenção à Saúde Mental, CASAM. Abordaremos, por exemplo, a inserção do CASAM na rede de saúde mental, em que consiste o tratamento destinado ao paciente judiciário e a utilização do caso clínico no cotidiano do trabalho. Isto porque, o objetivo geral da pesquisa é investigar a construção do caso clínico, realizada a partir da orientação psicanalítica, como operador no tratamento dos pacientes judiciários, no Centro de Atenção à Saúde Mental (CASAM) - de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil.

A proposta é que a entrevista seja gravada, para facilitar o estudo e a fidelidade de suas palavras, mas se não desejar que isso aconteça, a gravação não será feita. Caso a gravação aconteça, o arquivo gravado permanecerá com o pesquisadora responsável durante 5 (cinco) anos e depois será destruído. Sua identidade será sempre preservada, os resultados serão apresentados como resultados de um grupo e não de uma pessoa. Mas, caso queira que seu nome conste e apareça no trabalho, isto é um direito seu e será respeitado. Você poderá interromper a participação, caso considere que assim deve proceder, e também pedir para que os dados fornecidos não sejam utilizados. Isso não lhe trará prejuízo algum.

O benefício de sua participação centra-se na obtenção de informações que poderão contribuir para o desenvolvimento do tratamento do paciente judiciário, para o aprimoramento do trabalho na rede, contando com a construção do caso clínico, em trabalho feito por vários.

É importante que você saiba que esta pesquisa foi aprovada pelo Secretário de Saúde de Coronel Fabriciano, **Sr. Rubens de Almeida Castro**, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof.<sup>a</sup> **Cristiana Leite Carvalho**, que poderá ser contatada em caso de questões éticas, pelo telefone (31) 3319-4517 ou e-mail: [cep.proppg@pucminas.br](mailto:cep.proppg@pucminas.br).

Eu me coloco a disposição para fornecer qualquer esclarecimento sobre a pesquisa pelo telefone 34-9-9896-1711, por e-mail [mcchrisos@yahoo.com.br](mailto:mcchrisos@yahoo.com.br), ou pessoalmente.

O relatório final ficará disponível na biblioteca da PUC Minas, à sua disposição.

#### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Li as informações, contidas neste documento, antes de assinar este termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Declaro que toda linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando, também, que recebi uma cópia deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo, em qualquer momento, sem penalidades.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014 \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado (a)

Nome:

Declaro que esclareci o que foi necessário e que o participante tem conhecimento da pesquisa, bem como da importância e dos motivos de sua participação livre e esclarecida.

---

Maria Cione Chrisóstomo - Pesquisadora

#### APÊNDICE

## APÊNDICE 1

### ROTEIRO DAS PERGUNTAS AOS ENTREVISTADOS

1. Você pode me dizer como é organizada a rede de saúde mental em que o CAPS II está inserido?
2. Além das diretrizes que orientam os CAPS em geral, o que você considera específico no trabalho realizado por este CAPS?
3. O CAPS II adota discussão de caso clínico no cotidiano de trabalho. Como vocês discutem ou constroem os casos?
4. Há particularidades na discussão dos casos dos pacientes do PAI-PJ, levando em conta que eles são psicóticos que praticaram um crime e carregam o estigma da periculosidade?
5. O que você considera que contribui para o êxito do tratamento de um caso?